

SEPTIEMBRE 2012

Herramienta de implantación de buenas prácticas

Segunda Edición



Saludos de Doris Grinspun

Directora Ejecutiva de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (en lo sucesivo RNAO, por sus siglas en inglés) se complace en ofrecer la segunda edición de la Herramienta de Implantación de las guías de buenas prácticas. Esta herramienta apoya la implantación de las guías de buenas prácticas (en lo sucesivo BPG, por sus siglas en inglés) desarrolladas por la RNAO hasta la fecha. Se trata de un manual de recursos completo, fundamentado en la teoría, la investigación y la experiencia. Contiene procesos prácticos, estrategias y herramientas para médicos y otras personas comprometidas con la puesta en marcha y mantenimiento de cambios en la práctica de la asistencia sanitaria, y con la creación de ambientes laborales saludables e innovadores. La RNAO se complace en ofrecer este recurso clave.

Queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento al Gobierno de Ontario por reconocer la capacidad de la RNAO para liderar el Programa de BPG y por proporcionar una financiación generosa. Nuestro agradecimiento especial también es para: Irmajean Bajnok, Directora del Centro de Asuntos Internacionales y de Guías de Buenas Prácticas (IABPG, por sus siglas en inglés) de la RNAO, por su determinación y su inquebrantable compromiso con la excelencia; Barb Davies y Donna Rothwell, co-presidentas del equipo de desarrollo de las herramientas, por su excelente liderazgo, su compromiso y su exquisita maestría; y para la Gestora de Programas de la RNAO Althea Stewart-Pyne por guiar de forma diligente todo el proceso. Un enorme agradecimiento a nuestro excepcional equipo de desarrollo de la herramienta. Respetamos y valoramos vuestra experiencia y trabajo como voluntarios, no podríamos haber hecho esto sin vosotros.

La comunidad enfermera, con su compromiso y pasión por la excelencia en el trabajo y los entornos laborales saludables, ha proporcionado conocimientos e incontables horas para desarrollar y actualizar la herramienta. Ahora, es su turno –el del proveedor de salud y el de la organización en la que trabaja- para poner en práctica esta herramienta y las diversas guías de buenas prácticas, garantizando su exitosa implantación.

Perseguir la excelencia en la atención clínica y en la formación de entornos laborales saludables es una responsabilidad tanto individual como colectiva. El uso eficaz de estas guías requiere un esfuerzo coordinado de gobiernos, administradores, personal clínico y otros que colaboren juntos para crear culturas de prácticas basadas en la evidencia. Le pedimos que comparta la herramienta de la RNAO con los miembros de su equipo y de su organización para apoyar la implantación y sostenibilidad de la guía. Hay mucho que podemos aprender unos de otros.

Juntos podemos garantizar que la práctica basada en la evidencia guíe la práctica clínica de las enfermeras y demás profesionales de la salud, y que contribuya a la creación de ambientes laborales saludables. La evidencia y la compasión son pilares fundamentales para garantizar una atención de calidad al paciente. Vamos a hacer que los profesionales de la salud y las personas que a las que prestan servicio sean los verdaderos ganadores de este importante trabajo.



Doris Grinspun, RN, MSN, PhD, LLD(hon), O.Ont.

Directora ejecutiva

Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO)

Saludo de Teresa Moreno-Casbas,

Responsable de la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud, Investén-isciii. Instituto de Salud Carlos III de España



La Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii) se complace en presentar las Guías de buenas prácticas en enfermería, realizadas por la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO), en su versión traducida al español, para que puedan ser utilizadas por todos los profesionales de la salud hispanohablantes.

Desde Investén-isciii nos sumamos a la iniciativa de transformar la enfermería a través del conocimiento, ya que entendemos que los cuidados seguros y de calidad deben apoyarse en los resultados de la investigación multidisciplinar en este ámbito y en el intercambio de conocimientos entre profesionales de dentro y fuera de nuestras fronteras. Por ello iniciamos este proyecto, con el que pretendemos que las Guías de buenas prácticas puedan ser incorporadas a la actividad de los diferentes profesionales de la salud hispanohablantes.

Quiero aprovechar esta ocasión para solicitar vuestra ayuda en la difusión, implantación y utilización de estas Guías. La profesión enfermera, y especialmente aquellos que reciben nuestros cuidados, resultarán directamente beneficiados.

Investén-isciii y la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario os agradecen de antemano vuestra colaboración, al tiempo que os animan a continuar contribuyendo al desarrollo de la Práctica clínica Basada en la Evidencia.

"La traducción de estos documentos ha sido posible gracias al Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los cuidados de salud basados en la evidencia y la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)".



Directora de la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)
Instituto de Salud Carlos III de España.
Madrid Octubre 2014

Copyright

A excepción de aquellas partes del presente documento en las que se especifique la prohibición o restricción expresa para su copia / reproducción, el resto del documento puede ser producido, reproducido y publicado en su totalidad sin modificación (en cualquier formato, incluido el electrónico), para fines educativos y no comerciales. Si requiriera algún tipo de adaptación del material, por cualquier motivo, debe obtener el permiso, por escrito, de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. La forma adecuada de acreditación o citación debe aparecer en todos los materiales copiados de la siguiente manera:

Versión española traducida de: Registered Nurses' Association of Ontario. (2012). Toolkit: Implementation of best practice guidelines (2nd ed.). Toronto, ON.

Este programa ha sido financiado por el Ministerio de Salud y Atención a Crónicos de Ontario.

Información de contacto:

Registered Nurses' Association of Ontario
International Affairs and Best Practice Guidelines Centre
158 Pearl Street
Toronto, Ontario M5H 1L3

Tabla de Contenidos

Introducción: Sentar las bases (Preparar el terreno)	10
Capítulo 1: Indentificar el problema: Identificar, revisar, seleccionar conocimiento	21
Capítulo 2A: Adaptar el conocimiento al contexto local.....	36
Capítulo 2B: Partes interesadas	40
Capítulo 2C: Recursos	50
Capítulo 3: Evaluar a los facilitadores y las barreras para el uso del conocimiento	58
Capítulo 4: Seleccionar y adaptar las intervenciones y estrategias de implantación	74
Capítulo 5: Monitorizar el uso del conocimiento y evaluar los resultados	85
Capítulo 6: Mantener el uso del conocimiento.....	103
Resumen	130
Bibliografía	133
Anexo A: Revisión y actualización de la herramienta.....	140
Anexo B: Estrategia de búsqueda	141
Anexo C: Glosario.....	144
Anexo D: El Marco del proceso ADAPTE	148
Anexo E: Procedimientos de enfermería y NQuIRE®	153

Equipo de desarrollo de la herramienta

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO por sus siglas en inglés) estableció un equipo de enfermeras e investigadores para desarrollar una herramienta revisada para la implantación de las guías de buenas prácticas. El equipo contó con los siguientes colaboradores:

Barbara Davies, RN, PhD (Co-Chair)

Professor, University of Ottawa, School of Nursing
Co-Director Nursing Best Practice Research Unit
Ottawa Ontario

Donna Rothwell, RN, BScN, MN (Co-Chair)

Chief Nursing and Professional Practice Officer
Health Program Director, Saint Catherine General Site & Maternal Child
Niagara Health System
St. Catharines, Ontario

Deb McAuslan, RN, MScN

Nursing Practice Consultant
London Health Sciences Centre
London, Ontario

Nancy Bauer, HBA, HBAdmin, RN, ET

Local Champion Facilitator
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Ian Graham, PhD

Vice-President
Canadian Institutes of Health Research
Ottawa, Ontario

Lynn McCleary, RN, PhD

Associate Professor
Faculty of Applied Health Sciences, Brock University
St. Catharines, Ontario

Lynn Kachuik, RN, BA, MS

Advanced Practice Nurse, Palliative Care
The Ottawa Hospital
Ottawa, Ontario

Gloria Morris, RN, BScN, MScN

Manager, Dental Program
Niagara Region Public Health
Thorold, Ontario

Karen L. Ray, RN, MSc

Research Manager
Saint Elizabeth Health Care
Markham, Ontario

Baiba Zarins, RN, BScN, MScN

Program Manger-Global Practice
University Health Network
Toronto, Ontario

Equipo de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario

Irmajean Bajnok, RN, MScN, PhD

Director
International Affairs and Best Practice Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Althea Stewart-Pyne, RN, BSN, MHA

Program Manager
International Affairs and Best Practice Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Patricia Hogg, BA (Hon)

Project Coordinator
International Affairs and Best Practice Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Heather McConnell RN, BScN, MA(Ed)

Associate Director
International Affairs and Best Practice Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Josephine Santos, RN, MN

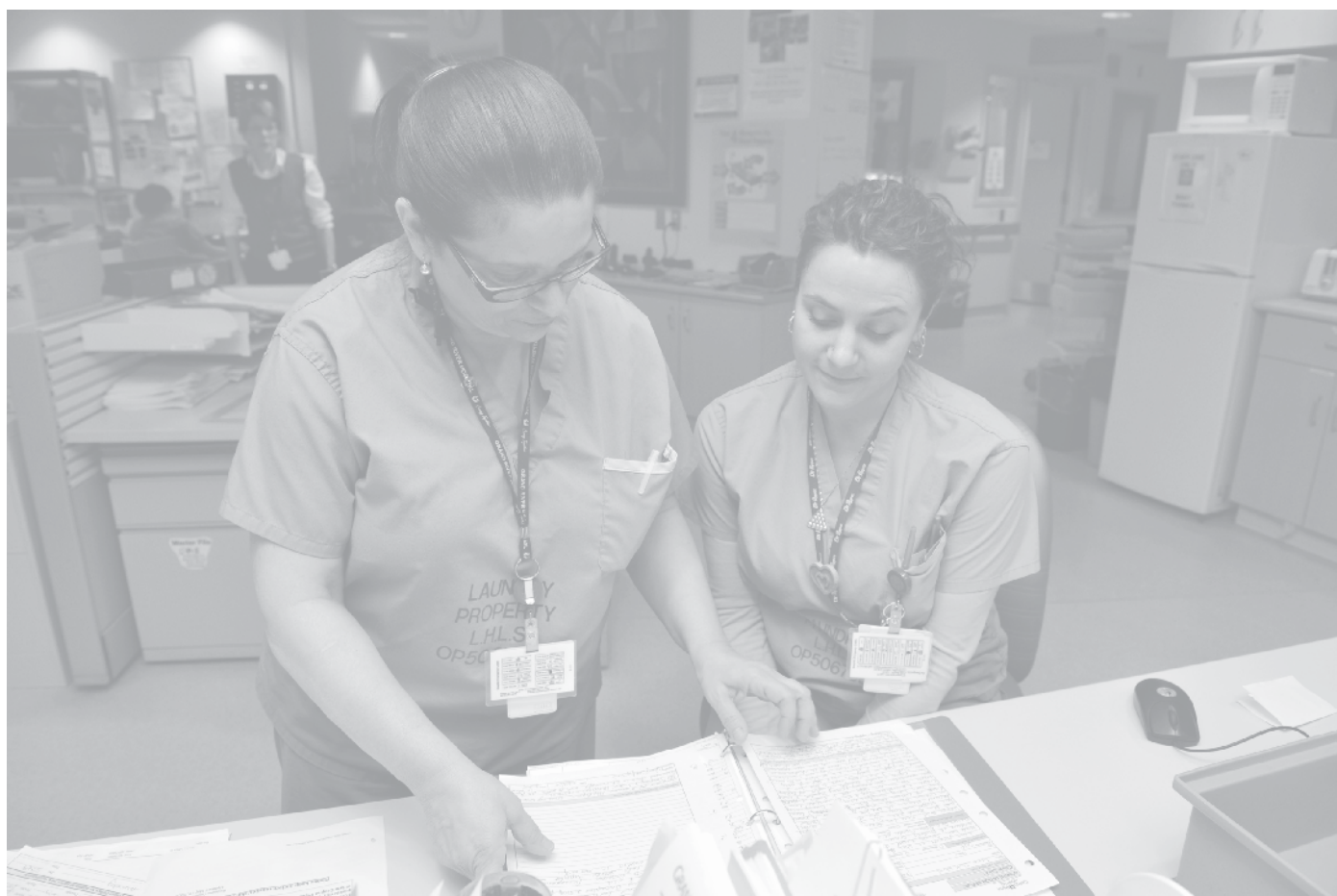
Program Manager
Long-Term Care Best Practices Initiative
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Erica D'Souza, BSc, GC, DipHlthProm

Project Coordinator
International Affairs and Best Practice Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

La herramienta ha sido desarrollada y conceptualizada por el equipo al completo, si bien el liderazgo en los capítulos específicos se ha repartido según consta a continuación:

Capítulo	Liderazgo
Introducción	Irmajean Bajnok
Capítulo 1:	Donna Rothwell, Nancy Bauer
Capítulo 2A:	Irmajean Bajnok, Heather McConnell
Capítulo 2B	Nancy Bauer, Althea Stewart-Pyne, Gloria Morris
Capítulo 2C	Althea Stewart-Pyne, Nancy Bauer
Capítulo 3:	Deb McAuslan, Althea Stewart-Pyne
Capítulo 4:	Lynn McCleary, Karen Ray, Deb McAuslan, Josie Santos
Capítulo 5:	Ian Graham, Lynn Kachuik, Barbara Davies
Capítulo 6:	Baiba Zarins, Barbara Davies



Miembros del equipo de traducción de las guías

Coordinación

María Teresa Moreno Casbas,

RN, MSc, PhD

Coordinadora científica

Responsable de la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería, Investén-isciii. Instituto de Salud Carlos III, España

Esther González María, RN, MSc,

PhD candidate

Coordinadora científica

Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs, Australia

Cintia Escandell García, DUE, PhD

candidate

Coordinadora técnica

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería, Investén-isciii. Instituto de Salud Carlos III, España

Traducción

Marta López González

Coordinadora de traducción

Licenciada en Traducción e Interpretación Universidad Complutense de Madrid, CES Felipe II

María Nebreda Represa

Coordinadora de traducción

Licenciada en Traducción e Interpretación Universidad de Valladolid

Paula García Manchón

Traductora responsable de proyectos

Licenciada en Traducción e Interpretación Universidad Complutense de Madrid, CES Felipe II

Juan Diego López García

Traductor responsable de proyectos

Ldo. en Traducción e Interpretación. Université Jean Moulin Lyon III (Francia) y Universidad de Granada

Colaboración externa de traducción

Elena Morán López

Lda. en Traducción e Interpretación
Universidad Pontificia Comillas de Madrid

Clara Isabel Ruiz Ábalo

Lda. en Traducción e Interpretación
Universidad Pontificia Comillas de Madrid

Jaime Bonet

Ldo. en Traducción e Interpretación
Universidad Complutense de Madrid

Carmen Martínez Pérez-Herrera

Lda. en Traducción e Interpretación
Universidad Complutense de Madrid

Francisco Paredes Maldonado

Ldo. en Lenguas extranjeras aplicadas y
traducción
Universidad de Orléans (Francia)

Aimón Sánchez

Enfermera Especialista en Obstetricia y
Ginecología (Matrona)
Hospital Universitario de Canarias

Tamara Suquet, DUE

Gerens Hill International

Inés Castilla

Enfermera Especialista en Obstetricia y
Ginecología (Matrona)

Tamara Suquet, DUE

Facultad de Enfermería, Universidad de
Córdoba

Juan Carlos Fernández

Fisioterapeuta
Universitat de les Illes Balears

Grupo de revisión

Cintia Escandell García, DUE, PhD
candidate

Unidad de coordinación y desarrollo de la
Investigación en Enfermería, Investén-isciii.
Instituto de Salud Carlos III, España

Pablo Uriel Latorre, DUE

Enfermero de Investigación Clínica Complejo
Hospitalario Universitario A Coruña, A
Coruña, España

Montserrat Gea Sánchez, DUE,
PhD candidate

Hospital de Santa Maria. Gestió de Serveis
Sanitaris. Lleida

Ana Craviotto Vallejo, DUE

Hospital Universitario Doce de Octubre,
Madrid, España

Raquel Sánchez, DUE

Hospital Universitario de Getafe, Madrid,
España

Iosune Salinas

Fisioterapeuta
Universitat de les Illes Balears, España

Agradecimientos

La RNAO quiere hacer mención de las siguientes personas por su revisión de la herramienta:

Caitlin G. Bowron BScN, Level IV Student	McMaster University-Mohawk College Hamilton, Ontario
Debbie Bruder BA, RN, MHS	Clinical Informatics Specialist Grand River Hospital, Kitchener, Ontario
Pat Donnelly RN BSc BScN MN	Nursing Practice Quality Assurance Coordinator Regional Municipality of Halton Public Health Department, Oakville, Ontario
Christine D'Souza RN, BScN, MScN Student	University of Toronto Markham, Ontario
Nancy Fram RN, BScN, MEd (Admin)	Ancaster, Ontario
Samantha Mayo RN, PhD (C)	Lawrence S. Bloomberg Faculty of Nursing University of Toronto, Toronto, Canada
Beverly Morgan RN, BScN, MEd	Quality Improvement Coach Health Quality Ontario, Hamilton, Ontario
Andrea Mowry RN, BScN, MN	Professor Trent/Fleming School of Nursing, Peterborough, Ontario
Judith A. Ritchie, RN, PhD	Associate Director for Nursing Research McGill University Health Centre Montreal, Québec
Tiziana Rivera RN, BScN, MSc, GNC	Chief Practice Officer York Central Hospital, Richmond Hill, Ontario
Josephine Santos RN, MN	Program Manager Registered Nurses' Association of Ontario, Toronto, Ontario
Michelle Sobrepena RN, BScN, CNCC(c), MScN student	York Central Hospital Patient Care Coordinator Intensive Care Unit, Toronto, Ontario
Sandy White RN, BScN, MN, CHPCN(c)	Lecturer, Trent/ Fleming School of Nursing Trent University , Peterborough, Ontario
Susan Yates RN, BN, B.Ed, MA, CHE	Director, Chronic Disease & Injury Prevention, Brant County Public Health Unit B, Brantford, Ontario

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario agradece a los siguientes ayudantes de investigación por su contribución en la evaluación de la calidad de la literatura y en la preparación de tablas de evidencia: Kim English RN, BScN, MN, Marian Lucktar-Flude RN, MScN, Lilibeth Jones-Lim RN, BScN (Hons), MN, GNC(c), Olessya Kolisnyk RN, BS(Ed), BScN, MN, and Danielle Stillwell MN, BScN, RN.

Visión global de los contenidos de los capítulos

Capítulo	Pasos del Marco de Conocimiento Para la Acción	Áreas de contenido específico
Introducción	Sentar las bases (Preparar el terreno)	<ul style="list-style-type: none"> • Propósito de la herramienta • Metodología de la herramienta • Marco “De Conocimiento para la Acción” • Cómo usar la herramienta
Capítulo 1	Identificar el problema/ cuestión, revisar y seleccionar las herramientas de conocimiento (GBPs) para su implantación	<ul style="list-style-type: none"> • Cómo identificar vacíos en la práctica, uso de procesos de mejora de la calidad, uso de indicadores • Identificación inicial de los productos clave de conocimiento y Guías de Buenas Prácticas (GBPs)
Capítulo 2A	Adaptar el conocimiento al contexto local	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de una infraestructura para la implantación de las mejores prácticas • Identificación y valoración crítica de las guías y uso de ADAPTE, y adaptación de las mismas si fuera necesario
Capítulo 2B	Partes interesadas	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de las partes interesadas, análisis y compromiso para liderar el proceso de implantación
Capítulo 2C	Recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de evaluación de la preparación del entorno • Se resumen los pasos de la herramienta y se sugieren recursos para ayudar en la gestión y monitorización de la implantación de las GBPs
Capítulo 3	Evaluar los facilitadores y las barreras para el uso del conocimiento	<ul style="list-style-type: none"> • La importancia de los facilitadores y de las barreras • Las estrategias potenciales para apoyar la implantación
Capítulo 4	Seleccionar y adaptar las estrategias e intervenciones de implantación	<ul style="list-style-type: none"> • Herramientas de implantación clasificadas de acuerdo con intervenciones educativas, de cohesión e intercambio, auditoría y retroalimentación, mediadas por el paciente y organizacionales
Capítulo 5	Monitorizar el uso del conocimiento y evaluar el resultado	<ul style="list-style-type: none"> • Procesos continuos de mejora de calidad, monitorización de indicadores, y recogida y revisión continua de datos • El uso de e-salud y registros electrónicos de salud en este proceso • Hoja de identificación de indicadores • Estructura, proceso y resultado, evaluación relevante del problema inicial y reducción de la brecha • Modelos de evaluación y modelo lógico
Capítulo 6	Mantener el uso del conocimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo del plan de acción • Incorporación de una cultura de práctica basada en la evidencia a través de la orientación, descripciones de puestos, evaluación del desempeño, y la misión, visión y valores • Aprovechamiento de las estructuras organizacionales clave para garantizar la adopción de esta cultura en toda la organización y en cada nivel

Introducción - Preparando el terreno

A lo largo de este documento, los términos “paciente,” “cliente” y “residente” se refieren a cualquier persona que recibe cuidados

Las buenas prácticas son recomendaciones que pueden evolucionar de acuerdo con la experiencia, el criterio, la perspectiva y la investigación continua desarrolladas por expertos clave (Health Canada, 2008). También son conocidas como resúmenes sistemáticos de prácticas recomendadas para un área clínica o un entorno laboral saludable específico, basadas en la mejor evidencia y que están diseñadas para proporcionar una orientación al profesional de la salud y a los gestores en su toma de decisiones clínicas y administrativas (Field & Lohr, 1990).

Una serie de grupos destacados en el desarrollo de guías, entre el que se encuentra la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO), se han centrado en trasladar la mejor evidencia a la práctica. La Red Guideline International Network reúne la mayoría de estos grupos, incluidos el Instituto Joanna Briggs, el Scottish International Guideline Network y el National Institute for Health and Clinical Excellence. Aunque muchos de estos grupos abordan temas clínicos importantes para las enfermeras, casi siempre desde una perspectiva interprofesional, la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO) es una de las pocas organizaciones en el mundo que desarrolla guías específicamente para enfermeras. De hecho, las guías de RNAO incluyen recomendaciones prácticas adaptadas específicamente a intervenciones de enfermería, así como recomendaciones relacionadas de tipo educativo y de políticas. Además, la RNAO está especialmente centrada en la implantación y evaluación de las guías.

Independientemente de la fuente o del enfoque, las guías de buenas prácticas (GBPs) son desarrolladas e implantadas para facilitar el cumplimiento de uno o más de los objetivos siguientes:

- Proporcionar un cuidado efectivo basado en la evidencia actual.
- Resolver un problema en el ámbito clínico (p. ej. mal manejo del dolor).
- Conseguir la excelencia en el cuidado proporcionado alcanzando o sobrepasando los estándares de calidad.
- Dar a conocer la innovación (p. ej. una nueva prueba o tratamiento).
- Eliminar el uso de intervenciones no reconocidas como buenas prácticas.
- Crear entornos laborales que permitan la excelencia clínica.

El desarrollo de las GBP es un área en rápido crecimiento, especialmente en el ámbito de la enfermería. Sin embargo, a pesar del creciente número de guías desarrolladas, continúa habiendo variabilidad en la práctica de los cuidados de la salud en general y en los cuidados de enfermería en particular, así como prácticas que no reflejan la mejor evidencia. Por otra parte, existen continuos desafíos para la promoción de la completa utilización de las GBPs por parte de los profesionales de la salud, específicamente si no están introducidas, implantadas y apoyadas de forma eficaz. Hay una fuerte evidencia en la literatura, aunque se refiere en gran medida a estudios sobre prácticas médicas, que indica que hay usos inadecuados de GBPs bien conocidas (Bero et al., 1998; Davis & Taylor-Vaisey, 1997; Oxman, Thomson, Davis, & Haynes, 1995; Thomas et al., 1999; Wensing, Van der Weijden, & Grol, 1998). Estos resultados reflejan las experiencias de las enfermeras y, sin duda, de otros profesionales de la salud (Davies, Edwards, Ploeg, & Virani, 2008; Higuchi, Davies, Edwards, Ploeg, & Virani, 2011).

Puede leer y revisar las guías de buenas prácticas de la RNAO en www.rnao.ca/bpg.

Esta herramienta presenta un proceso de implantación sistemático y bien planificado; está diseñada para ayudar a las enfermeras y demás profesionales de la salud a apoyar la toma de decisiones clínicas y de gestión basadas en la evidencia. Su objetivo es acompañar las GBPs desarrolladas por la RNAO para facilitar su implantación y sostenibilidad en instituciones que proporcionan servicios de salud. Los usuarios también encontrarán esta herramienta útil en todo tipo de innovación clínica basada en la evidencia.

Esta herramienta se basa en la evidencia reciente de que la probabilidad de aplicar con éxito las buenas prácticas en cuidados de salud aumenta cuando:

- Los líderes en todos los niveles están comprometidos para apoyar la implantación de la guía.
- Las guías son seleccionadas para su implantación a través de un proceso sistemático y participativo:
 - se identifica a las partes interesadas, relevantes para el enfoque de la guía, y se los involucra en el proceso de implantación; y
 - se evalúa la preparación del entorno para la implantación, teniendo en cuenta su impacto en el uso de la guía.
- La guía se adapta al contexto local.
- Se evalúan y abordan las barreras y facilitadores para el uso de la guía:
 - se seleccionan las intervenciones que promuevan el uso de la guía, que afronten las barreras y refuercen los facilitadores.
- El uso de la guía se monitoriza y mantiene de forma sistemática.
- La evaluación del impacto del uso de la guía es una parte integral de todo el proceso.
- Existen suficientes recursos para completar las actividades relacionadas con todos los aspectos de la implantación de la guía.

Guiado por estas premisas, este manual completo de recursos – basado en la teoría, la investigación y la experiencia – aporta procesos prácticos, estrategias y herramientas a los clínicos y demás personas comprometidas con el inicio y mantenimiento de cambios en las prácticas de salud basados en la evidencia. La herramienta ha sido desarrollada como un recurso fácil de usar para facilitar la identificación e implantación sistemática de las GBPs. Dado que el contenido se basa en los conocimientos disponibles en la actualidad, la herramienta se someterá a revisiones y actualizaciones periódicas (véase Anexo A).

Este capítulo de la Herramienta de implantación aborda cuatro cuestiones:

1. ¿Para quién está diseñada la herramienta?
2. ¿Cómo se ha desarrollado la herramienta?
3. ¿Cuáles son las limitaciones de la herramienta?
4. ¿Cómo utilizar esta herramienta?

- Los equipos de implantación encargados de implantar las GBPs pueden ser denominados comités de implantación, comités directivos o equipos de proyecto.
- Las personas seleccionadas para liderar esos equipos pueden ser denominadas como facilitadores, gestores de proyectos o jefes de proyecto.

1. ¿Para quién está diseñada la herramienta?

La herramienta está diseñada para los usuarios, entre los que se incluyen enfermeras y otros profesionales de la salud. En particular, esta herramienta será muy valiosa para los equipos de implantación, que son los responsables de introducir las GBPs en sus instituciones. El objetivo principal de esta herramienta es la implantación de las GBPs a nivel institucional o departamental a través de un proceso sistemático. No obstante, las estrategias identificadas pueden ser utilizadas por equipos y/o por unidades, ya que la adopción de GBPs implica cambios en las prácticas tanto de los profesionales de forma individual como de los equipos y de los gestores encargados de la toma de decisiones. Las instituciones o equipos que deseen implantar las GBPs deben identificar a una o más personas responsables de facilitar los procesos de planificación, implantación y evaluación. Por lo general, se consigue una integración exitosa de las buenas prácticas cuando se utiliza un enfoque interdisciplinar en las actividades de planificación, puesta en marcha y evaluación continua.

Las impulsoras de las GBPs son enfermeras y otros profesionales de la salud que están educados y formados para comprender la práctica basada en la evidencia, las GBPs y el proceso de aplicar la práctica basada en la evidencia en el ámbito clínico. En la actualidad, la RNAO ha formado a más de 5.000 enfermeras en todos los ámbitos para ser impulsoras de las GBPs. Las impulsoras de las GBPs son eficientes en el desempeño de las funciones de asesoramiento, formación y de inicio de cambios en prácticas y políticas (Ploegg, Skelly, Rowan, Edwards, Davies, Grinspun, Bajnock & Downey 2010).

2. ¿Cómo se ha desarrollado la herramienta?

Proceso de desarrollo original: 2001–2002

En 2001, la RNAO reunió a un equipo de enfermeras, profesionales de la salud e investigadores con experiencia en la implantación de guías. El equipo llegó a un consenso sobre el enfoque que se le debía dar a la herramienta, desarrolló un modelo de guía de implantación basado en la mejor evidencia disponible y formuló unas recomendaciones específicas, basadas en la evidencia, en relación con cada fase del proceso de implantación. Se proporcionaron herramientas de implantación y casos prácticos. La herramienta original fue orientada hacia las enfermeras, los impulsores de GBPs y los gestores que estaban encabezando la implantación de las guías clínicas.

Proceso de revisión: 2012

En enero de 2009, la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO) reunió a un equipo de enfermeras expertas

e investigadores, integrado por miembros del equipo de desarrollo original, así como a personas recomendadas y con experiencia en la implantación de guías a nivel institucional a través de la iniciativa de la RNAO Best Practice Spotlight Organization (BPSO)®.

El programa BPSO® es un acuerdo entre la RNAO e instituciones de salud y/o académicas que se comprometen a implantar varias guías de buenas prácticas en toda la institución y a mantener una cultura de prácticas de enfermería basada en la evidencia. Los programas BPSOs® comienzan con un periodo de formación de 3 años y cuando se consiguen resultados específicos satisfactorios pasan a ser acreditados como BPSO®.

La misión del equipo era la revisión de la herramienta original (publicada en 2002) a la luz de la nueva evidencia y realizar las modificaciones necesarias para garantizar un enfoque sistemático y basado en la evidencia para implantar guías de buenas prácticas clínicas y de entornos laborales saludables. Este trabajo se llevó a cabo de la siguiente manera:

Planificación:

- El personal de la RNAO realizó una búsqueda estructurada de páginas web centrándose en los recursos de implantación de GBPs publicados recientemente.
- El equipo revisó las herramientas de implantación existentes y seleccionó el Marco de Conocimiento para la Acción como modelo de transmisión de conocimiento. El modelo es un marco de creación y transmisión de conocimiento, que se basa en más de 30 teorías diferentes sobre los procesos de desarrollo de recursos de conocimiento y de su implantación satisfactoria en la práctica (Straus, Tetroe, Graham, Zwarenstein, & Bhattacharyya, 2009). Este modelo basado en la evidencia, con algunas modificaciones, reflejaba la misión de la herramienta de ayudar a la implantación de las guías de forma sistemática, aprovechable por parte de instituciones, servicios y equipos o unidades.
- Teniendo en cuenta los elementos del ciclo de acción, que se resume en el Marco de Conocimiento para la Acción, el equipo identificó áreas clave en la Herramienta revisada.
- Estas áreas temáticas se utilizaron para estructurar la búsqueda bibliográfica.
- Los términos de búsqueda se definieron con la participación del equipo de revisión para cada área temática de la Herramienta.
- Un documentalista de ciencias de la salud llevó a cabo la búsqueda bibliográfica.

Evaluación crítica:

- Los resultados de la búsqueda fueron revisados por el equipo.
- Esta revisión incluyó la evaluación de criterios de inclusión y exclusión relacionados con el área temática específica.
- Se recuperaron los artículos que cumplían los criterios de inclusión y exclusión.
- La evaluación de la calidad y la extracción de datos fueron realizadas por ayudantes de investigación asignados por la RNAO y los resultados fueron resumidos.
- El Anexo B proporciona una descripción detallada de la estrategia de búsqueda.

Desarrollo de las recomendaciones:

- Los miembros del equipo revisaron las tablas de extracción de datos, las revisiones sistemáticas y, en su caso, estudios originales y recursos de implantación.
- Se identificaron recomendaciones para tener estrategias de búsqueda adicionales, si fuera necesario.
- A través de un proceso de consenso, cada capítulo ha sido desarrollado en base al área temática identificada (consulte la página 6 para identificar aquellos miembros del equipo que tomaron la iniciativa en cada sección).

Revisión de los colaboradores:

- Una vez desarrollado el borrador, la Herramienta fue revisada por una amplia variedad de colaboradores para mayor claridad, relevancia, utilidad y vinculación a la evidencia.
- Los comentarios de los colaboradores se incorporaron en la versión final de la Herramienta.

¿Qué es nuevo o diferente en esta revisión?

- El uso del Marco de Conocimiento para la Acción modificado.
- La inclusión de un capítulo para la sostenibilidad
- La incorporación en cada capítulo de las herramientas, recursos relacionados y ejemplos basados en las experiencias de los BPSO en implantación de las GBPs en entornos de cuidados a pacientes agudos, salud pública, cuidados domiciliarios y de larga duración.



3. ¿Cuáles son las limitaciones de la Herramienta?

La investigación en el campo de la implantación de las GBPs (en particular la que se centra en la enfermería y en la creación de culturas mantenidas de práctica basada en la evidencia) está evolucionando para incorporar estructuras y procesos clave para que el uso de las GBPs influya en la práctica y en los resultados del paciente. La naturaleza de la transmisión del conocimiento hace que sea específica para el contexto, por lo tanto, cualquier intento de mostrar un proceso sistemático debe ser abordado con especial atención a la construcción de oportunidades para contextualizar en la cultura local.

4. ¿Cómo se utiliza la Herramienta?

La Herramienta ha sido concebida usando el Marco de Conocimiento para la Acción (Straus, Tetroe, Graham, Zwarenstein, & Bhattacharyya, 2009) adaptado para la implantación de las GBPs (Figura 1). El modelo comprende los siguientes 7 componentes esenciales de la transmisión de conocimientos necesarios para la implantación exitosa de las guías de buenas prácticas:

1. Identificación del problema: identificar, revisar, seleccionar las herramientas/recursos de conocimiento
2. Adaptación de las herramientas/recursos de conocimiento al contexto local
3. Evaluación de las barreras y facilitadores para la utilización del conocimiento
4. Selección, adaptación e implantación de las intervenciones
5. Monitorización de la utilización del conocimiento
6. Evaluación de resultados
7. Sostenibilidad de la utilización del conocimiento

Estos pasos reflejan un proceso dinámico e iterativo, en lugar de lineal. Por lo tanto, en cada fase, es esencial la preparación para las siguientes fases y la reflexión sobre las fases anteriores.

GBP Herramienta de la RNAO: Proceso de Conocimiento para la Acción

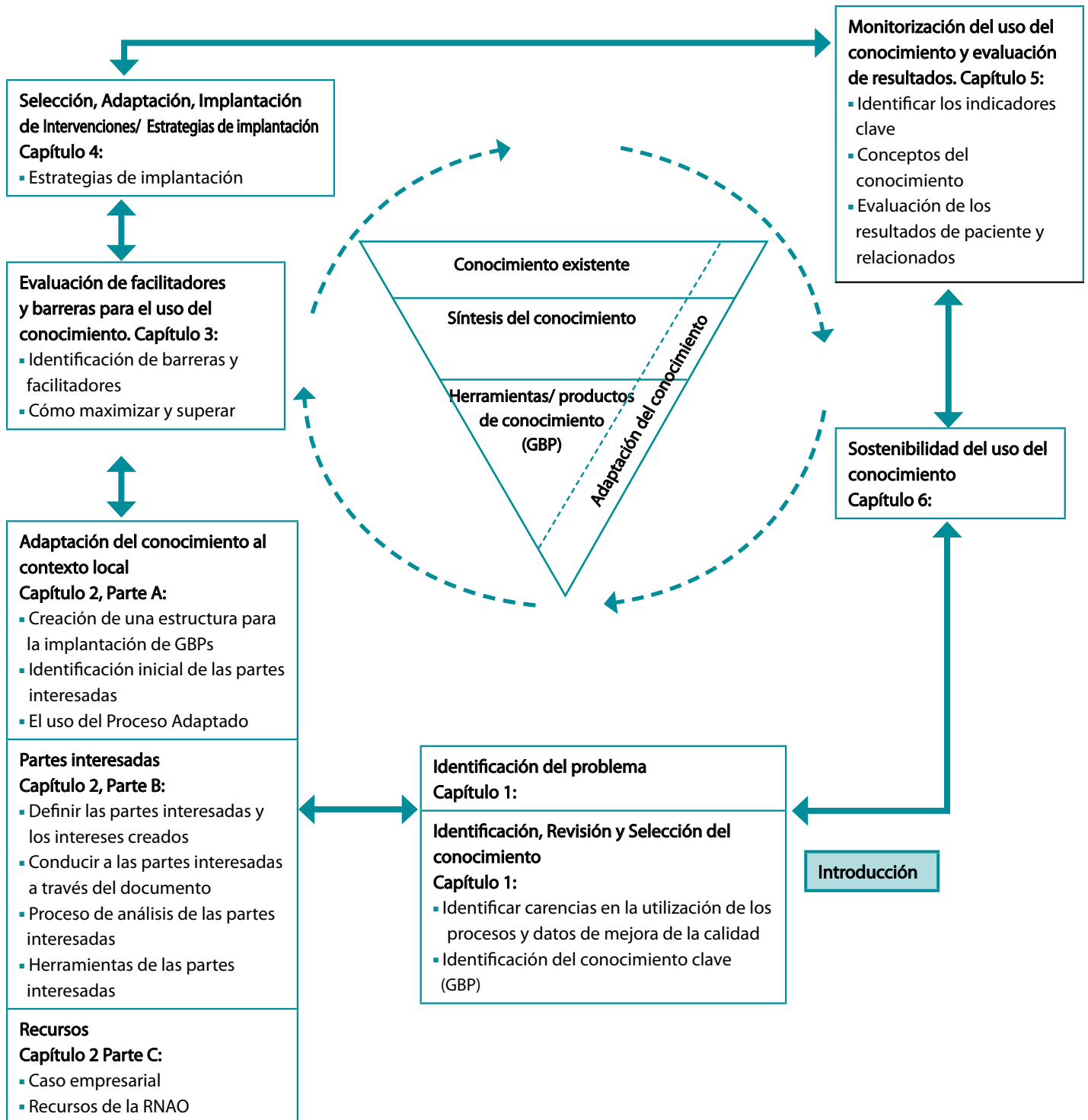


Figura 1: Marco de Conocimiento Para la Acción Revisado

Adaptado de "Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice". S. Straus, J. Tetroe, and I. Graham. Copyright 2009 by the Blackwell Publishing Ltd. Adaptado con permiso.

Al visualizar el modelo de la Figura 1 se hace evidente que existen dos procesos que constituyen el Marco de Conocimiento para la Acción. El primero es el **proceso de creación de conocimiento**; se centra en la identificación de la evidencia crítica y da lugar a productos de conocimiento. El segundo es el ciclo de acción; se centra en la aplicación de conocimientos en el ámbito de la práctica. En esta Herramienta nos preocupaba principalmente el ciclo de la acción en la aplicación de las guías de buenas prácticas.

Antes de abordar el ciclo de acción, es importante saber que la parte del modelo dedicada a la **creación de conocimiento** representa los procesos utilizados para identificar el conocimiento relevante, validarlo y adaptarlo al área específica de la pregunta sobre el conocimiento. Este es el proceso que se utiliza en el desarrollo de las guías basadas en la evidencia, mediante el cual la investigación y otras evidencias se identifican y, después, se sintetizan en herramientas y productos de conocimiento, como las recomendaciones prácticas de la GBPs, las vías clínicas y los apoyos a las decisiones de los pacientes. Esencialmente, todas las metodologías de desarrollo de las guías incorporan el proceso de creación de conocimiento, aunque hay unas más rigurosas que otras. Los responsables de liderar equipos de implantación de GBPs pueden determinar la calidad de los productos de conocimiento mediante la evaluación de los mismos por comparación con los estándares reconocidos para el desarrollo de guías. Estos estándares internacionalmente reconocidos están disponibles en la herramienta Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE II) (Brouwers, et al., 2010). El proceso de desarrollo de las GBPs de la RNAO incorpora los estándares incluidos en el instrumento AGREE II.

El **ciclo de acción**, que guía los capítulos de esta Herramienta, es el proceso por el cual el conocimiento creado es implantado, evaluado y sostenido en el ámbito de la práctica. Las siete fases que componen el ciclo de acción se basan en una síntesis de teorías basadas en la evidencia, centradas en el proceso de cambio consciente y sistemático en los sistemas y grupos dedicados a los cuidados de la salud (Straus, Tetroe, Graham, Zwarenstein, & Bhattacharyya, 2009).

Para esta Herramienta, se han compendiado las siete fases en seis etapas, que se describe en capítulos diferentes.

La **primera fase** del ciclo de acción –la identificación del problema– se pone en marcha de una de las siguientes maneras:

1. Los clínicos y gestores definen el problema (a menudo a través de métodos de mejora de la calidad y/o análisis de indicadores) y después identifican y examinan las posibles guías de buenas prácticas que pueden ayudar a resolver el problema.
2. Los clínicos y/o gestores son conscientes de las GBPs y determinan si la práctica actual es coherente con las buenas prácticas o si es necesario el cambio de la práctica.

Esta fase inicial es importante en la medida en que sienta las bases para determinar cómo será de participativo el proceso de implantación, cómo se va a relacionar el proceso con la mejora continua de la calidad y para saber en qué medida se resolverá el problema identificado con la adopción de las buenas prácticas y con el desarrollo o revisión de la formación y/o de las políticas.

La **segunda fase** –adaptación al contexto local– es fundamental para el traslado efectivo de conocimientos y requiere la comprensión del contexto y las implicaciones de las buenas prácticas dentro de ese contexto, para que las recomendaciones puedan ser adaptadas de la manera más adecuada a una cultura determinada. La adaptación de la guía al contexto local no deja de lado la evidencia que respalda la guía. La adaptación implica el establecimiento de un comité de implantación, la revisión y selección apropiada de guías para su posterior uso, contrastándolas con la evaluación de calidad AGREE II, determinando la utilidad clínica y implantabilidad de las recomendaciones de la guía e identificando aquellas que son adecuadas al contexto local. En este momento, el grupo de implantación, con la participación de los colaboradores, puede introducir modificaciones de las recomendaciones de las guías. El objetivo de esta fase es seleccionar un producto de conocimiento o unas recomendaciones de las GBPs de forma transparente, de tal manera que sea percibido por todos como el que refleja la mejor evidencia, el que aborda el

problema identificado y el que se adaptará al contexto local. En esta fase se involucra al personal y a los colaboradores en las tareas de planificación, para asegurarse de que la GBP seleccionada va a responder a las necesidades y puede amoldarse al contexto institucional.

La **tercera fase** –evaluación de los facilitadores y barreras para el uso de conocimiento– se acerca a la implantación de elementos de la guía e identifica las barreras y facilitadores para el uso de las GBPs en su ámbito, así como el impacto de las partes interesadas relevantes. Es vital identificar las barreras específicas, como la falta de conocimiento, las actitudes y la resistencia al cambio, y contrarrestarlas con los elementos que facilitan la transferencia de conocimiento. Es también importante identificar en esta fase a los colaboradores, que pueden apoyar, cuestionar o no tener interés en la labor de implantación de la GBP seleccionada. En esencia, esta fase incluye una evaluación del entorno y de los colaboradores relevantes.

La **cuarta fase** –adaptación e implantación de las intervenciones– incorpora un plan de implantación que tiene en cuenta la evaluación de las partes interesadas y las estrategias de implantación. También incluye la evaluación de las barreras y facilitadores, y la evidencia sobre las estrategias de implantación efectivas. El plan se basa en estos datos para identificar y apoyar la selección y adaptación de las intervenciones que facilitarán la implantación de la guía en el ámbito de la práctica.

La **quinta y la sexta fases** abordan la monitorización, evaluación y sostenibilidad del uso de conocimiento, y son fundamentales para lograr una implantación efectiva. Estas fases incluyen: la evaluación del uso de la GBP, comprobando el cumplimiento de las recomendaciones o los cambios en el conocimiento y/o las actitudes, la evaluación del impacto o de los resultados de la implantación de las recomendaciones de las GBPs y la integración y sostenibilidad de las nuevas prácticas. Dada la importancia de estos aspectos del ciclo de conocimiento para la acción, se deben tener en cuenta en todas las fases anteriores. Del mismo modo, la planificación cuidadosa y la implantación de las primeras cuatro fases guían los procesos de monitorización, evaluación e integración.

Es importante que los líderes, al iniciar las actividades de transferencia de conocimiento, tengan en cuenta que la transferencia de conocimiento, como se muestra en el Marco de Conocimiento para la Acción, no es necesariamente un proceso secuencial, ya que varias fases pueden suceder o puede hacerse necesario abordarlas de forma simultánea. Por lo tanto, es importante para los miembros de equipos de implantación de GBPs leer la Herramienta de forma completa para familiarizarse con todos los aspectos de la transferencia de conocimientos. Por último, la Herramienta ha sido diseñada para ofrecer información sobre el “cómo”, el “porqué”, el “y ahora qué” y el “esto es lo que hemos realizado”. Por lo tanto, contiene aplicaciones teóricas y prácticas, así como plantillas de hojas de datos que pueden ser utilizadas en todas las fases del proyecto. Además, cada fase incluye implicaciones sobre los recursos, que deben ser identificadas y abordadas para la implantación exitosa de las GBPs. Se han incorporado a lo largo del documento ejemplos prácticos de diferentes sectores.

Qué buscar al leer los capítulos

Cada capítulo se organiza en los siguientes subtítulos:

1. Revisión de los pasos anteriores
2. ¿De qué trata este capítulo?
3. Definiciones clave
4. Contenido específico o Aquí están los HECHOS
5. Aplicación o Hacerlo posible en el ámbito de la práctica

6. Implicaciones a tener en cuenta antes de pasar al capítulo siguiente

- Implicaciones para las partes interesadas
- Implicaciones para los recursos
- Implicaciones para el plan de acción
- Implicaciones para la sostenibilidad
- Implicaciones para la evaluación

7. Escenario* (un ejemplo del contenido en cada capítulo)

8. Referencias

9. Recursos (destacados en cada capítulo)

* Se utilizan varios iconos en cada capítulo para resaltar secciones importantes relacionadas con los epígrafes. Estos iconos se explica en las páginas siguientes.

Iconos usados en esta Herramienta

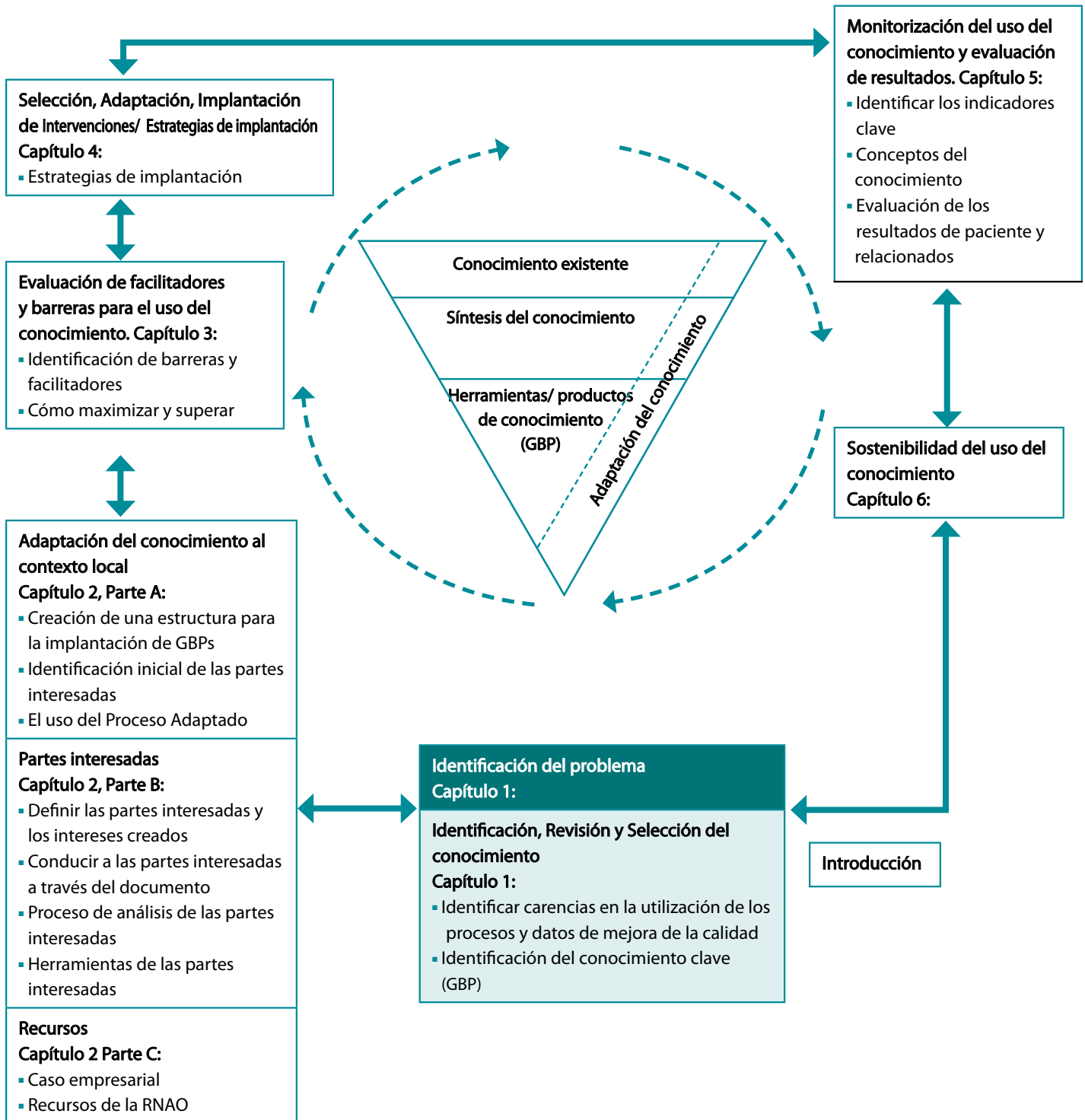
	<p>Plan de Acción</p> <p>Al comenzar el ejercicio de planificación, recomendamos que se utilice el plan de acción marcado en la Herramienta. La plantilla para el plan de acción y las hojas de datos en blanco se adjuntan en un compact disc (en la versión original). Familiarícese con la plantilla del plan de acción, determine plazos amplios para la implantación y evaluación de las GBPs. Las plantillas pueden usarse inmediatamente incluyendo la información pertinente en las hojas de datos.</p>
	<p>Partes interesadas (Stakeholders)</p> <p>En cada etapa del ciclo de acción, las partes interesadas juegan un papel clave. Cada capítulo trata de las implicaciones de las partes interesadas, incluyendo cómo obtener su contribución, cómo informarles y la importancia de entender cómo pueden verse afectadas por nuestras acciones en el proceso. Los capítulos 2, 3 y 4 tratan de manera específica sobre las partes interesadas y su papel en el proceso; también se aborda la identificación, el análisis y la participación de las partes interesadas.</p>
	<p>Implicaciones sobre los recursos</p> <p>Los individuos identificados para liderar el proceso de implantación de las GBPs en su institución deben ser profesionales de la salud con competencia clínica en esa área, con habilidades en la gestión de proyectos, la gestión del cambio, la facilitación, el trabajo con los demás y la implicación de otros, y que sean conscientes de los recursos necesarios para este trabajo.</p> <p>Al principio del proceso debe entenderse que la implantación de las GBPs requerirá recursos, como el tiempo dedicado a liderar, planificar e implantar las GBPs, el tiempo de formación y los procesos de monitorización y evaluación. Los detalles específicos de las necesidades de recursos se detallan en el capítulo 2C Recursos. Sin embargo, al igual que la evaluación de las partes interesadas, la evaluación de las necesidades de recursos debe comenzar y desarrollarse en todo el proceso de planificación. Use las hojas de datos a medida que trabaja en cada capítulo para identificar las implicaciones presupuestarias de la implantación de las GBPs.</p>
	<p>Idea</p> <p>Se presentan enfoques específicos o estrategias nuevas para ayudarle cuando pase del conocimiento a la acción con la implantación de la guía. Puede compartirlo con su equipo, para ayudarle a medida que avanza su tarea.</p>
	<p>Atención</p> <p>Hay áreas que requieren su atención para evitar riesgos. Recuerde el objetivo a alcanzar y entienda que no se puede complacer a todos en todo momento; contemple que habrá retrasos y mantenga una comunicación clara, coherente y regular. Estar preparado para ello en cada cambio del proceso le permitirá que la implantación de la guía elegida sea una experiencia positiva.</p>

Iconos usados en esta Herramienta

	<p>Hojas de datos</p> <p>Se proporcionan hojas en blanco para que usted documente ideas y planes, y pueden utilizarse para revisar el trabajo terminado o el que se piensa realizar. Estas herramientas están disponibles en un documento word para que lo utilice en su ordenador o lo fotocopie si lo necesita. Las plantillas se adjuntan en un compact disc (en la versión original) . Utilice las hojas de datos a medida que trabaja en los sucesivos capítulos.</p>
	<p>Casos prácticos</p> <p>Se proporcionan ejemplos de estudios de casos prácticos y situaciones en distintos sectores que describirán las experiencias de quienes han implantado guías. Estos casos prácticos incluyen sugerencias de cómo diferentes equipos implantan las guías.</p>
	<p>Escenario</p> <p>Dentro de cada capítulo hay un escenario para ilustrar cómo se puede identificar, implantar y evaluar la implantación de las GBPs. Los escenarios reflejan varios tipos de entornos, por ejemplo, el hospital o la comunidad, y varios temas relacionados con la implantación de la guía.</p>
	<p>Evaluación</p> <p>Familiarícese con las diferentes etapas de la evaluación, con los métodos de evaluación, las herramientas y el tiempo que necesitará para evaluar el proceso, los avances y la implantación de la guía.</p>
	<p>Sostenibilidad</p> <p>Una vez que la GBP haya sido implantada es importante crear un proceso para la sostenibilidad que puede incluir evaluación, auditoría, celebraciones, formación, publicación y presentaciones. El proceso de sostenibilidad requiere recursos adicionales y estos deben ser identificados como parte de todo el proceso de implantación.</p>

Las definiciones clave se incluyen en cada capítulo y en el Anexo C se presenta un glosario completo.

Capítulo 1: Identificación del problema, revisión y selección de conocimiento



Capítulo 1: Identificación del problema, revisión y selección de conocimiento

Revisión de la introducción

En la introducción se ha revisado la finalidad, el enfoque y el público al que va dirigida esta segunda edición de la Herramienta de implantación de las guías de la RNAO, y se han discutido las similitudes y diferencias en relación con la primera edición de la Herramienta. Además, se ha presentado y descrito el Marco de Conocimiento para la Acción basado en la evidencia que guía la estructura y el contenido de esta edición de la Herramienta.

Lo que añade este capítulo

- Define lo que es una guía
- Proporciona una justificación del uso de las GBPs
- Muestra cómo se usan las GBPs
- Relaciona la mejora de calidad y el uso de las GBPs
- Describe cómo seleccionar una GBP de alta calidad
- Traza los pasos siguientes una vez que se ha seleccionado una GBP

Introducción

Este capítulo proporciona el contexto para ampliar el debate sobre la primera etapa del Marco del Conocimiento para la Acción de la Herramienta de la GBP. Este proceso se propicia tras la identificación de un problema de la práctica y usa las herramientas de conocimiento, denominadas a menudo guías de práctica. Estas guías varían según el nivel de rigor metodológico mantenido en su desarrollo, la fuerza de la evidencia que respalda las recomendaciones, la claridad y el formato. Muchas guías no alcanzan los estándares metodológicos establecidos para el desarrollo de guías (Brouwers, et al., 2010), en particular respecto a la identificación, evaluación y síntesis de la evidencia científica (Straus, Tetroe & Graham, 2009). Los profesionales a menudo necesitan ayuda en la identificación y selección de las guías de más alta calidad y que son relevantes para la práctica. Esta Herramienta proporciona orientación para ayudar a los profesionales y a otras personas a entender qué es una guía de calidad y cómo acceder a ese tipo de guías.

¿Qué es una guía de práctica?

Los términos guía, guía de práctica clínica (GPC) y guía de buenas prácticas (GBPs) normalmente se usan indistintamente para describir una serie de herramientas directivas para la práctica clínica. Esta Herramienta se basa en la idea de que las guías son recursos basados en la evidencia para apoyar la toma de decisiones clínicas y de gestión. Para la discusión sobre las guías, en esta Herramienta se utilizan los siguientes términos tal y como son definidos aquí:

- **Guías de práctica clínica basadas en la evidencia:** declaraciones sistemáticamente desarrolladas para ayudar a los profesionales de la salud y a los usuarios/pacientes a tomar decisiones relacionadas con un plan de cuidados adecuado para unas circunstancias clínicas específicas (Field & Lohr, 1990),
- **Guías de buenas prácticas de RNAO (GBPs):** el nombre de RNAO distingue a un tipo único de guías de práctica clínica. Hay dos ramas para las GBPs: guías clínicas y guías de entornos laborales saludables (ELS). Este trabajo está dirigido por la RNAO con la financiación del Ministerio de Salud y Atención a Crónicos de Ontario y con el apoyo de la Oficina de Salud de Canadá, Oficina de Política Enfermera (RNAO website, 2009).

Las guías de buenas prácticas guían las políticas, la práctica directa y moldean los estándares y los protocolos. El instrumento AGREE II (The Appraisal of Guidelines Research & Evaluation) identifica claramente los estándares para las guías de práctica clínica y ayuda a diferenciar entre una guía “de calidad” y otros documentos relacionados con la práctica disponibles para el personal sanitario en el lugar de trabajo.

¿Por qué las guías de buenas prácticas son importantes?

Las guías de buenas prácticas llevan la mejor evidencia al lugar donde se realizan los cuidados para que la usen los profesionales, para orientar su práctica y tener un impacto en los resultados de los pacientes. Si bien corresponde a cada profesional estar al día y asegurarse de que se usa la mejor evidencia disponible, la cantidad de conocimiento generada a diario hace que sea poco realista esperar que cada profesional revise la literatura de forma regular para poner al día su práctica. El desarrollo de guías de buenas prácticas de calidad por parte de instituciones fiables proporciona un cauce para que los profesionales y las instituciones se aseguren de estar utilizando la mejor evidencia en el cuidado que proporcionan. Las guías de buenas prácticas son importantes porque permiten a los profesionales centrarse en los cuidados con la seguridad de estar informados con la mejor evidencia (Ferguson-Pare, Closson, & Tully, 2002). El modelo de la Figura 2 resalta los procesos de desarrollo, comunicación, implantación y evaluación de las GBPs.

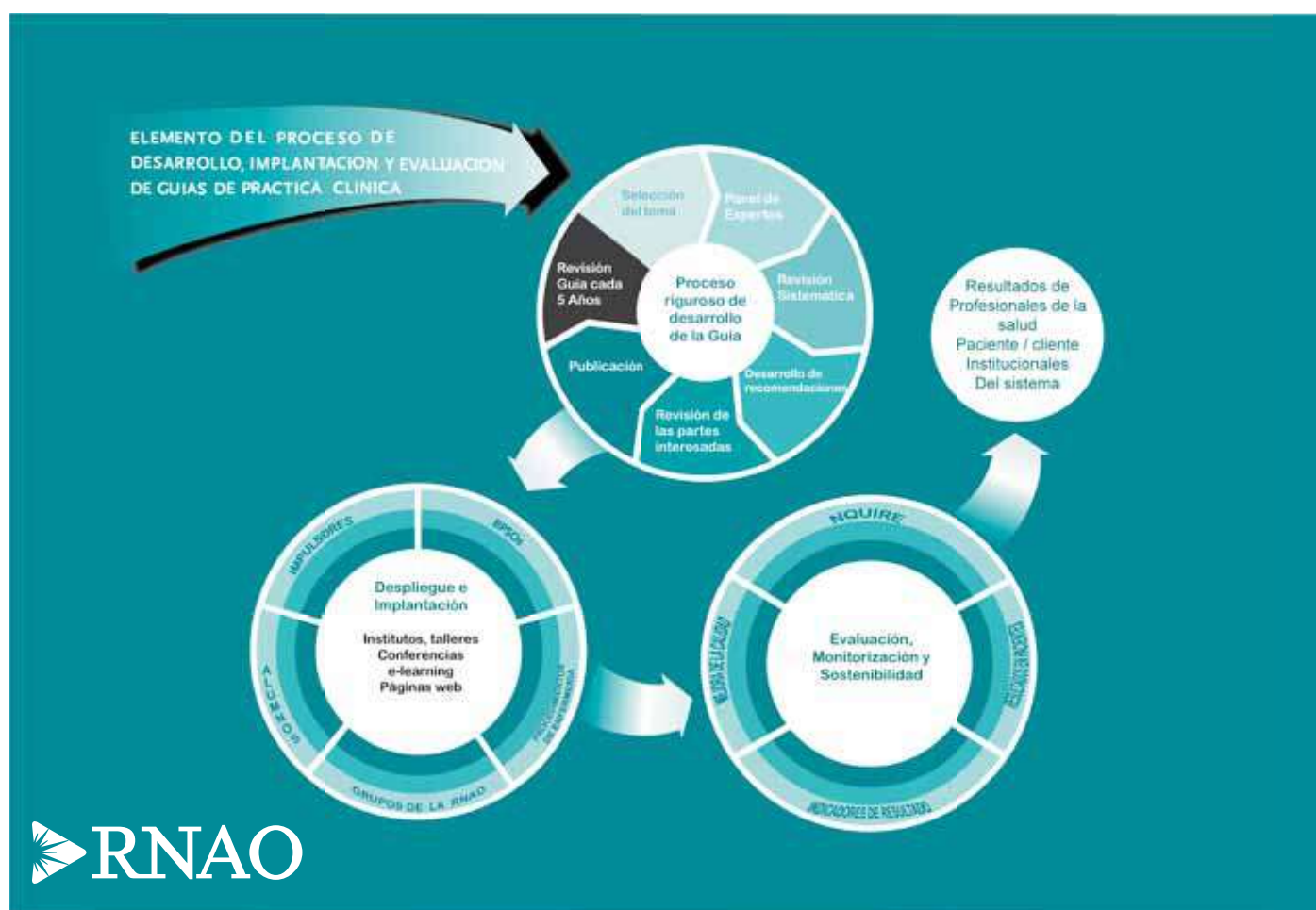


Figura 2. Adaptada de RNAO Best Practice Guidelines Program. Development, Implementation and Evaluation for CoF CPG Working Group (March 2012).

Proceso riguroso de desarrollo de la guía

El proceso riguroso de desarrollo de las guías de la RNAO consiste en un enfoque con siete fases que permite que la más alta calidad, la más reciente investigación y demás evidencia relacionada con un área temática sean utilizadas en el desarrollo de recomendaciones para la práctica, la formación y las políticas por parte del equipo de enfermeras y otros expertos. Los pasos específicos de este proceso se representan en el modelo anterior, Figura 2, e incluyen: la

selección integral de un tema, la identificación de un Equipo de Expertos, la identificación del alcance específico de la guía, revisiones sistemáticas, el desarrollo de recomendaciones basadas en la evidencia dirigidas a la práctica, la formación y las políticas, la revisión de las partes interesadas, la publicación de la guía, la comunicación y un proceso de revisión en cinco años.

Despliegue e implantación

La RNAO está comprometida con el despliegue e implantación de las guías y utiliza un enfoque de difusión coordinado que incorpora una serie de estrategias representadas en la Figura 2. La implantación de la guía se ve favorecida a través de iniciativas específicas que incluyen: 1) la Red de Impulsores de las buenas prácticas en enfermería (Nursing Best Practice Champion Network®), que desarrolla la capacidad de cada enfermera y promueve la concienciación, el compromiso y la adopción de las GBPs; 2) los procedimientos de enfermería proporcionan afirmaciones claras, concisas y viables sobre intervenciones, derivadas de las recomendaciones para la práctica de GBPs que las enfermeras pueden implantar en sus cuidados. Están diseñados para estar incorporados en sistemas de información clínica, pero también se pueden usar en papel o en sistemas híbridos. Por favor, consulte el Anexo E para más información; y 3) la Best Practice Spotlight Organization® (BPSO, por sus siglas en inglés), denominación que apoya la implantación de GBPs a nivel institucional y del sistema. Las iniciativas BPSO se centran en el desarrollo de culturas basadas en la evidencia con el mandato específico de implantar, evaluar y mantener las diferentes GBPs de práctica clínica de la RNAO. Además de estas estrategias, hay talleres de formación sobre el desarrollo de capacidades relacionados con GBPs específicas y su implantación que se llevan a cabo de forma anual.

Evaluación, monitorización y sostenibilidad de la implantación de las GBPs

La evaluación del impacto de la implantación y sostenibilidad de las GBPs se monitoriza mediante la revisión periódica de los indicadores estructurales, de proceso y de resultado. Los indicadores estructurales se refieren a los elementos del entorno laboral que facilitan unos cuidados de calidad e incluyen la dotación de personal, los modelos de cuidados y cuestiones similares. Los indicadores de proceso evalúan el grado en el que se han implantado las recomendaciones prácticas de las GBPs. Los indicadores de resultado se refieren a los resultados específicos de los usuarios/pacientes esperados por el uso de las GBPs. La capacidad de vincular los indicadores estructurales y de proceso con indicadores específicos de resultados del usuario/paciente ayuda a determinar el impacto de la implantación de las GBPs en los resultados de salud específicos de éstos.

El Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation (NQuIRE®, por sus siglas en inglés) es una iniciativa internacional de mejora de la calidad que permite la recogida de datos y la medición de indicadores estructurales, de proceso y de resultado relacionados con cada GBP de la RNAO. El instrumento NQuIRE® ha sido diseñado específicamente para los grupos BPSO® para supervisar de forma sistemática los avances y evaluar los resultados de la implantación de las GBPs de la RNAO en las instituciones

La implantación efectiva de las GBPs puede alcanzar varios objetivos:

- Contribuir a que los resultados del usuario/paciente sean sólidos
- Reducir la variabilidad en los cuidados
- Trasladar a la práctica la evidencia fruto de la investigación
- Promover la base de conocimientos en enfermería
- Ayudar en la toma de decisiones clínicas
- Identificar carencias en la investigación
- Detener intervenciones que tienen poco efecto o causan daño
- Reducir costes

Cómo se utilizan las guías de buenas prácticas

Se espera que los profesionales de la salud usen la práctica basada en la evidencia para proporcionar cuidados de alta calidad, seguros y éticos al usuario/paciente. Las GBPs dirigen las prácticas clínicas, los estándares, los protocolos, los programas de educación y las políticas que forman parte de la práctica diaria de los profesionales de la salud. Los ejemplos de dónde se han incorporado las GBPs en estructuras y procesos en marcha en los cuidados de salud incluyen:

- Información sobre el usuario/paciente proporcionada para la toma de decisiones
- Los planes de cuidado del usuario/paciente, mapas de cuidados, vías clínicas y algoritmos
- Procesos de sistema y resultados
- Explicaciones de la visión y de la misión, práctica diaria, políticas, procedimientos y documentación (Krugman, 2003).
- Paquetes educativos utilizados para el desarrollo y formación del personal (Krugman, 2003).
- Estándares de acreditación relacionados con la toma de decisiones clínicas y de gestión basadas en la evidencia.

¿Cómo abordan las GBPs identificadas las Oportunidades para el Cambio de Prácticas?

Las instituciones de salud y los profesionales de hoy en día se esfuerzan por asegurar que los enfoques utilizados en la práctica proporcionan resultados de calidad y están basados en la mejor evidencia. Por tanto, existen dos formas de usar las buenas prácticas para provocar un cambio en la práctica. Una manera es que esté disponible una nueva guía que impulse la revisión de la práctica y la adopción de la nueva guía. Otra forma es que salga a la luz una cuestión, problema o desafío en la práctica clínica y motive la búsqueda de herramientas de conocimiento, como las GBPs, para que ayuden a esclarecer cómo un conjunto de prácticas o cambios específicos en las prácticas pueden conducir a una solución efectiva. En términos generales, la mayoría de las GBPs serán revisadas para su posible uso después de una de las siguientes circunstancias, que reflejan un vacío en el conocimiento de la práctica:

- Las partes interesadas identifican una necesidad en la práctica
- Unos socios solicitan ayuda o colaboración con un proyecto
- Un evento centinela obliga a la investigación de las prácticas actuales y el examen de los medios para mejorar los cuidados
- El gobierno pone en marcha nuevas iniciativas en materia de salud
- Emergen iniciativas de Seguridad del Paciente
- Las iniciativas de calidad y los datos recogidos requieren una respuesta.

La matriz de la página siguiente muestra cómo un evento, asunto o problema pueden conducir a la identificación y el uso de GBPs.



EJEMPLOS de cómo identificar una cuestión de cambio de prácticas que puede llevar al uso de guías

Cadena de eventos	Implicación de las partes interesadas			Iniciativa gubernamental	Evento centinela	Indicador de calidad
	Individuo	Grupo	Institución			
¿Qué ha pasado?	Un tutor recibe de un estudiante la actualización de los cuidados de la ostomía. La GBP es mencionada	El comité de acreditación ha identificado la necesidad de mejorar los cuidados en el ictus	Un estudiante de doctorado investiga sobre contenciones en la institución	El sistema de salud de Canadá establece cambios en la práctica de transfusiones de sangre	Un error de medicación que casi da lugar a una cirugía innecesaria en un paciente	Se advierte que la incidencia de úlceras por presión es más elevada que el promedio en el resto del sector
Problema relacionado u oportunidad identificada	El cuidado de la ostomía en la institución puede necesitar ser revisado	El cuidado del ictus en la institución es objeto de revisión	Oportunidad de actualizar todas las prácticas relacionadas con las contenciones	Los cuidados y documentación sobre dispositivos intravenosos y accesos venosos centrales necesitan revisión	Las carencias de personal y las prácticas y sistemas relacionados con la medicación necesitan revisión	Personal bien formado en úlceras por presión pero falta equipo
GBPs de RNAO que el equipo de enfermería identifica como útiles	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados y manejo de la ostomía • Atención orientada al paciente • Establecimiento de la relación terapéutica 	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración del ictus mediante la atención continuada • Manejo enfermero de la hipertensión • Detección de delirio, demencia y depresión en personas mayores • Prevención de caídas y lesiones derivadas en personas mayores 	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de caídas y lesiones derivadas en personas mayores • Estrategias de cuidado para el delirio, depresión y demencia en personas mayores • Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión • Atención orientada al paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración y selección de dispositivos de acceso vascular • Cuidado y mantenimiento para la reducción de complicaciones en el acceso vascular 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo y mantenimiento de la dotación de personal y carga de trabajo efectivos • Desarrollo y mantenimiento del liderazgo en enfermería • Profesionalidad en enfermería • Salud en el lugar de trabajo, seguridad y bienestar de las enfermeras 	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión • Valoración y manejo de las úlceras por presión del estadio I al IV
Otras guías también utilizadas	Ninguna	<ul style="list-style-type: none"> • ACLS, TNCC, PALS, Triage • Guías de estrategias en ictus 	Ninguna	<ul style="list-style-type: none"> • Dispositivos de acceso venoso central, (Sociedad de Enfermería Oncológica) 	<ul style="list-style-type: none"> • Guía de Farmacia • Just Culture Community 	Ninguna
Respuesta a un problema identificado	La revisión de políticas, formación, documentación y procedimientos relativos a la ostomía resulta en menos complicaciones en la cirugía de la ostomía	Revisión de políticas, procedimientos, formación y documentación sobre la evaluación de riesgos. La meta es mejorar el tratamiento de la hipertensión y el ictus	Revisión de políticas, formación, documentación y procedimientos para el manejo intravenoso. La meta es incrementar la satisfacción del paciente y del personal	Revisión de políticas, formación, documentación y procedimientos relacionados con accesos intravenosos y la satisfacción de pacientes y del personal	Revisión de políticas, formación, prácticas y documentación sobre la prescripción, dispensación y administración de medicamentos. La meta es reducir la incidencia de errores de errores	Adquirir colchones de alivio de presión en todo el hospital, cambiar la documentación, contratar un especialista en enterostomía. La meta es reducir la incidencia de úlceras por presión

Busque las guías de prácticas de alta calidad

Una vez que se ha identificado un vacío en la práctica/conocimiento, es importante buscar la evidencia apropiada para encontrar la solución. Se han realizado grandes esfuerzos para mejorar la calidad y el rigor de las guías de prácticas con el fin de garantizar que las prácticas clínicas se basan en la mejor evidencia disponible. En consonancia con el objetivo de utilizar la mejor evidencia posible en el desarrollo de la guía, es igual de importante la utilización de las mejores guías disponibles. Por lo tanto, se recomienda que los escritores de las guías y aquellos que las adoptan utilicen un instrumento de evaluación de guías –como el AGREE II (Brouwers, et al., 2010) – para asegurar la calidad de las GBP antes de ponerlas en práctica (Burgers, Cluzeau, Janna, Hunt & Grol, 2003; Harrison, Graham, & Fervers, 2009).

El Instrumento Agree II

Para seleccionar una GBP se necesitan unos criterios de toma de decisiones. Con este fin se han diseñado expresamente unos instrumentos de evaluación crítica. El instrumento AGREE II identifica criterios fundamentales, denominados dominios, de lo que constituye una guía de alta calidad, y es sensible a las diferencias en estos importantes dominios (Burgers, Cluzeau, Janna, Hunt, & Grol, 2003). Estos dominios y lo que abordan es lo siguiente:

- **Alcance y finalidad:** objetivos generales de la guía de práctica, pregunta clínica y población diana.
- **Participación de las partes interesadas:** composición, disciplina y experiencia del grupo de desarrollo de la guía de práctica, incluido el usuario/paciente.
- **El rigor en el desarrollo:** información sobre la estrategia de búsqueda, relacionar mediante la discusión la evidencia y las recomendaciones, revisión externa antes de la publicación y proceso de actualización después de la publicación de la guía de práctica.
- **Claridad y presentación:** se proporciona y garantiza la idoneidad de las recomendaciones, variedad de opciones presentadas, información relevante fácil de leer y de encontrar, un resumen de recomendaciones y hojas informativas para los usuarios/pacientes.
- **Aplicabilidad:** implicaciones institucionales y presupuestarias para la aplicación de las guías de práctica con criterios de revisión para monitorizar el uso de la guía.
- **Independencia editorial:** el organismo de financiación no ha influido en las recomendaciones y los miembros del grupo de desarrollo han declarado posibles conflictos de intereses.

Evaluación de la guía –Haga que suceda en su lugar de trabajo

Si ha identificado un vacío en la práctica/conocimiento y ha identificado una guía que podría ser útil, existen varios pasos que se deben llevar a cabo como parte de la evaluación de la guía. Se enumeran y describen a continuación.

Paso #1: identificar si un autor fiable ha llevado a cabo una valoración actualizada de la guía de interés. Instituciones como la RNAO tienen un proceso sistemático para la evaluación crítica de las GBP en diversas áreas temáticas. La información sobre la revisión llevada a cabo por la RNAO se puede encontrar en los anexos de cada guía.

Paso #2: si no hay una revisión disponible, busque una GBP que aborde su tema. Realice una búsqueda sistemática en relación con la GBP y recuerde que las guías varían en rigor y calidad. Busque el asesoramiento de un documentalista o experto en búsqueda bibliográfica.

Paso #3: repase todas las GBP en su totalidad. Una lectura rápida a menudo resalta documentos técnicos, monografías y otros documentos relacionados con los detalles del desarrollo de la GBP y con la evidencia que la respalda. Mantenga un registro minucioso de las guías a las que ha accedido.

Paso #4: cuando se accede a varias GBPs se deben utilizar criterios de selección (p.ej. criterios de inclusión y exclusión) para reducir la lista de guías de interés. En la selección debe asegurarse de que el desarrollo de la guía estuvo basado en la evidencia. Los criterios de selección deben incluir: GBPs escritas en su idioma o traducidas, escritas en un lapso determinado de tiempo y con enfoque restringido al área de interés.

Paso #5: identificación de un grupo de cuatro a seis personas para revisar y evaluar las GBPs de interés. Preferiblemente, los miembros deben poseer experiencia o conocimientos especializados en los temas clínicos de interés, conocimientos sobre el proceso de investigación y nociones sobre cómo utilizar el instrumento AGREE II.

El proceso de evaluación crítica de las GBPs permite la identificación de una o más GBPs para considerar su implantación (también ayuda a identificar documentos que no son guías). Si se identifica más de una, el equipo de implantación puede decidir si utilizar una guía exclusivamente o adoptar las recomendaciones de una o varias guías, basándose en los niveles de evidencia y en el contexto local de su entorno de trabajo.

Guías de buenas prácticas de la RNAO

La RNAO sigue de forma deliberada los dominios del instrumento AGREE II durante el proceso de desarrollo de la guía, con el fin de crear un producto de calidad. La RNAO selecciona un tema, forma un equipo interdisciplinario de expertos, busca y evalúa las GBPs relacionadas e identifica revisiones sistemáticas y artículos sobre el tema. Toda la evidencia es revisada de forma crítica y la información es resumida en recomendaciones. El documento es revisado por pares y finalmente publicado. Cada 5 años la guía se examina y se revisa si es necesario (Graham, Harrison, Brouwers, Davies, Dunn, 2002; Grinspun, Virani & Eajnok 2002).

Muchas instituciones y profesionales optan por utilizar las guías de la RNAO por el rigor utilizado en el proceso y por la alta credibilidad del trabajo de las GBPs de la RNAO. Incluso si ya se ha tomado la decisión de utilizar las GBPs de la RNAO, se recomienda revisar la guía con el instrumento AGREE II para ayudar al equipo de implantación a validar y poner de relieve las propiedades de dominio de la guía de la RNAO elegida. También proporciona al equipo una herramienta que se puede aplicar a otras GBPs que estén actualmente en uso o en estudio. Llevar a cabo una evaluación crítica de las GBPs también puede servir como una estrategia de aprendizaje activa (Singleton & Levin, 2008).

La revisión temprana de las GBPs por personas involucradas en la implantación puede lograr varias cosas:

- ayudar a construir el equipo
- crear confianza en las recomendaciones de la guía
- introducir el instrumento AGREE II como estándar de calidad de las guías.

Una vez seleccionada una guía, ¿cuál es el paso siguiente?

Al determinar los siguientes pasos, es importante establecer las preguntas clave que dirigirán cómo y dónde se implantará la guía. Estas preguntas incluyen:

- ¿Se aplica la GBP a todas las áreas de la institución?
- ¿Existen recomendaciones específicas que abordan necesidades conocidas de la institución?
- ¿Hay algunas recomendaciones que ya se hayan implantado?
- ¿Hay algunas recomendaciones que se han implantado parcialmente? (p.ej. ¿sólo algunas recomendaciones? ¿Sólo en algunas unidades?)
- ¿Hay algunas recomendaciones que deben implantarse antes que otras?
- ¿Hay algunas recomendaciones que puedan implantarse de forma rápida?
- ¿Hay algunas recomendaciones basadas en niveles más altos de evidencia que otros?
- ¿Algunas recomendaciones llevarán más tiempo para implantarse en la práctica? ¿Hay algunas barreras para la

implantación? ¿Hay problemas de presupuesto? ¿Temas de competencias de personal? ¿Temas de liderazgo? ¿Problemas de cargas de trabajo? ¿Cuestiones culturales y de actitud?

Al responder a estas preguntas se debe incluir e involucrar a las partes interesadas clave (véase el capítulo 2B para obtener información sobre cómo involucrar a las partes interesadas). También puede examinar los datos disponibles de control de calidad para abordar plenamente las cuestiones mencionadas anteriormente. Las decisiones que se tomen basadas en las respuestas a esas cuestiones determinarán el alcance de la implantación de las GBP, así como los recursos necesarios.

Centrándose en el cambio necesario en la práctica

No todas las prácticas cambian cuando se implanta una nueva GBP

Las GBP proporcionan a los profesionales de la salud y a las instituciones ayuda para la práctica habitual y una orientación para mejorarla. Es importante basarse en las prácticas y procesos existentes cuando va a acometerse el cambio. Normalmente, durante la implantación de una GBP no es ni necesario ni recomendable realizar una reforma total del lugar de trabajo, con la consiguiente agitación general.

Según se desprende de las preguntas anteriores, es fundamental examinar la práctica actual y compararla con las recomendaciones de las GBP para determinar cuáles de las prácticas actuales son respaldadas por las recomendaciones. La implantación puede orientarse entonces a reforzar y mantener las buenas prácticas ya existentes en el lugar de trabajo y a detectar áreas específicas donde se necesita una mejora de la práctica.

La brecha entre las prácticas actuales y las recomendadas

Con el fin de identificar mejor las prácticas actuales ya basadas en la evidencia y las que necesitan el cambio, al equipo de implantación de las GBP le conviene medir la brecha que hay entre la evidencia y la práctica (es decir, el vacío entre la evidencia de las guías de alta calidad o las revisiones sistemáticas y las prácticas actuales en la institución) (Kitson & Straus, 2009; Straus, Tetroe, Graham, Zwarenstein, & Bhattacharyya, 2009). Para llevar a cabo este análisis es muy útil involucrar a quienes trabajan en los centros de cuidados y responder a las siguientes preguntas:

- 1) ¿Existen brechas entre la práctica actual y las buenas prácticas?
- 2) ¿Dónde y en qué medida existen esas brechas?

Para guiar este proceso, aquí se incluye una herramienta de “análisis de necesidades”, que se ha completado con el uso de las recomendaciones de dos GBP de la RNAO. Esta herramienta incluye las recomendaciones de la guía e indica cuáles se han cumplido total o parcialmente, o cuáles están incompletas, y también aborda qué recomendaciones o qué partes de las recomendaciones no son aplicables.

Esta herramienta es útil para:

- Determinar las prácticas actuales que están basadas en la evidencia y respaldadas por las GBP que pueden ser utilizadas para consolidar los puntos fuertes de la práctica.
- Identificar las recomendaciones que no son aplicables.
Identificar prácticas que cumplen parcialmente las recomendaciones de las GBP y que pueden ser una buena elección como primer objetivo del cambio de prácticas.
- Determinar las recomendaciones que no se cumplen y pueden requerir estrategias de cambio de la práctica a largo plazo.

Es importante comenzar con aquellos cambios en las prácticas que se pueden llevar a cabo fácilmente o son cruciales para la seguridad de los pacientes/usuarios y del personal. Comience por reforzar lo exitoso y centrarse en los resultados rápidos.

El análisis de necesidades es un método rápido y fácil para confirmar que algunas recomendaciones se están cumpliendo (es decir, que algunas prácticas actuales ya están basadas en la evidencia). Esto merece la pena que se destaque y se celebre con el personal. Siempre es bueno comenzar un proceso diciendo: “¡bien hecho!”. Las prácticas recomendadas que están parcialmente conseguidas pueden ser abordadas a continuación.

Una vez terminado el análisis, es necesario tomar medidas acordes con la evaluación obtenida. Por ejemplo, para las recomendaciones aplicadas parcialmente se debe determinar lo que debe suceder para completar esas recomendaciones. Tal vez, la compra de nuevo equipo o actualizar la formación del personal puede asegurar que se cumplan las recomendaciones. La columna de recomendaciones “no cumplidas” siempre será un reto mayor. Sin embargo, puede ser una lista pequeña después de haber observado más de cerca lo que ya son buenas prácticas en procesos, políticas e intervenciones prácticas en el lugar de trabajo. Además, algunas recomendaciones no cumplidas serán identificadas como no aplicables.

El análisis de necesidades, en relación con las GBPs cuya implantación se está considerando, es útil para obtener explicaciones rápidas sobre cuál es el contexto actual de la práctica, en comparación con el que se quiere tener. Se convierte en una herramienta útil de monitorización para comprobar el progreso en la implantación de una guía si se utiliza de manera planificada a través de todo el proceso de la implantación de las GBPs.

El análisis de necesidades proporciona un resumen de la información que puede provenir de varias fuentes, incluidos el análisis de sistemas, los análisis de causas subyacentes de los resultados, las auditorías, las entrevistas formales/informales, las reuniones con equipos interdisciplinarios, la discusión a nivel del comité de prácticas, las encuestas, las revisiones de las políticas, las revisiones de la documentación relacionada, el análisis del conjunto de habilidades del personal y el inventario del equipo.

Más allá de la matriz diseñada para observar de un vistazo el análisis de necesidades está la mirada en profundidad al “dónde” y el “porqué” de las prácticas actuales, así como el “quién” y el “cómo” para realizar “qué” tipo de cambio. A continuación se muestran dos ejemplos para demostrar cómo el análisis de necesidades o brechas se puede utilizar para identificar áreas de cambio.

EJEMPLO #1: Análisis rápido de brechas en las GBPs o Resumen del análisis de necesidades

GBPs de la RNAO: Prevención de caídas y lesiones derivadas en personas mayores (Oct 2002)				
Recomendaciones de la guía	Cumplida	Parcialmente cumplida	No cumplida	Comentarios
1.0 Valoración del riesgo de caídas al ingreso.	✓			También se realiza después de las primeras 24 horas y cada vez que se moviliza al paciente. La institución excede las recomendaciones.
1.1 Valoración del riesgo de caídas después de una caída.	✓			
2.0 El Tai Chi para prevenir las caídas en personas mayores está recomendado para pacientes cuyo periodo de hospitalización es mayor de cuatro meses y para aquellos con una historia sin fracturas.			✓	Introducción del Tai Chi bajo revisión en el comité de práctica.
2.1 Las enfermeras pueden utilizar el entrenamiento de la fuerza como componente multifactorial de las intervenciones para prevenir las caídas Sin embargo, no hay suficiente evidencia para recomendarla como intervención única.	✓			Véase el plan de cuidados relacionado con las caídas.
2.2 Las enfermeras, como parte del equipo multidisciplinar, implantan las intervenciones multifactoriales de prevención de futuras caídas.	✓			Véase el plan de cuidados relacionado con las caídas.
2.3 Las enfermeras, en consulta con el equipo de salud, llevan a cabo revisiones periódicas de la medicación para prevenir las caídas en personas mayores en instituciones de salud.	✓			Véase el plan de cuidados relacionado con las caídas.
2.4 Las enfermeras pueden valorar el uso de protectores de cadera para reducir las fracturas de cadera en pacientes considerados de alto riesgo de sufrir fracturas por caídas.		✓		Se realiza en centros de cuidados a críticos/unidades de rehabilitación. Se está formando al personal en cuidados a críticos.
2.5 Las enfermeras proporcionan información a los pacientes sobre los beneficios de los suplementos de vitamina D para la reducción del riesgo de caídas. Además, la información sobre la dieta, el estilo de vida y la elección del tratamiento para prevenir la osteoporosis es relevante para reducir el riesgo de fractura.		✓		Realizado de manera inconsistente: Necesidad de epígrafes en la hoja de admisión. Los cambios en el formulario se verán en el comité de documentación el 14 de noviembre.

GBPs de la RNAO: Prevención de caídas y lesiones derivadas en personas mayores (Oct 2002)				
2.6 Todos los pacientes que han sido valorados como de alto riesgo de caídas reciben educación relacionada con el riesgo.	✓			Véase el plan de cuidados relacionado con las caídas.
3.0 Las enfermeras incluyen modificaciones del entorno como un componente de las estrategias de prevención de caídas.	✓			Véase el plan de cuidados relacionado con las caídas.
4.0 La educación en la prevención de caídas y lesiones derivadas debería ser incluida en el currículo de enfermería y en la formación continua.	✓			Revisión de la orientación a enfermeras y estudiantes.
5.0 Las enfermeras no deben utilizar las barandillas para la prevención de caídas o en las caídas recurrentes para pacientes que reciben cuidados en instituciones de salud; sin embargo, otros factores pueden influir en la toma de decisiones acerca del uso de barandillas.	✓			Barandilla para el autoposicionamiento en la cama. Las barandillas están disponibles para necesidades diferentes de la contención.
6.0 La institución establece una política corporativa para reducir las contenciones que incluye componentes de contenciones físicas y químicas.	✓			Véase la política "Least Restraint" (Menos contenciones).
7.0 La organización ha creado un entorno que apoya las intervenciones para la prevención de caídas que incluye: <ul style="list-style-type: none"> • Programa de prevención de caídas • Formación del personal • La consulta clínica para la evaluación de riesgos e intervención sobre ellos • La participación de equipos multidisciplinares • Equipamiento, dispositivos de transferencia, camas elevables y alarmas en la cama 	✓ ✓ ✓ ✓ ✓			La institución supera la recomendación. Véase la política "Least Restraint" (Menos contenciones), paquetes de orientación a enfermeras y estudiantes y el plan de cuidados relacionado con caídas.
8.0 Implantación de procesos para gestionar la polifarmacia/medicación psicotrópica. Uso de revisiones médicas y alternativas a la sedación.	✓			Véase la política "Least Restraint" (Menos contenciones).
9.0 Las BPGs pueden ser implantadas con éxito con la planificación, los recursos, la facilitación y el respaldo administrativo adecuados.	✓			El Líder de la Práctica Profesional (PPL por sus siglas en inglés) lidera el programa. Véase la GBP para más detalles.

Referencia Nancy Bauer & Leamington District Memorial Hospital, 2002

EJEMPLO #2: Análisis rápido de brechas en las GBPs o Resumen del análisis de necesidades

BPG de la RNAO: Prevención del estreñimiento en personas mayores – (Oct 2002)				
Recomendaciones de la guía	Cumplida	Parcialmente cumplida	No cumplida	Comentarios
1.0 Valoración del estreñimiento recabando los antecedentes del paciente.	✓			Valoraciones inconsistentes: necesidad de epígrafes en la hoja de admisión, en el plan de cuidados y en la historia clínica. Cambios en marcha por parte de representantes de farmacia y de cuidados a agudos en el comité de documentación.
2.0 Obtención de información sobre el paciente respecto a: cantidad y tipo de ingesta diaria de líquido, cantidad habitual de ingesta de fibra, antecedentes médico/quirúrgicos relevantes. (Véase la GBP para más detalles).		✓		
3.0 Revisión de la medicación del paciente para identificar los medicamentos asociados con riesgo de estreñimiento, incluye antecedentes del uso de laxantes.		✓		
3.1 Cribado por riesgo de polimedicación, incluyendo la duplicación de fármacos prescritos y de venta libre y sus efectos adversos.	✓			
4.0 Identificación de las capacidades funcionales del paciente relacionadas con su movilidad, ingesta y su estado auditivo y cognitivo, relacionado con sus habilidades para comunicar necesidades y seguir instrucciones sencillas.		✓		Realizado en unidades de cuidados críticos/ de rehabilitación. Comité de documentación busca cómo utilizar el proceso de las unidades de cuidados críticos/de rehabilitación en otras unidades de cuidados a agudos.
5.0 Realizar una valoración física del abdomen y recto. Valoración de la fuerza muscular del abdomen, ruidos intestinales, masa abdominal, estreñimiento, impactación fecal, hemorroides y reflejo anal intacto.		✓		Valoración abdominal y de sonidos intestinales actualmente realizada al ingreso y cuando se necesita.
6.0 Antes de iniciar el protocolo de estreñimiento, identificar patrones intestinales (Véase la GBP) y el método para ir al baño a través del registro diario durante siete días.		✓		Apropiado para pacientes de hospitalización de larga duración. Necesidad de uso en otros lugares bajo revisión.

7.0 La ingesta de líquido debe ser de 1.500-2.000 ml/día. Animar a beber sorbos de líquidos a lo largo del día. Reducir cafeína y alcohol.		✓		Proceso bien entendido en la unidad de cuidados críticos/rehabilitación. Necesidad de formación del personal en cuidados a agudos previsto para enero. Plan de cuidados respecto al estreñimiento en revisión. Un equipo multidisciplinar es parte de la implantación
8.0 La ingesta de fibra debe ser de 25-30 grs/día. La ingesta de fibra debe incrementarse gradualmente cuando el paciente ingiera de manera consistente 1.500 ml/día de líquidos. Consulte con el nutricionista.		✓		
9.0 Promover que se vaya al baño de manera regular cada día gracias a comidas de activación intestinal. Salvaguardar la intimidad del paciente.		✓		Realizado en la unidad de cuidados a agudos/rehabilitación. Véase nuevo plan de cuidados a agudos.
10 La actividad física debe adaptarse a las capacidades individuales, al estado de salud, y a las preferencias y tolerancia personales.	✓			Un nuevo plan de cuidados proporcionará un lugar para poder registrarlo.
10.1 Caminar, para individuos con movilidad completa o con limitaciones de movilidad (Véase la GBP para obtener detalles sobre la frecuencia).	✓			Un nuevo plan de cuidado proporcionará un lugar para poder documentar esto.
10.2 Para personas incapaces de caminar o en reposo, uso de ejercicios de inclinación de la pelvis, rotación del tronco y uso de elevadores para ejercicios.			✓	Véase las revisiones del plan de cuidados.
11 Evaluar la respuesta del paciente y las necesidades de valoración continuada (Véase la GBP para más detalles).		✓		Necesidad de epígrafes en los registros de datos sobre la medicación y la valoración diaria. El comité de documentación lo revisará.
12 Los programas de formación integral destinados a la reducción del estreñimiento y la promoción de la salud intestinal deberían ser organizados e impartidos por enfermeras especialmente formadas para ello (Enfermeras asesoras sobre continencia) Véase la GBP para más detalles.			✓	La administración de enfermería busca una enfermera para formarla como asesora sobre estreñimiento. Véase análisis de brechas en la GBP Manejo de la incontinencia urinaria.
13 Se anima a las instituciones a establecer un enfoque de equipo interdisciplinar para prevenir y tratar el estreñimiento		✓		Miembros ad hoc del comité de documentación en el lugar.
14 Las BPGs pueden implantarse con éxito con la planificación, los recursos, la facilitación y el respaldo institucional adecuados.	✓			La enfermera supervisora en el centro de cuidados a críticos es la líder de esta GBP.

Antes de pasar al siguiente capítulo, tenga en cuenta las siguientes cuestiones

- ¿Tiene un conocimiento amplio sobre las guías de buenas prácticas, sobre cómo definir las y por qué son importantes?
- ¿Entiende en qué debe consistir una guía de calidad y por qué la mejor manera de determinarlo es utilizar el instrumento AGREE II?
- ¿Entiende cuál es la implicación de la RNAO en el proceso de desarrollo de las guías y el enfoque que adopta?
- ¿Puede ver cómo se puede vincular en su lugar de trabajo la implantación de las GBPs a la mejora de la calidad u otros métodos usados para determinar la calidad de la práctica y de los resultados?
- ¿Podrían usted y un equipo realizar un análisis de necesidades en un área temática de la guía para determinar cuáles son las prácticas clave ya basadas en la evidencia y cuáles necesitan cambios?

1 Ejercicio

1. Compare de forma rápida los dos ejemplos de análisis de brechas presentados en este capítulo.
2. Decida cuál de las dos GBPs recomendaría implantar primero. ¿Por qué?

Lecturas recomendadas:

Brouwers, M. C., Stacey, D., & O'Connor, A. M. (2009). Knowledge translation tools. In S. Straus, J. Tetroe, & I. D. Graham (Eds.) Knowledge translation in healthcare: Moving from evidence to practice. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell.

Kitson, A., & Straus, S. E. (2010). The knowledge-to-action cycle: identifying the gaps. *Canadian Medical Association Journal*, 182(2), E73–E77.

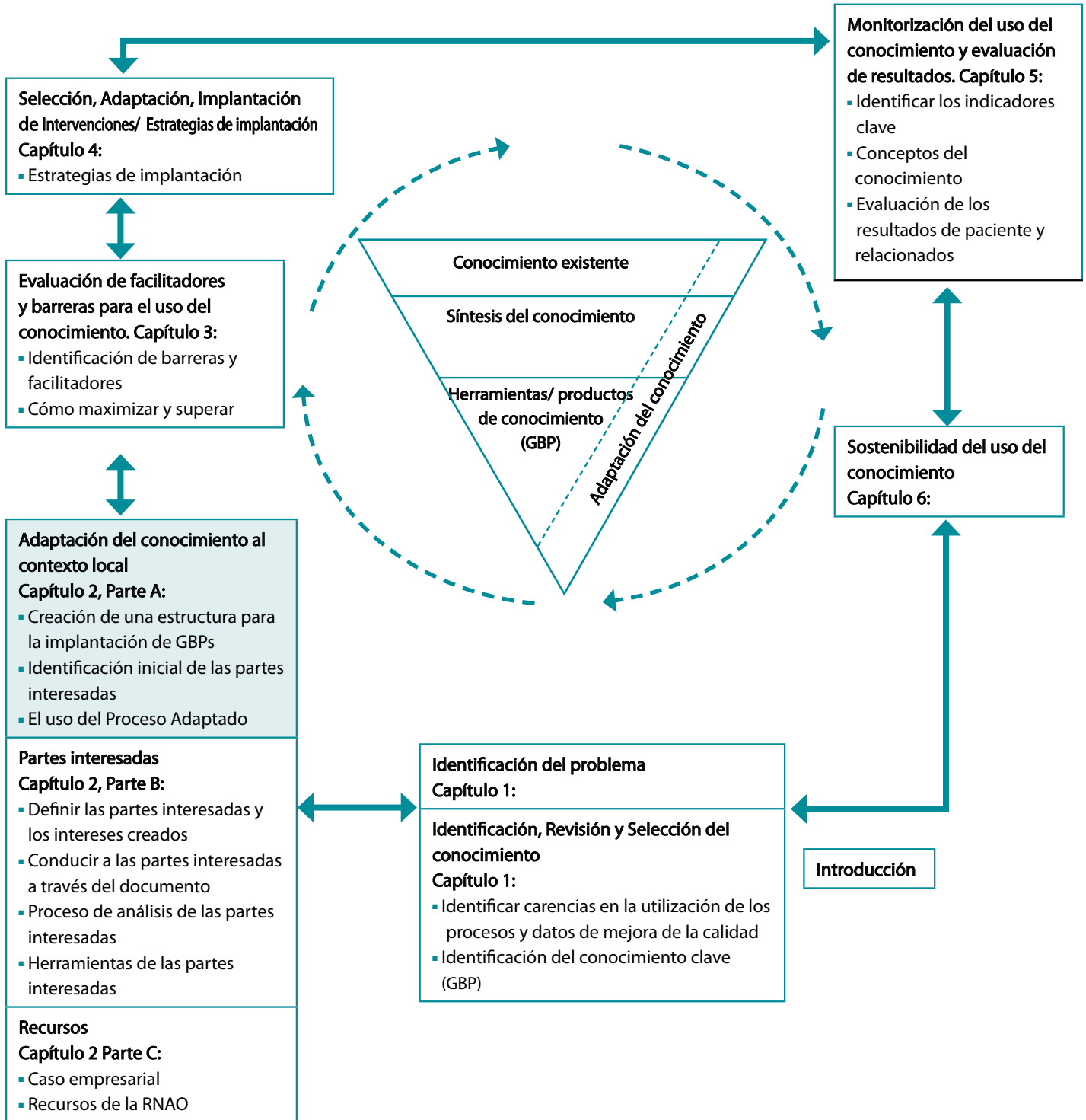
Páginas web recomendadas:

ADAPTE Collaboration : <http://www.adapte.org/>.

Agree II Collaboration: www.agreecollaboration.org/instrument

National Guideline Clearinghouse: <http://www.guideline.gov/>

Capítulo 2A: Adaptación del conocimiento al contexto local



Revisión del capítulo anterior

Las guías de buenas prácticas, incluidas las GBPs de la RNAO, son recursos valiosos que facilitan la provisión de cuidados efectivos basados en la evidencia a los pacientes/usuarios. En el Marco de Conocimiento para la Acción de la herramienta de las GBPs de la RNAO, el primer paso del ciclo de acción se centra en la identificación de brechas en la práctica, seguido de la revisión y selección del conocimiento aplicable para hacer frente a esos vacíos. La identificación de problemas o vacíos en la práctica actual puede ser considerada como una oportunidad para cambiarla basándose en una guía de buenas prácticas apropiada. Las decisiones en relación con una guía específica o con recomendaciones individuales que han de implantarse deben tener en cuenta la calidad y el rigor en el desarrollo de la guía, utilizando un instrumento de evaluación de la calidad, como el AGREE II.

Lo que añade este capítulo

En este capítulo se aborda la segunda fase del Marco de Conocimiento para la Acción, la adaptación al contexto local. Se explica por qué las guías de práctica y las recomendaciones de la guía pueden necesitar adaptarse al contexto local en el que se van a implantar. Se discuten varias estrategias orientadas a alcanzar este objetivo, como la metodología ADAPTE para la adaptación de guías. Es importante tener en cuenta que todas las guías, por lo general, requieren modificaciones para adaptarse al contexto local. Este tipo de modificaciones se pueden llevar a cabo como parte de los pasos clave en el Marco de Conocimiento para la Acción, como el análisis de las partes interesadas, la identificación de las barreras y facilitadores y/o el desarrollo de planes de implantación. Los pasos de este capítulo centrados en la metodología ADAPTE serán útiles para los casos en los que la guía necesite una modificación sustancial para implantarse en un área de especialidad específica o en un contexto cultural muy diferente. En estas situaciones, la metodología ADAPTE facilita el proceso de desarrollo de la guía permitiendo que una guía ya desarrollada sea modificada de forma sistemática para adaptarse al área a la que está destinada. Es justo en momentos como estos cuando se aplicará la información de este capítulo; si no es el caso, quienes implantan la guía pueden avanzar al siguiente paso en el Marco de Conocimiento para la Acción.

Definiciones clave

Adaptación de la guía: un “enfoque sistemático para considerar la aprobación o modificación de guías producidas en un entorno diferente, cuando se van a aplicar e implantar en otro entorno, como alternativa al desarrollo de una guía nueva a nivel local o como un primer paso en el proceso de implantación, preservando los principios basado en la evidencia.” (Fervers, Burgers, Voellinger, Brouwers, Browman, & Graham, 2011)

Guía fuente: una guía “seleccionada para someterse a evaluaciones de calidad, vigencia, contenido, consistencia y aceptabilidad/aplicabilidad, y en la que se puede basar una guía adaptada” (The ADAPTE Collaboration, 2009).

Partes interesadas: una parte interesada o stakeholder es un individuo, grupo y/o institución con un interés creado directo en la decisión de implantar una guía de buenas prácticas (Baker, Ogden, Prapaipanich, Keith, Beattie, & Nickleson, 1999). Las partes interesadas incluyen individuos o grupos que se verán directa o indirectamente afectados por la implantación de una guía de buenas prácticas.

Aquí están los hechos

La adaptación de la guía es un proceso importante en la implantación de la práctica basada en la evidencia (Harrison, Graham, & Fervers, 2009). Las guías de práctica clínica que se han desarrollado en un entorno cultural o sectorial puede ser difíciles de implantarse en otro. Las diferencias de contexto pueden afectar al mantenimiento y viabilidad de

determinadas recomendaciones, incluso cuando las respalda un sólido conjunto de evidencias. Cada contexto local es único, y se compone de una serie de factores, entre los que se incluyen prioridades institucionales, recursos disponibles, ámbitos de la práctica y la legislación regional. La adaptación de guías de práctica clínica de calidad ya existentes a un contexto local minimiza la necesidad de desarrollar de forma local una guía de práctica clínica específica y mejora la implantación de recomendaciones basadas en la evidencia en un entorno concreto de la práctica.

La adaptación de la guía implica la toma de decisiones sobre el valor y la sostenibilidad que tiene el conocimiento presentado en la guía fuente en las circunstancias locales (Graham, et al., 2006). “También abarca las actividades que el equipo de implantación puede desarrollar para adaptar o personalizar el conocimiento a su situación particular” (Graam, et al., 2006) pero manteniendo la naturaleza basada en la evidencia de las recomendaciones. El objetivo general es asegurar que todos perciban que las guías y las recomendaciones que se van a implantar abordan el problema identificado, se adaptan al contexto local y representan la mejor evidencia disponible.

En todas las fases del proceso de implantación de la guía, es importante la participación de un equipo de implantación y de las partes interesadas relevantes. El equipo de implantación debe participar en la revisión y selección de las guías, evaluándolas siguiendo los estándares internacionales señalados en el instrumento AGREE II, valorando la utilidad clínica, la facilidad para la implantación de las recomendaciones de la guía e identificando aquellas que son de aceptación general en el contexto local. En este momento, el equipo de implantación, con la participación de las partes interesadas, puede llevar a cabo modificaciones de las recomendaciones de la guía, siempre en consonancia con las recomendaciones. Las partes interesadas a nivel local pueden ayudar a asegurar que las recomendaciones responden a las necesidades del entorno. Las partes interesadas externas pueden ser de utilidad para asegurar que las recomendaciones adaptadas siguen siendo coherentes con la evidencia original y/o con la guía fuente (Graham, et al., 2005).

Un reto en el proceso de adaptación del conocimiento a nivel local es asegurar que todo lo implantado siga estando basado en la evidencia. La colaboración ADAPTE (The ADAPTE Collaboration, 2009) ha desarrollado un enfoque sistemático para la adaptación de guías que ha sido aplicado en numerosos proyectos de desarrollo e implantación de guías en Canadá (Gupta et al., 2009). El proceso describe un número de pasos que se deben tomar para asegurar que cualquier guía o recomendación implantada en un entorno determinado aborda las necesidades, prioridades y recursos particulares del contexto, sin perder la validez de las recomendaciones, según la evidencia. El conjunto de principios básicos sobre los que se ha desarrollado el proceso ADAPTE de adaptación de guías, así como los recursos para promoverlo en el ámbito local, se presentan en el Anexo D.

Implicaciones a tener en cuenta antes de pasar al capítulo siguiente

Implicaciones para las partes interesadas

- En el proceso de adaptación, se ha de buscar la participación de las partes interesadas capaces de asegurar que el conocimiento adaptado está basado en la evidencia y al mismo tiempo se adapta adecuadamente al entorno.
- Las partes interesadas pueden participar en todo el proceso de adaptación (es decir, como parte del grupo de trabajo de la adaptación) o ser consultados en diferentes etapas del proceso (es decir, a modo de revisión externa).

Implicaciones para los recursos

- Tenga en cuenta los recursos que necesita para las actividades de adaptación. Estos pueden incluir: acceso a servicios de internet y documentación para la búsqueda y recuperación de guías de práctica clínica, tiempo para la evaluación crítica de las guías y un espacio para que el grupo de trabajo o equipo de implantación se reúna con regularidad.

Implicaciones para el plan de acción

- Evaluar de forma exhaustiva las guías de práctica clínica identificadas atendiendo a su relevancia en el contexto local.
- Si se requiere adaptación, utilice un enfoque sistemático para mejorar el rigor y la transparencia del proceso.

Escenario : un ejemplo en un centro de cuidados de larga estancia

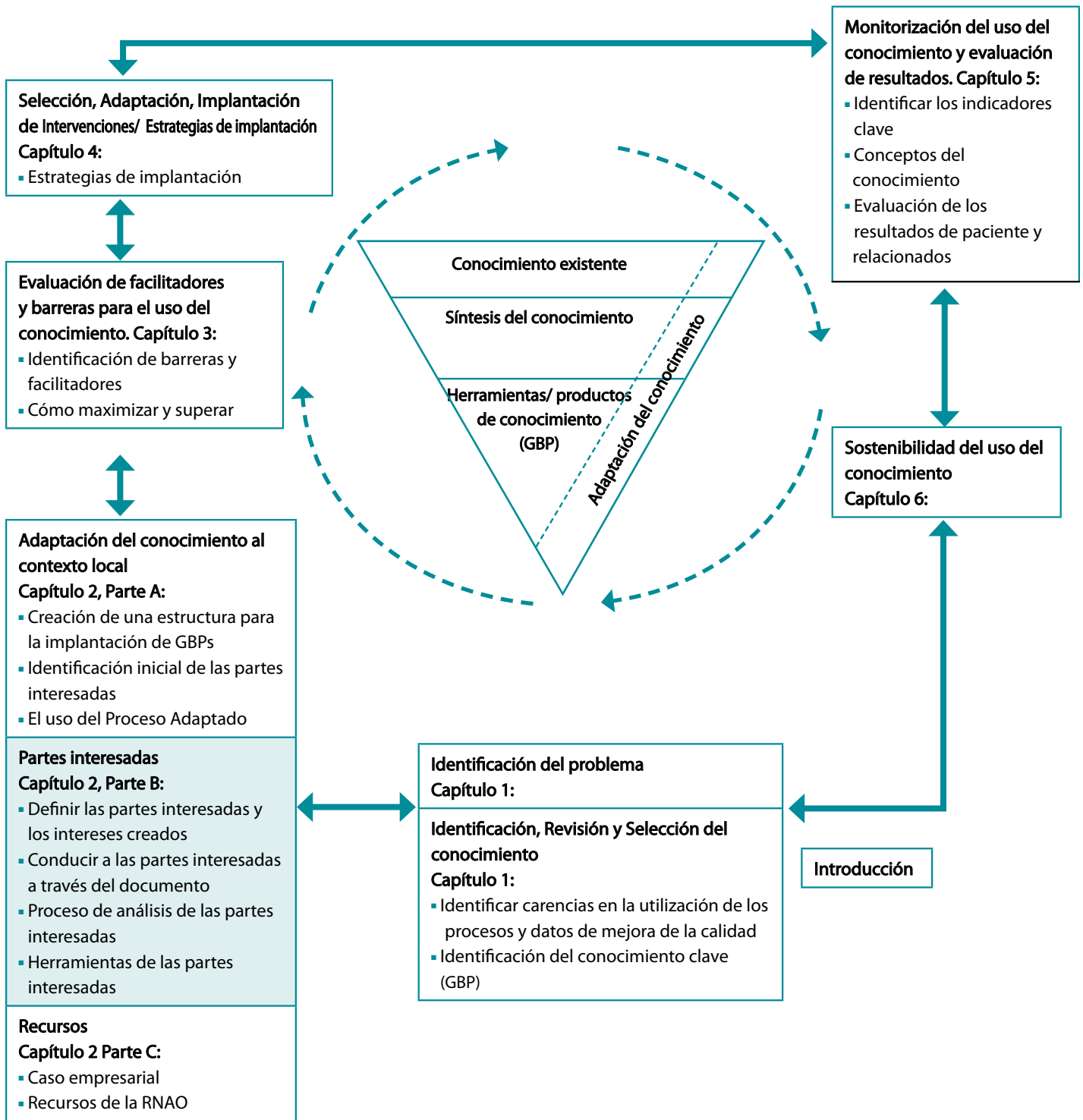
En una institución de cuidados de larga estancia se ha convocado a un equipo interdisciplinar para supervisar la implantación de la valoración de la higiene oral. Se han revisado las guías relevantes y el grupo de trabajo ha decidido implantar las recomendaciones de la guía de buenas prácticas Higiene oral: Valoración e intervenciones enfermeras, para que “las enfermeras utilicen una herramienta de evaluación oral estandarizada, válida y fiable para llevar a cabo la valoración inicial y las sucesivas” (Registered Nurses’ Association of Ontario, 2008, p. 29). A la hora de decidir qué herramienta de valoración implantar, el equipo de implantación identifica los siguientes factores relevantes para el contexto local:

- La población residente en este centro de cuidados de larga estancia está compuesta por personas mayores que requieren asistencia diaria respecto a la higiene oral.
- La higiene oral en este centro la realizan un conjunto de enfermeras, auxiliares y personal de apoyo.
- Para limitar el impacto de la evaluación oral formal en las rutinas diarias, sobre todo teniendo en cuenta la diversidad del personal, la evaluación debería ser breve y fácil de documentar.
- Otros centros de cuidados de larga estancia en la zona han implantado herramientas de valoración de la higiene oral y han expresado su disposición a compartir sus experiencias.

La GBP de higiene oral de la RNAO identifica una serie de herramientas de valoración que pueden ser relevantes para las personas mayores en centros de cuidados de larga estancia. El equipo de implantación recuperó literatura y ejemplos de cada herramienta. El equipo revisó la validez y fiabilidad de cada herramienta, su aplicabilidad a la población residente y la viabilidad de la implantación en su entorno. Las instituciones locales de cuidados de larga estancia también fueron consultadas sobre sus experiencias con varias herramientas de valoración de la higiene oral. Una vez tomada una decisión sobre qué herramienta implantar, se solicitó la retroalimentación de diversas partes interesadas del centro (p.ej. residentes, personal) y de otras externas a la institución (p.ej. higienistas dentales). Los resultados de la revisión interna y externa fueron positivos y apoyaron la selección de la herramienta. Como resultado de este proceso, el equipo estaba seguro de que la recomendación de utilizar una herramienta estandarizada, válida y fiable se había adaptado de manera apropiada a su entorno particular.

Capítulo 2B: Partes interesadas

CAPÍTULO 2



Revisión del capítulo anterior

En los capítulos anteriores hemos visto que las guías de práctica clínica se seleccionan en base a necesidades clínicas específicas y pueden ser implantadas a través del uso de un proceso sistemático incluido en el Marco de Conocimiento para la Acción. A la hora de determinar la calidad de la guía seleccionada, la herramienta AGREE II es un recurso útil para guiarle en el proceso de evaluación de la guía. Además, si fuera necesario, el proceso ADAPTE se puede utilizar en la adaptación de la guía para un mejor ajuste, ante las diferencias culturales y/o entornos o contextos especiales.

Lo que se añade en este capítulo

En este capítulo se examina el papel de las partes interesadas. El interés de las partes interesadas reside no sólo en la decisión de implantar una guía y el resultado esperado, sino también en si esa decisión y esos resultados les afectan y en cómo lo hacen. En este capítulo se describe cómo realizar un análisis de las partes interesadas y sugiere diversas maneras en que la información recopilada se puede utilizar de la mejor manera posible.

Definiciones clave

Análisis de las partes interesadas: es el proceso de identificación y generación de información acerca de las partes interesadas con el fin de ayudar al equipo de implantación de la guía a entender su comportamiento, los planes, las relaciones y sus intereses. Este conocimiento puede ayudar al equipo a determinar el apoyo, los recursos y las influencias que las partes interesadas pueden ejercer y determinar cuál es la mejor manera de comprometerlos para alcanzar el éxito.

Parte interesada: una parte interesada o stakeholder es un individuo, grupo y/o institución con un interés directo en la decisión de implantar la guía de buenas prácticas (Baker, Ogden, Prapaipanich, Keith, Beattie, & Nickleson, 1999). Las partes interesadas incluyen personas o grupos que directa o indirectamente se verán afectados por la implantación de las guías de buenas prácticas o que influyen en su implantación.

Aquí están los hechos

Las partes interesadas son individuos, grupos o instituciones que tienen intereses, se ven afectados o pueden influir en un cambio en la práctica (Legare et al., 2009). Véase la Tabla 1 para encontrar ejemplos de partes interesadas potenciales. Las partes interesadas juegan un papel esencial en cualquier proceso de cambio y deben participar en todo el proceso. Las partes interesadas pueden apoyar, oponerse o mantenerse neutrales en relación con la implantación de la GBP. Antes de tener en cuenta a las partes interesadas, es importante que quienes lideran el proceso de implantación de la guía entiendan los componentes y procesos involucrados. Para la identificación del grupo inicial de partes interesadas, así como para el análisis de su interés en los cambios propuestos, será útil familiarizarse con los temas relacionados. La posición de cada parte interesada depende de su percepción sobre cuánto se acerca el cambio a sus propias perspectivas. La literatura sobre políticas de salud identifica una serie de consideraciones relacionadas con la forma en que debe identificarse e involucrarse a las partes interesadas en el contexto de diferentes tipos de cambios en la práctica clínica (Varvasovsky & Brugha, 2000). La identificación de las partes interesadas consiste, por ejemplo, en:

- Ser claro respecto a los componentes del proyecto y del proceso de implantación, y familiarizarse con los temas relacionados ayudará a identificar al grupo inicial de partes interesadas. Después, puede utilizar la técnica de bola de nieve. Con esta técnica, a cada parte interesada se le pide que identifique a otras partes interesadas relevantes y/o se lleva a cabo una encuesta estructurada, dónde se les pide que identifiquen el grado de importancia de varias partes interesadas.
- El uso de enfoques tanto cualitativos como cuantitativos para la identificación de las partes interesadas facilitará la elaboración de una lista completa y una base de datos de los mismos.

- Considerar si es el cliente/paciente/usuario. Debe conocerse la perspectiva del paciente sobre la implantación planificada y el impacto en su salud y en su calidad de vida (RNAO, BPG, Client Centred Care, 2002).
- Inclusión de profesionales de diferentes áreas de cuidados de la salud afectados por el cambio (p.ej. personal de enfermería, médicos, otros profesionales de la salud). Otras partes interesadas clave a tener en cuenta son los altos directivos, los mandos intermedios y otros profesionales del cuidado. Algunas partes interesadas pueden estar más involucradas o ser más críticos en momentos determinados del proceso de cambio clínico.
 - Los altos directivos son importantes en la etapa inicial para establecer objetivos que sean coherentes con la estrategia institucional.
 - Los mandos intermedios trabajarán junto con los altos directivos en la planificación de la implantación.
 - Debe involucrarse a los profesionales y empleados de primera línea cuando haya cambios que afecten directamente a su trabajo, es decir, cuando ellos sean quienes mejor sepan dónde, qué y cómo cambiar (Vink, Imada & Zink, 2008).
- Clasificar a las partes interesadas en función del grado de acuerdo con el cambio en la práctica y/o con su relación con la institución en la cual se está implantando la guía (Baker, Ogden, Prapaipanich, Keith, Beattie, & Nickleson, 1999):
 - Las partes interesadas internas provienen de dentro de la institución y pueden incluir enfermeras y supervisoras de enfermería, enfermeras especialistas clínicas, médicos y otros profesionales.
 - Las partes interesadas externas trabajan fuera de la institución y pueden incluir instituciones como la RNAO, organismos de acreditación, así como grupos de interés de pacientes y consumidores.
 - Las partes interesadas mediadores operan en los límites institucionales y del entorno e incluyen miembros de comités y personal que realiza un trabajo transversal en varios departamentos o instituciones.

Tabla 2: Ejemplo de partes interesadas potenciales

EJEMPLOS de partes interesadas potenciales			
	Individuos	Grupos	Instituciones
Interno	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente (y/o familiar) • Directora de enfermería • Consejero delegado • Enfermera • Educador clínico de diabetes • Estomaterapeutas • Educadores • Médicos (Jefe de servicio, médico de familia, internista, especialista, cirujano) • Dietista • Trabajador social • Personal/apoyo administrativo • Fisioterapeuta • Terapeuta ocupacional • Trabajadora del hogar • Personal de apoyo • Gestor de servicio o Director de unidad • Líder de proyecto 	<ul style="list-style-type: none"> • Consejo de familia • Enfermería <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeras • Auxiliares de enfermería • Fijas, correturnos • Departamento, división o equipo de enfermeras • Terapeuta • Empleados fijos en correturnos • Departamentos • Divisiones • Programas • Comités <ul style="list-style-type: none"> • Comité de práctica • Comité de documentación • Comité e-Doc • Control de infecciones • Asesor médico • Dirección general • Revisión de compras • Promoción de la salud • Salud y seguridad en el trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> • Sindicatos • Socio comunitario (p.ej. centro de acceso a cuidados comunitarios)

Externo	<ul style="list-style-type: none"> • Decano de estudiantes • Alcalde • Representante comercial • Consultor • Profesor de colegio • Director de colegio • Gestor de casos del centro de acceso a cuidados comunitarios 	<ul style="list-style-type: none"> • Foros de pacientes y familias • Los socios comunitarios pueden ver el servicio de urgencias del hospital como grupo de partes interesadas externas • Junta escolar • Comité de acreditación 	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo de interés de pacientes • Socio comunitario • Empresa proveedora • Programas de salud p.ej. estrategias contra el ictus • Colegio profesional • Acreditación de Canadá • Ministerio del gobierno
Mediador	<ul style="list-style-type: none"> • Miembro del consejo de administración • Representante de socios comunitarios con funciones internas y responsabilidades (p.ej. centro de acceso a cuidados comunitarios con gestor de casos en hospitales) • Tutor clínico que también trabaja en la institución como enfermera • Representante sindical que trabaja como enfermera 	<ul style="list-style-type: none"> • Público • Grupos de apoyo • Comités regionales • Comité regional de control de infecciones • Comité asesor de estudiantes universitarios • Comité de la red de integración local de la salud • Comité especial de trabajo regional 	<ul style="list-style-type: none"> • Socio comunitario • Proveedor de servicios a la comunidad • Hospital comunitario • Institución de cuidados de larga estancia • Unidad de salud pública • Centro de acceso a cuidados comunitarios • Cuerpos profesionales (p.ej. RNAO or CNO) • Sindicatos • Redes de integración local de salud
<p>NOTA: Esto no es una lista exhaustiva. Existen otras partes interesadas además de las identificadas aquí</p>			

Es fundamental que el análisis de las partes interesadas se realice al inicio del proyecto, pero también se puede revisar y modificar a lo largo del mismo.

Análisis de las partes interesadas

El análisis debe tener en cuenta las características de las partes interesadas, es decir, su conocimiento del tema, sus perspectivas, su experiencia con equipos y sus habilidades en la toma de decisiones. La literatura respalda que la participación temprana de las partes interesadas es esencial para el éxito de la selección e implantación de GBPs, y que la participación adecuada de las partes interesadas puede contribuir a la adopción exitosa de la nueva guía (Henderson, Davies, & Willet, 2006; Lawrence et al., 2008; Loisel et al., 2005; McKinlay et al., 2004).

Las diferentes guías movilizan diferentes grupos de partes interesadas, quienes requieren diferentes recursos y estrategias para su participación (Isett et al., 2007). Después de la identificación de las partes interesadas, se lleva a cabo el análisis de las mismas, que implica:

- La evaluación de las partes interesadas para determinar su influencia potencial y su reacción, en función de su posición respecto al cambio, y
- La determinación de las posibles maneras de vincular los intereses de las partes interesadas para asegurar el mayor apoyo posible (Lawrence, Polipnick, & Colby, 2008; Miles, Valovirta, & Frewer, 2006).

Existen dos tipos de objetivos en el análisis de las partes interesadas:

1. Maximizar la congruencia entre los intereses de las partes interesadas y los objetivos de la implantación de la guía.
2. Gestionar y/o minimizar los riesgos asociados con la falta de apoyo de las partes interesadas.

El análisis de las partes interesadas tiene en consideración el interés particular de las mismas, su nivel de influencia y apoyo al cambio propuesto y los factores que pueden facilitar su implicación. En base a este análisis, se pueden desarrollar las estrategias apropiadas para su participación. Es importante volver a evaluar a cada parte interesada y su posición de forma regular. Las estrategias necesitan revisarse a medida que emergen nuevas partes interesadas y otras cambian de posición con el tiempo. La profundidad y la amplitud de los análisis de las partes interesadas pueden variar y hay varios modelos de análisis de partes interesadas disponibles para su uso –que van de lo simple a lo complejo– (Baker, Ogden, Prapaipanich, Keith, Beattie, & Nickleson, 1999).

Muchos modelos de análisis de partes interesadas incorporan el examen de dos variables:

1. El apoyo potencial de la iniciativa de cambio.
2. La amenaza potencial o el grado de influencia relacionada con la adopción del cambio.

Tendrá que utilizar diferentes estrategias de participación de las partes interesadas en función de la evaluación de su apoyo e influencia (Figura 1):

- Los que tienen **alta influencia** y **alto apoyo** se pueden tener en cuenta para influir de forma positiva en la difusión y adopción de la GBP. Estas partes interesadas necesitan mucha atención para permitirles continuar apoyando la iniciativa y se les debe mantener informadas continuamente.
- Los que tienen **alta influencia** y **bajo apoyo** necesitan la mayor atención con el fin de hacerlos participar.
- Los que tienen **baja influencia** y **alto apoyo** necesitan un poco de atención para evitar que se conviertan en neutrales o negativos respecto al cambio y se puede contar con ellos para proporcionar ayuda.
- Los que tienen **baja influencia** y **bajo apoyo** puede estar en la zona más baja de la lista de prioridades; sin embargo, es mejor comprometer a este grupo para que pase a una posición neutral, si es posible, para minimizar cualquier efecto negativo.

El cuidado en la selección de las partes interesadas, que incluye determinar qué estrategia utilizar con cada tipo de colaborador y cuándo utilizarla, permite un uso más efectivo del esfuerzo y de los recursos al planificar la implantación (Miles, Valovirta, & Frewer, 2006). En general, todas las partes interesadas deben participar al inicio del proceso de adaptación e implantación de la guía para asegurar que se satisfacen sus necesidades (Henderson, Davies & Willet, 2006; Lawrence et al., 2008; Loisel et al., 2005; McKinlay et al., 2004). Algunas partes interesadas pueden ser adecuadas para actuar como impulsores para asegurar la aceptación y adopción de la guía por parte de otros grupos de partes interesadas reticentes (Lawrence et al., 2008; Lichtman et al., 2004; McKinlay et al., 2004). Una buena conexión entre las partes interesadas y la estrategia garantizan una gran coherencia entre los intereses de las partes interesadas y los objetivos de los proyectos, y/o minimiza los riesgos asociados con la falta de apoyo de las partes interesadas. Por otra parte, un desajuste entre las partes interesadas y la estrategia puede dar lugar a que se malgasten energías (se dedica un exceso de atención a las partes interesadas que tienen poca influencia) o a una pérdida de oportunidades (no se logra involucrar a colaboradores interesados). Esto puede colocar a la institución en riesgo porque hay un fallo a la hora de anticiparse y/o defenderse de las partes interesadas que no dan su apoyo.

Recuerde, el análisis de las partes interesadas es un proceso continuo

- Pueden surgir nuevas partes interesadas a lo largo del tiempo.
- Algunas partes interesadas no podrán participar hasta el proceso de implantación.
- Puede ser necesario revisar las estrategias.
- Un cambio en el título/posición de las partes interesadas puede cambiar su influencia.

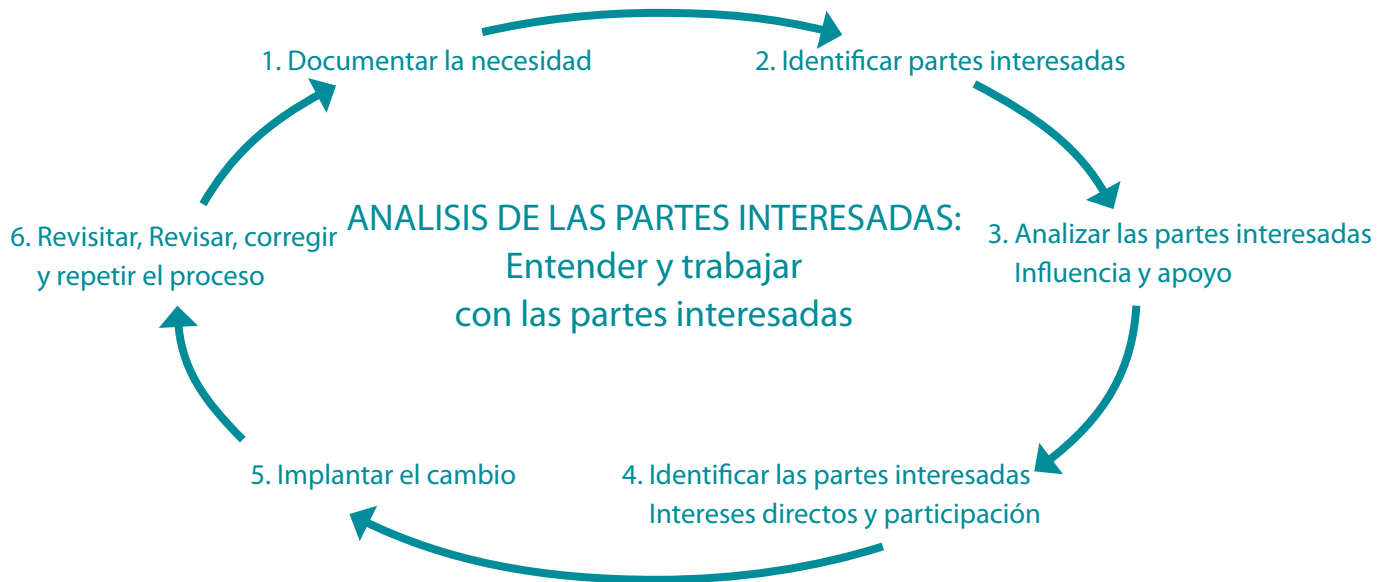
Figura 1: Apoyo e influencia de las partes interesadas y estrategias de participación

PARRILLA DE INFLUENCIA Y APOYO DE LAS PARTES INTERESADAS Con estrategias genéricas para la participación			
	Alta	← INFLUENCIA →	Baja
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Alto</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">↑</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">APOYO</p>	<ul style="list-style-type: none"> Afectarán de forma positiva a la difusión y adopción Necesidad de una gran cantidad de atención e información para mantener su participación <p>Estrategias</p> <ul style="list-style-type: none"> Colaborar Involucrarlos y/o proporcionarles oportunidades donde puedan ser de apoyo Apoyar y educar Fomentar la retroalimentación Prepararlos para la gestión del cambio Empoderar 		<ul style="list-style-type: none"> Pueden afectar de forma positiva a la difusión y adopción si se les presta atención Necesitan atención para mantener la participación y prevenir el desarrollo de la neutralidad <p>Estrategias</p> <ul style="list-style-type: none"> Colaborar Fomentar la retroalimentación Empoderar a través de la situación profesional Fomentar la participación Prepararlos para la gestión del cambio Involucrar a cierto nivel
		Alto apoyo Alta influencia	Alto apoyo Baja influencia
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Bajo</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">↓</p>		Bajo apoyo Alta influencia	Bajo apoyo Baja influencia
	<ul style="list-style-type: none"> Pueden afectar negativamente y en gran medida a la difusión y adopción Necesidad de una gran cantidad de atención para conseguir el apoyo y/o la neutralidad Trabajar para conseguir la participación <p>Estrategias</p> <ul style="list-style-type: none"> Consenso Establecer relaciones Reconocer necesidades Contar con partes interesadas externas y consultores Involucrar a cierto nivel Enfatizar cómo se desarrollan las GBPs No provocar que pasen a la acción Monitorizar 		<ul style="list-style-type: none"> Menos capaces de influir en la difusión y adopción Podría tener un impacto negativo en los planes Necesidad de algo de atención para conseguir apoyo y/o mantener la neutralidad Trabajar en pro del proyecto de participación <p>Estrategias</p> <ul style="list-style-type: none"> Consenso Establecer relaciones Reconocer necesidades Contar con partes interesadas externas y consultores Involucrar a cierto nivel Monitorizar

Hacer que suceda en el ámbito de la práctica

Ahora está preparado para llevar a cabo un análisis de las partes interesadas paso a paso, como se ilustra a continuación. Esto ayudará a que su institución apoye la implantación de la GBP seleccionada.

Figura 2: Análisis de las partes interesadas



Adaptado de: <http://leadershipchamps.files.wordpress.com/2008/03/Stakeholder-management-process-1.jpg>, accessed 2011/01/05

Paso #1: Documentar la necesidad. Este paso lo ha completando con el análisis de las brechas existentes del capítulo uno y mediante la identificación de la GBP a implantar. Sea muy claro en el proyecto, los objetivos, las metas y los resultados de la GBP. Sea capaz de articular de forma clara cuál es su grupo diana (es decir, toda la institución, un lugar, una división, un programa o unidad) y lo que intenta lograr. Describa la práctica actual y quién está involucrado. Resuma cómo la práctica cambiará con el uso de las GBPs y quién estará involucrado. Utilice a todo el equipo para completar este paso.

Paso #2: identificación de las partes interesadas. Trabaje con el equipo para identificar y desarrollar una lista coherente de partes interesadas clave en el proyecto de implantación, así como con su equipo para recopilar información que le ayude a entender a sus colaboradores. Es posible que desee llevar a cabo encuestas, grupos focales o entrevistas individuales con el personal clave. Planifique el uso de un guión específico para describir la iniciativa de la GBP, para que a cada colaborador se le proporcione la misma información. Otener información de los grandes grupos de partes interesadas, como el personal de enfermería, puede ser un desafío; sin embargo, el trabajo con los consejos de práctica profesional y representantes de enfermería y la utilización de encuestas o foros abiertos pueden facilitar la obtención de información de los grupos importantes de partes interesadas. A menudo, en los grandes grupos de partes interesadas puede encontrar gran variedad de puntos de vista, en función de la naturaleza y perspectiva de los subgrupos. Recuerde tener en cuenta que puede haber diferentes puntos de vista dentro de un grupo de partes interesadas.

Paso #3: Análisis de la influencia y apoyo de las partes interesadas. Al analizar la influencia de las partes interesadas, tenga en cuenta cómo se toman decisiones en su institución. ¿Quién está involucrado en la toma de decisiones? ¿Quién toma las decisiones en última instancia? ¿Quién puede influir en las decisiones? ¿Quién puede influir en la implantación? ¿Quién impulsará la decisión y la implantación? ¿Quién liderará y será impulsor de la implantación? Por último, ¿quién utilizará las recomendaciones? Las partes interesadas deben analizarse y las decisiones deben tomarse en relación con la cantidad de apoyo que se puede esperar de ellas. Las partes interesadas pueden apoyar, no apoyar o ser indiferentes.

Recuerde que el análisis de las partes interesadas es sensible al tiempo. Algunas partes interesadas puede que no parezcan tener ahora una alta influencia; sin embargo, a medida que el proyecto se desarrolla su influencia puede aumentar. Por ejemplo, los grupos del personal de enfermería pueden no tener una influencia alta inicialmente en la obtención de recursos para llevar el proyecto adelante; sin embargo, van a ser las principales partes interesadas en las fases de planificación y ejecución

Paso #4: Identificar los intereses directos y la participación de las partes interesadas. Los intereses directos son la motivación para el cambio. No se puede exagerar qué cuestiones involucrarán a las partes interesadas. Se deben identificar de forma específica los intereses directos. No es suficiente pensar que “mejorar el cuidado del usuario/paciente” será motivación suficiente. Es importante ser lo más específico posible, ya que los intereses directos pueden provenir de diversos puntos de vista. El interés directo puede:

- Tener poco que ver con la propia propuesta de cambio, y sí tener una función muy personal (p.ej. una persona está buscando una promoción o reconocimiento)
- Ser un punto de interés personal que se relaciona de forma directa con el tema (p.ej. una persona puede haber tenido a un miembro de la familia con ictus y no haber recibido cuidados basados en la evidencia)
- Tener la función de reducir la carga de trabajo (p.ej. la nueva documentación reduce el número de formularios sobre un tema relacionado de 10 a 5)

Evalúe de forma cuidadosa los intereses e influencia de las partes interesadas, ya que los datos recogidos en el análisis de las partes interesadas serán útiles para determinar las estrategias de participación a lo largo de las fases de planificación, implantación y evaluación del proyecto.

Paso #5: Implantar el cambio. Implantar el cambio planificado (véase capítulo 5), incorporando los planes de participación de las partes interesadas, de manera que estén implicados en el proyecto de la forma que mejor se adapte a su grado de influencia, apoyo e intereses directos.

Paso #6: Revisitar, revisar, corregir y repetir el proceso. Recuerde examinar el análisis de las partes interesadas de forma regular para revisar la lista de partes interesadas clave y determinar si sus posiciones han cambiado en base a las estrategias de participación, al estado actual del proyecto o a otros cambios específicos de las partes interesadas. Revise sus estrategias de participación de las partes interesadas como sea necesario para aumentar la coherencia entre las necesidades de las partes interesadas y los objetivos del proyecto. Esto reducirá el riesgo para la institución y el proyecto, y permitirá a su institución hacer el mejor uso de los recursos.

Implicaciones a tener en cuenta para el capítulo siguiente



Implicaciones de las partes interesadas

- Las propias partes interesadas pueden ayudar a identificar a otros colaboradores importantes que deben tenerse en cuenta en la implantación de la guía de práctica clínica (proceso a menudo denominado bola de nieve) o proporcionar información para precisar el análisis de las partes interesadas.



Implicaciones de los recursos

- Tenga en cuenta los recursos que necesita para evaluar y vincular a las partes interesadas. Estos pueden incluir: acceso al correo electrónico o al teléfono para comunicarse con las partes interesadas, tiempo para reunirse con ellas y tiempo para que el equipo de implantación se reúna de forma regular.



Implicaciones del plan de acción

- Identificar a todas las partes interesadas potenciales internas, externas y mediadores.
- Para cada parte interesada realizar un análisis, teniendo en cuenta sus intereses directos, su nivel de influencia y su nivel de apoyo con respecto al cambio propuesto.
- Desarrollar estrategias adecuadas para la participación de las partes interesadas.

Escenario

En un hospital pequeño, se ha reunido un equipo interdisciplinar para revisar la implantación de un protocolo de cuidados de las úlceras por presión basado en la guía de buenas prácticas de la RNAO Valoración y manejo de las úlceras por presión en el estadio del I al IV. El destinatario del protocolo será el personal de enfermería que atiende a los pacientes del hospital; sin embargo, se espera que la implantación del protocolo afecte a una serie de partes interesadas internas, externas y mediadoras. Se lleva a cabo un análisis de las partes interesadas (Tabla 2) para cada uno de las partes interesadas identificadas, en un esfuerzo por determinar posibles estrategias para involucrar a estos individuos y grupos en la iniciativa de implantación.

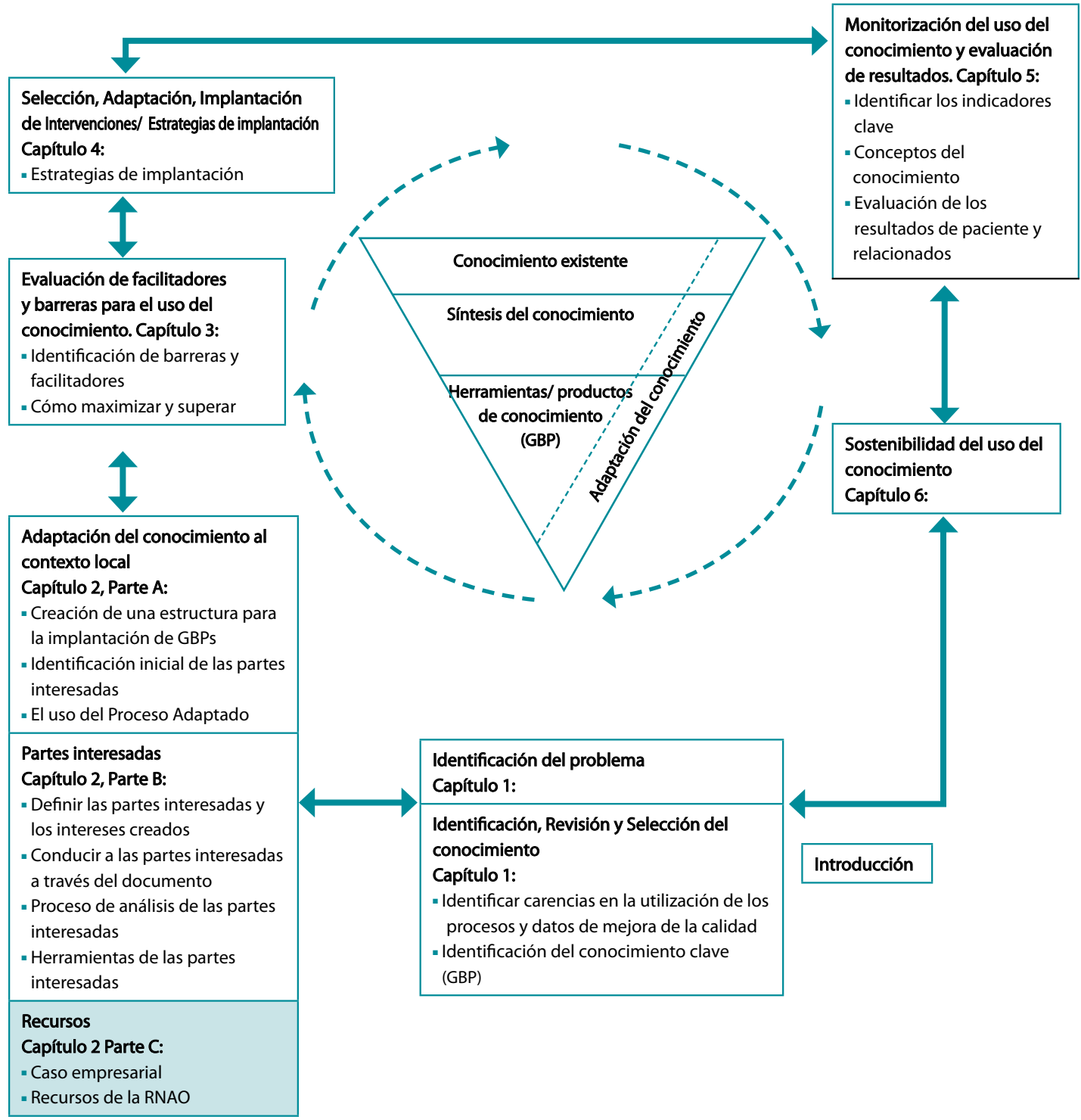
Tabla 2: Hoja de trabajo del escenario

Partes Interesadas	Naturaleza de los intereses directos (Solo ejemplos)	Influencia de las partes interesadas & Apoyo - (Alto, Bajo)		Estrategias de gestión	Revisión
Administrador del centro	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora de la calidad de los servicios clínicos • Mejora de la práctica profesional • Coste-efectividad y eficiencia de los servicios 	Alto	Alto	<ul style="list-style-type: none"> • Obtener la aprobación para las actividades principales del proyecto • Preparar e incluir en las estrategias de gestión del cambio 	
Supervisoras	<ul style="list-style-type: none"> • Ser el mejor proveedor de servicios para la comunidad 	Alto	Alto	<ul style="list-style-type: none"> • Colaborar en las actividades clave del proyecto (es decir, comité de dirección, finalización del protocolo del cuidado de la herida) • Preparar para e incluir en la gestión del cambio 	
Gestores	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la calidad de los servicios clínicos • Reducir el número de úlceras por presión • Mejorar la práctica profesional • Ser el “mejor” proveedor de servicios para la comunidad 	Alto	Alto	<ul style="list-style-type: none"> • Colaborar en las actividades clave del proyecto (es decir, la presentación a las unidades) • Preparar para e incluir en la gestión del cambio 	

Partes interesadas	Naturaleza de los intereses directos (Solo ejemplos)	Influencia de las partes interesadas & Apoyo - (Alto, Bajo)		Estrategias de gestión	Revisión
Educador clínico	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la calidad de los servicios para los pacientes • Mejorar la práctica profesional 	Alto	Alto	Colaborar en las actividades clave del proyecto (es decir, educación y formación del personal)	
Enfermeras	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir la incidencia de úlceras por presión • Mantener la independencia en la práctica profesional • Mantener la satisfacción en el trabajo 	Alto	Alto	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar las actividades iniciales • Vincular a los principales líderes de opinión en las actividades del proyecto • Crear un consenso general (es decir, educar acerca de las guías, educar acerca de las investigaciones actuales y desarrollar ayudas que mejoren los planes de cuidados estandarizados de práctica clínica) 	
Médicos y otros profesionales de la salud	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir el número de úlceras por presión y las complicaciones asociadas 	Alto	Alto	<ul style="list-style-type: none"> • Colaborar en las actividades clave del proyecto (es decir, desarrollo y revisión de políticas) • Educar respecto a las guías y su desarrollo 	
Pacientes y familias	<ul style="list-style-type: none"> • Elegir al proveedor de salud (hospital o profesional de la salud) que considere la seguridad una prioridad 	Alto	Alto	<ul style="list-style-type: none"> • Colaborar en las actividades clave del proyecto (es decir, desarrollo y revisión de políticas) • Involucrar en la implantación de políticas y procedimientos 	

Capítulo 2C: Recursos

CAPÍTULO 2



Revisión del capítulo anterior

Los primeros pasos en la implantación de una guía de buenas prácticas implican la identificación de guías de prácticas clínicas relevantes y de alta calidad basadas en las necesidades identificadas, la adaptación a un contexto local si existieran necesidades culturales o sectoriales, y la participación de las partes interesadas que pueden influir en la implantación de la guía.

Lo que se añade en este capítulo

El éxito del plan de implantación depende en gran medida de la disponibilidad de recursos para completar las actividades planificadas. Este capítulo aborda cómo evaluar los recursos necesarios con el fin de apoyar la implantación efectiva de la guía de práctica clínica en su institución y ofrece estrategias para ayudar a conseguir estos recursos.

Definiciones clave

Recursos: requisitos financieros, humanos o en especie necesarios para alcanzar los objetivos descritos en el plan de acción.

- Los recursos financieros incluyen la financiación necesaria para cubrir los costes financieros de las actividades de implantación (p.ej. formación del personal, tiempo liberado para liderar el proyecto, equipamiento, divulgación).
- Los recursos humanos comprenden a todas las personas necesarias con la experiencia necesaria para realizar las actividades de implantación (p.ej. coordinador de proyectos, especialista en tecnología de la información)
- Los recursos en especie son formas de apoyo no monetarias, como las proporcionadas por el acceso a bienes y servicios (p. ej. la institución proporciona acceso a Internet y/o servicio de biblioteca).

Aquí están los hechos

Una parte esencial de cualquier plan de implantación es la evaluación y adquisición de recursos necesarios para realizar las actividades previstas, por ejemplo, buscar guías relevantes para abordar los problemas clínicos requiere acceso a Internet y servicios de biblioteca. Es importante entender la disponibilidad de recursos en el contexto local para la implantación exitosa de una guía de buenas prácticas en un entorno de práctica concreto. La disponibilidad de recursos es un facilitador o barrera, comúnmente citado, para la implantación efectiva de la guía de práctica clínica, es la disponibilidad de recursos. Los capítulos 4, 5 y 6 de esta Herramienta describen cómo planificar las actividades específicas para la implantación, evaluación y sostenibilidad para el cambio de la práctica – cada una tiene sus propias necesidades–. Por lo tanto, será importante saber cómo presentar un caso para la obtención de recursos en varios puntos del proceso de implantación de guías de prácticas clínicas.

El análisis de las partes interesadas relevantes en su institución puede ayudar a identificar a las personas y las instituciones a las que acudir para obtener apoyo. Una vez identificadas, a menudo es necesario un método adaptado para solicitar recursos, en función de factores como la influencia y el apoyo, intereses directos y políticas institucionales (ya sean formales o informales). Sin embargo, en todos los casos, para la adquisición de los recursos necesarios es esencial la presentación de un caso basado en la evidencia que describa necesidades, objetivos y resultados con valor añadido, que sean de interés para los destinatarios.

Hacer que suceda en el ámbito de la práctica

Evalúe los recursos que va a necesitar

La tabla 3 proporciona una hoja de datos que puede ayudar a crear su presupuesto del proyecto. La hoja de datos enumera ejemplos de gastos que pueden ser relevantes en cada etapa del proyecto de implantación. La lista específica para su proyecto puede contener más o menos elementos, según las actividades planificadas en cada etapa. Los costes asociados a cada actividad pueden determinarse mediante la experiencia, la investigación o la consulta a las partes interesadas.

Tabla 3: Hoja de datos de gastos

Capítulo	Gastos	Costes
Creación de un marco general <ul style="list-style-type: none"> • Organizarse • Actividades formativas y de relaciones públicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestor de proyecto • Rueda de prensa • Reuniones del personal • Tiempo de los ponentes • Los gastos de reuniones 	
Identificación de GBPs <ul style="list-style-type: none"> • Actividades de búsqueda y evaluación 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo documentalista • Búsqueda de literatura e Internet • Análisis de datos y necesidades de sistemas de información (hardware, software, tiempo de apoyo técnico) 	
Partes interesadas <ul style="list-style-type: none"> • Actividades de identificación, evaluación y participación 	<ul style="list-style-type: none"> • Gastos de reuniones (espacio, comida y bebida) • Grupos focales • Reuniones de personal/departamentales • Seminarios 	
Evaluar la disposición del entorno <ul style="list-style-type: none"> • Investigación y evaluación de necesidades 	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniones • Viajes • Encuestas 	
Implantación <ul style="list-style-type: none"> • Actividades de promoción y cambio de conducta 	<ul style="list-style-type: none"> • Costes de impresión • Presentación y/o producción de pósteres • Asistencia a reuniones clave • Diseño gráfico y artístico • Marketing (p.ej. póster en cada unidad) • Artículos en la revista del hospital • Comunicado de prensa • Tiempo para que el personal acuda a las sesiones • Talleres, reuniones formativas interactivas • Tiempo del personal involucrado en la implantación (p.ej. enfermera especialista, educador clínico, especialista en tecnología de la información) • Equipo y su mantenimiento • Desarrollo de herramientas de auditoría 	
Evaluación <ul style="list-style-type: none"> • Generación de datos, revisión y producción de informes 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo del personal: gráficas realizadas, la extracción de datos de las tablas, la entrada de datos y análisis, entrevistas • Los sueldos/incentivos pagados para mejorar la tasa de respuesta • Grabación y transcripción de entrevistas y grupos focales • Costes de papelería o de publicación • Recopilación de datos por parte del personal de sistemas de información • Análisis de datos e informes 	

Adquisición de recursos necesarios

Paso #1 Creación de una estrategia de campaña para la GBP

Un plan de implantación escrito y bien desarrollado es la clave para conseguir el apoyo necesario. Esta Herramienta proporciona estrategias para el desarrollo de un plan de acción coherente que resalte los resultados que la institución puede esperar que se deriven de la implantación del cambio propuesto.

Es útil resaltar una serie de mensajes a la hora de hacer presión para conseguir recursos:

- los objetivos específicos del proyecto de implantación;
- una descripción de los destinatarios afectados por la implantación;
- estrategias de implantación previstas;
- una discusión de por qué el proyecto es único y convincente para los clientes/pacientes y para el personal;
- posibles oportunidades de investigación y desarrollo;
- capacidad de ahorro de costes;
- cronograma;
- presupuesto; y
- una descripción de cómo este proyecto puede ayudar a situar a su institución como líder, seguidor, innovador o especialista en el área.

En algunos casos, se puede necesitar un estudio del proyecto más detallado para saber cómo la iniciativa propuesta puede abordar los desafíos actuales y futuros y qué se requiere para implantar con éxito las guías, para convencer a los encargados de tomar decisiones de que el proyecto es una buena inversión clínica y financiera. Un estudio del proyecto se define como un argumento, por lo general en forma de documento, que detalla los beneficios y los riesgos de la acción propuesta: la información debe ser específica y detallada para convencer a aquellos que toman las decisiones de que el proyecto es una buena inversión, http://en.wikipedia.org/wiki/Business_case, accessed August 2, 2012. La Tabla 4, a continuación, proporciona un ejemplo de los elementos de un estudio de proyecto y de cómo se relaciona con el Marco de Conocimiento para la Acción.

Tabla 4: Lista de comprobación del desarrollo del estudio del proyecto

Componentes del Marco de Conocimiento para la Acción	Elementos y cuestiones a considerar en el estudio del proyecto
Introducción	<p>Elemento: Resumen ejecutivo</p> <p>Cuestiones: ¿Ha proporcionado una introducción general e información sobre los temas relacionados con el problema?</p> <hr/> <p><i>Nota: esta sección debe ser escrita al final para describir el quién, qué, cuándo, por qué y los detalles pertinentes que el estudio/plan proporcione.</i></p>
Identificar el problema	<p>Elemento: Problema/oportunidad, situación actual</p> <p>Cuestiones: ¿Por qué es necesaria la implantación de la guía?</p> <hr/> <p><i>Nota: describa el problema y apóyelo con datos. Este paso es sólo para la identificación del problema; las soluciones deben ser discutidas más adelante.</i></p>

<p>Adaptación al contexto local</p>	<p>Elemento: Visión general del proyecto</p> <p>Cuestiones: ¿Quién es el grupo de pacientes? ¿Cuál es el alcance de la implantación de la guía? ¿Cuáles son las metas y los objetivos? ¿Cuál es el cronograma? ¿Qué departamentos/instituciones están involucrados? ¿Qué tecnología se requiere? ¿Son claros los logros del proyecto? ¿Cómo afectará el proyecto a los procesos y recursos institucionales? ¿Se crearán nuevos roles como resultado?</p> <hr/> <p><i>Nota: proporcione una descripción del proyecto y resalte los resultados previstos y beneficios para los pacientes, personal e institución. Los beneficios deben ser realistas.</i></p>
<p>Evaluar los facilitadores y barreras en la utilización del conocimiento</p>	<p>Elemento: Restricciones del proyecto</p> <p>Cuestiones: ¿Quiénes son las partes interesadas clave? ¿El lector sabe qué partes se verán afectadas por el proyecto? ¿Cuál es la rentabilidad de la inversión? ¿Qué se está haciendo actualmente? ¿Quién forma parte del equipo? ¿Está claro lo que no se ha incluido en el proyecto y lo que no se va a lograr? ¿Cuáles son las limitaciones? ¿Están claramente identificados los requisitos generales, roles y responsabilidades de cada colaborador? ¿Se describen con claridad los plazos del proyecto? ¿Menciona el estudio de negocio la consulta que ha tenido lugar con las partes interesadas?</p> <hr/> <p><i>Nota: describa con detalle los miembros del equipo, sus roles y responsabilidades para la ejecución del proyecto. Identifique las consultas que se han producido por parte de las partes interesadas. Reconozca que las barreras pueden cambiar a medida que avanza el proyecto. Identifique los riesgos.</i></p>
<p>Selección, adaptación, implantación de intervenciones/estrategias de implantación</p>	<p>Elemento: Adaptación estratégica</p> <p>Cuestiones: ¿Cómo se implantará el plan? ¿Qué tipo de comunicación y marketing se utilizarán? ¿Cómo se medirá el éxito durante el proceso? ¿Cuáles son los costes previstos? ¿Cómo se ejecutará el proyecto? ¿Hay alguna hipótesis? ¿De qué modo el proyecto se adapta al plan estratégico y no afecta a ninguna otra iniciativa?</p> <hr/> <p><i>Nota: tenga en cuenta los recursos y las estrategias específicas para la implantación. Debe ser incluido un análisis de coste-beneficio. Dependiendo de su entorno, su departamento financiero puede ser capaz de ayudar en este análisis.</i></p>

<p>Monitorizar la utilización del conocimiento y evaluar los resultados</p>	<p>Elemento: Impactos operativos</p> <p>Cuestiones: ¿Cómo se medirá el éxito? ¿Habrá un cambio en el servicio? ¿Habrá un cambio en el profesional? ¿Habrá un cambio en los productos utilizados? ¿Habrá un cambio en el foco de la unidad/departamento o institución? ¿Cuáles son las medidas de resultado? ¿Cómo afectarán estos cambios al mantenimiento de las nuevas prácticas?</p> <p>Ejemplos de impactos operativos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formación del personal requerido • Reducción de los recursos humanos <hr/> <p><i>Nota: considere la formación del personal y los recursos humanos. Identifique el nivel de impacto, alto, medio, o bajo.</i></p>	
<p>Sostenibilidad de la utilización del conocimiento</p>	<p>Elemento: Conclusión</p> <p>Cuestiones: ¿Los indicadores de sostenibilidad han sido claramente definidos? ¿Se ha revisado el modelo de negocio y aprobado por las partes interesadas apropiados?</p> <hr/> <p><i>Nota: incluya una declaración convincente y reitere los impactos operacionales que indican por qué la implantación de la guía es imprescindible.</i></p>	

Paso #2 Generar un plan de captación de recursos

Su intento de persuadir a su administración para que asigne recursos para tener éxito en la implantación de GBPs y la evaluación es análogo a los esfuerzos para cambiar el comportamiento de los destinatarios o del personal. Usted está tratando de influir en el comportamiento de las personas que tienen el control de los recursos en su institución o externamente. Un plan de comunicación integral que describe los mensajes clave del proyecto y coordina las múltiples estrategias para atraer recursos garantizará coherencia a través de toda la campaña y mejorará la credibilidad del proyecto (Nowak, Cole, Kirby, Freimuth, & Caywood, 1998).

La comprensión de las necesidades y deseos de los destinatarios (p.ej. administradores de hospital) garantizará que cualquier prestación o solicitud de recursos esté adaptada de forma apropiada. Esta estrategia puede tener en cuenta las cuatro P de (Weinreich, 2000):

Producto: ¿Cuál es el producto que está ofreciendo y qué beneficios ofrece a los destinatarios? En los casos de implantación de las guías de práctica clínica, el producto final es el impacto en los resultados del paciente, medido con una variedad de indicadores. Otros productos intermedios que están directamente relacionados con los destinatarios pueden incluir herramientas de evaluación, un nuevo rol de enfermería, una intervención, un conjunto de cambios en la práctica, cambios en las políticas o cambios en la misión o visión de la institución. Los beneficios del producto estarán bien articulados en base a la comprensión de los intereses personales creados o de la institución de la que usted ha solicitado los recursos.

Precio: ¿Cuál será el coste del producto para los destinatarios? Usted debe ser capaz de articular los recursos (financieros, humanos y en especie) que está solicitando de cada persona e institución. La probabilidad de adquirir recursos es mayor si la relación coste beneficio es percibida por los destinatarios como aceptable.

Posicionamiento: ¿Cómo se entrega el producto? ¿Cómo va a garantizar que el cambio implantado llegue a los destinatarios y cumpla los objetivos que propone?


Promoción: ¿Cuáles son los medios más efectivos para llegar a los destinatarios y aumentar su interés en el proyecto?


Determine quienes son sus partidarios y haga uso de ellos. También puede ser necesario tener en cuenta los procesos formales e informales para la adquisición de recursos. Lo ideal sería que el gerente estuviera dentro del proyecto y que fuera capaz de atraer la atención de la administración hacia el esfuerzo.


Paso #3 Conjunto de recursos/creación de colaboración con las partes interesadas clave

Puede ser valiosa la colaboración con otras instituciones en relación con el tema de interés. Mediante la puesta en común de los recursos con otras instituciones o centros de trabajo (unidades, departamentos, etc.), puede tener un mayor impacto y un acceso a nuevos destinatarios. Cree relaciones entre personas claves e instituciones que tienen el potencial de atraer la atención y credibilidad a su iniciativa. Potencie las iniciativas que puedan proporcionar financiación, es decir, la iniciativa "Última etapa" (Late Career Initiative, en inglés) con el fin de enlazar con una guía en particular y maximizar los beneficios de la institución. Invite a las empresas a patrocinar el proyecto (asegúrese, en primer lugar, de considerar cualquier conflicto de intereses) y asóciase con otras asociaciones profesionales, instituciones de servicios locales y coaliciones comunitarias ya existentes.

Implicaciones a tener en cuenta para el capítulo siguiente

-  **Implicaciones de las partes interesadas**
- Considere que las partes interesadas le ayudarán a determinar un presupuesto preciso y presentable: personas en los departamentos de gestión, de comunicación, de formación, su gestor, etc.
 - Considere las partes interesadas que se unirán a su causa, de forma específica, su gerente, otros miembros de la administración, miembros de asociaciones de pacientes (si existen), personal de mejora de calidad, los miembros del consejo o cualquiera que pueda ayudar a argumentar a favor de implantar la guía.

-  **Implicaciones para el plan de acción**
- Añada al plan de acción las estrategias que utilice para la identificación de recursos para la implantación y evaluación de las GBPs.

-  **Escenario: centro de atención domiciliaria**
- En un centro de atención domiciliaria, un equipo ha sido reunido para revisar la implantación de la guía de buenas prácticas de la RNAO, Valoración y cuidado de personas con riesgo de ideación y conducta suicida. La propuesta del proyecto es apoyar a las enfermeras que prestan cuidados a: identificar a pacientes que pueden presentar riesgo de ideación y comportamientos suicidas, proporcionar apoyo emocional y movilizar los recursos necesarios para esos pacientes. El plan de implantación implica actividades relacionadas con la participación del personal como impulsores, capacitación del personal y desarrollo de vías clínicas. Antes de la aprobación del plan de implantación, el Jefe de proyecto y la Directora de enfermería solicitan al comité que realice un presupuesto de implantación; ellos quieren saber cómo se asignan los recursos para llevar a cabo el plan de implantación multifacético y quieren saber cuáles son los nuevos costes asociados a la implantación.

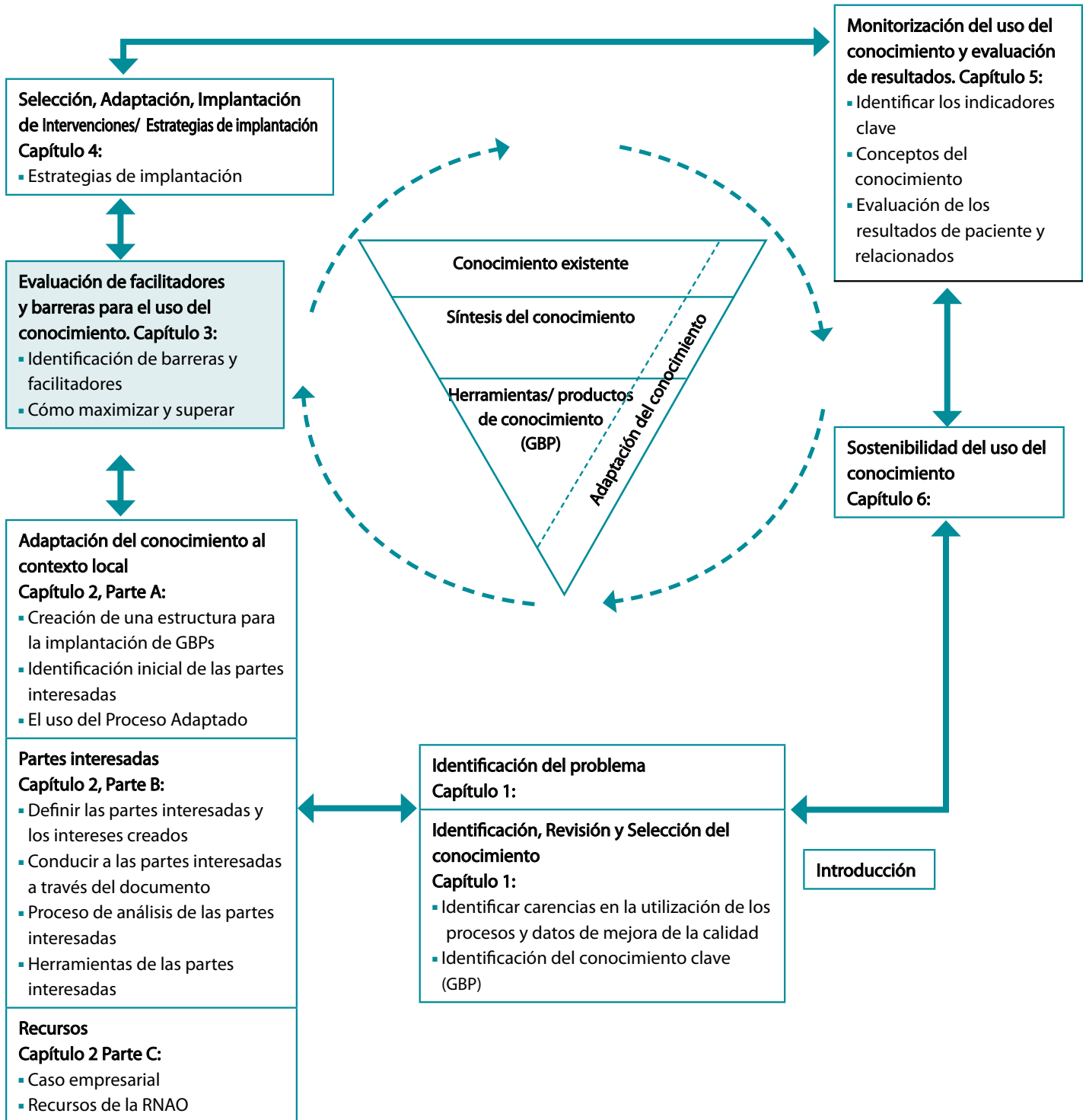
A medida que el comité elabora el presupuesto, piensan sistemáticamente en los costes asociados a cada estrategia de implantación y lanzan preguntas que ayudan a desarrollar el presupuesto (véase Tabla 5). Antes de finalizar, el comité consulta con las partes interesadas y con los representantes financieros y recursos humanos para asegurar que todos los gastos se han tenido en cuenta de forma apropiada. También se exploran las fuentes externas de financiación a través del programa de la RNAO Becas de Práctica Clínica Avanzada (Advanced Clinical Practice Fellowships, en inglés).

Tabla 5: Tabla de planificación del presupuesto

Estrategia	Actividades	Cuestiones que pregunta el comité a medida que se prepara el presupuesto
Involucrar a los líderes locales en la planificación y ejecución de actividades de implantación	<ul style="list-style-type: none"> • Planificar y diseñar grupos focales con el personal en relación con el tema del suicidio • Consulta con el equipo multidisciplinar 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuánto tiempo de sustitución necesita el personal para planificar los grupos focales? • ¿Cuánto tiempo necesitan los participantes para asistir a los grupos focales? • ¿Cuánto tiempo necesitan las personas para reunirse con los miembros del equipo multidisciplinar?
Formación presencial del personal	<ul style="list-style-type: none"> • Diseñar y llevar a cabo las sesiones de formación 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuánto tiempo se necesita para diseñar y llevar a cabo las sesiones de formación? • ¿Cuál es el coste de la preparación e impresión de los materiales de las sesiones? • ¿Cuáles son los costes de la sede, catering y apoyo audiovisual? • ¿Cuánto tiempo de sustitución (y/o horas extras) necesita el personal para asistir a las sesiones? • ¿Habrá costes de viaje y/o parking?
Desarrollo de vías clínicas claras	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar vías clínicas basadas en la consulta con el personal de enfermería y con los miembros del equipo multidisciplinar en relación con la disponibilidad de servicios pertinentes 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuánto tiempo necesitan las personas para que se reúnan con los miembros del equipo multidisciplinar? • ¿Qué recursos u otras necesidades se necesitan consultar antes de finalizar las vías clínicas?
Otros apoyos	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer estrategias para proporcionar oportunidades informativas y de apoyo al personal de enfermería que cuida de pacientes con riesgo de ideación y comportamientos suicidas 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuánto tiempo se necesita para consultar con los líderes de enfermería y otros líderes para desarrollar el proyecto? • ¿Quién va a proporcionar este apoyo de forma continua; tendrá coste su tiempo?
Recordatorios	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar un folleto que resuma los mensajes clave de la sesión formativa • Desarrollar un póster que muestre la vía clínica para colocarlo en cada control de enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuánto cuesta desarrollar e imprimir estos materiales? • ¿Cuántos documentos se necesita imprimir?
Evaluación de la implantación de la Guía de práctica clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Recoger datos cuantitativos y cualitativos para evaluar si el proceso de implantación se ha realizado correctamente. 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué materiales de evaluación se necesitarán para ser desarrollados o analizados? • Tiempo del personal

Capítulo 3 : Evaluar a los facilitadores y las barreras para el uso del conocimiento

CAPÍTULO 3



Revisión del capítulo anterior

Hasta ahora hemos discutido el uso del enfoque sistemático para la implantación de la guía basada en el Marco de Conocimiento para la Acción, reforzado por los pasos: determinación del tema y selección de una guía de práctica de calidad, validado con la herramienta AGREE II. También la adaptación necesaria de las guías al contexto local y la identificación y determinación de cómo involucrar a las partes interesadas para mejores resultados. Además, es importante que se identifiquen los recursos necesarios para la duración completa del proceso, desde el inicio hasta la evaluación y uso sostenido. Ahora llegamos a la evaluación de los facilitadores y barreras que pueden influir en la implantación de la guía en el entorno de la práctica.

Lo que se añade en este capítulo

En este capítulo, se revisarán los elementos identificados en la literatura relacionados con los facilitadores o barreras para la implantación. En cualquier situación saber qué se puede hacer o no se puede hacer ayudará a decidir cuándo seguir adelante con el proyecto o iniciativa de la implantación de la guía de práctica.

Definiciones clave

Barrera: cualquier concepto real o percibido que interfiere con una intervención para el cambio (Ferlie & Shortell, 2001).

Facilitador: factores que pueden promover o ayudar a implantar la toma de decisiones compartida en la práctica clínica (Legar, 2009).

Aquí están los hechos

¿Por qué es importante tener en cuenta los facilitadores y barreras en el plan de implantación?

Identificar los facilitadores le permitirá fomentar y maximizar el apoyo para la implantación. Entender las barreras permitirá planificar estrategias efectivas, al principio del proceso, para superar o mediar entre ellas. También permite hacer una pausa y decidir si una barrera es lo suficientemente significativa para que la implantación no tenga éxito.

La evaluación de los facilitadores y barreras en el contexto local puede lograrse escuchando a las partes interesadas. Manténgase alerta ante la posibilidad de nuevas barreras que pueden identificarse, como:

- se identifican nuevas partes interesadas
- se expande el alcance de la implantación, y
- cambian aspectos del entorno



En un estudio piloto llevado a cabo para evaluar la utilidad de la Herramienta de Implantación de GBPs clínicas de la RNAO de 2002, los participantes que completaron un cuestionario autoadministrado identificaron que el uso principal de la Herramienta era identificar, analizar y comprometer a las partes interesadas (Dobbins et al., 2005). Todo el proceso de análisis de las partes interesadas conduce a la identificación de las barreras y facilitadores relacionados con las personas y, al discutir el cambio, se identifican otras barreras de estructura y proceso a nivel individual, institucional y del entorno. El análisis de las partes interesadas no se realiza sólo una vez, y puede influir en la implantación de la guía según se van identificando facilitadores o barreras en diversas etapas en el proceso de implantación.

Factores que influyen en los facilitadores y barreras

Los factores que influyen en la implantación de la guía pueden, en algunas ocasiones, ser facilitadores, mientras que en otras pueden ser barreras; a veces son las dos cosas. En un estudio realizado por Ploeg et al. (2007) se examinaron las barreras y los facilitadores de la implantación de la guía de práctica clínica que se indican a continuación.

Facilitadores individuales, institucionales y del entorno que influyen en la implantación de la guía

- **Grupo de interacción** (individual): pequeñas sesiones formativas grupales que mejoran el aprendizaje a través de la interacción social con sus compañeros.
- **Actitudes y creencias positivas del personal** (individual): algunas creencias sobre la implantación podrían mejorar los resultados de los pacientes y las condiciones de trabajo.
- **Apoyo del liderazgo** (institucional): apoyo de los administradores y gestores de enfermería en todos los niveles, para apoyar la visión y para integrar la guía en las políticas.
- **Impulsores** (institucional): una persona delegada para dirigir, facilitar y estimular el proceso de implantación. (Frecuentemente señalado como esencial por los administradores).
- **Colaboración interprofesional y redes** (entorno): los administradores pusieron de relieve la importancia de las redes para promover la integración, coordinación y la continuidad de los cuidados de los pacientes.

Barreras individuales e institucionales para la implantación de la guía:

- **Actitudes y creencias negativas del personal** (individual): la resistencia al cambio del personal puede deberse a cuestiones a nivel institucional (cargas de trabajo duras, alta rotación del personal y cambio institucional).
- **Integración limitada de las recomendaciones de la guía en los procesos y estructuras institucionales** (institucional): por ejemplo, personal inadecuado para las actividades de implantación.
- **Nivel de cambio institucional y de sistema** (institucional): por ejemplo, cambios en los roles enfermeros y modelos de cuidado, renovaciones estructurales en la unidad.

Mientras que todas las categorías de factores influyentes son relevantes para el éxito de la implantación de las GBPs y el uso de la investigación, la influencia de las características individuales de enfermería es crítica. En una revisión sistemática sobre las características individuales que influyen en la utilización de la investigación, las actitudes y **creencias de las enfermeras** sobre la investigación fueron las características más positivamente asociadas con la utilización de la investigación. La **asistencia y participación** de las enfermeras en los servicios y conferencias se identificaron como positivamente asociados a la utilización de la investigación (Squires, Estabrook, Gustavsson, & Wallin, 2011). Los autores advirtieron que se trataba de los factores más modificables que influyen en la utilización de la investigación.

Los temas inesperados, como cambios de personal, fusiones institucionales, recortes de financiación, pandemias y prioridades empresariales/cambios en la dirección pueden facilitar nuevas oportunidades para la implantación de la guía o presentar barreras no previstas previamente. Las estrategias para implantar las guías deben abordar todas las barreras y adaptarlas a los destinatarios (p.ej. personal de enfermería, jefes de proyectos y administradores). Además, los costes de implantación de las guías puede ser tanto un facilitador como una barrera y deben ser considerados por los profesionales de la salud (Ploeg et al., 2007).

La investigación sobre la implantación de las guías de práctica clínica proporciona una perspectiva sobre los factores a considerar cuando se identifican los facilitadores y barreras, así como las estrategias potenciales para gestionarlos y que beneficien su proyecto. Estos factores se pueden clasificar como: 1) la **evidencia** que guía el cambio, 2) los **destinatarios (personas, y equipos)** para el cambio, 3) los **recursos (entorno)** necesarios para cumplir el plan de implantación, y 4) el contexto institucional en el que se llevarán a cabo las actividades de implantación.

Factores relacionados con la evidencia (guía):

Asegurándose de que dispone de la mejor evidencia para sus pacientes, el contexto y el personal proporcionarán una base sólida para continuar. La confianza en la evidencia (guía) y la habilidad para convencer a otros de qué es lo que hay que hacer y de que es el momento adecuado para hacerlo ayudarán a minimizar o eliminar las barreras y facilitarán su implantación. Algunos ejemplos de facilitadores o barreras relacionadas con la evidencia se ilustran en la Tabla 6, que describe los factores con un ejemplo específico.

Tabla 6: Ejemplos de facilitadores y barreras relacionados con la evidencia

Facilitadores/Barreras		Estrategias potenciales a considerar para maximizar los facilitadores y minimizar barreras
Accesibilidad (GroI, 2005; Hutchison & Johnston; 2006)	Conocimiento de dónde y cómo acceder a las guías pertinentes	Poner la guía/recomendaciones de la guía, o un resumen, fácilmente disponible en el lugar donde se prestan los cuidados (p.ej. unido a las gráficas del paciente, en diferentes lugares de la unidad).
Comprensión/ Complejidad (Knowles 1988)	Nivel de comprensión y cómo implantarla en la práctica	Proporcionar ejemplos reales, relacionados con su institución.
		Formación adaptada a las necesidades de los usuarios finales.
Facilidad de implantación (GroI, 2005)	Facilidad de implantación de la guía en el entorno de la práctica actual	Involucrar a los líderes de opinión (relevantes para su entorno) para demostrar cómo la nueva guía puede ser integrada en la práctica actual.
Credibilidad (GroI, 2005)	Calidad de la evidencia en la que se basa la guía	Proporcionar información que demuestra que la guía está basada en el más alto nivel de evidencia disponible.
		Proporcionar ejemplos que demuestren cómo la implantación de la guía mejora los resultados en otros entornos.
		Proporcionar al personal la oportunidad de discutir cualquier desacuerdo que se pueda tener con las guías y tratar de llegar a un consenso.
		Prueba piloto de la innovación con población diana en un área pequeña antes de la implantación.
Compatibilidad (GroI, 2005)	Compatibilidad con lo ya conocido, las creencias y lo realizado	Dar ejemplos de cómo la nueva guía es coherente con lo ya realizado, conocido y con las creencias en ese entorno.
		Involucre a quienes utilizarán la guía en el proceso de implantación.

Factores relacionados con la población diana

Asegurarse de que las necesidades de las partes interesadas que se han abordado faciliten una implantación más suave. En la Tabla 7 se ilustran ejemplos de facilitadores o barreras a nivel individual/equipo.

Tabla 7: Ejemplos de los factores relacionado con la población diana

Facilitadores/barreras		Estrategias potenciales a considerar para maximizar los facilitadores y minimizar barreras
Individual y equipo	Ejemplo específico	
Actitudes y creencias (Squires, Estabrook, Gustavsson, & Wallin, 2011)	Las actitudes y creencias sobre la investigación utilizada en la práctica	Los agentes del cambio/impulsores tienen un modelo de actitudes positivas hacia el uso de las investigaciones y guías.
		Fomentar la asistencia a conferencias en las unidades; Resaltar las experiencias positivas con el uso de la guía.
(Knowles, 1988)		Resaltar los éxitos del pasado, proporcionar apoyo e incentivos.
Conocimiento / habilidades (Gifford, 2010).	Nivel de conocimientos y habilidades	Proporcionar formación/educación cuando los conocimientos y habilidades necesarios para implantar los cambios recomendados en la guía se han evaluado como deficientes.
Tiempo (Knowles, 1988)	Tiempo para leer e implantar las guías	Proporcionar a los profesionales de salud tiempo dedicado/reservado para leer las guías.
		Programar sesiones informativas sobre las guías en diferentes momentos.
Participación (Grol, 2005)	Creencia de que las guías pueden marcar diferencias	Demostrar la disparidad entre las prácticas actuales y las nuevas recomendaciones de la guía.
Opiniones de los demás (Gifford, W. 2010)	Grado de consenso entre/dentro de las profesiones	Permitir discusiones interprofesionales, la participación y concienciación interprofesional.
Procesos de intercambio de información (es decir, comunicación) (Gifford, W. 2010)	Oportunidades de intercambio de información	Oportunidades formativas (p.ej. en servicios, aprendizaje on-line, conferencias).
		Journal club.
Cohesión (Grol, 2005)	Habilidad del equipo para trabajar juntos	Reflejar los antecedentes de colaboración.
		Actividades de formación de equipos.

Factores relacionados con los recursos

Los recursos, incluidos los humanos, financieros, tiempo, recursos físicos o de espacio pueden ser tanto barreras como facilitadores. Abordar estas áreas en su planificación ayudará a evitar deficiencias durante la implantación. Los ejemplos de los recursos relacionados con los facilitadores o barreras se ilustran en la Tabla 8.

Tabla 8: Ejemplo de los factores relacionados con los recursos

Barreras/Facilitadores		Estrategias potenciales a considerar para maximizar los facilitadores y minimizar barreras
Recursos humanos	Presencia de personal adecuado	Asegurarse de que hay personal suficiente disponible para proporcionar ayuda durante las sesiones formativas y otras actividades relacionadas con la implantación.
Recursos económicos (GroI, 2005)	Disponibilidad de recursos financieros necesarios para implantar la guía	Llevar a cabo una evaluación de los costes antes de que comiencen las actividades de implantación.
		Examinar todas las fuentes de posible financiación: fundaciones, fundraising (recaudación de fondos), asociaciones profesionales, gobierno, etc.
Tiempo como recurso (Thompson et al, 2006)	Asegurarse de que los destinatarios tienen el tiempo suficiente para participar en los esfuerzos de implantación	Ser conscientes de las demandas y proyectos en competencia
		Asegurarse de que hay tiempo suficiente en todas las etapas de la implantación (p.ej. planificación, educación, evaluación, lectura).
		Crear un calendario realista para lograr el cambio y poder planificar en consecuencia.
Recursos físicos (p.ej. equipos y suministros) Gifford, W. (2010)	Acceso a los equipos y suministros necesarios Asegurar que el espacio físico es propicio para el aprendizaje	Asegurar la disponibilidad de <ul style="list-style-type: none"> • Ordenadores/ recursos electrónicos si fueran necesarios • Equipos y suministros
Espacio Hutchison & Johnston (GroI, 2005; Hutchison & Johnston, 2006; Knowles, 1988)	Adecuación de las instalaciones físicas para la implantación	Asegurar que el espacio físico es propicio para el aprendizaje.

Factores relacionados con la institución

El apoyo de la institución, que es el entorno de la implantación de la guía, es esencial para el éxito. El apoyo/facilitación de los líderes es necesario en todos los niveles para: asegurar los recursos (humanos, financieros, físicos o espaciales) o tener el conocimiento de qué otras actividades/prioridades influyen en la institución, tener la comprensión del impacto que la implantación de la guía tendría más allá de la institución y proporcionar orientación sobre cómo se puede acceder a la financiación. Integrar la guía en las políticas institucionales, procedimientos y documentación apoyará la sostenibilidad de las recomendaciones de la guía.

En la tabla 9 se ilustran ejemplos de facilitadores o barreras relacionados con los recursos.

Tabla 9: Factores relacionados con la institución

Barreras/Facilitadores		Estrategias potenciales a considerar para maximizar los facilitadores y minimizar barreras
Liderazgo (Grol, 2005)	Presencia de líderes efectivos	Los líderes necesitan servir de apoyo, ser accesibles, buenos comunicadores y agentes del cambio efectivos.
		Los líderes apoyarán a los miembros del equipo, las actividades formativas y la adquisición de equipos y suministros necesarios.
Alcance de la práctica (Gifford, W. 2010)	Garantizar que las recomendaciones de las guías son coherentes con el alcance de la práctica	Involucrar a las asociaciones/sindicatos en el proceso de selección e implantación de la guía.
Políticas y procedimientos existentes (Grol, 2005)	Ajuste con las políticas y procedimientos existentes	Evaluar el ajuste entre la nueva guía y las políticas y los procedimientos existentes antes de la selección de la guía.
		Realizar los ajustes necesarios en la guía antes de su implantación.
Agentes del cambio/ líderes de opinión (Gifford, W. 2010) (Grol, 2005)	Presencia de agentes del cambio efectivos/líderes de opinión	Preguntar al personal por los líderes naturales.
		Involucrar agentes del cambio/líderes de opinión en el proceso de implantación de la guía.
Carga de trabajo (Gifford, W. 2010)	Carga de trabajo manejable	Considerar la complejidad de los pacientes.
Proyectos concurrentes (cambios)	Proyectos concurrentes (pueden actuar como barrera o facilitador)	Examinar qué otros cambios se están produciendo simultáneamente en la institución y en la unidad. Demasiados cambios a la vez pueden abrumar al equipo.
Prioridades	Concurrente con las prioridades institucionales	Examinar las prioridades institucionales y los objetivos estratégicos para ver si la nueva guía se refleja en ellos.
		Involucrar a las partes interesadas, al comienzo, en la selección de la guía y en el proceso de implantación.
		Educar para mostrar por qué la nueva guía debe ser una prioridad.
Procesos de aprobación institucional (Grol, 2005)	Velocidad a la que funciona el proceso administrativo/institucional	Conocer de quién se necesita la aprobación.
		Planifique con suficiente antelación para dar tiempo a las decisiones, aprobaciones y cambios administrativos/institucionales que requieren un plazo de tiempo prolongado.

Aplicación o Hacerlo posible en el ámbito de la práctica



Con el fin de aumentar la probabilidad de una implantación exitosa, es importante identificar factores que faciliten y factores que inhiban la adopción de la evidencia clínica/conocimiento (Henderson, Davies, & Willett, 2006), reconociendo que algunos factores pueden estar en ambas categorías. El siguiente es un breve resumen de este proceso:

1. Evaluar facilitadores y barreras. A menudo se realiza una encuesta para identificar facilitadores y barreras. Clement et al. (2011) discutieron sobre las experiencias de las enfermeras en un servicio de urgencias desarrollando una herramienta de evaluación y realizando una encuesta. Puede encontrar este artículo útil (véase las lecturas recomendadas)

Tenga en cuenta los factores en una serie de áreas:

- Factores relacionados con la evidencia
 - Factores relacionados con los destinatarios
 - Factores relacionados con los recursos
 - Factores relacionados con la institución
2. Maximizar los facilitadores. Desarrollar los facilitadores para añadir apoyo y fuerza a la implantación (p.ej. guía del manejo del dolor, para coincidir con las compras de bombas de perfusión contra el dolor de la institución).
3. Hacer un plan. Adaptar lo que sabe con lo que es posible en esa situación (Véase el capítulo 5). El Anexo 3.1 presenta una serie de cuestiones para ayudarle a identificar barreras al planificar la etapa de implantación. Proporciona cuestiones para el equipo de planificación a medida que usted desarrolle los planteamientos de la implantación. La obtención de las respuestas a estas cuestiones ayudará a superar las barreras y será fundamental para asegurar resultados exitosos.

Implicaciones a tener en cuenta para el capítulo siguiente

Implicaciones para las partes interesadas

La revisión de los facilitadores y barreras puede incrementar el número de partes interesadas que había considerado inicialmente. Piense qué apoyo necesita por parte de cualquier nuevo colaborador y cómo involucrarlos, ya sea directa o indirectamente, a medida que avanza el plan de implantación.



Implicaciones para los recursos

Estimar los recursos necesarios para implantar puede ser una tarea desalentadora, pero es absolutamente necesaria. Todos los que tienen presupuestos que pueden tener repercusión agradecen saber con antelación lo que se pide para garantizar que la implantación tiene éxito. El apoyo de los líderes es esencial para el éxito.

Cuando está de acuerdo, con antelación, con los costes, la implantación transcurrirá con facilidad. Los costes crecientes en la implantación no sólo pueden retrasar la implantación... pueden llevarlo a su fin.



Implicaciones para el plan de acción

- Evaluar a fondo los facilitadores y las barreras en su entorno.
- Analizar si contribuyen a la implantación y aprovechar los puntos fuertes o si son "un impedimento".
- Crear estrategias de implantación para maximizar facilitadores y eliminar las barreras.



- Si hay “un impedimento”, no continúe hasta que se encuentre una solución.



Escenario de un estudio de caso

Los siguientes ejemplos, de una variedad de sectores, presentan información sobre los antecedentes, el problema clínico, la guía seleccionada, una evaluación completa de las barreras y las recomendaciones resultantes para implantar.

Un ejemplo en el ámbito de la atención primaria

Antecedentes: este escenario se lleva a cabo en una unidad de salud pública que está tratando de poner en práctica las GBPs a través de múltiples programas dentro de su región.

El problema: la división de prevención de enfermedades crónicas identificó la necesidad de mejorar el enfoque hacia el paciente.

La evidencia: La GBP Atención orientada al paciente de la RNAO define claramente una serie de recomendaciones que incluyen las siguientes “creencias”: respeto, dignidad humana, pacientes y expertos en sus propias vidas, pacientes como líderes, los objetivos del paciente coordinan el cuidado del equipo de salud, continuidad y consistencia del cuidado y del cuidador, calendario, responsabilidad y acceso universal al cuidado. Estos valores y creencias deben ser incorporados y demostrarse en todos los aspectos de los cuidados del paciente y de los servicios (RNAO Client Centred Care BPG, 2006).

Las barreras: 1) La unidad de salud pública consta de una variedad de miembros multidisciplinares que son resistentes a la implantación, al verlo como “la iniciativa enfermera” y no quieren cambiar su práctica; 2) La unidad de salud pública no fue capaz de asignar una enfermera de salud pública para liderar esta iniciativa.

Las posibles soluciones:

1. Se invitó a los miembros del equipo multidisciplinar junto con las enfermeras a reunirse con el coordinador de GBPs y recibieron información detallada del proyecto de GBPs. Durante la reunión, el coordinador destacó que quería apoyar al equipo en cualquier implantación de cualquier iniciativa que considerasen beneficioso para su práctica y el programa.
2. El equipo en su conjunto decidió **acotar el enfoque** de las GBPs para centrarse en el desarrollo saludable de los adolescentes. Aunque esta iniciativa ya estaba en marcha, entendieron que el desarrollo saludable de los adolescentes era una iniciativa no específicamente atribuida a las enfermeras y requería la colaboración de todo el equipo multidisciplinar para que fuera exitoso. Además, el equipo entendió que el proyecto **podría construirse potencialmente sobre iniciativas ya comenzadas** y así **cumplir una de las prioridades institucionales** (es decir, involucrar a los jóvenes).
3. La división de salud pública fue capaz de asignar dos promotores de salud para liderar la iniciativa. Esto resultó ser un éxito. Fueron capaces de transformar las guías en algo significativo para quienes las implantaban.

Un ejemplo en un hospital de agudos

Antecedentes: en una **unidad de hospitalización en un hospital universitario** ocurrió un evento centinela. La caída de un paciente tuvo el peor resultado. El personal y los gestores estaban desolados. Identificaron un patrón de aumento de las caídas. Todos los involucrados querían actuar en la prevención de los próximos eventos.

La evidencia: La enfermera de la unidad se ofreció voluntaria para liderar el proyecto. El equipo de prevención de

caídas (incluidos fisioterapia, terapia ocupacional, enfermeras clínicas, formadores clínicos, gestores, profesionales de la práctica, gestión de riesgos y equipo de facilitadores de pacientes) revisó la GBP de la RNAO Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas en personas mayores. Se implantaron varias recomendaciones, incluyendo el uso de la escala Morse para caídas (con intervenciones para el riesgo alto, como las alarmas en las camas y la revisión de la medicación, etc.) y el análisis del entorno. Se observaron algunas disminuciones de las caídas y caídas severas, pero el equipo pensó que se podía hacer algo más.

Nueva fase: el equipo de prevención de caídas leyó literatura sobre hospitales que implantaron con éxito la aplicación de brazaletes amarillos para identificar pacientes con alto riesgo de caídas. El equipo decidió que esto ayudaría a identificar a más personas con riesgo. Consideraron que sería fácil de implantar, ya que todo lo que necesitaba era instruir a las enfermeras de la unidad y obtener suministros de brazaletes amarillos.

Barreras y soluciones: como se discutió con las partes interesadas, surgieron inquietudes en relación con la privacidad y la posibilidad de un etiquetado. El departamento de privacidad fue consultado. El equipo tuvo en cuenta el asesoramiento del departamento de privacidad y discutió cómo seguir adelante mientras se protegía la privacidad de los pacientes. El equipo revisó los mensajes sobre los brazaletes y llegó a encontrar un eslogan respetuoso que expresaba la intención del brazaletes. El lema “Llame, no se caiga” fue impreso en cada brazaletes.

Más partes interesadas respondieron con inquietud, por que otras unidades no supieran lo que era el brazaletes y se cuestionaba cómo comunicar su propósito. El equipo elaboró un plan de comunicación, reconociendo que sus pacientes con frecuencia salían de la unidad para pruebas y se trasladaban, y otros miembros del equipo necesitaban saber qué significaba el brazaletes amarillo. Esto requirió una comunicación corporativa para asegurar que otros miembros del equipo de salud (celadores, radiología y otras unidades, seguridad, cuidado espiritual, etc.) entendían el propósito del brazaletes amarillo.

Surgieron otros temas en relación a la compra de los brazaletes. El centro tenía una política sobre la no utilización de látex. Se identificó un brazaletes sin látex. Para que otras unidades compraran los brazaletes, se tenía que traer y consultar al proveedor central, de forma que se obtuviera autorización para todos.

El documento de la escala Morse necesitaba actualizarse para permitir que las enfermeras registraran el uso del brazaletes amarillo. Se requirió una consulta con el departamento de documentación para realizar los cambios necesarios.

Al escuchar a las partes interesadas y al eliminar las barreras, el equipo fue capaz de implantar de forma satisfactoria el uso de los brazaletes amarillos. El equipo también comprendió cómo cada departamento, a pesar de considerarse entidades separadas, necesitaban trabajar de forma conjunta para asegurar la excelencia de los cuidados.

Páginas web recomendadas y recursos basados en la web

Barreras percibidas y facilitadores de la implantación de las guías de servicios preventivos clínicos prioritarios:

http://www.internetgroup.ca/clientnet_new/docs/Barriers.pdf

Facilitadores y barreras para implantar las vías clínicas:

<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/182>

Lecturas recomendadas

Clement, C., Stiell, I., Davies, B., O'Connor A., Brehaut, J., Sheehan, P., et al. (2011). Perceived facilitators and barriers to clinical clearance of the cervical spine by emergency department nurses: A major step towards changing practice in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 19, 44–52.

Ploeg, J., Skelly, J., Rowan, M., Edwards, N., Davies, B., Grinspun, D., et al. (2010). The role of nursing best practice champions in diffusing practice guidelines: A mixed methods study. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4, 238–251.

Anexo 3.1 – Facilitadores y barreras: cuestiones para guiarle –

Estas tablas son un recurso para ayudar a formular preguntas para el equipo que tiene previsto la implantación. Las respuestas a estas preguntas le ayudarán a diseñar las estrategias para ayudar a superar las barreras y serán fundamentales para asegurar resultados exitosos.

Factores relacionados con la evidencia

Asegurarse de que dispone de la mejor evidencia disponible para sus pacientes; el entorno y el personal le proporcionarán una base sólida para continuar. La confianza en la evidencia y la habilidad para convencer a otros de qué es lo que hay que hacer y el momento adecuado para hacerlo le ayudarán a minimizar o eliminar barreras y facilitarán su implantación

Barreras/Facilitadores		Cuestiones a tener en cuenta
Accesibilidad	El conocimiento de dónde y cómo acceder a las guías relevantes	¿Cómo podría mostrar las guías/recomendaciones para llamar la atención en su lugar de trabajo? ¿Pósteres? ¿Gráficos a pie de cama? ¿Boletines? ¿Sala de reuniones?
Comprensión/ Complejidad	Nivel de comprensión y cómo implantarlo en la práctica	¿Las recomendaciones son claras y fáciles de entender? Si no, ¿cómo podría hacerse? Proponga ejemplos reales, relacionados con su entorno. ¿Quién lo ha utilizado en su hospital? ¿En un lugar similar o en otros entornos? ¿Quién es el destinatario de las recomendaciones? Adapte la formación a sus necesidades de manera respetuosa e interactiva (utilizando los principios de las características del adulto*) ¿Hay impulsores de buenas prácticas de la RNAO en su equipo que puedan ser reclutados para ayudar?
Facilidad de implantación	Facilidad de implantación de las guías en el entorno actual de la práctica	¿Quién en su institución es admirado, tanto formalmente como por el liderazgo en su equipo? ¿Cómo pueden participar esas personas para ayudar a promover la utilización de la evidencia? ¿Cómo puede el flujo de la implantación, en el trabajo actual, facilitar la práctica? ¿Se necesita dividirla en etapas?

Credibilidad	Calidad de la evidencia en la que se basan las guías	<p>¿Cómo se puede comunicar la evidencia para asegurarse de que se está utilizando de forma fundamentada? ¿Ha tenido éxito en otros entornos? ¿Cómo se puede establecer tiempo para discutir y presentar desacuerdos abiertamente? ¿Cómo puede estar abierto a oposiciones, establecer la discusión y, si los asuntos son válidos, llegar a un consenso? ¿Dónde se podría llevar a cabo un piloto para mostrar bien los éxitos o proporcionar el aprendizaje de cómo mejorar la implantación?</p>
Compatibilidad	Compatibilidad con lo ya conocido, las creencias y lo realizado	<p>¿Qué ejemplos se pueden proporcionar en la guía que encajen con el pensamiento actual, creencias y valores? ¿Para sus pacientes? ¿Para los profesionales de cuidados? ¿Para su institución? ¿Cómo puede involucrar a los que van a utilizar la guía en el proceso de implantación? ¿Podrían ayudar en el desarrollo de una herramienta? ¿Podrían estar en el comité? ¿Podrían proporcionar feedback en ciertos puntos de la planificación? ¿Podrían formar parte de un piloto?</p>
Calendario	Número de guías disponibles	<p>¿Qué otras guías o implantaciones se han planificado durante el periodo que usted ha planificado para implantar? Si hay otras, ¿hay alguna oportunidad de aunar esfuerzos, ajustes o retrasarlo para evitar sobrecargar al personal?</p>

Factores relacionados con la población a la que va dirigido		
Barreras/Facilitadores		Cuestiones a tener en cuenta
Profesionales de salud		
Actitudes	Actitudes hacia la utilización de la investigación en la práctica	¿Cuáles han sido sus experiencias previas respecto a que la evidencia cambie la práctica? ¿Qué salió bien? ¿Qué no salió bien? ¿Qué se puede aprender de estas historias para modificar el enfoque? ¿Ha habido alguna experiencia positiva dentro de su institución que pueda utilizar para resaltarla?
Conocimientos/Habilidades	Nivel de conocimientos y habilidades	¿Quién necesita formación? ¿Qué nivel de educación se requiere? (es decir, se recomienda que la educación del paciente sea hasta octavo curso). ¿Necesita formar en todas las recomendaciones? ¿Hay algunas recomendaciones que ya se han llevado a la práctica? ¿Se puede centrar sólo en las que necesitan cambio?
Confort/confianza	Nivel de confort y confianza	¿Cómo se puede crear un entorno favorable? ¿Se siente cómodo tratando problemas y desacuerdos? ¿Cómo va a proporcionar feedback positivo cuando proceda?
Tiempo	Tiempo para leer e implantar las guías	¿Cómo se puede proporcionar el tiempo necesario a los miembros del equipo para leer e implantar la guía? ¿Cómo se puede llegar a aquellos que están a turnos o en días libres? ¿Cómo se podrían programar sesiones para llegar al mayor número posible de personas?
Motivación para el cambio	La creencia en la posibilidad de lograr un cambio	¿Ha habido algún cambio exitoso en el pasado? ¿Qué factores ayudaron en ese éxito? ¿Cómo se puede proporcionar estímulo en todas las etapas de la implantación? ¿Cuál sería un incentivo en su lugar de trabajo? ¿El equipo responde bien a los estudios de caso? ¿A las oportunidades para resaltar su área en el resto de la institución? ¿A los aperitivos durante la formación?
Implicación	La creencia de que la guía puede marcar la diferencia	¿Cómo se puede mostrar la diferencia entre la práctica actual y las recomendaciones? ¿Ayudaría un gráfico? ¿Podrían representarse los resultados actuales versus posibles resultados de trabajo?

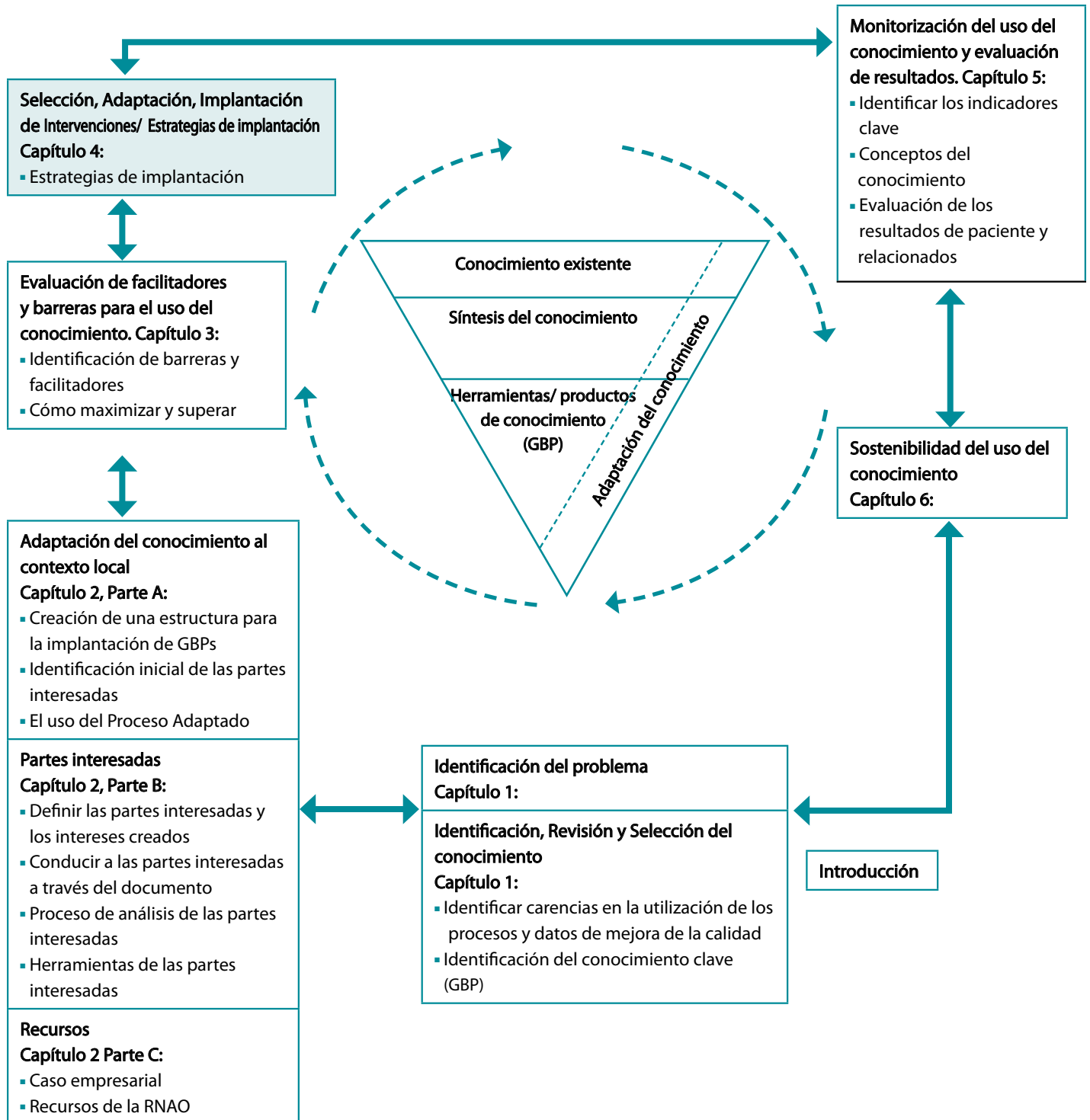
Factores relacionados con el paciente /cliente		
Conocimiento	Conocimiento de las recomendaciones de la guía	¿Cómo educará a los pacientes? ¿Son accesibles los materiales? (nivel de alfabetización, multimedia, adaptado a personas con discapacidades) ¿Quién garantizará que estén disponibles durante la implantación y en el futuro? ¿Dónde aprenderán mejor (durante la hospitalización, en casa, en la clínica)?
Acceso	Acceso a los recursos necesarios	¿Qué recursos se necesitan para los pacientes en la implantación? ¿Se necesitan más laboratorios? ¿Más suministros? ¿Cuidados adicionales? ¿Hay algunos recursos actuales que ya no se necesitarán? ¿Cómo lo comunicará a las áreas/instituciones afectadas?
Equipo		
Opiniones de los otros	Grado de consenso entre/dentro de las profesiones	¿La alta dirección apoya abiertamente la implantación? Si no es así, ¿cómo se puede conseguir ese apoyo? ¿Pueden ser un ejemplo del cambio necesario? Dentro del equipo, ¿quién no está involucrado directamente en la implantación pero debe mantenerse involucrado en los planes? ¿Cómo puede involucrarlos en la discusión y tener en cuenta el feedback?
Expectativas	Claridad en las expectativas	¿Cómo puede planificar y comunicar la implantación de manera que quede claro para todos lo que va a cambiar, cómo va a cambiar y su papel en el cambio?
Procesos de intercambio de información (es decir, comunicación)	Oportunidades de intercambio de información	¿Cómo se realiza la formación en la actualidad? ¿Cómo se comunica? ¿Cómo funciona? Si funciona bien, ¿se podría utilizar este formato para la formación necesaria en la implantación? ¿Se aprende bien en los servicios? ¿Autoaprendizaje? ¿Aprendizaje on-line? ¿Hay fondos para asistir a un taller o conferencia? ¿Utiliza el equipo de salud la práctica basada en la evidencia? Si no, ¿se podría proporcionar algún tipo de formación acerca de la investigación? ¿Funcionaría una revista en este entorno? ¿Son capaces de acceder a los recursos para ayudar con la evaluación clínica de la investigación? Por ejemplo, ¿se dispone de recursos documentales? ¿Podría vincularse con socios académicos?
Cohesión	Capacidad de los integrantes del equipo para trabajar juntos	¿Trabajan bien juntos los miembros del equipo? ¿El equipo tiene una historia de colaboración? Si no la tiene, ¿cómo pueden desarrollarse habilidades realizando pequeñas implantaciones? ¿Cómo va a acceder y a utilizar actividades de creación de equipo para fomentar el cambio de la práctica?

Factores relacionados con los recursos		
Barreras/Facilitadores		Cuestiones a tener en cuenta
Recursos humanos	Presencia del personal adecuado	<p>¿Cómo se puede asegurar personal extra para llevar a cabo las sesiones de formación? ¿Se necesita personal extra para el comité de planificación? ¿Durante la implantación? ¿Durante la evaluación?</p> <p>¿Tiene apoyo del liderazgo para el personal necesario?</p>
Recursos económicos	Disponibilidad de recursos financieros necesarios para implantar la guía	<p>¿Cuál será el coste de la implantación? ¿Se han tenido en cuenta los costes de suministros, materiales formativos y, además, el personal para sustituciones?</p> <p>¿Cuáles serán los costes continuos de equipamiento y materiales de documentación?</p> <p>¿Dónde puede buscar financiación además del presupuesto operacional? ¿Fundaciones? ¿Fundraising (recaudación de fondos)? ¿Instituciones profesionales? ¿Gobierno?</p>
El tiempo como recurso	Asegurarse de que los destinatarios tienen suficiente tiempo para participar en los esfuerzos de implantación	<p>¿Qué más sucede en la unidad o institución que requieran su tiempo o el de aquellos que cambian sus prácticas o el liderazgo?</p> <p>¿Cuánto tiempo es necesario para la fase de planificación? ¿Y la fase de formación? ¿Y la fase de evaluación?</p> <p>¿Ha elaborado un calendario realista (la mayoría de los proyectos tardan más de lo esperado)?</p>
Recursos físicos (p.ej. equipo y suministros) (3)	Acceso a los equipos y suministros necesarios	<p>¿Necesita acceso a ordenadores para la formación/ implantación? ¿Están disponibles?</p> <p>¿Qué suministros se necesitan? ¿Quién va a ordenar y poner en marcha la implantación y su continuidad?</p> <p>¿Se necesita equipo? ¿Cuál es el proceso y calendario para conseguir lo que se necesita?</p>
Espacio	Adecuación de las instalaciones físicas a la implantación	<p>¿Dónde tendrá lugar el aprendizaje? ¿Necesita la gente salir del area clínica para centrarse? ¿Es la sala lo suficientemente grande para los grupos? ¿Está equipada la sala con las sillas, mesas, pantallas, ordenadores, pizarras, etc. necesarios?</p>

Factores relacionados con la institución		
Barreras/Facilitadores		Cuestiones a tener en cuenta
Liderazgo	Presencia de líderes efectivos	¿Son visibles y accesibles para los miembros del equipo cuando tienen problemas? ¿El equipo tiene el apoyo del líder para el tiempo, actividades formativas y la adquisición del equipo y suministros necesarios?
Alcance de la práctica	Asegurar que las recomendaciones de la guía son coherentes con el alcance de la práctica	¿Está dentro del alcance de la práctica? ¿Se requiere una directiva médica? ¿La implantación es apoyada por asociaciones profesionales relevantes? ¿Cómo puede vincular a las asociaciones profesionales/sindicatos en la selección e implantación? ¿Tiene políticas o materiales que apoyen las recomendaciones?
Políticas y procedimientos existentes	Ajuste con las políticas y procedimientos existentes	¿Qué políticas actualmente en vigor podrían apoyar las recomendaciones? ¿Cuáles tendrán que cambiarse para reflejar las nuevas prácticas? ¿Son corporativas? ¿Específicas de una profesión, una unidad/clínica? ¿A quién pertenece y debe ser involucrado?
Agentes del cambio/líderes de opinión	Presencia de agentes del cambio/líderes de opinión efectivos	¿El rol de las enfermeras sénior es un modelo de liderazgo positivo? ¿A quién puedes designar en este equipo para ayudar a impulsar la implantación? ¿Hay alguien apasionado por las recomendaciones, los pacientes, los resultados potenciales que se pueden conseguir?
Carga de trabajo	Carga de trabajo manejable	La complejidad de los pacientes influye en la implantación de las recomendaciones? ¿La implantación aumenta o disminuye la carga de trabajo? ¿La complejidad de las condiciones de los pacientes afecta a las mediciones de los resultados?
Proyectos actuales (cambios)	Proyectos coexistentes (pueden actuar como barrera o facilitador)	¿Qué otros proyectos de cambio suceden durante el tiempo de la implantación? Demasiados cambios a la vez pueden sobrecargar al equipo.
Prioridades Velocidad a la que el proceso administrativo / organizacional funciona	Coexistentes con las prioridades institucionales	¿Cuáles son las prioridades corporativas? ¿Esta implantación complementa los objetivos estratégicos? ¿Cómo se puede involucrar a las partes interesadas, al comienzo, en el proyecto de selección e implantación de la guía? ¿Cómo puede educar al líder sénior para mostrar por qué la nueva guía debería ser una prioridad?
Procesos de aprobación de la institución	Velocidad a la que el proceso administrativo/ institucional funciona	¿Quién tiene que aprobar el proyecto? ¿Y la financiación?
		¿Cuál es el tiempo de respuesta para las decisiones en la institución? ¿Con cuánta antelación se necesita planificar?

Capítulo 4: Seleccionar y adaptar las intervenciones y estrategias de implantación

CAPÍTULO 4



Revisión del capítulo anterior

Ahora que ha identificado una GBP de calidad que abordará las necesidades de la práctica clínica, que ha tenido en cuenta el apoyo de las partes interesadas en su entorno, que ha establecido y abordado cuestiones claves que afectan a los recursos y que ha evaluado la disposición del entorno para la implantación de la GBP seleccionada mediante la identificación de facilitadores y barreras, está preparado para poner en práctica la GBP.

Lo que se añade en este capítulo

Este capítulo aborda las siguientes cuestiones:

- ¿Cuál es el proceso de cambio y cómo influye en la implantación de la guía?
- ¿Cuáles son las estrategias de implantación de la guía? ¿Cuál es la más apropiada para la GBP seleccionada?
- ¿Qué estrategias de implantación son las más exitosas?
- ¿Cómo relacionamos las estrategias de implantación de las guías con el entorno de práctica?
- ¿Dónde podemos encontrar información acerca de las estrategias de implantación de las guías?

Las estrategias de implantación deben basarse en los resultados y en los datos recogidos hasta ahora en cada paso del proceso. Esto incluye las recomendaciones de la guía prioritarias que son necesarias en su entorno, el análisis de las partes interesadas, los facilitadores y barreras identificadas y cómo trabajar con ellos, y la evidencia sobre qué estrategias de implantación se adaptan mejor a un entorno en particular.

Este capítulo proporciona un resumen de lo que se conoce acerca de la efectividad de varias estrategias para la implantación de guías de buenas prácticas, así como una introducción a la teoría del cambio. Proporciona información que puede ayudarle a decidir qué estrategias de implantación de guías utilizar cuando se implante la GBP en su entorno de práctica centrándose en estrategias dirigidas a los profesionales de la salud, a los pacientes y al entorno laboral.

En este momento no hay evidencia suficiente para determinar qué estrategias específicas funcionan mejor en un contexto concreto, por eso es importante ser flexible y estar dispuesto a experimentar. Tenga en cuenta que el cambio puede ser un proceso difícil. A medida que trabaja a través del ciclo de conocimiento para la acción, esté preparado para cambiar o modificar su enfoque basándose en el feedback y los resultados.

Definiciones clave

Auditoría y feedback: resumen del desempeño clínico que puede incluir recomendaciones para la acción, reunidas en un periodo de tiempo concreto, que se utiliza para aumentar la concienciación del grupo sobre su práctica o la de otros. La información se puede obtener de las historias clínicas, las bases de datos informatizadas o de la observación de los pacientes/clientes/residentes (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group; 2002).

Intervenciones institucionales: las intervenciones institucionales incluyen la revisión de los roles profesionales, la revisión de los equipos multidisciplinares, la integración de servicios, los cambios en la combinación de habilidades, la continuidad de los cuidados, las intervenciones para mejorar las condiciones de trabajo, la comunicación y la discusión de casos (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group; 2002).

Intervenciones mediadas por pacientes: nueva información clínica (no disponible anteriormente) recogida directamente de los pacientes y proporcionada a los profesionales, p.ej. educación de los pacientes sobre la evidencia de las investigaciones relevantes para su condición clínica y su tratamiento (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group; 2002).

Liderazgo institucional: una estrategia institucional. El liderazgo es un proceso multidimensional de influencia que posibilita a las enfermeras la utilización en la práctica clínica de la evidencia basada en la investigación, e incluye comportamientos y actividades de los gestores que ejercen influencia directa o indirecta en las personas, en su entorno y en las infraestructuras institucionales (Gifford, Davies, Edwards, Griffin, & Lybanon, 2007).

Líderes de opinión locales: profesionales identificados o propuestos por sus colegas como influyentes en cuestiones formativas. Pueden influir en los demás para cambiar comportamientos (Registered Nurses Association of Ontario; 2002).

Marketing social: la “aplicación de los conceptos y herramientas de marketing procedentes del sector privado a los programas diseñados para influir en el comportamiento voluntario de audiencias seleccionadas para conseguir objetivos sociales”. (Andreason, 2004).

Materiales educativos: Precomendaciones para el cuidado publicadas o impresas, incluidas las guías de práctica clínica, materiales audiovisuales y publicaciones electrónicas. Los materiales pueden entregarse personalmente o por envíos masivos de correos electrónicos (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group; 2002).

Medios de comunicación: utilización variada de las comunicaciones para llegar al mayor número de destinatarios; los medios de comunicación incluyen televisión, radio, periódicos, pósteres, folletos y cuadernillos, solos o en combinación con otras intervenciones (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group; 2002).

Procesos de consenso local: inclusión de los profesionales involucrados en el proceso en las discusiones para garantizar que están de acuerdo en que el problema clínico elegido es importante y el enfoque propuesto es apropiado (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group; 2002).

Recordatorios: información específica sobre el paciente/cliente o sobre las consultas clínicas, proporcionada verbalmente, en papel o mediante medios electrónicos para que los profesionales de la salud recuerden una información y realicen o eviten algún tipo de acción con el fin de ayudar a los cuidados. Los recordatorios podrían incorporarse en la formación, en la documentación, en interacciones con los compañeros o en sistemas por ordenador de apoyo a las decisiones (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group; 2002).

Reuniones formativas: clases, conferencias, talleres o prácticas (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group; 2002). Las reuniones pueden incluir métodos de participación de los alumnos, como los debates y participación activa (p.ej. tareas de trabajo en grupos, aprendizaje basado en problemas) (Registered Nurses Association of Ontario; 2002).

Visitas de carácter formativo: Visitas individualizadas de facilitadores enfermeras, farmacéuticos, investigadores u otros al profesional que presta cuidados, en su propio entorno de práctica, para proporcionar información, con la intención de cambiar la práctica. La información proporcionada puede incluir retroalimentación sobre el desempeño del cuidador (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group; 2002).

Aquí están los hechos

Estrategias de implantación

Es importante elegir una estrategia de implantación que facilite la transferencia de los nuevos conocimientos a la práctica. Esto requiere que se reconozcan las dificultades que conlleva el cambio en la práctica. Se han realizado diversos estudios para evaluar la efectividad de las estrategias de implantación. Históricamente se han centrado en



la práctica médica; sin embargo, la investigación más reciente se ha centrado en la práctica enfermera. Hay una serie de diferencias entre los modelos de prestación de cuidados en enfermería y en medicina que pueden condicionar la capacidad para transferir una intervención efectiva en medicina a la práctica enfermera. Por ejemplo, el nivel de autonomía en la toma de decisiones clínicas que tienen las enfermeras de un hospital está muy relacionado con las políticas y procedimientos institucionales y, dado que gran parte de la práctica enfermera requiere 24 horas al día 7 días a la semana, las enfermeras trabajan habitualmente en equipo o en situaciones interdependientes, mientras que los médicos son profesionales más individuales. Por lo tanto, las estrategias que son exitosas cuando se utilizan con médicos pueden ser efectivas o no con enfermeras o equipos interdisciplinarios de salud. Siempre que sea posible, este capítulo incluirá recomendaciones basadas en la evidencia obtenida en procesos de implantación con enfermeras o equipos interdisciplinarios de salud.

Estrategias que funcionan:

Las estrategias de implantación que funcionan con otras profesiones pueden no ser efectivas en enfermería.

Basándose en la revisión de la literatura de investigación, la evidencia refuerza la idea de que las estrategias de implantación deben ser cuidadosamente planeadas y utilizadas de forma combinada. No existe un enfoque único que marque la diferencia, sino diferentes combinaciones de enfoques que pueden propiciar cambios efectivos en la práctica basándose en las guías de práctica clínica.

Utilizar múltiples estrategias

Es difícil cambiar el comportamiento de los profesionales de la salud. Las estrategias efectivas a menudo implican múltiples componentes para superar diferentes barreras. Sin embargo, no está claro cuántas estrategias son necesarias exactamente. Muchas estrategias tienen un efecto pequeño si se examinan por separado.

La formación debe ser interactiva o combinada con otras intervenciones:

- La formación, es decir, las presentaciones o la difusión pasiva de información, se utiliza con frecuencia como parte de una estrategia multifacética y puede dar lugar a pequeñas mejoras en el cuidado. Es poco probable que la formación pasiva sea efectiva por sí sola para cambiar comportamientos complejos (Bloom et al., 2005; Forsetlund et al., 2009b; Gilbody et al., 2003).
- Las técnicas educativas interactivas o multimedia (p.ej. role playing, práctica de habilidades) tienen más probabilidades de ser efectivas que las presentaciones o la difusión pasiva de información (Forsetlund et al., 2009b; Mazmanian et al., 2009).
- Cuando se combinan las intervenciones formativas con la interacción entre el educador y el profesional (p.ej. auditoría y feedback, recordatorios o líderes de opinión), es más probable que produzca cambios en el comportamiento (Francke et al., 2008; Prior, 2008).
- La divulgación formativa sola o en combinación con otras intervenciones tiene un efecto pequeño pero consistente sobre la prescripción médica (Ginrod et al., 2006; O'Brien et al., 2007).
- Los conocimientos por sí solos pueden ser insuficientes para el cambio de la práctica. Cambiar el conocimiento de los profesionales no da necesariamente como resultado el cambio en el comportamiento y la práctica (Forsetlund et al., 2009b).
- Los materiales formativos impresos tienen un efecto positivo pequeño en la práctica profesional (Farmer et al., 2008; Forsetlund et al., 2009a).

La auditoría y el feedback influyen en la práctica de los profesionales de salud y de las enfermeras:

- La auditoría y la retroalimentación son más efectivas cuando hay una diferencia grande entre el punto de partida, la práctica profesional anterior a la implantación de la guía, y la práctica recomendada (Jamtvedt et al., 2006).
- Son también más efectivas cuando son intensivas y personalizadas, y se llevan a cabo repetidamente durante un largo periodo de tiempo (Bywood et al., 2008; Jamtvedt et al., 2006; Veloski et al., 2006). Los sistemas de monitorización de la calidad pueden proporcionar datos para la auditoría y el feedback. La utilización de los sistemas de monitorización de la calidad por parte de los gestores puede influir en el uso que hagan las enfermeras de la investigación (Gifford et al., 2007).

La auditoría y el feedback se utilizaron en un hospital que implantó la GBP de la RNAO Atención centrada en el paciente. Cada semana, se le asignó a una enfermera la tarea de auditar una práctica; los resultados fueron recopilados por el gerente y compartidos con el personal. La Best Practice Spotlight Organization® de la RNAO utilizó los datos de garantía de calidad para proporcionar feedback a las unidades de enfermería.

Los líderes de opinión locales pueden influir en la práctica (Chaillet et al., 2006; Flodgren et al., 2007). Ejemplos de líderes de opinión locales son los impulsores de la práctica y las enfermeras supervisoras en la unidad o a nivel institucional que influyen en el conocimiento y la práctica de sus compañeros.

La Best Practice Champions Network® (Red de impulsores de buenas prácticas) está compuesta por enfermeras u otros profesionales de salud que son líderes de opinión y que apoyan activamente el cambio de la práctica mediante la implantación de GBPs. Los impulsores asisten a un taller formativo de un día de duración, donde aprenden estrategias para integrar las recomendaciones de las GBPs en su lugar de trabajo. Después del taller, los impulsores pasan a formar parte de la Best Practice Champions Network® de la RNAO y se les da acceso adicional a convocatorias, recursos y apoyo formativo adicional de forma continuada.

Las intervenciones mediadas por pacientes pueden ser efectivas como parte de una estrategia multifacética (Ginrod et al., 2006). Ejemplos de intervenciones mediadas por pacientes son la educación de pacientes sobre las evidencias obtenidas por la investigación que son relevantes para su condición clínica y su tratamiento, la educación sobre el cribado y la educación sobre la vacunación.

Las intervenciones a nivel institucional han sido evaluadas junto con las intervenciones dirigidas a los profesionales. Hay menos evidencia sobre los efectos de las intervenciones institucionales y los resultados son heterogéneos, con algunos estudios que muestran resultados positivos para esta estrategia. Las intervenciones que influyen en el proceso institucional y las intervenciones que influyen en la estructura institucional se consideran de forma separada a continuación.

La integración de las recomendaciones en los procesos institucionales (p.ej. los recordatorios automáticos, los sistemas de apoyo a las decisiones clínicas o la reestructuración de los registros de los pacientes) también puede ser efectiva. Las estrategias que están más cerca del usuario final y que se integran en el proceso de prestación de cuidados tienen más probabilidades de ser efectivas (Bywood et al., 2008; Kawamoto et al., 2005; Shojania et al., 2009).

Hay una mayor probabilidad de éxito con estrategias que se centran directamente en los profesionales de la salud y en el paciente (p.ej. reestructuración de los registros de los pacientes, recordatorios específicos para los pacientes, intervenciones mediadas por pacientes) (Kawamoto et al., 2005; Shojania et al., 2009).

Los recordatorios pueden suponer mejoras en la práctica (Bywood et al., 2008; Grimshaw et al., 2001; Shojania et al., 2009) y es más probable que lo consigan cuando:

- brindan apoyo a las decisiones de forma automática como parte del flujo normal de trabajo (p.ej. como parte de las gráficas electrónicas o de los registros de órdenes) en el momento y el lugar de la toma de decisiones (los protocolos de enfermería basados en la evidencia son también ejemplos de recordatorios efectivos);
- proporcionan una recomendación específica con una justificación de la recomendación; y
- se proporcionan a través de asistencia informática.

La literatura demuestra que el **liderazgo por parte de los gestores** (a menudo denominado “liderazgo institucional”) puede influir en la utilización de la investigación por parte de las enfermeras. Aunque el apoyo de los gerentes se identifica constantemente como importante, el término “apoyo” se utiliza para indicar estímulo, intercambio de información, asignación de los recursos y definición de funciones para crear una cultura institucional de apoyo. La monitorización del rendimiento y de los resultados puede influir en el uso de la investigación por parte de las enfermeras y en la aplicación de las GBPs (Gifford et al., 2007).

Las intervenciones dirigidas a la estructura institucional no se han evaluado en las revisiones sistemáticas en relación con la implantación de las GBPs. Sin embargo, existe evidencia proveniente de revisiones sistemáticas en relación con las intervenciones estructurales, p.ej. la revisión sistemática de Greenfield and Braithwaite (2008) descubrió que la participación en la acreditación puede promover el cambio en las prácticas. Los impactos en la calidad fueron variados.

Aunque hay poca investigación respecto al marketing social en el contexto de la implantación de guías, este enfoque puede ser útil. El marketing social se ha utilizado para lograr cambios de comportamiento en salud pública. Más recientemente se ha argumentado que se puede utilizar un modelo de marketing social para planificar estrategias de implantación de guías; además, algunas barreras para el cambio de la práctica son asequibles para un enfoque de marketing social (Andreason, 2004; Morris & Clarkson, 2009). (Véase el Anexo 4.1 para informarse sobre los principios del marketing social.)

Elección de sus estrategias

Se necesita meditar con cuidado y con argumentos de peso a la hora de seleccionar las estrategias de implantación de las GBPs, así como para amoldar las estrategias a las características del entorno de la práctica, a la GBP y a las barreras y facilitadores identificados. Si bien hay una gran cantidad de evidencia respecto a qué estrategias es probable que sean más efectivas, la evidencia de la investigación por sí sola no puede determinar qué estrategias funcionarán mejor en un contexto particular o con una barrera específica.

Como parte del proceso de planificación, usted y su equipo deben comprobar si existen revisiones sistemáticas de la implantación de GBPs utilizadas en ámbitos similares al suyo. Las revisiones sistemáticas pueden ayudar a conectar las estrategias de implantación, las guías y los entornos. Por ejemplo, hay varias revisiones de investigaciones sobre la implantación de guías en el ámbito de la salud mental (Bauer et al., 2002; Gilbody et al., 2003; Weinmann et al., 2007). A medida que aumenta la investigación sobre la implantación de GBPs por parte de las enfermeras, habrá más revisiones sistemáticas centradas en la enfermería para guiar la implantación y selección de GBPs.

Las estrategias adaptadas que abordan barreras identificadas con antelación tienen más posibilidades de mejorar la práctica profesional (Baker et al., 2010). Sin embargo, se necesita más investigación sobre las relaciones entre las barreras y las estrategias de implantación para determinar qué estrategia funciona mejor para cada barrera.

Recuerde: este proceso versa fundamentalmente sobre el cambio. Cambiar la manera en que hacemos las cosas puede ser un reto. Utilizar un enfoque determinado para el cambio basado en una de las muchas teorías sobre el cambio

puede ayudarle a entender el impacto del cambio y ayudarle a seleccionar las estrategias adecuadas para implantar su GBP.

Teoría del cambio

Aunque la Teoría del Cambio de Lewin ha sido puesta como ejemplo en esta Herramienta (véase la figura 5 a continuación), hay muchas teorías disponibles, incluidas la de Bridges (1991) y el Modelo ADKAR™ (Hiatt, 2006). La Teoría del Cambio de Lewin (Schein, 1996) identifica tres fases de cambio: (1) descongelación; (2) cambio; y (3) congelación o recongelación, y ha sido seleccionada aquí porque refleja las fases de inmovilismo o de concienciación, necesarias antes del cambio, así como de creación de un clima favorable al cambio y, finalmente, se centra en la recongelación o mantenimiento del cambio.

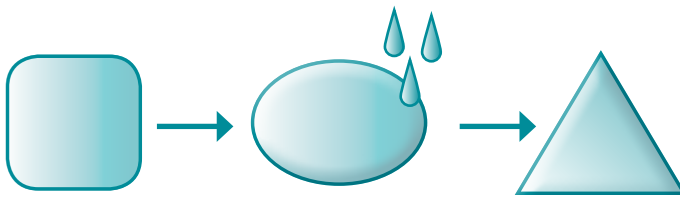


Figura 5: Modelo de Lewin de Descongelación, Cambio y Recongelación

Descongelación

- En esta fase, la gente termina entendiendo que el cambio es necesario y se prepara para salir de su zona de comodidad.
- Para realizar el cambio, la gente sopesa los pros y contras de hacer algo de una manera diferente.
- Este proceso de toma de decisiones se ve influido por factores internos (por ejemplo, la motivación) y externos (por ejemplo, los plazos).
- Crear un clima de seguridad psicológica para permitir a la gente asumir riesgos para hacer las cosas de manera diferente es importante en esta fase.
- Entender el proceso de descongelación le ayudará a crear una imagen de cómo serán las cosas en el futuro y del entorno o la situación ideal para el cambio.

Cambio

- En esta fase, la gente está “descongelada” de sus antiguos hábitos y empiezan a avanzar hacia una nueva manera de ser. La gente se muestra insegura y a veces incluso temerosa, por lo que ésta puede ser una fase muy difícil.
- La gente necesita tiempo para aprender sobre el cambio y para reflexionar sobre él.

Recongelación

- El proceso de recongelación sucede cuando los cambios se han realizado y se instaura la estabilidad. La gente se acomoda a las nuevas rutinas. A menudo se necesitan estructuras y procesos para reforzar el nuevo comportamiento o rutina porque la gente tiende a volver a las antiguas y familiares maneras de hacer las cosas.
- La sostenibilidad se aborda en el Capítulo 6.

Comprensión del proceso de cambio durante la implantación

Piense en una nueva evidencia o en una recomendación práctica de la que haya oído hablar recientemente. ¿Cómo reaccionó al principio? ¿Algo le preocupaba? ¿Era usted escéptico? ¿Se preguntó si lo que había estado haciendo podía ser un error? ¿Le preocupó que quizá tendría que cambiar? Este tipo de reacciones son parte de la descongelación.

Schein (1996) examinó la descongelación con detalle y descubrió que contenía tres fases importantes: (1) refutación, (2) ansiedad del aprendizaje, y (3) redefinición cognitiva. Es importante comprender estos sentimientos y reacciones ante el cambio para normalizar el comportamiento y proporcionar estrategias de apoyo.

Refutación

Según Schein (1996), “todas las formas de aprendizaje y cambio empiezan con una forma de insatisfacción o frustración generada por datos que refutan nuestras expectativas o esperanzas.” Schein precisó los siguientes fenómenos:

- La exposición a nuevos conocimientos que no son coherentes con la práctica en vigor apenas es suficiente para convencernos de que hay que cambiar.
- Podemos ignorarlos, considerarlos falsos, creer que no funcionarán en nuestra situación o, por otras varias razones, decidir que no tenemos que cambiar.
- Para estar interesados en cambiar, debemos aceptar la nueva información y considerarla valiosa.
- A la mayoría de nosotros, cuando nos empujan intentamos mantenernos en el sitio o incluso devolver el empujón.
- Cuando usted lleva nuevos conocimientos a la gente como parte de la implantación de una GBP, ellos pueden sentir que se les está empujando. Si la gente tiene poca motivación para cambiar y se sienten empujados, puede que se resistan al cambio.
- Schein identificó esta reacción como ansiedad del aprendizaje.

Ansiedad al aprendizaje

La ansiedad del aprendizaje es el sentimiento de que si empezamos a cambiar:

- Estamos admitiendo que lo que habíamos estado haciendo puede ser erróneo o imperfecto
- Si lo que estamos haciendo es erróneo, entonces no estamos siendo efectivos. Eso es un golpe para nuestros egos y puede hasta amenazar nuestro sentido de identidad. Las enfermeras, cuya identidad profesional está habitualmente ligada a la prestación de buenos cuidados, pueden ser vulnerables a esta amenaza.
- Admitir que nuestra práctica necesita mejoras y asumir los errores puede ser difícil.

Redefinición cognitiva

- La mayoría de las enfermeras considera que su trabajo consiste en adoptar las mejores prácticas. En efecto, en nuestra educación formal o en la formación continua, nos han enseñado la manera “correcta” o “mejor” de trabajar, con la consiguiente explicación racional de por qué tenemos que hacerlo de esa manera.
- Mediante la redefinición cognitiva, la gente redefine un cambio de práctica, de tal manera que mantiene sus valores y les permite ver el cambio como positivo.

El grupo de implantación debe pensar en cómo crear una “seguridad psicológica” para los profesionales durante la fase de descongelación. Si no lo hace, los nuevos conocimientos y recomendaciones pueden ser rechazados o descartados. El apoyo para normalizar los sentimientos relativos al cambio puede proporcionarse en sesiones formativas o a través de líderes de opinión, impulsores o gestores. Esto ayudará a la gente a mantenerse centrada en sus metas, aún cuando reconozca el trabajo positivo realizado al proporcionar cuidados en el pasado. Estos conceptos se aplican a un caso que sirve de ejemplo al final de este capítulo.

Hacer que suceda en el ámbito de la práctica

Implantar una GBP en el entorno de la práctica tiene más posibilidades de éxito si al menos un miembro del equipo tiene habilidades de gestión de proyectos. Utilice los recursos de sus colegas en la planificación de proyectos para elaborar un plan detallado de cada fase de la implantación y para planificar el presupuesto. Adapte las estrategias para superar las barreras y apóyese en los facilitadores de su entorno. Las siguientes indicaciones también le ayudarán a garantizar el éxito de su GBP:

1. Utilice los resultados del análisis de las partes interesadas y la identificación de barreras y de factores habilitadores para planificar las estrategias de implantación.
2. Capte a los impulsores locales e incluya a quienes tengan autoridad para aportar recursos.
3. Valore las estrategias a partir de aquéllas que han demostrado ser eficaces según la literatura. Tenga en cuenta también las barreras y los facilitadores de su entorno cuando seleccione las estrategias.
4. Seleccione las estrategias de implantación que se adapten a los recursos y apoyos disponibles.
5. Donde sea posible, escoja un punto de inicio con alta probabilidad de éxito para poner a prueba la implantación.
6. Manténgase abierto a ajustar las estrategias de implantación a la realidad de la práctica. Consiga aportaciones, participación y feedback de las partes interesadas locales.
7. Proporcione una monitorización y apoyo continuos durante las fases iniciales para ayudar a los usuarios con la curva de aprendizaje y con el proceso de cambio.

Implicaciones a tener en cuenta antes de pasar al capítulo siguiente

Implicaciones para las partes interesadas

- En función del análisis de las partes interesadas y de las barreras y facilitadores identificados, algunas estrategias de implantación pueden requerir grupos específicos de partes interesadas. En esta etapa, las habilidades en la gestión de las partes interesadas incluyen sistemas buenos de comunicación, mensajes claros, así como la habilidad de escuchar e involucrar a otros. Tenga en cuenta que mantener involucradas a las partes interesadas puede llevar mucho tiempo, pero le ahorrará tiempo a largo plazo.

Implicaciones para los recursos

- La selección de las estrategias de implantación a menudo depende de la cantidad total de recursos disponibles para la implantación de la guía. Por otra parte, las estrategias de implantación identificadas pueden señalar los recursos necesarios. Por lo general, hay límites fijos en la cantidad de recursos tanto humanos como financieros que el equipo de implantación y las partes interesadas pueden gastar.

Implicaciones para el plan de acción

- Añadir las estrategias de implantación seleccionadas al Plan de Acción.

Recursos: Páginas web recomendadas y recursos en la web

Auditoría y Feedback:

How to do a chart audit. Source: St. Michael's Hospital Knowledge Translation Program.(2008).

<http://www.stmichaelshospital.com/pdf/research/kt/chartaudit.pdf>

Feedback. National Institute of Clinical Studies (2006).

http://www.nhmrc.gov.au/files_nhmrc/file/nics/material_resources/Feedback.pdf

Líderes de opinión:

Brief summary of the role of opinion leaders. St. Michael's Hospital Knowledge Translation Program (2008).

<http://www.stmichaelshospital.com/pdf/research/kt/opinionleaders.pdf>

Selección de estrategias:

Two-page summary of evidence for selecting strategies. National Institute of Clinical Studies (2006).

http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/nics/material_resources/Selecting%20strategies.pdf

Lecturas recomendadas

Andreason, A. R. (2004). A social marketing approach to changing mental health practices directed at youth and adolescents *Health Marketing Quarterly*, 21(4), 51-75.

Benjamin, A., (2008). Audit: How to do it in practice. *British Medical Journal*, 336, 1241–1245.

Morris, Z. S., & Clarkson, P. J. (2009). Does social marketing provide a framework for changing healthcare practice? *Health Policy*, 91(2), 135–141.

Escenario

Aplicación de los conceptos de la Teoría del Cambio: Implantación de recomendaciones para prevenir infecciones en accesos vasculares centrales

Un hospital implantó unas recomendaciones para la prevención de infecciones de la vía central que fueron aprobadas por el Instituto Canadiense de Seguridad del Paciente (Canadian Patient Safety Institute). Se hizo necesario cambiar los procedimientos de limpieza de la piel durante los cambios de apósitos de la vía central. Estas nuevas recomendaciones requerían el uso de clorhexidina al 2%/alcohol al 70% y la limpieza de la piel frotando de delante hacia atrás y de arriba hacia abajo.

Durante años, muchas enfermeras han limpiado la piel de la manera en la que les enseñaron, utilizando povidona. La razón era que esto permitía a las enfermeras ir de “lo limpio a lo sucio” comenzando por el lugar de inserción y moviendo la gasa en círculos concéntricos hacia el exterior. Este razonamiento era coherente con lo que se conoce sobre el mantenimiento de la zona estéril, al no arrastrar bacterias al campo estéril ni contaminar la zona de inserción.

La nueva evidencia demuestra que la clorhexidina es un antiséptico dérmico mejor que la povidona y que cambiar a la clorhexidina requiere una técnica de frotado de delante hacia atrás para ser efectivo. ¿Cómo podría convencerse a las enfermeras de que esta técnica de frotado de delante hacia atrás no viola los principios de la entrada de bacterias en la zona de inserción? ¿Cómo se podría crear una seguridad psicológica?



El equipo de implantación:

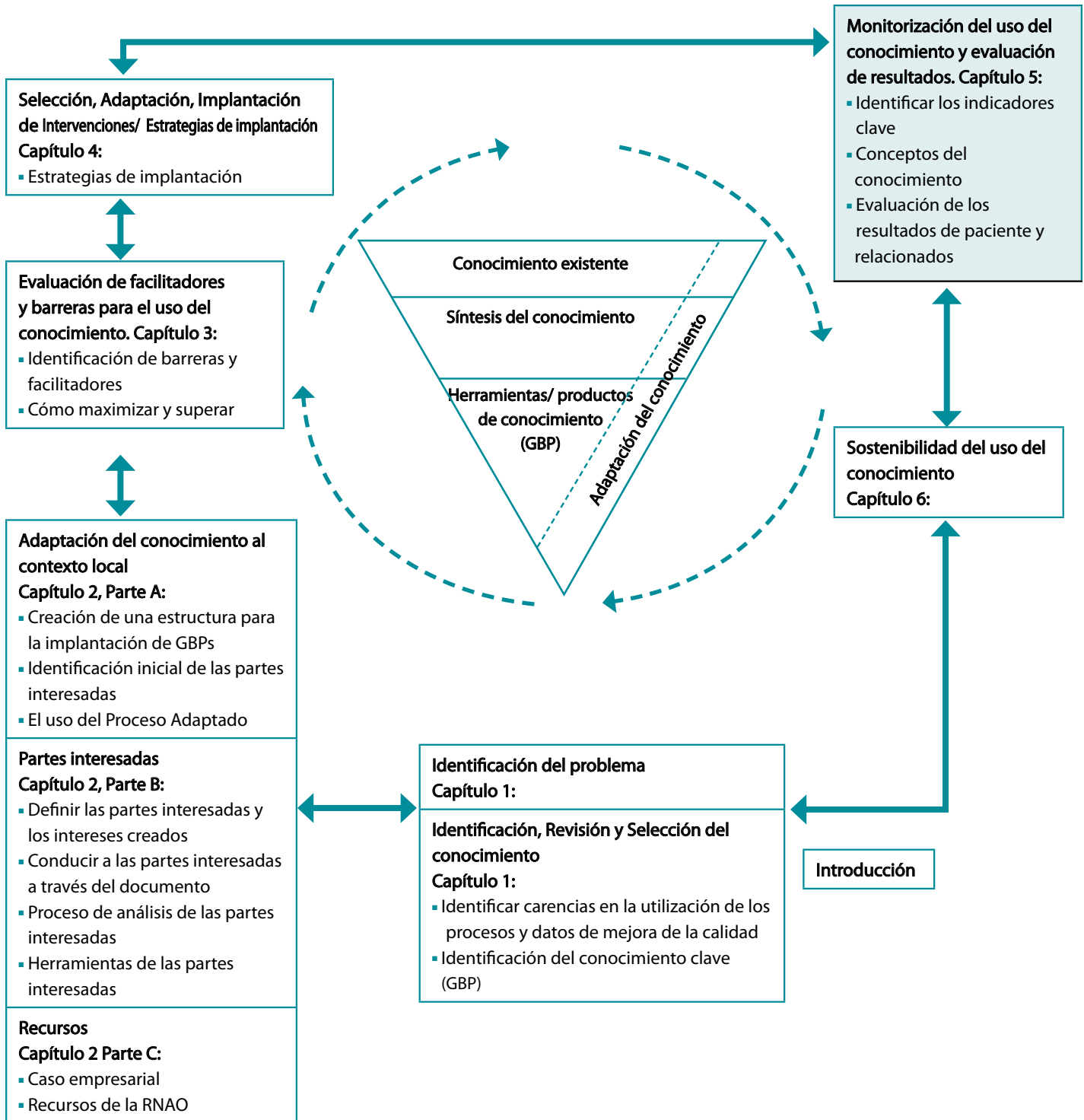
- Mantuvo el enfoque en la clorhexidina.
- Mandó el mensaje de que las enfermeras no se equivocaban al frotar en círculos concéntricos con povidona.
- Compartió el razonamiento de que el frotado, la fricción y el levantamiento de las células de la piel era una parte del proceso de activación para la clorhexidina.
- Reforzó la idea de que las enfermeras habían estado haciendo las cosas bien, yendo de lo limpio a lo sucio, y de que esta solución con los principios claves de la fricción y el levantamiento de células que permitían a la clorhexidina hacer efecto y de cambiar la práctica no significaba que antes estuvieran haciendo las cosas mal. Esto podría ayudar a crear una seguridad psicológica. De esta forma, las enfermeras podrían redefinir la nueva práctica como coherente con la práctica y los valores previos, basados en la mejor evidencia, y empezar a plantearse la adopción de la nueva práctica.

Anexo 4.1 Principios del marketing social

Aplicados a la implantación de las GBPs, los principios del marketing social son:

1. El cambio sostenido del comportamiento de los proveedores de salud/enfermeras es el primer objetivo para diseñar y evaluar las intervenciones.
2. El marketing social utiliza la investigación sobre los destinatarios (p.ej. enfermeras, partes interesadas) para entender sus perspectivas y para planificar, realizar las pruebas previas y monitorizar las intervenciones. Esto puede considerarse como escuchar a los destinatarios. Las pruebas previas son esenciales.
3. Hay una cuidadosa segmentación de los destinatarios (p.ej. enfermeras, pacientes, gestores, etc.) para garantizar la efectividad y la eficiencia.
4. Los beneficios tangibles, ciertos y directos son más atractivos pero, en la implantación de las GBPs, los beneficios pueden ser intangibles, indirectos e inciertos, especialmente cuando están involucrados los valores y las creencias. Es importante reconocer que el cambio de comportamientos supone un coste para las enfermeras. Por ejemplo, la pérdida de comportamientos preferidos o cómodos, el tiempo para aprender nuevas prácticas o la inversión emocional inherente al aprendizaje y el cambio de comportamientos. Cuando los costes son mayores que los beneficios percibidos, las “compensaciones inaceptables pueden impedir la nueva práctica” (Morris & Clarkson, 2009). Al aplicar el marketing social a la implantación de las GBPs, se hará énfasis en planificar que haya “intercambios atractivos y motivadores con (las enfermeras)” (Andreason, 2004) de modo que los beneficios superen los costes.
5. Existe mucho más que la publicidad y la comunicación. Deberá ocuparse de:
 - a) La creación de comunicaciones atractivas tipo “en qué me beneficia a mí” (adaptadas a la enfermera, teniendo en cuenta la motivación de la enfermera)
 - b) La reducción de los costes (p.ej. inconvenientes, tiempo para aprender una nueva habilidad, costes de oportunidad)
 - c) Realizar el intercambio de forma fácil y cómoda (p.ej. proporcionando herramientas de bolsillo, recordatorios integrados en el sistema de registro)
 - d) Comunicar mensajes firmes a través de los medios de comunicación que sean los preferidos y relevantes para los destinatarios (p.ej. tener en cuenta si los destinatarios leen sus emails antes de decidir utilizar una campaña de email).
6. Prestar una atención cuidadosa a la competencia, a los “factores que compiten por la atención, la voluntad y la capacidad para cambiar que tienen las personas.” (Morris & Clarkson, 2009)

Capítulo 5: Monitorización de la utilización del conocimiento y evaluación de resultados



Revisión del capítulo anterior

Hasta ahora, la Herramienta se ha centrado en todas aquellas actividades que condicionan el éxito en la implantación de la guía seleccionada para abordar la necesidad clínica o de gestión identificada. Cada una de las fases del Marco de Conocimiento para la Acción han descrito estrategias basadas en la evidencia específicas para trabajar con las partes interesadas, determinar recursos, definir barreras y falicitadores e identificar y llevar a cabo estrategias específicas de implantación. Antes, durante y después de la implantación de una GBP en el ámbito clínico, es importante monitorizar la utilización de las nuevas recomendaciones provenientes de GBP aplicadas (es decir, el conocimiento previo) y evaluar los resultados o el impacto de los cambios resultantes en la práctica.

¿De qué trata este capítulo?

Este capítulo se centra en las dos fases del Marco de Conocimiento para la Acción que están relacionadas y son clave para determinar si las intervenciones de implantación han sido efectivas en la adopción de las recomendaciones y si han tenido un impacto. Las dos fases son:

1. Monitorización de la adopción del nuevo conocimiento introducido (es decir, la adherencia a las recomendaciones de la GBP o los cambios en los procesos clínicos).
2. Evaluación de los resultados derivados de la implantación de buenas prácticas.

Se revisan los conceptos de utilización e impacto del conocimiento y se presentan los métodos y las estrategias para monitorizar la utilización del conocimiento y evaluar el impacto.

Este capítulo responde a las siguientes preguntas:

- ¿Cómo ha afectado la implantación de la GBP a la práctica clínica?
- ¿Cómo ha influido la implantación de la GBP en los resultados de los pacientes y de otros individuos relacionados?

Definiciones clave

Resultados o impacto: los cambios que ocurren como resultado de la implantación de una buena práctica. Pueden darse a nivel del clínico o de paciente, a nivel de profesionales de la salud o a nivel de unidad, de institución o de sistema (Hakkennes & Green 2006; Graham et al., 2010).

Utilización del conocimiento: utilización de la evidencia en la que se basa la práctica; normalmente se clasifica en utilización del conocimiento conceptual, utilización del conocimiento comportamental o utilización del conocimiento estratégico (Graham et al., 2006). En el ámbito clínico esto se refleja en los cambios en la práctica clínica enfermera. Es lo que también puede llamarse resultados del proceso.

Utilización del conocimiento comportamental o instrumental (Aplicación del conocimiento): conocimiento que es aplicado en la práctica y que, como resultado, influye en la acción o el comportamiento (Beyer & Trice, 1982; Dunn, 1983; Estabrooks, 1999; Graham, Bick, Tetroe, Straus, & Harrison, 2010; Larsen, 1980; Rycroft-Malone & Bucknall, 2010; Weiss, 1979).

Utilización del conocimiento conceptual: conocimiento que modela o influye en la manera en que los profesionales clínicos y los gestores se plantean las cuestiones y las actitudes (Beyer & Trice, 1982; Dunn, 1983; Estabrooks, 1999; Graham, Bick, Tetroe, Straus, & Harrison, 2010; Larsen, 1980; Rycroft-Malone & Bucknall, 2010; Weiss, 1979). Este término se utiliza para describir la comprensión e interiorización del conocimiento y de la información por parte de los profesionales.

Utilización del conocimiento estratégico (Utilización del conocimiento simbólico): Utilización del conocimiento o datos (p. ej. resultados de investigaciones) para persuadir a otros de que deben apoyar nuestros puntos de vista o nuestras decisiones. Esto puede llevar o no a una utilización conceptual o comportamental de ese conocimiento por parte de los demás. (Beyer & Trice, 1982; Dunn, 1983; Estabrooks, 1999; Graham, Bick, Tetroe, Straus, & Harrison, 2010; Larsen, 1980; Rycroft-Malone & Bucknall, 2010; Weiss, 1979).

Métodos de evaluación habituales y definiciones:

Auditoría y retroalimentación: resúmenes del desempeño clínico que pueden incluir recomendaciones para la acción, reunidos en un periodo de tiempo concreto, que se utilizan para aumentar la concenciación del equipo sobre su práctica o la de otros. La información se puede obtener de las historias clínicas, de bases de datos informatizadas o de la observación directa de los pacientes (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group; 2002).

Encuestas: obtención de conocimientos mediante la recogida de información, normalmente utilizando cuestionarios estructurados con escalas de clasificación. Las encuestas pueden ser realizadas en persona, por teléfono o vía internet (Dillman 2007).

Entrevistas: obtención de conocimientos preguntando a las personas sobre sus experiencias, actitudes o comportamientos. En la investigación cualitativa, las preguntas son abiertas; en investigación cuantitativa son habitualmente muy estructuradas, con opciones de respuesta predeterminadas.

Estructura: aquello que se necesita para realizar un cambio (p.ej. equipamiento, suministros e instalaciones).

Fiabilidad: la medida en que una herramienta de recogida de datos mide de forma consistente el mismo atributo para el que está diseñado o la medida en que los resultados pueden ser replicados dos dos dos.

Grupos focales: obtención de conocimientos mediante la entrevista a un grupo de personas sobre sus experiencias, actitudes o comportamientos relacionados con un tema.

Observación: obtención de conocimientos a través de los sentidos (p. ej. visual, auditivo) o el registro de datos utilizando instrumentos científicos.

Procesos: : cómo se debe cambiar el sistema para implantar la práctica.

Resultado: las consecuencias de una puesta en marcha o iniciativa (Donabedian, 1988).

Sensibilidad y especificidad: dos características frecuentemente referidas de los instrumentos y los tests diagnósticos. La sensibilidad se define como lo bueno que es un test en la detección de quién es probable que tenga una dolencia o enfermedad. La especificidad se define como lo bueno que es un test en la detección de quién no tiene esa dolencia o enfermedad.

Validez: El grado en el que una herramienta de recogida de datos mide de modo preciso lo que pretende medir .

Aquí están los hechos:

¿Qué es la utilización del conocimiento?

Varios modelos (Beyer JM & Trice HM 1982; Dunn WN 1983; Estabrooks C 1999; Graham I et al 2010, Larsen J 1980; Rycroft-Malone J. and Bucknell T. 2010, Weiss CH 1979) agrupan la utilización del conocimiento en tres categorías

1. Utilización del conocimiento conceptual (comprensión o esclarecimiento).
2. Utilización del conocimiento comportamental o instrumental (aplicación del conocimiento en la práctica).
3. Utilización del conocimiento simbólica (persuasivo o estratégico) (utilizar datos selectivos para persuadir a los otros de que deben aceptar los cambios recomendados en la práctica).

Es importante entender estos tres tipos de utilización del conocimiento para monitorizar de forma efectiva la adopción de las recomendaciones de la GBP. La Tabla 10 ilustra a continuación cada tipo de conocimiento y su rol en la monitorización de la implantación de la GBP.

Tabla 10: Utilización del conocimiento y su rol en la implantación de la GBP

Tipo de uso del conocimiento	Rol en la implantación de la GBP	Ejemplo de monitorización de la utilización del conocimiento en la implantación de la GBP
Conceptual (comprensión e interiorización del nuevo conocimiento)	<p>Influye o informa la manera en que los clínicos y otros profesionales piensan sobre los aspectos planteados.</p> <p>Representa la comprensión, aceptación, e interiorización del conocimiento.</p> <p>Influye en la aceptación de las recomendaciones de la GBP.</p>	<p>Antes y después de una sesión formativa sobre el manejo del dolor, se entrega un test de conocimiento para determinar si los participantes han entendido o aprendido las recomendaciones y la evidencia que las sustenta (p.ej. Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain) Ferrell & McCaffery, 2008).</p>
Comportamental o instrumental (aplicación del nuevo conocimiento)	<p>Conocimiento que influye en acciones o comportamientos.</p> <p>Aplicación concreta del conocimiento en la práctica clínica o adherencia a las nuevas recomendaciones de la GBP que deberían producir los resultados esperados (p.ej. valoración de la intensidad del dolor utilizando una escala numérica)</p>	<p>Realizar una auditoría de los registros clínicos para determinar si las recomendaciones de la GBP se están cumpliendo realmente (Davies et al., 2008), p.ej. realizar una auditoría para determinar si la valoración de la intensidad del dolor de los pacientes se está registrando según las recomendaciones (p.ej. utilizando una escala de 0-10).</p>
Simbólico (persuasivo o estratégico)	<p>Utilizar datos seleccionados para convencer a los demás tanto para hacer algo nuevo como para dejar de hacer algo.</p>	<p>Incluir datos de una encuesta de satisfacción de los pacientes que indica que los pacientes no están satisfechos con la manera en que se manejaron sus necesidades de alivio del dolor, para ayudar a los profesionales a adoptar las recomendaciones de la GBP sobre el dolor.</p>

¿Qué sabemos sobre la utilización del conocimiento?

El conocimiento es un elemento crítico en la adherencia a las recomendaciones basadas en las evidencias.

La utilización del conocimiento puede:

- Producirse a nivel individual, de unidad, organizativo o de sistema (Dunn WN 1983).
- Crear un cambio de comportamiento (es decir, un profesional se convierte en conocedor de una buena práctica, desarrolla una actitud positiva hacia ésta, desarrolla el deseo de adoptarla y termina motivado para pasar a la acción).
- Ser compleja, ya que los profesionales pueden optar por seguir algunas recomendaciones pero no otras.
- Estar influida por estructuras y procesos en la institución (véase los capítulos 3 y 4).



Debido a que la utilización del conocimiento es multidimensional y compleja es esencial utilizar una variedad de estrategias para monitorizarla.



Conocer una GBP, tener una opinión positiva de ella y querer adoptarla no garantiza su implantación

Otros factores pueden condicionar la aplicación de nuevas recomendaciones de GBPs en la institución, como, por ejemplo::

- Motivación intrínseca (basándose en el conocimiento nuevo o actual, el individuo cree que la adopción de las recomendaciones de la GBP será beneficiosa).
- Motivación extrínseca (las estructuras y procesos en la institución crean condiciones previas para que el cambio de comportamiento ocurra sin que el individuo tenga que recapacitar conscientemente sobre la aplicación del conocimiento).

Tabla 11 muestra ejemplos de estructuras y procesos que pueden provocar cambios de comportamiento

Tabla 11: Estructuras y procesos que provocan el cambio de comportamiento

Tipo de apoyo	Ejemplos	Justificación para su uso
Estructura	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas y procedimientos • Reorganización del personal o de los servicios • Formularios • Vías clínicas • Equipamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionan argumentos para el cambio en la práctica y guían la práctica. • Asegura personal suficiente para aplicar las recomendaciones de la GBP. • Incluyen epígrafes para la realización de valoraciones e intervenciones específicas (p.ej. si la intensidad del dolor debe valorarse utilizando una escala de 0-10, entonces incluir la escala en las hojas de registro diario ayudará o impulsará su uso como una parte rutinaria de la práctica). • Sirven de guía para seguir los cuidados recomendados. • Facilita seguir las recomendaciones (p.ej. si la monitorización de la saturación de oxígeno es una práctica recomendada, entonces asegurar que hay disponibles suficientes monitores de saturación de oxígeno en la unidad clínica promoverá esta acción).
Proceso	<ul style="list-style-type: none"> • Sesiones obligatorias de formación enfermera para la implantación de la GBP • Se incluyen indicadores claves de la implantación de la GBP en las evaluaciones del desempeño de las enfermeras • La información sobre la satisfacción de los pacientes con el manejo de dolor se comparte con los gestores de la unidad y con el personal clínico de forma trimestral 	<ul style="list-style-type: none"> • Impulsan la óptima difusión de una estrategia de implantación (formación a toda la plantilla) • Indican la importancia de las recomendaciones de la GBP en la práctica clínica • Proporcionan un foro de discusión sobre los resultados más relevantes y una oportunidad de hacer cambios en las estrategias de implantación si es necesario

¿Por qué es importante monitorizar la utilización del conocimiento y evaluar su impacto?

La monitorización de la utilización del conocimiento proporciona:

- Una indicación del grado en que son conocidas, aceptadas y aplicadas las recomendaciones de la GBP.
- Una indicación del grado en que las intervenciones de implantación tuvieron éxito en cambiar la práctica clínica.
- Respuestas a las siguientes preguntas:
 - ¿Se están utilizando las recomendaciones?
 - ¿Está funcionando la iniciativa de implantación?
- Información sobre conocimientos, actitudes, habilidades y sobre la adherencia a unas recomendaciones que cambian a lo largo del tiempo con la introducción de iniciativas de implantación y con las circunstancias.
- Argumentos para realizar cambios en los planes de implantación

Evaluar el impacto (resultados) de la implantación de la GBP:

- Centra la atención en qué ocurre cuando se aplican las recomendaciones de la GBP; es multidimensional, porque tiene en cuenta resultados de diferentes niveles, como, por ejemplo:
 - el paciente
 - el profesional clínico, y
 - la unidad, institución o sistema.
- Responde a la pregunta: "¿Qué diferencia -si existe- produce la aplicación de las recomendaciones en la práctica clínica, en particular, en la salud de mis pacientes y en sus resultados clínicos?"



La medida de la utilización del conocimiento y la de su impacto están estrechamente relacionadas. Es difícil interpretar el impacto (resultados) sin conocer en qué medida se ha utilizado el conocimiento. Pej. si las puntuaciones de dolor de los pacientes son todavía altas después de la implantación de la GBP de manejo del dolor, será necesario monitorizar a diferentes niveles para dar respuesta a las siguientes cuestiones relacionadas con el proceso, la estructura y los resultados:

Proceso

- ¿Todas las enfermeras completaron el curso de formación sobre el dolor?
- ¿Las enfermeras aprendieron (interiorizaron) el contenido? ¿Esto se evaluó con un test previo y otro posterior?
- ¿Las enfermeras tienen las habilidades requeridas para valorar el dolor y proporcionar las intervenciones adecuadas?
- ¿Las enfermeras adoptaron las recomendaciones con los pacientes apropiados?

Estructura

- ¿Existe una política claramente definida que apoya las recomendaciones de la GBP?
- ¿Los médicos estaban disponibles para prescribir la medicación necesaria?
- ¿Había bombas de analgesia disponibles para quienes necesitaban infusión continua?

Resultado

- ¿Cuántos pacientes tuvieron puntuaciones de dolor inferiores a 4 en una escala de 10 puntos?
- ¿Con qué frecuencia declaran los pacientes niveles de dolor superiores a 6 en una escala de 10 puntos?

La literatura actual indica que la monitorización de la utilización del conocimiento y de los resultados no se realiza de manera consistente. Godfrey et al. (2010) y Hakkennes y Green (2006) descubrieron que la mayoría de los estudios (89 % y 100 %, respectivamente) examinaban la aplicación del conocimiento (utilización del conocimiento comportamental) mientras que solo el 18 % y el 47 %, respectivamente, evaluaron la utilización del conocimiento conceptual. Todavía menos estudios incluían los resultados a nivel del paciente, de los profesionales o del sistema.



Es importante tener en cuenta la complejidad y el coste de la monitorización de la utilización del conocimiento y de los resultados clínicos. Aunque lo mejor puede ser realizar muchas mediciones, la realidad de varias instituciones sanitarias puede determinar que la monitorización sea selectiva. Por ejemplo, Ciachini et al. estudiaron una estrategia de implantación de las guías de Osteoporosis Canada en una comunidad al norte de Ontario (Straus, 2009). El principal resultado de este ensayo aleatorizado fue determinar el uso adecuado de las medicaciones para la osteoporosis (conocimiento comportamental), en vez de las fracturas en los pacientes (resultado clínico). Los autores pensaron que la evidencia sobre el uso de la medicación para la osteoporosis en la prevención de las fracturas por fragilidad era suficiente como para recomendar la medición de este resultado como indicador subrogado de las fracturas del paciente, que son más costosas de medir.

Medir la utilización del conocimiento

La utilización del conocimiento es un proceso complejo que se desarrolla de forma continua (Rich, 1991), en vez de como evento aislado que ocurre de forma puntual. Por lo tanto, evaluar la utilización del conocimiento es complejo y requiere un enfoque multidisciplinar, iterativo y sistemático (Sudsawada, 2007).

Estrategias que funcionan

Utilización del conocimiento conceptual

Este tipo de utilización del conocimiento se puede medir con tests de conocimiento y comprensión (p.ej. grado en que los clínicos adquieren conocimiento y habilidades en las sesiones de formación). Godin, Belanger-Gravel, Eccles y Grimshaw (2008) identificaron las siguientes medidas de resultado utilizadas comúnmente en estudios de implantación:

- encuestas de actitudes e intención
- medidas de actitudes hacia una práctica específica
- cómo percibe el individuo su propia eficacia al realizar una práctica específica
- intención para realizar prácticas.

Stacey et al. (2006a) realizaron un ensayo controlado aleatorio en una intervención para implantar el apoyo a las decisiones del paciente basado en la evidencia en un servicio telefónico de enfermería. Parte de la intervención incluía formar a las enfermeras con un tutorial online de tres horas. Para valorar el conocimiento conceptual adquirido, los investigadores incluyeron un test de conocimiento en el tutorial para determinar si las enfermeras habían adquirido los conocimientos y habilidades relevantes para dar el apoyo en la toma de decisiones.

Aproximadamente el 50 % de los estudios de implantación guías en enfermería y otras profesiones sanitarias asociadas incluyen medidas de la utilización del conocimiento conceptual, comparado con menos del 20 % en los estudios en facultativos (Hakkennes & Green, 2006; Godfrey et al., 2010.).



Utilización del conocimiento comportamental

La mayoría de los instrumentos de utilización del conocimiento miden la utilización del conocimiento comportamental (Estabrooks et al., 2003). Varias revisiones sistemáticas que investigaron la efectividad de las intervenciones para influir en la adopción de guías de práctica clínica (Grimshaw et al., 2004; Harrison et al., 2009) encontraron que el 89 % de los estudios de implantación de guías incluían medidas de utilización comportamental del conocimiento o de adherencia a las guías. (Godfrey, Harrison, & Graham, 2010; Hakkennes & Green, 2006).



Estas medidas se suelen basar en autoinformes y están expuestas a sesgos de memoria y aceptación social. El sesgo de memoria ocurre cuando una persona no recuerda exactamente lo que aprendió; el sesgo de aceptación social ocurre cuando una persona da la respuesta que cree que el entrevistador quiere oír.

Métodos de medida de la utilización del conocimiento comportamental

- Midiendo la adherencia a las recomendaciones o indicadores de calidad utilizando bases de datos administrativas o auditorías de los registros clínicos.
- Observando los servicios de atención al paciente y la asistencia clínica para evaluar el grado en que se están utilizando prácticas basadas en la evidencia.
- Preguntando directamente a los usuarios del servicio sobre la asistencia clínica que han recibido.

Stacey et al. (2006b) realizaron un estudio exploratorio de caso para determinar el uso sostenido de un instrumento de apoyo a la toma de decisiones en la atención telefónica de enfermería. De 25 encuestados, 11 indicaron que habían utilizado la herramienta y a 22 de 25 les gustaría utilizarla en un futuro. Sin embargo, los autores identificaron que el sesgo de memoria y el corto tiempo de seguimiento (1 mes), sin repetir la observación, eran limitaciones potenciales

del estudio. También se utilizó la observación del encuentro entre el profesional sanitario y el paciente -en el que se evaluó la calidad de las habilidades de orientación clínica durante unas llamadas simuladas- para evaluar la utilización del conocimiento (Stacey et al., 2006a).

La Tabla 12, a continuación, muestra ejemplos de herramientas que han sido desarrolladas para evaluar la utilización del conocimiento comportamental e identifica qué categorías de medida incorporan las herramientas y comentarios específicos sobre la naturaleza de la herramienta

Tabla 12: Herramientas para la utilización del conocimiento

Categoría de la medida del uso del conocimiento	Herramienta	Comentarios
Observación	<p>Ejemplo: Herramienta de prevalencia de contenciones físicas. El uso de contenciones se define operacionalmente para incluir factores como el cinturón de cadera, la contención de tronco, extremidades y barandillas. Los evaluadores necesitan plantearse si el paciente puede quitarse la contención independientemente o no. Se recomienda realizar más de una observación para estudiar los patrones de utilización de las contenciones durante el día y la noche.</p> <p>La prevalencia de contenciones debería ser útil para evaluar varias recomendaciones de las GBPs de la RNAO Estrategias de cuidado de personas mayores con delirio, demencia y depresión y Promoción de la seguridad: Enfoques alternativos para el uso de las contenciones.</p>	<p>Hay disponible una guía gratuita y descargable, que contiene herramientas de observación y de auditoría de registros clínicos, en Davies et al., 2006.</p> <p>Hay un artículo con las propiedades psicométricas (validez y fiabilidad) de la herramienta, publicado en Edwards et al 2006.</p>
Análisis de contenido de cuestionarios y entrevistas	<p>Ejemplo: Análisis de contenido sobre facilitadores y barreras a la implantación de la GBP. Los datos de las entrevistas con el personal clínico, con enfermeras coordinadoras y con administradores.</p> <p>Se pueden encontrar ejemplos de monitorización de la utilización de las GBPs en las siguientes guías de la RNAO: úlceras por presión, asma en el adulto, manejo del dolor, abandono de hábito tabáquico, disminución de las complicaciones de las úlceras del pie en pacientes con diabetes.</p>	<p>Hay disponible una guía gratuita y descargable, que contiene ejemplos de cuestionarios y análisis relacionados para las entrevistas, en Edwards et al., 2004. Hay un artículo que describe detalles sobre la metodología de los análisis de contenido y los resultados de análisis temáticos cualitativos en Ploeg et al., 2007. Una referencia sugerida para el análisis de contenido: Elo & Kyngas, 2007.</p>
Escalas	<p>Escalas para flebitis e infiltración para evaluar las complicaciones de los dispositivos de acceso vascular periférico.</p> <p>Herramienta de Skinner para medir los resultados del intercambio de conocimiento.</p> <p>Escalas de Landry, y de Champion y Leach de utilización del conocimiento.</p>	<p>Groll et al 2010 Skinner 2007 Landry et al 2003 Champion & Leach 1989</p>



Cuando se implanta una GBP es importante tener en cuenta el grado de utilización del conocimiento que se persigue. Esto debe debatirse con las partes interesadas relevantes y debe formarse un criterio sobre qué es aceptable y qué es viable, así como sobre si existe un efecto techo (Straus et al., 2009). El efecto techo se da cuando hay poco margen de mejora; p.ej., al comienzo del proyecto, el 90% de las enfermeras ya se adhiere a las recomendaciones, por lo tanto en el mejor de los casos sólo se producirá un 10% de mejora si la estrategia de intervención es efectiva.

¿Quién utilizará el conocimiento?

Un factor clave a considerar durante la evaluación es qué grupos de partes interesadas utilizarán el conocimiento. Estos grupos incluyen:

- población general o usuarios de servicios de salud,
- profesionales sanitarios,
- gestores y administrativos, y
- responsables de la formulación de políticas



Cada parte interesada requerirá unas estrategias diferenciadas para monitorizar la utilización del conocimiento. La tabla 13, a continuación, describe estrategias de medición para responsables de la formulación de políticas y para los clínicos.

Tabla 13: Estrategias de medición para responsables de formulación de políticas y los clínicos

A quién van dirigidas	Estrategias de medición
Responsables de la formulación de políticas	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas • Informes de análisis (Hanney et al. 2002)
Clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas • Cuestionarios • Auditorías • Análisis de bases de datos clínicas o administrativas

Monitorización de la utilización de conocimiento

Si el nivel de utilización del conocimiento es adecuado, habrá que plantear estrategias para monitorizar el uso sostenido del conocimiento. Entrevistar a las partes interesadas puede ayudar a establecer qué métodos pueden ser los más efectivos. Si el nivel de utilización del conocimiento es menor que el esperado o deseado, puede ser útil reevaluar las barreras a la utilización del conocimiento y/o modificar las estrategias de implantación en consonancia.

Un ejemplo de monitorización de la utilización del conocimiento puede encontrarse en el estudio descrito previamente de Stacey et al. (2006). Una encuesta realizada entre las enfermeras de un servicio de atención telefónica identificó que la utilización de una herramienta de apoyo a la toma de decisiones pudo ser facilitada a través de su integración en la base de datos del servicio telefónico, incorporando la formación sobre el apoyo de toma de decisiones para el personal, e informando a la población sobre este servicio.

Evaluación del impacto de la utilización del conocimiento

Es crucial considerar la evaluación como un componente crítico de la implantación de GBPs. El siguiente cuadro con sugerencias destaca las consideraciones clave.



Cuando se planifica la evaluación es importante considerar tres diferentes aspectos:

1. Tipo de conocimiento que se implantará (p.ej. conceptual, comportamental o instrumental)
2. A quién va dirigida la evaluación (p.ej. pacientes, profesionales de la salud, sistema sanitario)
3. Tipo de indicador (p.ej. estructura, proceso, resultado)

Cuando se implantan GBPs es importante evaluar el nivel de utilización del conocimiento; sin embargo, el objetivo de las GBPs es resumir la investigación disponible y elaborar recomendaciones para mejorar el estado de salud y la calidad de los cuidados.



Antes de comenzar una evaluación, es importante considerar si se necesita aprobación del comité de ética. La revisión del código ético es imprescindible en cualquier investigación que se realice con humanos. No es necesaria si la investigación se basa exclusivamente en información accesible de manera pública. Y quizá pueda obviarse en estudios de garantía y de mejora de la calidad, en evaluaciones de programas y en revisiones del desempeño de tareas y pruebas sobre los requisitos de formación. Sin embargo, en muchos casos no estará tan claro. Si se van a publicar resultados, es conveniente que el comité de ética lleve a cabo una revisión y que se piense en procedimientos de consentimiento informado que garanticen el anonimato y confidencialidad de los datos.

Puede ser necesario contactar con el comité de ética de su institución o con una universidad próxima para solicitar asesoramiento. También puede acceder al organismo de ética del gobierno canadiense para investigaciones en las que participen humanos (Tri-Council Policy Statement: Ethical Conduct for Research Involving Humans) en la siguiente página web: <http://www.pre.ethics.gc.ca/eng/policy-politique/initiatives/tcps2-eptc2/Default./>

El organismo Alberta Innovates también dispone de una herramienta de examen ético que está disponible en la siguiente página web: <http://www.aihealthsolutions.ca/arecci/screening.>



Normalmente ayuda involucrar a algún participante académico como parte interesada o como recurso clave para la evaluación y la monitorización. Se recomienda que esta participación se produzca al inicio de cualquier proyecto de implantación con evaluación.

La evaluación del impacto debería empezar con la formulación de la pregunta de interés. El modelo PICO (por sus siglas en inglés) ha demostrado ser útil para esta tarea (Straus 2009). Cada pregunta debe considerar los cuatro factores PICO, p.ej. cuando se evalúa la implantación de una guía sobre la valoración y manejo del dolor, el equipo se preguntará lo siguiente: ¿El programa de formación intensiva de supervisoras de enfermería (I) ha mejorado el conocimiento sobre el dolor (O) de las enfermeras (P) que asistieron a las sesiones, en comparación con aquellas que no asistieron (C)?



- P - Población de interés (población, responsables de la formulación de políticas, profesionales sanitarios)
- I - Implantación / intervención (estrategia de transferencia de conocimiento)
- C - Grupo de comparación (otro grupo con el que no se utilizó la estrategia), o si no hay grupo de comparación, pensar en el contexto)
- O - Resultados (salud, profesionales de la salud, institución o sistema)

Para ayudar a identificar los resultados que hay que medir, Graham et al. (2010), basándose en el trabajo de Hakkennes y Green (2006), agruparon medidas del impacto de la utilización del conocimiento en las tres categorías principales antes mencionadas. La Tabla 14, a continuación, describe estas categorías de medición de resultados en detalle y proporciona ejemplos para su utilización a la hora de evaluar los resultados de la GBP.

Tabla 14: Categorías y ejemplos de medición de resultados

Categoría del impacto / Resultado	Ejemplos de resultado
Nivel de paciente o clínico	<ul style="list-style-type: none"> • Mediciones de un cambio en el estado de salud como mortalidad, morbilidad, signos y síntomas, estado funcional, calidad de vida, y efectos adversos • Otras mediciones del impacto en el usuario/ paciente no relacionadas con el estado de salud, como la satisfacción del usuario/paciente
Nivel de profesionales de la salud	<ul style="list-style-type: none"> • Mediciones de la satisfacción de los profesionales
Nivel de institución o de sistema	<ul style="list-style-type: none"> • Mediciones del cambio en el sistema de salud (p.ej. tiempos de espera, duración de estancias, visitas clínicas, reingresos) o de gastos

Otra forma de categorizar la calidad de los cuidados aparece en el modelo de Donabedian (Donabedian 1988). Éste categoriza los indicadores de calidad en tres tipos: estructura, proceso y resultados. En la siguiente tabla se describe con más detalle cómo se puede aplicar este modelo en la evaluación de la utilización del conocimiento y su impacto.

Tabla 15: Evaluación de la utilización del conocimiento y su impacto

Tipo de indicador de calidad	Definición del indicador	Ejemplo de indicador aplicado a la evaluación de la utilización del conocimiento y su impacto
Estructural	<ul style="list-style-type: none"> • Se centra en los aspectos organizativos de la prestación de servicios • Puede considerarse como un facilitador de la utilización del conocimiento instrumental 	<ul style="list-style-type: none"> • Adopción o respaldo organizativo de una guía de buenas prácticas • Política que identifica claramente la práctica necesaria • Formularios que agilizan la adherencia a la guía • Adquisición de los materiales que necesitan los profesionales sanitarios para adherirse a las recomendaciones de la guía
Proceso	<ul style="list-style-type: none"> • Se centra en los procesos de prestación de cuidados al paciente • Análogo a la utilización del conocimiento instrumental 	<ul style="list-style-type: none"> • Un procedimiento organizativo para la valoración y el manejo del dolor (p.ej. en el ingreso, se comprobará si hay dolor y, si el dolor existe, entonces se completará una valoración integral y se realizará una reevaluación cada 4 horas) • Plan de manejo del dolor personalizado para cada paciente
Resultado	<ul style="list-style-type: none"> • Se centra en mejorar los resultados en la salud de los pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> • Prevalencia del dolor según su grado (leve, moderado, severo)



Elegir las estrategias

Consideraciones respecto a la medición

Cuando se toma en consideración la implantación de una GBP (véase Capítulo 4), los implantadores deberán plantear varias preguntas para ayudar a monitorizar la utilización del conocimiento y los resultados clínicos.

¿Qué se va a medir?

Se debe determinar si se medirá la utilización del conocimiento (p.ej. conceptual, comportamental, simbólica), los resultados (p.ej. impacto en el paciente, en el profesional sanitario, en la unidad, en la institución, en el sistema) o ambos. Entre las consideraciones clave están los costes (recursos humanos y financiación), las limitaciones de tiempo, la facilidad en el acceso a los datos y la idoneidad de las estrategias.

Por ejemplo, si se implanta la GBP de la RNAO de valoración y manejo del dolor, habrá que decidirse entre diferentes mediciones, como por ejemplo:

- Test pre-post a las sesiones de formación de enfermería para determinar el conocimiento adquirido (utilización del conocimiento conceptual)
- Auditoría de los registros clínicos relacionados con el manejo del dolor para determinar la adherencia a las recomendaciones (utilización del conocimiento comportamental)
- Estudio de prevalencia para determinar el nivel de dolor de los pacientes en las unidades donde se realiza la implantación y determinar el impacto en los resultados de salud de los pacientes (resultados)
- Encuesta de satisfacción del paciente relacionada con el manejo del dolor para valorar el impacto de la implantación de las recomendaciones en ellos (resultados)
- Grupos focales de enfermería para valorar el impacto en las cargas de trabajo y en la satisfacción en relación a la carga de trabajo (resultados)
- Auditoría de registros clínicos para determinar el uso de la medición para el dolor por parte de los pacientes (utilización del conocimiento comportamental) y los costes asociados (resultados)

¿Cómo se medirán estos resultados?

Hay diferentes aspectos de las mediciones que deben tenerse en cuenta a la hora de determinar cómo medir los resultados. La Tabla 16 proporciona un resumen de estos aspectos, con ejemplos clínicos.

Tabla 16: Resumen de aspectos de la medición de resultados

Aspecto de la medición	Definición	Ejemplo
Directo	<ul style="list-style-type: none"> • Resultado que puede observarse o medirse directamente 	<ul style="list-style-type: none"> • Observación de una enfermera realizando una valoración del dolor • Medición del conocimiento conceptual después de una sesión de formación con un examen tipo test sobre el contenido impartido
Indirecto o sustituto	<ul style="list-style-type: none"> • Mide el resultado de un comportamiento o una acción 	<ul style="list-style-type: none"> • Auditorías de registros clínicos para determinar si la enfermera registra la valoración del dolor
Subjetivo	<ul style="list-style-type: none"> • Mide la experiencia subjetiva de la persona 	<ul style="list-style-type: none"> • Completar una herramienta de autodeclaración, como el Cuestionario Breve del Dolor (Brief Pain Inventory, en inglés) • Entrevistas a pacientes • Grupos focales
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> • Datos que no tienen un sesgo de subjetividad o de memoria 	<ul style="list-style-type: none"> • El número de dosis autoadministradas de medicación para el dolor que recibe un paciente vía bomba de infusión digital que monitoriza el número de intentos y dosis.

Los métodos para recoger mediciones de resultados típicamente incluyen auditorías, encuestas, entrevistas y observaciones. La selección de las mediciones de resultados debería guiarse por dos factores claves:

1. Mérito científico (fiabilidad, validez y sensibilidad clínica)
2. Viabilidad (necesidad de recursos, cargas de la administración)

Para realizar mediciones significativas, deben tenerse en cuenta estos factores dentro del contexto de la implantación de la GBP, en colaboración con las partes interesadas.



Como existen múltiples métodos para evaluar la utilización del conocimiento, debe meditarse qué método de evaluación utilizar, en particular teniendo en cuenta su viabilidad en la institución. La Tabla 17, a continuación, describe ejemplos de mediciones de utilización del conocimiento y su impacto, y cómo se asocian con el modelo de Donabedian, así como estrategias de recogida de datos y fuentes para obtener los datos (Graham 2010).

Tabla 17: Ejemplos de utilización del conocimiento y correlación con el modelo de Donabedian

Constructo	Constructo de Donabedian	Descripción	Ejemplos de medidas	Estrategias para la recogida de datos	Fuente
Utilización del conocimiento					
Conceptual (paciente o profesional sanitario)	Proceso	Cambios en niveles de conocimiento, comprensión, actitudes, intenciones	Conocimientos, actitudes, intenciones para adoptar la práctica	Autoinforme	<ul style="list-style-type: none"> · Cuestionarios · Entrevistas con usuarios/pacientes o profesionales
Instrumental (paciente o profesional sanitario)	Proceso	Cambios en el comportamiento o la práctica	Adherencia a las recomendaciones (p.ej. adopción de una nueva práctica enfermera o abandono de una existente, cambios en la prescripción o petición de pruebas)	Auditoría Observación Autoinforme	<ul style="list-style-type: none"> · Bases de datos administrativas o clínicas · Observaciones de los encuentros paciente-profesional · Cuestionarios, entrevistas con pacientes sobre el comportamiento de los profesionales
Facilitadores de la utilización instrumental	Estructura	Cambios necesarios para permitir cambios en el comportamiento	Apoyo de la institución a las recomendaciones de la guía Adquisición del material necesario Cambios en políticas y procedimientos (registros y formularios)	Autoinforme Análisis de documentos	<ul style="list-style-type: none"> · Entrevistas · Documentación
Impacto de la utilización del conocimiento					
Impacto para el paciente	Resultado	Impacto en los usuarios/pacientes de la utilización o aplicación del conocimiento	Estado de salud (morbilidad o mortalidad, signos, síntomas, dolor, depresión), calidad de vida relacionada con la salud, satisfacción con los cuidados	Auditoría, Autoinforme	<ul style="list-style-type: none"> · Bases de datos administrativas · Bases de datos clínicas · Cuestionarios · Entrevistas

Impacto para el profesional	Resultado	Impacto en profesionales de la utilización o aplicación del conocimiento	Satisfacción con la práctica Tiempo que lleva realizar la nueva práctica	Autoinforme Observación	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionarios • Entrevistas
Impacto para el sistema/ organización	Resultado	Impacto en el sistema de salud de la utilización o aplicación del conocimiento	Estancia media Tiempo de espera Tasas de readmisión Gasto y recursos utilizados Hospitalizaciones	Auditoría, Autoinforme	<ul style="list-style-type: none"> • Bases de datos administrativas • Bases de datos clínicas • Cuestionarios, entrevistas con usuarios/pacientes o profesionales

En resumen, cuando se va a monitorizar la utilización del conocimiento y se van a evaluar los resultados es importante seguir los siguientes pasos:

- Determinar qué tipo de conocimiento se va a monitorizar
- Seleccionar las mediciones o estrategias que serán utilizadas para monitorizar la utilización del conocimiento
- Considerar qué impactos y resultados de la utilización del conocimiento necesitan ser evaluados
- Utilizar el modelo PICO para guiar las preguntas de evaluación
- Elegir tus estrategias de medición
- Considerar si se necesita aprobación ética
- Asegurarse de que dispone de los suficientes recursos y colaboración de las partes interesadas para apoyar la monitorización y la evaluación

Implicaciones a tener en cuenta antes de pasar al capítulo siguiente

Implicaciones para las partes interesadas

- Analizar cuidadosamente a todas las partes interesadas cuando se planifica la monitorización y evaluación, incluyendo a los pacientes, a los profesionales y al sistema. Es esencial que los datos estén disponibles para abordar el desempeño de tareas en todos estos niveles y garantizar su participación en el proceso de transferencia del conocimiento y lograr los resultados deseados.
- Una parte interesada clave puede ser un colaborador académico.

Implicaciones respecto a los recursos

- Utilizar las mediciones de evaluación que puedan obtenerse sin que suponga un aumento significativo de recursos en términos de tiempo y financiación. Siempre que sea posible, hay que incorporar mediciones que puedan obtenerse de un sistema que ya esté establecido, como las bases de datos clínicas o administrativas. Sin embargo, no hay que subestimar el tiempo necesario para recoger y analizar los datos.

Implicaciones para el plan de acción

- Identificar las estrategias de monitorización y evaluación en el plan de acción. Es fundamental que estas estrategias cuenten con los recursos necesarios para asegurar el éxito.
- Tener en cuenta si necesita aprobación ética, y contemplar la posibilidad de asociarse con una institución académica para facilitar la aprobación ética.
- Elegir métodos de evaluación basados en el tipo de conocimiento que será implantado, el objetivo de la evaluación y el tipo de indicador.

Páginas y recursos web recomendados

Government of Canada, Tri-Council Policy Statement: Ethical Conduct for Research Involving Humans

<http://www.pre.ethics.gc.ca/eng/policy-politique/initiatives/tcps2-eptc2/Default/>

Metodología cualitativa

International Institute for Qualitative Methodology <http://www.iiqm.ualberta.ca/>

Metodología cuantitativa

Centre for Evidence-Based Medicine: EBM Tools <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1039>

The Cochrane Collaboration: Training and Online Courses <http://www.cochrane.org/training>

World Health Organization: Data, statistics, and clinical trials <http://www.who.int/ictip/network/primary/en/index.html>

Wikipedia Statistics <http://en.wikipedia.org/wiki/Statistics>

StatSoft electronic statistics textbook

<http://www.statsoft.com/textbook/elementary-concepts-in-statistics/?button=1>

Métodos mixtos

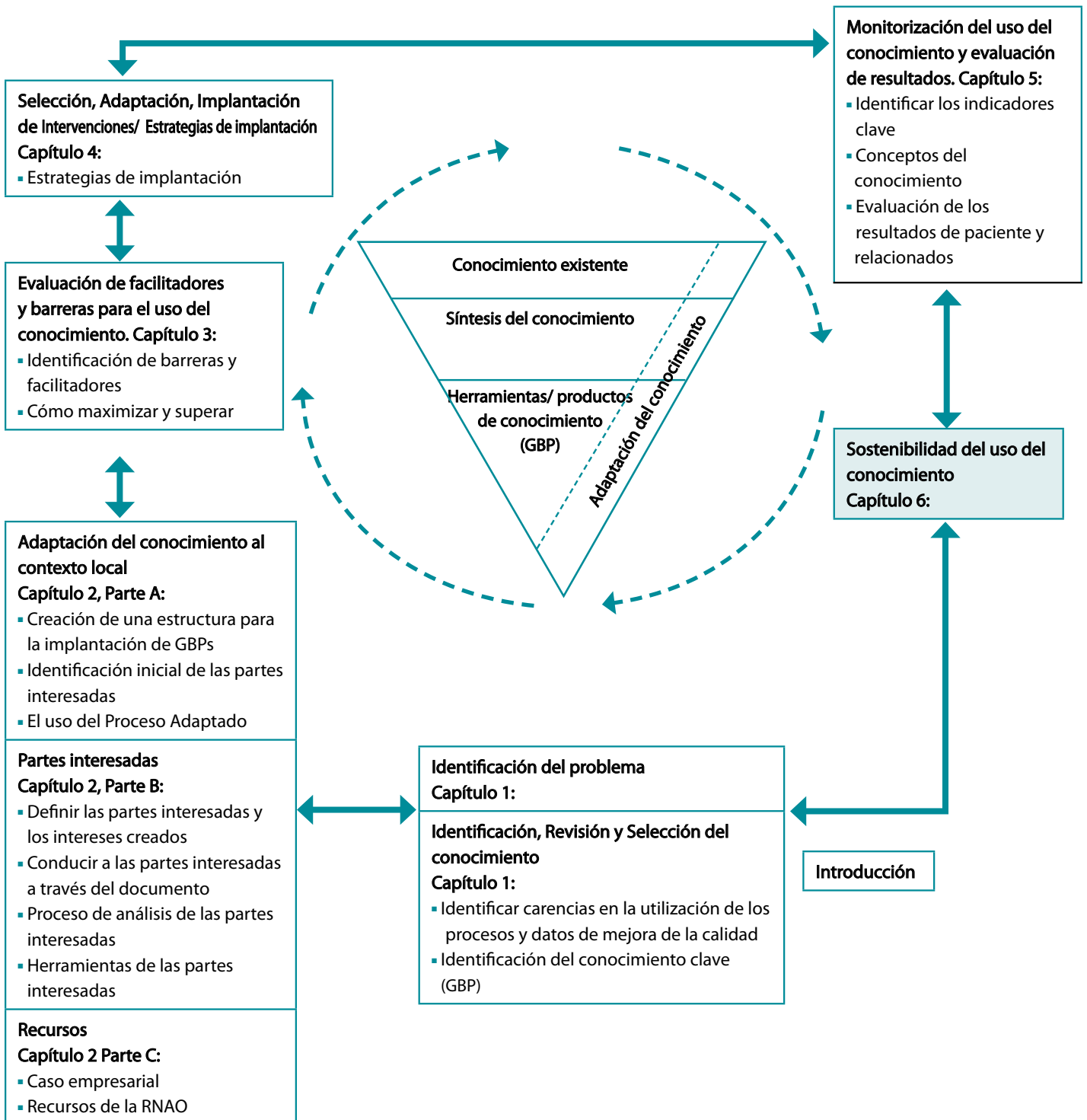
Warwick Medical School: Mixed methods for health research

http://www2.warwick.ac.uk/fac/med/research/hsri/primary_care/research_centrepatexp/complexityhealth/mixedmethods/

Nursing Best Practice Research Unit <http://www.nbpru.ca/>

Patient Decision Aids <http://www.ohri.ca/DecisionAid/>

Capítulo 6: Sostenibilidad del uso del conocimiento



Revisión del capítulo anterior:

Con el apoyo de la Herramienta, ha identificado una GBP y/o recomendaciones de una GBP que le gustaría implantar, ha comenzado a identificar y a colaborar con las partes interesadas, ha llevado a cabo una exploración del entorno para identificar los facilitadores y las barreras y ha elegido estrategias de implantación y evaluación encaminadas hacia la utilización del conocimiento y ha identificado los recursos necesarios para apoyar la implantación.

También es necesario pensar en el plan de sostenibilidad, tanto desde el comienzo del proceso de implantación como en el plan de sostenibilidad a largo plazo una vez que se haya superado la fase inicial de implantación. Es esencial presentar una perspectiva sostenible para asegurar que el cambio en la práctica clínica se integra en los diseños de procesos de cuidados de salud en la actualidad y el futuro.

¿De qué trata el capítulo?

Este capítulo añade información para ayudarle a planificar a largo plazo la mejora de los resultados de los cuidados de los pacientes y la prestación de servicios de salud basados en la implantación efectiva de las guías de buenas prácticas.

Sostenibilidad en la innovación de los cuidados e implantación de la guía:

- Están relacionados con la toma de decisiones deliberada en enfermería y la búsqueda de nueva evidencia, y con la implantación selectiva de los resultados por parte de los profesionales de cuidados.
- Dependen de un liderazgo de apoyo, de la facilitación de recursos humanos y formación continuada mediante la orientación y desarrollo de programas para profesionales.
- Requiere la capacidad de adaptación e integración de los nuevos conocimientos donde la práctica está en constante cambio y evolución .
- Mantener las mejoras, proporcionar cuidados de salud consistentes en los hospitales, centros de atención primaria, salud pública y de larga estancia son componentes vitales para el éxito.

Sostenibilidad

La sostenibilidad se define como el grado en que una innovación se sigue utilizando después de completar los esfuerzos iniciales para asegurar su adopción (Rogers, 2003). El equipo inglés liderado por Maher (2010) desarrolló un modelo y un sistema de valoración diagnóstica y ofrecen la siguiente definición de sostenibilidad: cuando las nuevas formas de trabajar y mejoras en resultados se convierten en la norma. No solo cuando han cambiado procesos o resultados, sino los pensamientos y actitudes que hay detrás se han alterado significativamente y los sistemas que los rodean se han transformado para apoyar dichos cambios (Maher , Gustafson, & Evans, 2010).

¿Qué es lo que se conoce hasta ahora sobre la sostenibilidad?

- Cambiar la práctica clínica no es una tarea simple y directa.
- El liderazgo, cultura de la institución, formación, facilitadores y recursos son factores importantes para la sostenibilidad de los cuidados basados en la evidencia.
- El extenso volumen de conceptos, tendencias y procesos de cambio de práctica para mejorar los cuidados de salud puede ser cuestionado por los profesionales de la salud al igual que por los pacientes. Es importante priorizar los cambios para evitar una saturación por el amplio volumen de cambio.
- La incorporación del cambio en la práctica necesita una planificación y acciones sistemáticas y reflexivas para garantizar que los cambios se integren en la memoria organizativa y fuentes de conocimientos, p.ej. manuales de políticas y procedimientos y sistemas de documentación.

Definiciones clave:

Conocimiento “adherido”: conocimiento que está arraigado de forma inherente y es difícil de mover. “La adherencia es un producto del proceso de transferencia y puede predecirse examinando una serie de condiciones relacionadas con el conocimiento, su fuente, y el contexto de la transferencia y las características del receptor” (Virani, Lemieux-Charles, Davis, & Berta, 2009).

Decaimiento: disminución en la aplicación de las recomendaciones de las GBP a lo largo del tiempo (Buchanan, Fitzgerald, & Ketley, 2007).

Expansión: proceso mediante el cual se adoptan en un contexto nuevos métodos de trabajo desarrollados en otro contexto con las modificaciones apropiadas, según sea necesario (Davies & Edwards, 2009). Ampliación de la implantación de GBP a otras instituciones, como: hospitales, atención primaria o centros académicos.

Extensión: el proceso mediante el cual se adoptan en un contexto nuevos métodos de trabajo desarrollados en otro contexto con las modificaciones apropiadas, según sea necesario (Davies & Edwards, 2009).

Institucionalización: la permanencia relativa del cambio en una institución, de manera que se convierte en parte de las actividades diarias o de las prácticas habituales (Davies, B. & Edwards, N. 2009).

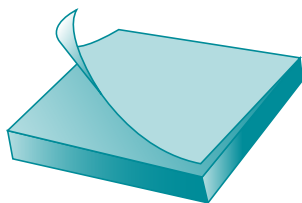
Memoria institucional: el almacenamiento o la integración del conocimiento en diferentes reservas de conocimiento en la institución. Por ejemplo: formación formal del personal, contenidos de la formación, instrucciones/recordatorios integrados en los sistemas de documentación clínica y en los manuales de políticas/procedimientos, competencias formales e indicadores de desempeño (p.ej. recursos de enfermería designados a la asistencia) (Virani, Lemieux-Charles, Davis, & Berta, 2009).

Recaída: vuelta a formas anteriores de trabajo (Davies & Edwards, 2009).

Rutinización (Establecimiento de rutinas): cuando una innovación se integra en las actividades regulares y pierde su identidad diferenciadora. P.ej. se requiere que a todos los pacientes se les evalúe el riesgo de caídas y se registre en el plan de cuidados (Davies & Edwards, 2009).

Suspensión: la decisión de detener la implantación de una recomendación de una GBP. Son muchos los factores que pueden afectar a esta decisión, como otras prioridades y recursos financieros.

Haciendo que la práctica se “adhiera” en su institución sanitaria



Plan de acción de sostenibilidad

Un número de factores que facilitan el cambio en la práctica y una monitorización realista y sostenible en las instituciones sanitarias. Estos nueve factores se extrajeron de la literatura y diez años de experiencia en implantación de guías de enfermería y cuidados. Los factores se presentan como preguntas para ayudar a los líderes e impulsores con la planificación de la sostenibilidad. Se incluye una hoja de trabajo para la planificación del equipo en el Anexo 6.1.

Autorización para reimprimir 1 página del siguiente contenido desde la página 169 de Davies, B., Edwards, N. (2009). *The Action Cycle: Sustain knowledge use*. In S. Strauss, J. Tetroe & I. Graham (Eds.), *Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice*. Oxford: Wiley-Blackwell and BMJ.

Relevancia del tema

- ¿Existe una necesidad y prioridad bien definidas para el tema a implantar?
- ¿Existe consenso sobre qué conocimiento necesita ser sostenible y qué es necesario para crear condiciones para la sostenibilidad?
- ¿Cómo encaja el nuevo conocimiento con las prioridades actuales?

Beneficios

- ¿Cuáles son los resultados que se anticipan de la implantación del conocimiento desde la perspectiva biológica, económica, psicológica, organizativa, social, política u otras?
- ¿Cómo de importantes son los beneficios para otras partes interesadas?

Actitudes

- ¿Cuáles son las actitudes (resistencias potenciales) del paciente, su familia, la población, los profesionales y organismos decisorios hacia la innovación?

Redes

- ¿Cuáles son los equipos/grupos que pueden involucrarse para facilitar la sostenibilidad de la utilización del conocimiento?
- ¿Qué personas pueden involucrarse desde otras disciplinas, instituciones, sectores del sistema de salud? (Pej. práctica colaborativa intraprofesional, programas académicos, instituciones sanitarias, cuidados basados en la comunidad, puestos de responsabilidad)

Liderazgo

- ¿Qué acciones pueden llevar a cabo los líderes y gestores a todos los niveles de participación y los roles clínicos para apoyar la sostenibilidad de la utilización del conocimiento?
- ¿Hay impulsores para el cambio?
- ¿Quién es responsable para continuar la implantación de la innovación y realizar modificaciones según se vaya introduciendo el conocimiento?
- ¿Quién será responsable de asegurar que los principales resultados se cumplen?

Establecimiento de directrices e integración

- ¿Cómo se valorará la adaptación entre el conocimiento y la políticas actuales?
- ¿Cómo se integrará el conocimiento en las políticas relevantes, procedimientos, sistemas regulatorios y de documentación? (p.ej. sistemas de apoyo a la toma de decisiones, programas de medición de carga de trabajo)

Financiero

- ¿Qué financiación es necesaria para implantar, mantener y ampliar el conocimiento?
- ¿Qué flexibilidad es necesaria y está disponible para el reembolso en la financiación?
- ¿Se pueden utilizar estrategias coste-efectividad?

Política

- ¿Quiénes son los colaboradores y qué poder o apoyo puede aprovecharse?
- ¿Quién iniciará el proceso de ampliación?
- ¿Cuáles son las consecuencias posibles de cambios en el ámbito político?

Estrategias prometedoras para una práctica basada en la evidencia más sostenible

1. Desarrollar una actitud positiva

Es crucial un enfoque positivo, incluso cuando se hace frente a las barreras continuas. Las barreras tradicionales y los conflictos interprofesionales pueden llevar a la inercia. Se recomienda un enfoque gradual y positivo hacia objetivos colectivos para la práctica basada en la evidencia (Marchionni & Richer, 2007).

2. Práctica interprofesional reflexiva

Se necesita tanto la reflexión individual como colectiva en relación con la práctica basada en la evidencia que se quiere lograr y mantener. Los que toman las decisiones deben entender los retos continuos en los cuidados diarios desde la perspectiva de los que proporcionan los cuidados, paciente y familia. Los profesionales de cuidados deben entender las limitaciones de personal y recursos que afectan a la toma de decisiones de los cuidados o administrativas. Los gestores, junto con los clínicos, pueden utilizar procesos basados en la evidencia junto a procesos para la toma de decisiones, para alinear los cuidados futuros basados en la evidencia. Las reuniones de los equipos, comités de las unidades y foros de las familias son ejemplo de oportunidades para la planificación y evaluación, tanto de disciplinas específicas como interprofesionales (Davies, Tremblay and Edwards, 2010).

3. Liderazgo

El liderazgo es vital para mantener la implantación de guías. Gifford et al. (2006) encontró patrones diferentes de actividades de liderazgo cuando comparó los resultados de instituciones que habían sostenido la implantación de la guía versus instituciones que no habían mantenido la implantación de la guía durante al menos dos años (Gifford et al 2006).

En este estudio basado en la Teoría fundamentada se identificaron tres estrategias:

1. Facilitar a los individuos la utilización de guías,
2. Crear un entorno positivo de buenas prácticas,
3. Influir en las estructuras y procesos organizativos.

Desde una perspectiva organizativa, hay muchas prioridades; la visión colectiva de los líderes clínicos y gestores es importante.

Consideraciones de evaluación para la sostenibilidad de la implantación de guías basadas en la evidencia y cambio

Para asegurar su sostenibilidad, es importante identificar indicadores que se interrelacionan y trascienden a nivel micro, meso y macro de la provisión de cuidados.

- A nivel **micro**, el área individual de práctica o unidad clínica requiere una evaluación próxima. Esto puede incluir utilización de protocolos de las unidades, órdenes de enfermería, herramientas de educación para el paciente/familia y otros facilitadores para la sostenibilidad.
- A nivel **meso**, otras unidades clínicas y/o departamentos dentro de la misma institución pueden necesitar consulta y colaboración. Un enfoque es buscar sinergias entre los múltiples departamentos buscando la sostenibilidad de una iniciativa de buenas prácticas; p.ej. se está implantando la guía de RNAO sobre el dolor en toda la institución, mientras otros líderes se centraron en sistemas nuevos para cuidados más eficientes en urgencias; los grupos de trabajo del dolor y urgencias se unen y desarrollan conjuntamente planes de acción que incluyan nuevas pautas farmacológicas, revisión de directrices y sesiones de formación para enfermeras con perspectivas integrales.

- A nivel **macro** del plan de sostenibilidad, se necesita considerar otras instituciones, redes de conocimiento geográfico y redes integradas regionales de salud para mejorar la consistencia y la coordinación de los cuidados para los pacientes y sus familias. Las comunidades de práctica son equipos interprofesionales de cuidados que proceden de muchos ámbitos de la práctica y pueden estar asociados con poblaciones específicas (p.ej. gerontológica, individuos de los países desarrollados), programas (servicios de información, rehabilitación) o condiciones de salud (p.ej. enfermedades congénitas, diabetes, obesidad).

Monitorizar indicadores específicos en vez de amplios sistemas requiere un análisis exhaustivo para equilibrar la capacidad de cambio de manera que el objetivo sea manejable según los plazos, responsabilidades y financiación del proyecto.

Es conveniente identificar indicadores que sean los mismos que los existentes como referencia para la institución, la formación y la práctica. Estos indicadores validan la importancia y grado de éxito del proceso de implantación y sostenibilidad de la GBP.

La literatura valida la experiencia de los aspectos clínicos de los cuidados que los procesos para identificar indicadores de sostenibilidad no abordan ni evolucionan de modo lineal. Existe interdependencia entre cada uno de los tres componentes identificados en el modelo ilustrativo. Un factor clave es la fuerte colaboración entre investigadores y profesionales clínicos durante el proceso de evaluación. Los indicadores para la toma de decisiones a nivel micro, meso y macro puede evolucionar a lo largo del tiempo dependiendo de su relevancia.

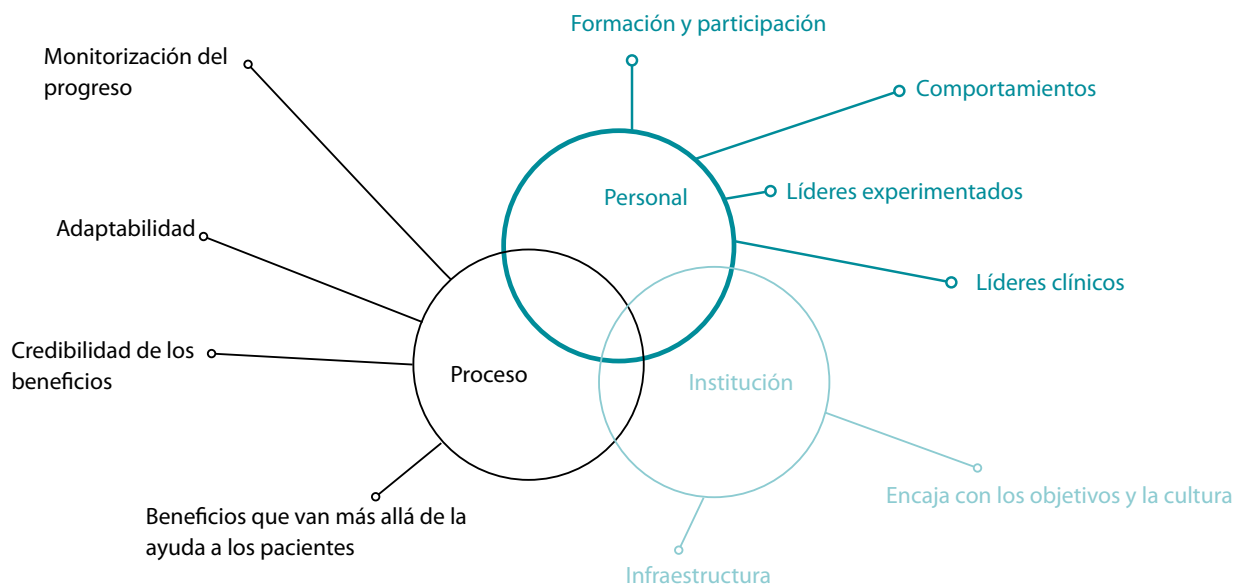


(Davies, B., Tremblay, D., Edwards, N. 2010)

Cada aspecto circular muestra su interrelación y que está diseñado para una colaboración y participación considerando lo siguiente:

- Seleccionar temas prioritarios/preguntas de las guías
- Identificar los indicadores seleccionados
- Inventario de fuentes de datos
- Diagnóstico del entorno de los factores positivos y de riesgo de la salud
- Evaluación de procedimientos
- Establecer sostenibilidad de los sistemas para los indicadores seleccionados
- Recogida de datos y análisis
- Responsabilidad/comunicación
- Resultados y retroalimentación al usuario final
- Visión en el largo plazo de la implantación, e
- Infraestructuras de sostenibilidad

Modelo y herramienta de autovaloración recomendada: Modelo de sostenibilidad del Servicio Nacional de Salud (NHS)



Reimpresión con autorización. Maher et al., 2010.

El modelo de sostenibilidad del Servicio Nacional de Salud (en inglés National Health Service, NHS) de Reino Unido consiste en 10 factores que juegan un rol importante en el mantenimiento del cambio en la práctica. Este modelo puede ser útil para las valoraciones individuales o de los equipos. Está disponible un cuestionario de diagnóstico, con un sistema de puntuación para cada factor. En la página web del NHS hay información detallada, un esquema de definiciones, referencias y vídeos de demostraciones: http://www.institute.nhs.uk/sustainability_model/general/welcome_to_sustainability.html

En la página web previa están disponibles dos monográficos: El modelo de sostenibilidad y guía (en inglés The Sustainability Model and Guide), que proporciona sugerencias relacionadas con cada uno de los factores cuando se encuentran dificultades. El modelo NHS se está probando en un estudio que implanta varias guías de RNAO para mejorar los resultados en pacientes (GICOM) durante dos años (desde 2010 a 2012) en nueve centros de Ontario (Davies et al., 2011).

Criterios para seleccionar indicadores para monitorizar el progreso de la sostenibilidad en la institución

Relevancia del indicador para la política prioritaria o tema de la práctica para los objetivos a largo plazo de las partes interesadas.

Viabilidad para obtener datos apropiados según la edad o el estado de salud de la población que recibe los cuidados. Información relevante que puede ser recuperada en un periodo de tiempo razonable para informar oportunamente al proceso de toma de decisiones.

Credibilidad de la información y confianza por parte de los usuarios.

Claridad y capacidad de ser entendido por los usuarios.

Comparabilidad a lo largo del tiempo y entre diferentes comunidades, (p.ej. Red de Integración Local de Salud, (Local Integrated Health Networks LHINs, por sus siglas en inglés), replicar con otras instituciones (p.ej. Safer Healthcare Now!, un programa canadiense de seguridad para el paciente) <http://www.saferhealthcarenow.ca/EN/Pages/default.aspx>

La Tabla 18 describe a continuación los indicadores potenciales que afectan a la sostenibilidad en diferentes niveles de la institución, que deben ser considerados cuando se planifica el nivel de sostenibilidad de la implantación de cualquier GBP. Cada indicador es importante para el objetivo global de identificar cómo la sostenibilidad de los resultados puede ser valorada y monitorizada de forma continua para conseguir los resultados deseados.

Tabla 18: Indicadores potenciales para la valoración de la sostenibilidad de las GBPs.

Indicadores potenciales para la valoración de la sostenibilidad de las Guías de Buenas Prácticas (GBPs)			
Categoría	Estructura (<i>Qué necesitas tener</i>)	Proceso (<i>Cómo lo va a hacer</i>)	Resultado (<i>Qué ocurre</i>)
Objetivo	Identifica tus resultados de sostenibilidad		
Institución/ Unidad	<ul style="list-style-type: none"> Filosofía, misión y/o cultura para apoyar los cambios necesarios Comités de profesionales/ estructuras, garantía de calidad, mecanismos de seguridad del paciente, personal asesor Sistema de provisión de cuidados enfermeros Participación interprofesional Instalaciones físicas Equipamiento Sinergias con colaboradores e influencias externas Referencia clave y única de la institución 	<ul style="list-style-type: none"> Participación y responsabilidades de los líderes gestores y de la práctica clínica Desarrollo/modificación de las políticas y procedimientos Reuniones equipos interprofesionales, afiliación a comités Documentación y herramientas estandarizadas Sistemas de registro Formación continuada o disponibilidad de formación Guías adicionales de orientación para el personal Incrementar la vigilancia de la plantilla, moral y marketing Responsabilidad con las contrataciones, realización de valoraciones Participación de voluntarios con conocimiento de los resultados de las GBP (p.ej. planes de seguridad en caídas, folletos educativos para pacientes) durante las interacciones con el paciente/familia 	<ul style="list-style-type: none"> Filosofía basada en la evidencia, una dirección estratégica adaptada por todos. Fomentar la utilización de un lenguaje común y terminología consistente Aumentar la concienciación de los recursos a domicilio, es decir, derivaciones clínicas, comunicación interprofesional e interconsultas Más adecuación de los accesos a los servicios Logro de los objetivos en relación a la mejora de resultados en pacientes a través de resultados/ejemplos tangibles (p.ej. disminución de los efectos adversos, mejora en la satisfacción de la plantilla/pacientes respecto al manejo del dolor) Responsabilidad organizativa: monitorización para asegurar la calidad, metodología del cuadro balanceado los resultados (balanced scorecard methodology en inglés) Responsabilidades externas mediante acuerdos, indicadores de acreditación, cambios en la legislación Logro de objetivos específicos para condiciones (p.ej. planes de cuidados para el riesgo de caídas individualizados)

Indicadores potenciales para la valoración de la sostenibilidad de las Guías de Buenas Prácticas (GBPs)			
Profesional	<ul style="list-style-type: none"> • Número y cualificación de la plantilla • Ratio profesional-paciente • Roles, responsabilidades, colaboración multidisciplinar • Programa educativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Concienciación/actitud hacia la GBP • Conocimiento/nivel de habilidades • Liderazgo de los impulsores/enfermeras identificados • Estrategia de marketing de los cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia al programa de formación • Adherencia a las recomendaciones de la GBP • Valoraciones estandarizadas completadas • Exhaustividad de las valoraciones • Número y rango de los tratamientos adecuados • Nivel de confianza • Empoderamiento de pacientes y familias • Satisfacción de los profesionales • Incremento del conocimiento de los recursos de la comunidad
Paciente/Familia	<ul style="list-style-type: none"> • Características de los pacientes (datos demográficos/nivel de riesgo) • Atención centrada en el paciente • Implicación en los cuidados a través de la continuidad de los cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> • Concienciación/actitud de los pacientes /familias hacia la GBP • Aceptación familia y comunidad • Conocimiento incorporado de los pacientes/familias en el ingreso, alta y planificación de transición a grupos de apoyo, reuniones y conferencias en cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> • Resultados físicos, psicológicos, sociales de pacientes • Número de remisiones/reingresos relacionados con los procesos de la GBP • Satisfacción con los cuidados • Acceso a los cuidados • Nivel de confianza del paciente/familia en los planes al alta, recursos de la comunidad, autocuidado • Uso de recursos externos (p.ej. Canadian Centre for Activity and Aging , salud pública, cuidados a domicilio)
Costes económicos	<ul style="list-style-type: none"> • Costes del personal adicional y recursos físicos que se necesitan • Nuevo material si fuera necesario • Mantenimiento/ revaloración del material necesario y/o suministros • Costes de la formación continuada, actualización de procesos • Costes de documentación, formularios de pacientes, registros electrónicos y modificación 	<ul style="list-style-type: none"> • Costes de la implantación de las estrategias • Apoyo económico para la formación de la plantilla • Apoyo a la educación del paciente (incluye traducción multilingüe y formatos multimedia variados) • Apoyo de internet y tecnologías web 	<ul style="list-style-type: none"> • Costes incrementales de la innovación, incluyendo costes de los productos y fármacos • Costes de las tecnologías de la información, software • Ingresos/crecimiento del servicio • Cambios/variaciones en la tendencia de la duración de la estancia • Número de test diagnósticos, intervenciones • Visitas a ER , tasas de readmisión • Trazabilidad de efectos adversos, según se indica • Apoyo económico al personal para asistir a conferencias para adquirir conocimiento y/o difundir

Monitorización de la sostenibilidad y mecanismos de retroalimentación

La sostenibilidad ha ganado reconocimiento debido al aumento de la concienciación del gasto público y las responsabilidades de los profesionales de la salud. Actualmente, se utilizan muchos mecanismos para asegurar la transparencia de la mejora de los procesos de calidad. Estos incluyen, entre otros, los siguientes:

Local: (Institución)

- Valores de los indicadores (monitorizados en resultados específicos), difundidos en páginas web del hospital/instituciones públicas
- Comités de calidad
- Auditorías específicas
- Regulaciones, directrices y campañas de salud pública

Provincial: (Regional)

- Publicación de estándares de calidad (p.ej. Ontario Hospital Association)
- Acuerdos de servicios de responsabilidad (Ontario Local Health Integration Networks -LHIN, por sus siglas en inglés- acuerdos del servicio de contabilidad) (indicadores en todos los sectores de provisión de cuidados)
- Estándares del Ontario Ministry of Health and Long Term Care (p.ej. valoración de la cumplimentación, Instrumento de Valoración del Residente – Conjunto Mínimo de Datos [RAI-MDS] documentación)
- Requisitos para la práctica por los organismos profesionales reguladores (p.ej. College of Nurses of Ontario) pertenencia a evaluaciones de competencia (p.ej. contabilidad de la provisión de prácticas basadas en la evidencia)


Nacional: (País)

- Salud Canada: mandatos, indicadores de salud, regulaciones y políticas
- Estándares de acreditación canadienses: prácticas organizacionales exigidas
- Instituto canadiense de Información sobre la salud
- Instituto canadiense de Seguridad del Paciente (p.ej. ¡Cuidados seguros ya!)


Internacional: (Global)

- Resoluciones y regulaciones de la Organización Mundial de la Salud
- Guidelines International Network (centro de intercambio de documentos de la práctica basada en la evidencia)


Implicaciones a tener en cuenta para el capítulo siguiente:

 **Implicaciones para las partes interesadas:**

- Las partes interesadas que jugarán un rol fundamental en la sostenibilidad incluyen gestores, que comprobarán si los recursos para implantar la GBP están asegurados, los líderes clínicos, quienes desean promover los mejores cuidados para el paciente, y todos aquellos implicados en la implantación de la GBP, incluyendo a los pacientes y la familia.

 **Implicaciones para los recursos:**

- El plan de sostenibilidad dependerá de la cantidad de recursos disponibles. Los recursos incluyen el presupuesto para infraestructura, incentivos de proveedores o descuentos para financiar programas o becas de formación, colaboración/trabajo en red con los equipos de implantación de otras guías, ayudas en investigación, ayudas del gobierno, donaciones, formación interna, objetivos de seguridad y calidad.

 **Implicaciones para el plan de acción:**

- Añadir las estrategias seleccionadas de sostenibilidad al plan de acción general del proyecto
 - ¿Sabe qué recomendaciones de la GBP son cruciales para el programa e institución como estrategia a largo plazo?

- ¿Está considerando los resultados clínicos, el ámbito, la evolución de nuevas investigaciones y las revisiones de la guía en su plan de sostenibilidad?
- ¿Ha determinado los responsables del plan de sostenibilidad a nivel de la institución?



Escenario: Considerar los criterios de sostenibilidad presentado como un documento de evaluación de la sostenibilidad (véase el ejemplo del Apéndice 6.2) y refleje lo siguiente:

- Impacto y relación de la sostenibilidad a diferentes niveles (micro, meso, macro)
- El rol de las partes interesadas iniciales a lo largo del tiempo (desde el inicio como implantador a evaluador)
- El rol del personal y el paciente para asegurar la sostenibilidad del cambio, incorporación de la nueva evidencia y continuación de la evolución del contexto de la práctica.
- El tiempo de las intervenciones en relación con las prioridades de la institución / planillas / acuerdos de gestión.

Páginas web recomendadas:

Mantener la utilización del conocimiento (Sustaining Knowledge Use): Canadian Institutes of Health Research (CIHR)

Breve resumen con objetivos de aprendizaje en Inglés y Francés

Inglés <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/41947.html>

Francés <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/41947.html>

Presentaciones PowerPoint en Inglés y Francés

http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/documents/kt_in_health_care_Capítulo_3.7_e.pdf

http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/documents/kt_in_health_care_Capítulo_3.7_f.pdf

Safer Health Care Now: <http://www.saferhealthcarenow.ca/EN/Pages/default.aspx>

Red canadiense, afiliada al Instituto Canadiense de Seguridad del Paciente (Canadian Patient Safety Institute), que tiene el objetivo de facilitar buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Los recursos están disponibles para profesionales, institución, agencias de calidad y ministerios de salud, y han sido probados para demostrar su fiabilidad. Los temas incluyen higiene de manos, prevención de caídas y conciliación de medicación. Se proporcionan herramientas de medición.

El modelo de sostenibilidad y guía (Sustainability Model and Guide): <http://www.institute.nhs.uk/sustainability>

Elaborado por el Instituto del Sistema Nacional de Salud para la innovación y el desarrollo (NHS Institute for Innovation and Improvement). Esta web proporciona una guía y una herramienta para evaluar la sostenibilidad de una iniciativa, basada en la definición de tres parámetros: personal, proceso e institución. Cada parámetro contiene preguntas detalladas para puntuar y evaluar el nivel de compromiso con las medidas específicas de sostenibilidad. La puntuación global de la evaluación indica el nivel de sostenibilidad y proporciona una perspectiva de las áreas que necesitan más atención.

Sostenibilidad: <http://www.sustainability.com>

Esta web aborda la sostenibilidad de mercado y proporciona grupos de estudio independientes y un servicio de consulta estratégica centrada en desarrollo de soluciones creativas para los retos del entorno, sociales y de gobernanza.

Índice de sostenibilidad (Sustainability Index): <http://www.sustainablemeasures.com/Sustainability/index.html>

Este índice de sostenibilidad proporciona medidas y herramientas para medir el nivel de sostenibilidad de los aspectos económicos, sociales y del entorno.

Instituto de sostenibilidad (Sustainability Institute): <http://www.sustainer.org>

Una institución sin ánimo de lucro que proporciona modelos de reflexión, modelos de aprendizaje y organizativos en las instituciones.

Apéndice 6.1

La guía seleccionada para implantar es:

Estamos interesados particularmente en las recomendaciones dirigidas a:

1. Relevancia del tema: ¿Qué se necesita desde la perspectiva del paciente?

2. Beneficios: ¿Cuáles son los beneficios para los pacientes y sus familias? ¿Estos beneficios son significativos para las partes interesadas?

3. Actitudes: ¿Cuáles son las actitudes de los pacientes hacia este tema? ¿Qué deberían percibir los miembros de la familia (positivo y negativo)? ¿Qué actitudes tienen las enfermeras y partes interesadas más relevantes sobre las acciones recomendadas en la guía?

4. Redes: ¿Qué equipos o grupos pueden involucrarse para facilitar la sostenibilidad?

5. Liderazgo: ¿Quién es el responsable desde la perspectiva de liderar el proyecto (a corto y largo plazo)? ¿Hay impulsores y mentores en su institución? ¿Qué acciones pueden llevar a cabo los gestores y responsables de las unidades? ¿Qué pueden hacer los responsables experimentados respecto a la sostenibilidad?

6. Establecimiento de directrices e integración: ¿Las recomendaciones encajan con las directrices actuales? ¿Qué debería cambiar p.ej. órdenes, directrices, formularios? ¿Los sistemas de notificación son factibles?

7. Financiero: ¿Qué financiación se necesita para implantar sus estrategias y plan de acción? ¿Puede pensar en estrategias de coste-efectividad o sinérgicas?

8. Política: ¿Qué temas políticos o geográficos afectan? ¿Qué apoyo puede conseguirse?

Apéndice 6.2 – Plan de acción de sostenibilidad

A continuación se muestra un ejemplo de un modelo de plan de acción continuado. El plan describe los indicadores de sostenibilidad identificados utilizados en un hospital de pacientes agudos para monitorizar la sostenibilidad de la integración simultánea de GBPs.

Mackenzie Health que previamente era York Central es un Centro Best Practice Spotlight Organization® acreditado por la RNAO y está muy implicado en el desarrollo, implantación y evaluación de numerosas GBPs de la RNAO. El ejemplo de plan de acción de sostenibilidad ha sido proporcionado por Mackenzie Health.

Sostenibilidad

Comente las estructuras, procesos y roles del personal que han sido o serán desarrollados o utilizados para la sostenibilidad de la utilización de GBP en su organización a la finalización de su candidatura BPSO®. Utilice la tabla que se muestra a continuación para resumir su plan de sostenibilidad para los dos próximos años. Añada las filas que necesite.

Prevención de caídas y lesiones derivadas en personas mayores

Año 1	GBPs	Cómo conseguir la sostenibilidad		
Objetivos	Nuevo/en curso	Roles del personal	Estructuras	Procesos
100% de la nuevas incorporaciones recibe formación del programa de prevención de caídas	En curso	Clínicos / Docentes / Gestores	Adherencia a los plazos establecidos de mentorización	Planificación mensual continua en la institución
70% del personal completa el cuestionario anual e-learning	En curso	Clínicos / Docentes / Gestores	Adherencia al desarrollo profesional	Generar informes e-learning (aprendizaje electrónico)
70% de la valoraciones de riesgo completadas en los aplicativos informáticos	En curso 100% de las nuevas incorporaciones reciben formación sobre el programa de prevención de caídas	Clínicos / Docentes / Gestores	Docentes clínicos / Gestores	Adherencia a los plazos establecidos de mentorización Generar manuales e informes electrónicos de los aplicativos informáticos

Valoración del ictus mediante la atención continuada

Año 1	GPCs	Cómo conseguir la sostenibilidad		
Objetivos	Nuevo/en curso	Roles del personal	Estructuras	Procesos
100% del personal contratado en la Unidad de Ictus completará una orientación de competencia sobre ictus	En curso	Transferencia de conocimiento <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeras especialistas (EE) Equipos completos • Enfermeras • Responsable de cumplimiento • Supervisor 	Manual y competencias ya creadas Módulos ya disponibles en Moodle	Integrado en módulos de orientación Auditoría a las nuevas incorporaciones a los tres meses
Personal contratado en: <ul style="list-style-type: none"> • Unidad de ictus (100%) • Unidad de cardiología (100%) que han completado la autoformación on-line de la Escala Neurológica Canadiense	En curso	Tranferencia de conocimiento <ul style="list-style-type: none"> • EE • Coordinador cuidados Finalización de la formación on-line <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeras • Responsable de cumplimiento • Supervisor 	Autoformación de módulo a través de Moodle	Auditoría de la finalización de la formación electrónica a los tres meses de la contratación
Paciente y Familia Educación	En curso	<ul style="list-style-type: none"> • EE • CCP • Enfermería/profesiones relacionadas 	Hojas de trabajo para la educación de pacientes y familiares Talleres de formación interprofesional del ictus	Auditoría del informe de alta del paciente Sostenibilidad de la formación a través de los EE o CCP
Prevención de infecciones urinarias asociadas al uso de la sonda vesical <ul style="list-style-type: none"> • Unidad de ictus • En toda la institución 	En curso Nuevo	Tranferencia de conocimiento <ul style="list-style-type: none"> • EE y Enfermería • CCP Apoyo en la difusión <ul style="list-style-type: none"> • Clínicos • Responsable de control de las infecciones • Supervisor 	Directrices para la inserción de la sonda vesical en adultos Educación a través de Moodle	Realización anual de la formación vía Moodle Observación del manejo en la unidad Informes mensuales de tasas de infecciones urinarias por sondaje vesical
Test de disfagia de Toronto a pie de cama	Nuevo	Tranferencia de conocimiento <ul style="list-style-type: none"> • Logopeda (SLP, por sus siglas en inglés) Grabación del personal formado y revisión anual de la valoración <ul style="list-style-type: none"> • CE 	4 horas de sesión formativa presentada por el logopeda 3 demostraciones por el personal formado	Revisión anual de la técnica de valoración Tasas mensuales de neumonía por aspiración
Signos y síntomas del ictus	Nuevo	Tranferencia de conocimiento <ul style="list-style-type: none"> • EE, CCP, CE 	Directrices para el protocolo interno de ictus Módulo formativo on-line en Moodle Integrado en la formación del hospital	Revisión anual de los protocolos de ictus

Disminución de las complicaciones del pie en las personas con diabetes

Año 1	GBPs	Cómo conseguir la sostenibilidad		
Objetivos	Nuevo/en curso	Roles del personal	Estructuras	Procesos
<p>1. Hacer recomendaciones para el componente de e-learning de esta guía</p> <p>a) Participar en la sesión obligatoria anual de requisitos de competencia para todas las enfermeras en áreas con pacientes con diabetes</p> <p>b) Presentarse anualmente al día de Enfermedades Renales Crónicas</p>	Nuevo	<p>Asistir a las reuniones diarias con el personal</p> <p>Finalización exitosa de los modelos de formación electrónica anuales</p> <p>Asistencia mensual al "Grupo de revisión de un artículo de GBP" de enfermedades renales crónicas</p>	<p>Desarrollar un instrumento de valoración del riesgo del pie diabético</p> <p>"Grupo de revisión de un artículo de GBP" mensual</p> <p>Finalización obligatoria</p>	<p>Auditorías mensuales para valorar la realización de las valoraciones del riesgo del pie diabético</p> <p>Auditorías anuales de la formación electrónica por cada unidad de implantación para determinar el cumplimiento</p>

Año 1	GBPs	Cómo conseguir la sostenibilidad		
Objetivos	Nuevo/en curso	Roles del personal	Estructuras	Procesos
Continuar apoyando y manteniendo la GBP a través de la organización	En curso	Informar de forma continua sobre los aspectos y necesidades para actualizar la formación	Implantar "la semana del pie diabético" de forma anual en el hospital	Organizar y presentar varias actividades a través de la semana y proporcionar formación y celebrar el éxito

Valoración y manejo de las úlceras del pie en las personas con diabetes

Año 1	GBPs	Cómo conseguir la sostenibilidad		
Goals	Nuevo/en curso	Roles del personal	Estructuras	Procesos
1. Facilitar el uso continuo del modelo de “formación de formadores” para continuar con la difusión del conocimiento de implantación de buenas prácticas en las unidades actuales y futuras	En curso	Se pedirá a cada impulsor de cada unidad su responsabilidad en los grupos de formación de sus unidades en la valoración y el manejo de las heridas diabéticas Celebración anual obligatoria de actividades de formación de competencia en sistemas electrónicos de la institución con todos los impulsores (al menos el 85% con la prueba aprobada)	Los esfuerzos de colaboración en la organización para continuar celebrando jornadas para los impulsores de manera que continúen construyendo estrategias de diseminación del conocimiento	Organizar las jornadas de impulsores en una fecha establecida al menos una vez al año

Año 1	GBPs	Cómo conseguir la sostenibilidad		
Objetivos	Nuevo/en curso	Roles del personal	Estructuras	Processes
1 Continuar colaborando con los departamentos de informática para facilitar el registro del manejo de las heridas diabéticas en la institución	En curso	Proporcionar información y retroalimentación continua al departamento de informática para la fácil utilización de toda los instrumentos de registro electrónico desarrollado e implantado para el manejo de las heridas diabéticas	Incorporación de los formularios de valoración de las heridas como parte del registro electrónico de enfermería	Realización de la valoración de los cuidados de la herida de forma completa y manejo de los requisitos en el sistema electrónico como parte de la documentación online que se necesita

Promoción del control del asma infantil

Año 1	GBPs	Cómo conseguir la sostenibilidad		
Objetivos	Nuevo/en curso	Roles del personal	Estructuras	Procesos
Desarrollar una Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés), documentación y herramientas de educación para Urgencias	Nuevo y en curso	Transferencia de conocimiento Cumplimiento	Cambio organizativo en la práctica Implicación de las partes interesadas	Revisión de las herramientas existentes para Urgencias
Extensión de la guía a Urgencias	Nuevo	Cumplimiento Transferencia de conocimiento	Cambio organizativo en la práctica Implicación de las partes interesadas	Formación al equipo de conocimiento y transferencia de tecnología: introducción a las herramientas, moodle, cuestionarios
Crear una clínica de atención al asma infantil	Nuevo	Conduce a alcanzar el liderazgo, planes y estrategias	Implicación de las partes interesadas	Revisión de los ingresos actuales del asma, reintegros y costes para la organización así como los rendimientos potenciales generados y el ahorro
Auditorías con aplicativo informático	En curso	Cumplimiento Transferencia de conocimiento	Implicación de las partes interesadas	Proporcionar retroalimentación en la documentación del aplicativo informático incluyendo la documentación del asma
Guía del asma integrada en el programa de mentorización	En curso	Cumplimiento	Cambio organizativo en la práctica Implicación de las partes interesadas	Completar el proceso de validación de la competencia utilizando Moodle

Detección del delirio, la demencia y la depresión /
Estrategias de cuidados para el delirio, la demencia y la depresión en personas mayores

Año 1	GBPs	Cómo conseguir la sostenibilidad		
Objetivos	Nuevo/en curso	Roles del personal	Estructuras	Procesos
Integrar las estrategias de detección en las valoraciones de los turnos tanto para pacientes hospitalizados como ambulatorios	En curso	<p>Personal de enfermería nuevo contratado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asistir a la mentorización cuando sea contratado • Asistir a la formación continuada en las unidades y servicios <p>Las enfermeras proporcionarán apoyo continuado para todo el personal respecto a los cuidados de personas mayores ingresadas</p> <p>También valorarán la depresión</p> <p>Los supervisores harán un seguimiento de que toda la plantilla asiste a las sesiones de mentorización</p>	<p>Desarrollar una política para la detección del delirio</p> <p>Integrar la valoración del delirio en los aplicativos informáticos</p> <p>Integrar la valoración del delirio en las valoraciones realizadas en Urgencias teniendo registro de Evaluación de la Confusión en todos los pacientes > 75 años</p> <p>Los módulos desarrollados en Moodle tendrán cuestionarios para todas las nuevas incorporaciones</p>	<p>Auditoría cuatrimestral sobre cumplimiento de detección de la Evaluación de la Confusión (CAM, por sus siglas en inglés), la notificación de detección positiva y material formativo ofrecido a la familia</p> <p>Se trabajará con informática el desarrollo de una herramienta de auditoría</p> <p>Equipo de liderazgo en la revisión en grupo en urgencias de las mediciones de la Herramienta de Cribado del Riesgo (Triage Risk Screening Tool, TRST por sus siglas en inglés)</p> <p>Todas las enfermeras pueden realizar un módulo online formativo para su competencia anual</p>
Incrementar el conocimiento de la familia/visitante sobre el delirio y empoderarles para que participen proactivamente en los cuidados		<p>Fomentar que el personal proporcione a los pacientes y familias material educativo al ingreso</p> <p>Trabajo cuatrimestral con los organismos de comunicación para tener pósteres en los ascensores</p>	<p>Desarrollar y aprobar varios documentos para proporcionar conocimiento a los visitantes:</p> <p>Tener un póster en el hospital "Tú puedes prevenir el delirio"</p> <p>Desarrollar un póster para colocar en un sistema rotatorio en el ascensor informando sobre el delirio y su prevención</p> <p>Trabajar con comunicación para tener información del delirio en la TV del hospital para los pacientes y la familia</p>	<p>Los materiales están disponibles en copias en papel para cada unidad en carpetas y también en internet</p> <p>Se desarrollan materiales y se envían recordatorios cuatrimestrales</p>

CAPÍTULO 6

Atención Orientada al paciente y Establecimiento de la Relación terapéutica

Años 1	GBPs	Cómo conseguir la sostenibilidad		
Objetivos	Nuevo/en curso	Roles del personal	Estructuras	Procesos
Integrar el listado de comprobación al alta en los registros informáticos (Fecha fijada: Nov 2012)	Atención Orientada al Paciente y Establecimiento de la Relación Terapéutica	Continuar completado el listado de comprobación al alta	Construir nuestro listado de comprobación en los registros informáticos	Con un miembro del equipo informático elaborar los registros
Seguimiento tras el alta mediante llamada telefónica	Atención Orientada al Paciente y Establecimiento de la Relación Terapéutica	Continuar incrementando la capacidad del personal para incrementar el número de llamadas	Continuar con talleres para aumentar la capacitación Relaciones con los departamentos de pacientes para que participen también	Incrementar la capacidad de las unidades al igual que de la organización

Guía de lactancia materna para enfermeras

Año 1	GBPs	Cómo conseguir la sostenibilidad		
Objetivos	Nuevo/en curso	Roles del personal	Estructuras	Procesos
Política de implantación	Nuevo	Cumplimiento Transferencia de conocimiento Mejorar la vigilancia y el conocimiento	Cambios organizativos en la práctica Implicación de partes interesadas	Revisiones según se necesiten
Desarrollar instrumentos documentales Desarrollar órdenes impresas	Nuevo	Cumplimiento Implicación en el desarrollo y provisión de feedback	Implantación Monitorización Evaluación	Implantar la versión en papel de la herramienta en registros informáticos
Formación bianual de enfermería y validación de sus competencias	Nuevo	Personal encargado del cumplimiento Cambio de comportamiento Cambio práctica	Programa de requisitos de competencia	Implicar a los grupos de apoyo de la lactancia y recursos de enfermería

Entornos laborales saludables: Profesionalidad en enfermería

Año 1	GBPs	Cómo conseguir la sostenibilidad		
Objetivos	Nuevo/en curso	Roles del personal	Estructuras	Procesos
100% de la política y el plan de trabajo de los procedimientos en progreso	En curso	Gestor de calidad/riesgo Líder de la práctica profesional Enfermería	Política mensual y revisión del procedimiento Comité Desarrollo de herramientas de gestión visual	Revisión trimestral
100% del plan de trabajo de los directivos médicos en progreso	En curso	Líder de la práctica profesional, Enfermería clínica Miembros del equipo de práctica Director médico	Desarrollo de herramientas de gestión visual	Revisión trimestral
100% del plan de trabajo en ética en progreso	En curso	Experto en ética Transferencia y traslado de conocimiento, ética Facilitadores	Reuniones mensuales	Crear informes de e-learning, revisión trimestral
Apoyar foros activos para respaldar la comprensión del significado de la autorregulación y sus implicaciones para la práctica	En curso	Miembros de transferencia y traslado de conocimiento Miembros del equipo de práctica clínica	Comidas y sesiones de formación para el personal cuatrimestrales	Crear informes Registro en hojas
10% de aumento en la satisfacción del personal en relación con el entorno de trabajo	En curso	Gerente de Recursos Humanos Director de Organización para el Desarrollo	Reclutador de personal Cuestionario de satisfacción	Revisión anual

Año 1	GBPs	Cómo conseguir la sostenibilidad		
Objetivos	Nuevo/en curso	Roles del personal	Estructuras	Procesos
Implantar la remodelación de los cuidados de los pacientes a través de todas las unidades de hospitalización.	En curso	Miembros de transferencia y traslado de conocimiento Equipo de liderazgo de enfermería	Unidad basada en la transferencia y traslado de conocimiento Establecer un gestor del proyecto para asegurar la concordancia con las recomendaciones de las GBPs Herramientas de gestión de Visual establecidas	Las reuniones semanales pasan a mensuales y trimestrales Incorporar el trabajo como parte de los informes para la revisión mensual de las operaciones con los principales líderes Evaluar la satisfacción del paciente y del personal a través de los resultados del reclutador

Desarrollo y mantenimiento del liderazgo en enfermería

Año 1	GBPs	Cómo conseguir la sostenibilidad		
Objetivos	Nuevo/en curso	Roles del personal	Estructuras	Procesos
Implantar la remodelación de los cuidados de los pacientes a través de todas las unidades de hospitalización	En curso	Miembros de transferencia y traslado de conocimiento Equipo de liderazgo de enfermería	Unidad basada en la transferencia y traslado de conocimiento Establecer un gestor del proyecto para asegurar la concordancia con las recomendaciones de las GBPs Herramientas de gestión de Visual establecidas	Las reuniones semanales que se convierten en mensuales y trimestrales Incorporar el trabajo como parte de los informes para la revisión mensual de las operaciones con los principales líderes Evaluar la satisfacción del paciente y del personal a través de los resultados del reclutador

Aceptación de la diversidad cultural en la atención sanitaria: desarrollo de la competencia cultural

Año 1	GBPs	Cómo conseguir la sostenibilidad		
Objetivos	Nuevo/en curso	Roles del personal	Estructuras	Procesos
La estrategia del consejo de Diversidad y Accesibilidad refleja la GBP	En marcha— Aceptación de la competencia cultural	Gestor, colaborador de relaciones laborales y diversidad Liderar, GBP Diversidad cultural	Consejo de Diversidad y Accesibilidad BPSO grupo directivo	Proceso de aprobación y desarrollo de la estrategia de Diversidad Anual y Accesibilidad
Revisar los recursos culturales de competencia del SickKids	En marcha— Aceptación de la competencia cultural	Gestor, colaborador de relaciones laborales y diversidad Liderar, GBP Diversidad cultural	Consejo de Diversidad y Accesibilidad	Proceso de aprobación y desarrollo de la estrategia de Diversidad Anual y Accesibilidad Sesiones de orientación para el personal nuevo

<p>Crear relaciones de trabajo con la Toronto Region Immigrant Employment Council (TRIEC, por sus siglas en inglés)</p>	<p>En marcha— Aceptación de la competencia cultural</p>	<p>Gestor, colaborador de relaciones laborales y diversidad</p>	<p>La implantación del programa de mentores</p> <p>Utilización de los recursos TRIEC (por sus siglas en inglés) como vídeos educativos on-line ya existentes</p>	<p>Entender las áreas en las que un programa de mentores es exitoso para los profesionales formados internacionalmente con YCH</p> <p>Obtener el nivel de interés de las partes interesadas internas</p> <p>Formar al personal interno sobre el programa</p> <p>Seguimiento y apoyo continuo</p>
<p>Implantar los 11 eventos sobre diversidad</p>	<p>En marcha— Aceptación de la competencia cultural</p>	<p>Gestor, colaborador de relaciones laborales y diversidad</p>	<p>Identificación de los 11 que el comité apoyará</p> <p>Necesidad de crear el plan sobre cómo implantar</p>	<p>Comunicar el evento</p> <p>Obtener impulsores/líderes para el evento</p> <p>Coordinar con la Fundación para las donaciones</p> <p>Coordinación de eventos -es decir, suministros, materiales, oradores invitados, salas de reuniones, etc.-</p> <p>Reconocimiento: agradecimiento por los esfuerzos de los voluntarios, es decir presentación del certificado de apreciación de la Comisión de Diversidad y Accesibilidad</p> <p>Publicar la información en Intranet resaltando eventos, incluyendo imágenes</p>

Año 1	GBPs	Cómo conseguir la sostenibilidad		
Objetivos	Nuevo/en curso	Roles del personal	Estructuras	Procesos
<p>Completar y continuar la revisión de las políticas de práctica</p>	<p>En marcha— Aceptación de la competencia</p>	<p>Liderar, GBP Diversidad cultural</p>	<p>Manual de Práctica Profesional</p>	<p>Consejo de Enfermería para la aprobación de las revisiones</p>
<p>Ampliar las sesiones “Revisar, Reflexionar, renovar” a otras 2 unidades</p>	<p>En marcha— Aceptación de la competencia cultural</p>	<p>Educadores clínicos</p>	<p>Unidad de grupo</p>	<p>Enlace con los educadores e informe ad hoc de la Revisión Rápida Receptiva (RRR, por sus siglas en inglés) del grupo</p>

Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión

Año 1	GBPs	Cómo conseguir la sostenibilidad		
Objetivos	Nuevo/en curso	Roles del personal	Estructuras	Procesos
Mantener todas las recomendaciones implantadas en todo el hospital	<p>Valoración enfermera de la piel/herida</p> <p>Prevención de las úlceras por presión (UPP) según la GBP</p>	Mantenimiento del "Asistente de heridas" del equipo de transferencia y traslado de conocimiento	<p>Políticas y procedimientos</p> <p>Educación de los pacientes, educación del personal</p> <p>Desarrollo e implantación de notificaciones electrónicas de incidentes para todas las nuevas úlceras por presión</p> <p>Estudio anual de la prevalencia e incidencia</p>	<p>Educación de los asistentes de heridas</p> <p>Educación continua para el personal en primera línea centrado en las UPP</p> <p>Programas de mentores en cuidados de las heridas/piel centrado en la prevención de las UPP para el personal nuevo</p> <p>El personal identificará a los pacientes con riesgo de desarrollar UPP y tomará medidas activas de prevención mediante cambios posturales y la utilización de superficies terapéuticas</p>

Valoración y manejo de las úlceras por presión en el estadio del I al IV

Año 1	GBPs	Cómo conseguir la sostenibilidad		
Objetivos	Nuevo/en curso	Roles del personal	Estructuras	Procesos
Mantener todas las recomendaciones implantadas en todo el hospital	<p>Valoración enfermera de la piel/herida</p> <p>Prevención de las úlceras por presión (UPP) según la GBP</p>	Mantenimiento del "Asistente de heridas" del equipo de transferencia y traslado de conocimiento	<p>Políticas y procedimientos</p> <p>Educación de los pacientes, educación del personal</p> <p>Desarrollo e implantación de notificaciones electrónicas de incidentes para todas las nuevas UPP</p> <p>Estudio anual de la prevalencia e incidencia</p>	<p>Educación de los asistentes de heridas</p> <p>Educación continua para el personal en primera línea centrada en UPP</p> <p>Programas de mentores sobre cuidados de las heridas/piel centrado en la prevención de UPP para el personal nuevo</p> <p>El personal identificará a los pacientes en riesgo de desarrollar UPP y tomará medidas activas de prevención mediante los cambios posturales y la utilización de superficies terapéuticas</p>

Gestión enfermera de la hipertensión

Año 1	GBPs	Cómo conseguir la sostenibilidad		
Objetivos	Nuevo/en curso	Roles del personal	Estructuras	Procesos
Implantar 5 de 35 recomendaciones de la GBP en 4 unidades clínicas y en urgencias	Manejo enfermero de la hipertensión	Transferencia y traslado de conocimiento (KTT, por sus siglas en inglés)	Políticas y procedimientos Lista de comprobación al alta	Auditoría de la práctica clínica 3, 6 y 12 meses después de la implantación Incorporación en el programa de mentores Seguimiento de los pacientes al alta, a los 18 y 24 meses después de la implantación

CAPÍTULO 6

Año 1	GBPs	Cómo conseguir la sostenibilidad		
Objetivos	Nuevo/en curso	Roles del personal	Estructuras	Procesos
Implantar 5 de 35 recomendaciones de la GBP en 4 unidades clínicas y en urgencias	Manejo enfermero de la hipertensión	Transferencia y traslado de conocimiento (KTT, por sus siglas en inglés)	Políticas y procedimientos Lista de comprobación al alta	Auditoría de la práctica clínica 6 y 18 meses después de la implantación Incorporación en el programa de mentores Seguimiento de los pacientes al alta, a los 3, 6 y 12 meses después de la implantación

Apoyo a las decisiones en adultos con enfermedad renal crónica

Año 1	GBPs	How sustained		
Objetivos	Nuevo/en curso	Roles del personal	Estructuras	Procesos
Implantar la iniciativa de mejora de calidad centrada en la educación del paciente y acceso permanente del paciente a la educación	En curso	CPL nuevo comienzo Equipo de Liderazgo ERC (Enfermedad renal crónica) MRNs (Números de registro médico) Los coordinadores del programa Interprofesional	Nueva reunión inicial mensual Herramienta de seguimiento desarrollada	Revisión mensual

Anexo 6.3 Hoja de trabajo:

Cuestiones para orientar la evaluación de facilitadores y barreras

Cuestiones	Facili- tadores	Ba- rreras
Evidencia	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar las guías teniendo en cuenta al destinatario final. ¿Las recomendaciones son claras y fáciles de entender? Si no, ¿cómo podría hacer que lo fueran? • ¿Los usuarios finales serán capaces de acceder a la evidencia fácilmente desde el punto de cuidado? Si no, ¿cómo podría ser accesible? • ¿Se puede incorporar en la documentación actual? • ¿Qué podría inducir el uso de la evidencia? • ¿Se necesitan herramientas? ¿La herramienta sugerida es clara y fácil de rellenar? ¿Se puede involucrar a los que van a utilizarla para crear la herramienta si se necesita una nueva? • ¿Cómo puede usted asegurar que no hay duplicidad en la documentación? 	
Adoptantes potenciales	<ul style="list-style-type: none"> • El apoyo del liderazgo es fundamental para una implantación exitosa. Es importante para asegurar que está en marcha antes de continuar. • ¿Concederán tiempo a los miembros del equipo para pertenecer al comité? • ¿Concederán tiempo a los miembros del equipo para recibir formación? <ul style="list-style-type: none"> • ¿Apoyarán el proceso de adquisición de nuevos equipos o suministros? • ¿Son capaces de influir en el cambio? • ¿Estarán dispuestos a convertirse en ejemplos de compromiso con este cambio? • ¿Son visibles y accesibles para los miembros del equipo cuando tienen inquietudes? 	
	<ul style="list-style-type: none"> • ¿El equipo médico se ha expuesto a la práctica basada en la evidencia? Si no es así, ¿se podría proporcionar algún tipo de formación sobre la investigación? ¿Funcionaría una revista en este entorno? • ¿Son capaces de acceder a los recursos para ayudar con la evaluación clínica de la investigación? Por ejemplo, ¿están disponibles los recursos documentales? ¿Podrían aliarse con socios académicos? • ¿Cuáles han sido sus experiencias anteriores en relación con los cambios basados en la evidencia en la práctica? ¿Qué salió bien? ¿Qué no salió bien? ¿Qué se puede aprender de esas historias para modificar su enfoque? • ¿Funciona bien el equipo junto? ¿Tienen un historial de colaboración? Si no es así, ¿cómo podría desarrollar algunas habilidades haciendo pequeñas implantaciones? • ¿El equipo tiene flexibilidad en la dotación de personal y la planificación para permitir la asistencia a las reuniones y sesiones formativas? 	

	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Las enfermeras tienen un modelo de liderazgo clínico positivo? • ¿A quién se puede dirigir en este equipo para ayudar a defender esta implantación? ¿Hay alguien apasionado por estas recomendaciones, por este grupo de pacientes, por los posibles resultados que se pueden conseguir? • ¿Hay impulsores de buenas prácticas de la RNAO en este equipo(s) que podrían ser reclutados para ayudar? 		
	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se imparte la formación en la actualidad? ¿Cómo se comunica? ¿Cómo funciona? Si funciona bien, ¿podría la formación necesaria para la implantación utilizar este formato? Si no es así, ¿hay otro enfoque para la formación que podría funcionar bien con este grupo, o con estos pacientes? • ¿Poseen motivación aquellos que han sido formados para el cambio? 		
	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Los pacientes están bien informados sobre la práctica basada en la evidencia? Si no es así, ¿cómo se podría mejorar esto? • ¿La educación está dirigida a los pacientes? • ¿Qué factores deben tenerse en cuenta? Por ejemplo, ¿tiene algunos sentidos disminuidos? ¿Podrían tener problemas para leer, ver, oír y desplazarse hasta la sala? • ¿Cuál es el nivel más bajo de alfabetización? • ¿Dónde van a aprender mejor? (¿durante la hospitalización, en casa, en la clínica?) 		
<p>Recursos</p>	<p>Limitaciones de recursos humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • El tiempo es una de las barreras más mencionadas • Tiempo para realizar la búsqueda de la literatura y la revisión • Tiempo para participar en el comité para planificar la implantación • Tiempo para preparar los componentes de la implantación • Tiempo para asistir a sesiones formativas • Tiempo para evaluar los resultados • Es importante estimar con precisión el tiempo necesario para completar el proyecto y asegurar que hay apoyo al liderazgo, tanto al principio como al final • ¿Pueden ayudar otros departamentos dentro de la institución? ¿Hay un departamento de gestión de control de calidad o de riesgo? <p>Financiación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe haber financiación para suplencias para crear el tiempo necesario para los recursos humanos necesarios. ¿Qué cantidad deberá ser? • Equipamiento: ¿hay suficiente para las necesidades de la implantación? ¿Se necesita equipamiento nuevo? ¿Cuál es el procedimiento para obtener nuevo equipamiento y cuál es el plazo para su entrega? • ¿Qué otros medios de financiación hay disponibles dentro y fuera de su institución? ¿Hay una fundación para su institución? ¿Se conseguiría así financiación de instituciones profesionales? ¿Del gobierno? ¿De otros? 		

Entorno	<ul style="list-style-type: none"> • Qué otros proyectos de cambio están en marcha durante el plazo de implantación – demasiados cambios pueden sobrecargar al equipo • ¿Cuáles son las prioridades institucionales? ¿Complementa esta implantación las metas estratégicas? • ¿Cuál es el plazo de respuesta para las decisiones en la institución? ¿Con cuánta antelación se necesitará realizar la planificación? • ¿Cuál es el plazo para elaborar una nueva herramienta de documentación? ¿Y la política? ¿Y el procedimiento? ¿Quién tiene que aprobarla? • ¿Hay salas adecuadas para las reuniones y sesiones formativas? ¿Necesitará salir del centro para la formación? ¿Cuál será el coste? • ¿Cuál es la complejidad de la población de pacientes? Cuanto mayor sea la complejidad, mayores serán las necesidades y mayor dificultad para lograr el alcance. Con una gran complejidad, la complicación para medir los resultados puede incrementarse. 		
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué tipos de datos se están ya monitorizando en la institución? ¿Puede acceder a esos datos? • ¿Ha sido evaluada la práctica vigente? ¿Puede esto proporcionar unos datos basales o debe llevarse a cabo una evaluación? • ¿Requerirá la evaluación más recursos? Por ejemplo, ¿si se necesitan auditorías, quién las realizará, con qué herramientas? 		

Resumen

La herramienta de implantación de GBPs ha proporcionado:

1. Una metodología para evaluar e identificar guías de calidad para implantar.
2. Procesos para identificar, analizar e involucrar a las partes interesadas que pueden apoyar diferentes fases de la implantación de GBPs.
3. Un esquema de cómo llevar a cabo una evaluación de la preparación del entorno para una identificación de las barreras y los facilitadores específicos.
4. La evidencia actual sobre estrategias de implantación específicas.
5. Posibles estrategias para planificar y llevar a cabo una evaluación de la implantación y de su impacto.
6. Las necesidades de recursos y las estrategias para la elaboración de un presupuesto convincente para permitir la implantación y evaluación de las GBPs.

Al planificar la implantación de una GBP, se pueden reunir las actividades o acciones sugeridas de los seis pasos descritos en esta Herramienta en un plan de acción. A continuación se muestra una plantilla del plan de acción. Para la persona responsable de implantar una GBP, ese plan de acción se convertirá en el medio para:

1. La identificación de todas las actividades y acciones que necesitan realizarse.
2. La identificación de personas, grupos o comités que llevarán a cabo las actividades.
3. El desarrollo de una vía crítica con unos plazos específicos para la realización de las actividades.
4. La comunicación del plan y del estado del proyecto de implantación a las partes interesadas relevantes
5. La monitorización de la evolución y el desarrollo de planes de contingencia en caso necesario. También puede utilizar la plantilla proporcionada a modo de lista de comprobación para asegurarse de que se han abordado todos los elementos clave de la planificación de la implantación. Usted tendrá que añadir, en la medida en que sea necesario, acciones específicas

Mientras lleva a cabo la implantación de la GBP, tenga en cuenta que:

1. Su plan necesita ser fluido o adaptable a situaciones imprevistas, como cuando se identifica una nueva barrera.
2. Su plan debe involucrar a las partes interesadas clave a lo largo de la ejecución de la planificación. Debe asegurarse de que están de acuerdo con el desarrollo del plan de acción. El equipo de implantación debe poseer el conocimiento suficiente del plan de acción y debe utilizarlo como un medio de monitorización de los progresos.

¡Por último, pero no por ello menos importante!

Recuerde lo siguiente:

1. Todos los hitos de su plan de acción deben anotarse, comunicarse y celebrarse, p.ej. cuando se inician las acciones de implantación, la creación de un evento para lanzar la implantación proporciona un momento motivador. Otros hitos pueden incluir la finalización de sesiones de formación el inicio de una intervención clave en particular (por ejemplo, la utilización de nuevas bombas de perfusión contra el dolor) o la culminación de la implantación formal.
2. Debe quedar claro que la implantación de las GBPs es una actividad continua y que la sostenibilidad de esta implantación es igualmente importante. Es fundamental la identificación de comités, grupos o personas que continuarán impulsando, monitorizando y abordando las cuestiones de manera continua. La identificación de políticas y procedimientos, los programas de formación, los módulos de autoaprendizaje y los programas de sustitución de equipos son métodos para garantizar la sostenibilidad.
3. Las GBPs se pueden quedar obsoletas: es importante revisar la literatura para obtener actualizaciones.
4. El cambio es una constante. Sin embargo, ¡hacer realidad el cambio es un reto! ¡Diviértase con sus proyectos de implantación!

Plantilla del plan de acción:

Instrucciones: Utilice esta plantilla para desarrollar su plan de acción para la implantación. Usted tendrá que rellenar las columnas e identificar actividades específicas en cada una de las actividades principales identificadas en la plantilla.

#	Actividad	Fecha prevista	Persona responsable	Resultado/ entregables	Progreso
1.	<p>Identificación del jefe de proyecto, de los impulsores y/o del grupo que liderará la identificación e implantación de una GBP:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Identificar las necesidades de habilidades y roles b) Comunicarse con/contratar a individuos o grupos interesados c) Asegurar la participación del líder del proyecto d) Garantizar que el líder del proyecto tiene un mandato claro y los recursos necesarios para iniciar el proceso de planificación 				
2.	<p>Identificación de la GBP:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Identificar partes interesadas que participarán en la identificación, evaluación y selección de la GBP b) Acceso al instrumento AGREE II c) Garantizar la comprensión y el conocimiento sobre la utilización del instrumento AGREE II d) Buscar y recuperar todas las GBPs disponibles sobre el tema de interés para la institución e) Llevar a cabo el ejercicio de evaluación f) Presentar los datos al grupo involucrado en el ejercicio de evaluación. Decidirse por una GBP basándose en su calidad y contenido g) Comunicar la decisión a las partes interesadas relevantes. 				
3.	<p>Identificación, análisis y participación de las partes interesadas :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Definir el ámbito de la implantación —el alcance de la implantación— b) Identificar a las partes interesadas —utilice un enfoque de equipo para la identificación—. c) Utilizar al equipo, recopilar datos sobre las partes interesadas –utilizar las plantillas proporcionadas. d) Organizar los datos y analice— de nuevo, utilice un enfoque de equipo— esforzándose en alcanzar un consenso. e) Determinar las estrategias que se utilizará para influir, apoyar e involucrar a las partes interesadas de diferentes maneras. f) Actualizar el plan de acción de acuerdo con las estrategias identificadas. 				

#	Actividad	Fecha prevista	Persona responsable	Resultado/ entregables	Progreso
4.	Introducción de estrategias y acciones de las partes interesadas una vez identificadas.				
5.	Finalización de la evaluación de la preparación del entorno.				
6.	Identificación y planificación de estrategias de implantación específicas: a) Identificar las barreras y facilitadores en la evaluación del entorno. b) Involucrar a las partes interesadas relevantes, elegir las estrategias de intervención. Elegir las intervenciones teniendo en cuenta la información disponible, la efectividad y la adecuación a la institución y a sus miembros.				
7.	Actualización del plan de acción de acuerdo con las estrategias de implantación identificadas.				
8.	Desarrollo de un plan para la evaluación: a) Identificar las fuentes disponibles para respaldar la evaluación—expertos, recopilación de datos, etc. (puede empezar por el Consejo de Calidad) b) Desarrollar un plan de evaluación. c) Poner el plan en práctica.				
9.	Actualización del plan de acción de acuerdo con los resultados del plan de evaluación.				
10.	Identificación de los recursos necesarios para la implantación: a) Utilice las hojas de datos para el presupuesto proporcionadas en el diskette. b) Involucre al grupo de implantación y las partes interesadas relevantes con el fin de asegurarse apoyos para el presupuesto final. c) Desarrolle argumentos convincentes para respaldar el presupuesto. d) Identifique maneras de obtener financiación por parte de fuentes no operativas en primer lugar – por ejemplo, fuentes de ingresos, asociaciones con proveedores específicos, etc. (tenga en cuenta cualquier conflicto de intereses) e) Presentar el presupuesto y las fuentes de ingresos a los responsables de la gestión de la institución.				
11	Identificación de los procesos de monitorización.				
12.	Planificar celebraciones para destacar hitos.				

Bibliografía:

- Althabe, F., Bergel, E., Cafferata, M.L., Gibbons, L., Ciapponi, A., Alemán, A., et al. (2008). Strategies for improving the quality of health care in maternal and child health in low- and middle-income countries: An overview of systematic reviews. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 22(1), 42–60.
- Andreason, A. R. (2004). A social marketing approach to changing mental health practices directed at youth and adolescents. *Health Marketing Quarterly*, 21(4), 51–75.
- Baker, C., Ogden, S., Prapaipanich, W., Keith, C.K., Beattie, L. C., & Nickleson, L. (1999). Hospital consolidation: Applying stakeholder analysis to merger life cycle. *Journal of Nursing Administration*, 29(3), 11–12.
- Baker, R., Camosso-Stefinovic, J., Gillies, C., Shaw, E. J., Cheater, F., Flottorp, S., et al. (2010). Tailored interventions to overcome identified barriers to change: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 3, CD005470.
- Bauer, M. S. (2002). A review of quantitative studies of adherence to mental health clinical practice guidelines. *Harvard Review of Psychiatry*, 10(3), 138–153.
- Bero, L. A., Grilli, R., Grimshaw, J. M., Harvey, E., Oxman, A. D., & Thomson, M. A. (1998). Closing the gap between research and practice: An overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *British Medical Journal*, 317(7156), 465–468.
- Beyer, J. M., & Trice, H. M. (1982). The utilization process: A conceptual framework and synthesis of empirical findings. *Administrative Science Quarterly*, 27(4), 591–622.
- Bloom, B. S. (2005). Effects of continuing medical education on improving physician clinical care and patient health: A review of systematic reviews. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 21(3), 380–385.
- Brouwers, M. C., Stacey, D., & O'Connor, A. M. (2009). Knowledge translation tools. In S. Straus, J. Tetroe, & I. D. Graham (Eds.) *Knowledge translation in healthcare: Moving from evidence to practice*. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell.
- Brouwers, M. C., Kho ME., Browman, GP., Burgers, JS., Cluzeau, F., Feder, G., Fervers, B., Graham, ID., Grimshaw, J., Hanna, S., Littlejohns, P., Makarski, J., Zitzelsberger, L., (2010). AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *Canadian Medical Association Journal*.
- Buchanan, D. A., Fitzgerald, L., & Ketley, D. (2007). *The sustainability and spread of organizational change*. New York: Routledge.
- Burgers, J. S., Cluzeau, F. A., Hanna, S. E., Hunt, C., & Grol, R. (2003). Characteristics of high-quality guidelines: Evaluation of 86 clinical guidelines developed in ten European countries and Canada. *International Journal of Technological Assessment in Health Care*, 19(1), 148–157.
- Bywood, P. T., Lunnay, B., & Roche, A. M. (2008). Strategies for facilitating change in alcohol and other drugs (AOD) professional practice: A systematic review of the effectiveness of reminders and feedback. *Drug and Alcohol Review*, 27(5), 548–558.
- Canadian Nurses Association Website (2009). Nursing Care Delivery Models. Retrieved December 8, 2009, from http://www.cna-nurses.ca/CNA/practice/environment/evidence-based_decision-making_and_nursing_practice_e.aspx.
- Chaillet, N., Dubé, E., Dugas, M., Audibert, F., Trouigny, C., Fraser, W. D., & Dumont, A. (2006). Evidence-based strategies for implementing guidelines in obstetrics: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 108(5), 1234–1245.
- Champion, V. L., & Leach, A. (1989). Variables related to research utilization in nursing: An empirical investigation. *Journal of Advanced Nursing*, 14(9), 705–710.

Clement, C., Stiell, I., Davies, B., O'Connor A., Brehaut, J., Sheehan, P., et al. (2011). Perceived facilitators and barriers to clinical clearance of the cervical spine by emergency department nurses: A major step towards changing practice in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 19, 44–52.

Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group. Data collection checklist. Retrieved April 17, 2012, from <http://epoc.cochrane.org/sites/epoc.cochrane.org/files/uploads/datacollectionchecklist.pdf>.

Davies, B., Edwards, N., Ploeg, J., Virani, T., Skelly, J., & Dobbins, M. (2006). Determinants of the sustained use of research evidence in nursing: Final report. Ottawa, ON: Canadian Health Services Research Foundation & Canadian Institutes of Health Research.

Davies, B., Edwards, N., Ploeg, J., & Virani, T. (2008). Insights about the process and impact of implementing nursing guidelines on delivery of care in hospitals and community settings. *Biomed Central Health Services Research*, 8(29), 1–44.

Davies, B., & Edwards, N. (2009). Sustaining knowledge use. In S. Strauss, J. Tetroe, & I. Graham (Eds.). *Knowledge translation in health care: Moving evidence to practice* (pp. 165–173). Oxford, UK: Wiley Blackwell.

Davies, B., Tremblay, D., & Edwards, N. (2010). Sustaining evidence-based practice systems and measuring the impacts. In D. Bick & I. D. Graham (Eds.). *Evaluating the impact of evidence based practice* (pp. 166-188). Oxford, UK: Wiley-Blackwell.

Davis, D. A., & Taylor-Vaisey, A. (1997). Translating guidelines into practice. A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *Canadian Medical Association Journal*, 157(4), 408–416.

Dillman, D. (2007). *Mail and internet surveys. The tailored design method* (2nd ed.). Toronto, ON: John Wiley & Sons.

Dobbins, M.; Davies, B.; Danseco, E.; Edwards, N.; Virani, T. (2005). Changing nursing practice: Evaluating the usefulness of a best-practice guideline implementation Toolkit. *Journal of Nursing Leadership*, 18(1), 34-45.

Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743–1748.

Dulko, D. (2007). Audit and feedback as a clinical practice guideline implementation strategy: A model for acute care nurse practitioners. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4(4), 200–209.

Dunn, W. N. (1983). Measuring knowledge use. *Knowledge: Creation, Diffusion, Utilization*, 5(1), 120–133.

Edwards, N., Danseco, E., Heslin, K., Ploeg, J., Santos, J., Stansfield, M., et al. (2006). Development and testing of instruments to assess physical restraint use. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3(2), 73–85.

Edwards, N., Davies, B., Griffin, P., Ploeg, J., Skelly, J., Danseco, E., et al. (2004). Evaluation of Nursing Best Practice Guidelines: Interviewing Nurses and Administrators (pp. 1-32). Ottawa, ON: Community Health Research Unit, University of Ottawa.

Elo, S., & Kyngas, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115.

Estabrooks, C. (1999). The conceptual structure of research utilization. *Research in Nursing & Health*, 22(1), 203–216.

Estabrooks, C., Floyd, J., Scott-Findlay, S., O'Leary, K. A., & Gushta, M. (2003). Individual determinants of research utilization: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (5), 506–520.

Ferguson-Pare, M., Closson, T., & Tully, S. (2002). Nursing Best Practice Guidelines: A gift for advancing professional practice in every environment. *Hospital Quarterly*, 5(3), 66–68.

Ferlie, E., & Shortell, S. (2001). Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: A framework for change. *The Milbank Quarterly*, 79(2), 281–315.

- Ferrell, B., & McCaffery, M. (2011). *Pain assessment and pharmacologic management*. Maryland Heights, MO: Mosby.
- Fervers, B., Burgers, J. S., Voellinger, R., Brouwers, M., Browman, G. P., Graham, I. D., et al., for the ADAPTE Collaboration. (2011). Guideline adaptation: An approach to enhance efficiency in guideline development and improve utilisation. *BMJ Quality and Safety*, 20(3), 228–236.
- Field, M. J., & Lohr, K. N. (1992). *Guidelines for clinical practice: From development to use*. Washington, DC: National Academy Press.
- Flodgren, G., Parmelli, E., Doumit, G., Gattellari, M., O'Brien, M. A., Grimshaw, J., et al. (2007). Local opinion leaders: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD000125.
- Forsetlund, L., Bjørndal, A., Rashidian, A., Jamtvedt, G., O'Brien, M. A., Wolf, F., et al. (2009a). Printed educational materials: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD003030.
- Forsetlund, L., Bjørndal, A., Rashidian, A., Jamtvedt, G., O'Brien, M. A., Wolf, F., et al. (2009b). Continuing education meetings and workshops: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue*, 2, CD003030.
- Francke, A. L., Smit, M. C., De Veer, A. J. E., & Mistiaen, P. (2008). Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 8, 38.
- Gifford, W. (2010). *Barriers categorized by level for specific recommendations from RNAO guideline: Assessing and managing foot ulcers for people with diabetes*. Doctoral dissertation, University of Ottawa, Ontario.
- Gifford, W., Davies, B., Edwards, N., Griffin, P., & Lybanon, V. (2007). Managerial leadership for nurses' use of research evidence: An integrative review of the literature. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4(3), 126–145.
- Gifford, A. W., Davies, B., Edwards, N., & Graham, D. I. (2006). Leadership strategies to influence the use of clinical practice guidelines. *Nursing Leadership*, 19(4), 72–88.
- Gilbody, S., Whitty, P., Grimshaw, J., & Thomas, R. (2003). Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: A systematic review. *Journal of the American Medical Association*. 289(23), 3145–3151.
- Ginrod, K. A., Patel, P., & Martin, J. E. (2006). What interventions should pharmacists employ to impact health practitioners' prescribing habits? *Annals of Pharmacotherapy*, 40(9), 1546–1557.
- Godfrey, C. M., Harrison, M. B., & Graham, I. D. (2010). A review of the use of outcome measures of evidenced-based practice in guideline implementation studies in nursing, allied health professions and medicine. In D. Bick, & I. D. Graham (Eds.). *Evaluating the impact of implementing evidence-based practice* (pp. 189-203). Oxford, UK: Wiley Blackwell.
- Godin, G., Belanger-Gravel, A., Eccles, M., & Grimshaw, J. (2008). Healthcare professionals' intentions and behaviors: A systematic review of studies based on social cognitive theories. *Implementation Science*, 3(1), 36–48.
- Graham, I. D., Bick, D., Tetroe, J., Straus, S. E., & Harrison, M. B. (2010). Measuring outcomes of evidence-based practice: Distinguishing between knowledge use and its impact. In D. Bick & I. D. Graham (Eds.). *Evaluating the impact of implementing evidence-based practice*. Oxford, UK: Wiley Blackwell.
- Graham, I. D., Harrison, M. B., Brouwers, M., Davies, B. L., & Dunn, S. (2002). Facilitating the use of evidence in practice: Evaluating and adapting clinical practice guidelines for local use by health care organizations. *Journal of Obstetric, Gynecological and Neonatal Nursing*, 31(5), 599–611.

- Graham, I. D., Harrison, M. B., Lorimer, K., Piercianowski, T., Friedberg, E., Buchanan, M., et al. (2005). Adapting national and international leg ulcer practice guidelines for local use: Ontario leg ulcer community care protocol. *Advances in Skin & Wound Care*, 18(6), 307–318.
- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W., et al. (2006). Lost in knowledge translation: Time for a map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 13–24.
- Greenfield, D., & Braithwaite, J. (2008). Health sector accreditation research: A systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(3), 172–183.
- Grimshaw, J., Eccles, M., Thomas, R., MacLennan, G., Ramsay, C., Fraser, C., et al. (2006). Toward evidence-based quality improvement: Evidence (and its limitations) of the effectiveness of guideline dissemination and implementation strategies 1966–1998. *Journal of General Internal Medicine*, 21(Suppl. 2), S14–S20.
- Grimshaw, J., Shirran, L., Thomas, R., Mowatt, G., Fraser, C., Bero, L., et al. (2001). Changing provider behavior: An overview of systematic reviews of interventions. *Medical Care*, 39(5), 112–145.
- Grimshaw, J. M., Thomas, R. E., MacLennan, G., Fraser, C., Ramsay, C. R., Vale, L., et al. (2004). Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technology Assessment*, 8(6), 1–72.
- Grinspun, D., Virani, T., Bajnok, I. (2002). Nursing best practice guidelines: The RNAO project. *Hospital Quarterly*, 5(2), 56–59.
- Grol, R., Wensing, M., & Eccles, M. (2005). *Improving patient care: The implementation of change in clinical practice*. London, UK: Elsevier Butterworth Heinemann.
- Groll, D., Davies, B., MacDonald, J., Nelson, S., & Virani, T. (2010). Evaluation of the psychometric properties of the phlebitis and infiltration scales for the assessment of complications of peripheral vascular access devices. *Journal of Infusion Nursing*, 33(6), 385–390.
- Gupta, S., Bhattacharyya, O. K., Brouwers, M. C., Estey, E. A., Harrison, M. B., Hernandez, P., et al. (2009). Canadian Thoracic Society: Presenting a new process for clinical practice guideline production. *Canadian Respiratory Journal*, 16(6), e62–e68.
- Hakkennes, S., & Dodd, K. (2008). Guideline implementation in allied health professions: A systematic review of the literature. *Quality & Safety in Health Care*, 17(1), 296–300.
- Hakkennes, S., & Green, S. (2006). Measures for assessing practice change in medical practitioners. *Implementation Science*, 1, 29–38.
- Hanney, S. R., Gonzalez-Block, M. A., Buxton, M. J., & Kogan, M. (2002). The utilization of health research in policy-making: Concepts, examples and methods of assessment. *Health Research Policy and Systems*, 1, 2.
- Harrison, M. B., Graham, I. D., & Fervers, B. (2009). Adapting knowledge to a local context. In S. Straus, J. Tetroe, & I. D. Graham (Eds.) *Knowledge translation in healthcare: Moving from evidence to practice* (pp. 73–82). Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
- Health Canada. (2008). Best practices - Treatment and rehabilitation for seniors with substance use problems. Retrieved from http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/adp-apd/treat_senior-trait_ainee/background-contexte-eng.php
- Henderson, J. A., Davies, J., & Willet, R. M. (2006). The experience of Australian project leaders in encouraging practitioners to adopt research evidence in their clinical practice. *Australian Health Review*, 30(4), 474–484.
- Higuchi, K., Davies, B., Edwards, N., Ploeg, J., & Virani, T. (2011). Implementation of clinical guidelines for adults with asthma and diabetes: A three year follow-up evaluation of nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, 20(9–10), 1329–1338.
- Hutchinson, A. M., & Johnston, L. (2006). Beyond the barriers scale: Commonly reported barriers to research use. *Journal of Nursing Administration*, 36(4), 189–199.
- Isett, K.R.; Burnam, M.A.; Coleman-Beattie, B.; Hyde, P.S.; Morrissey, J.P.; Magnabosco, J.; Rapp, C.A.; Ganju, V. &

- Goldman, H.H. (2007). The state policy context of implementation issues for evidence-based practices in mental health. *Psychiatric Services* 58: 914-21.
- Jamtvedt, G., Young, J. M., Kristoffersen, D. T., O'Brien, M. A., & Oxman, A. D. (2006). Audit and feedback: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD000259.
- Kawamoto, K., Houlihan, C. A., Balas, E. A., & Lobach, D. F. (2005). Improving clinical practice using clinical decision support systems: A systematic review of trials to identify features critical to success. *British Medical Journal*, 330, 765.
- Kitson, A., & Straus, S. E. (2010). The knowledge-to-action cycle: Identifying the gaps. *Canadian Medical Association Journal*, 182(2), E73-E77.
- Knowles, M. S. (1988). *The modern practice of adult education. Andragogy versus pedagogy*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall/Cambridge.
- Krugman, M. (2003). Evidence-based practice: The role of staff development. *Journal of Nurses in Staff Development*, 19(6), 279-285.
- Landry, R., Lamari, M., & Amara, N. (2003). The extent and determinants of the utilization of university research in government agencies. *Public Administration Review*, 63(2), 192-205.
- Larsen, J. (1980). Knowledge utilization: What is it? *Knowledge: Creation, Diffusion, Utilization*, 1(3), 421-442.
- Lawrence, D. J., Polipnick, J., & Colby, E. (2008). Barriers to and opportunities for the implementation of best practice recommendations in chiropractic: Report of a focus group. *Journal of Allied Health*, 37(2), 82-89.
- Legare, F. (2009). Assessing barriers and facilitators to knowledge use. In S. Straus, J. Tetore, & I. D. Graham (Eds.). *Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice* (pp. 83-93). Oxford, UK: Wiley-Blackwell/BMJ Books.
- Loisel, P., Buchbinder R., Hazard R., Keller R., Scheel, I., van Tulderand, M., & Webster B. (2005). Prevention of Work Disability Due to Musculoskeletal Disorders: The Challenge of Implementing Evidence. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 507-524.
- Maher, L., Gustafson, F., & Evans, A. (2010). *NHS sustainability model and guide*. London, UK: National Health Service Institute for Innovation and Improvement.
- Marchionni, C., & Richer, M. C. (2007). Using appreciative inquiry to promote evidence-based practice nursing: The glass is more than half full. *The Canadian Journal of Nursing Leadership*, 20(3), 86-97.
- Mazmanian, P. E., Davis, D. A., & Galbraith, R. (2009). Continuing medical education effect on clinical outcomes. Effectiveness of continuing medical education: American College of Chest Physicians Evidence-Based Educational Guidelines. *Chest*, 135(3), 495-555.
- McKinlay, E., McLeod D., Dowell, A., & Marshall C. (2004). Clinical practice guidelines' development and use in New Zealand: an evolving process. *Journal of the New Zealand Medical Association*, 117(1199),
- Miles, S., Valovirta, E., & Frewer, L. J. (2006). Communication needs and food allergy: An analysis of stakeholder views. *British Food Journal*, 108(9), 795-802.
- Morris, Z. S., & Clarkson, P. J. (2009). Does social marketing provide a framework for changing healthcare practice? *Health Policy*, 91(2), 135-141.
- Nowak, G., Cole, G., Kirby, S., Freimuth, V., & Caywood, C. (1998). The application of "integrated marketing communications" to social marketing and health communication: Organizational challenges and implications. *Social Marketing Quarterly*, 4(4), 12-16.
- O'Brien, M. A., Rogers, S., Jamtvedt, G., Oxman, A. D., Odgaard-Jensen, J., Kristoffersen, D. T., et al. (2007). Educational outreach visits: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Review*, 4, CD000409.

- Oxman, A. D., Thomson, M. A., Davis, D. A., & Haynes, R. B. (1995). No magic bullets: A systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *Canadian Medical Association Journal*, 153(10), 1423–1431.
- Ploeg, J., Davies, B., Edwards, N., Gifford, W., & Miller, E. P. (2007). Factors influencing BPG implementation: Lessons learned from administrators and project leaders. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4(4), 210–219.
- Ploeg, J., Skelly, J., Rowan, M., Edwards, N., Davies, B., Grinspun, D., Bajnok, I., Downey, A. (2010) The Role of Nursing Best Practice Champions in Diffusing Practice Guidelines: A Mixed Methods Study. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. Retrieved July 18, 2012 from [http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/\(ISSN\)1741-6787/earlyview](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/(ISSN)1741-6787/earlyview)
- Prior, M., Gurein, M., & Grimmer-Somers, K., (2008). The effectiveness of clinical guideline implementation strategies: A synthesis of systematic review findings. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14(5), 888–897.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2008). Oral health: Nursing assessment and interventions. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario. Retrieved April 17, 2012, from http://www.rnao.org/Storage/50/4488_Oral_Health-Jan9.09-web.pdf.
- Rich, R. F. (1991). Knowledge creation, diffusion, and utilization: Perspectives of the founding editor of *Knowledge: Creation, Diffusion, Utilization*, 12(3), 319–337.
- Richens, Y., & Rycroft-Malone, J. (Eds.). (2004). Getting guidelines into practice: A literature review. *Nursing Standard*, 18(50), 33–40.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of Innovations* (5th ed). New York, NY: Free Press.
- Rycroft-Malone, J., & Bucknall, T. (2010). Models and frameworks for implementing evidence-based practice: Linking evidence to action. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell.
- Schein, E. H. (1996). Kurt Lewin's change theory in the field and in the classroom: Notes toward a model of managed learning. *Systems Practice and Action Research*, 9(1), 27–47.
- Segesten, K. (2004). Evidence-based educational strategies for evidence-based nursing: A literature overview. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies*, 24, 44–47.
- Shojania, K. G., Jennings, A., Mayhew, A., Ramsay, C. R., Eccles, M. P., & Grimshaw, J. (2009). The effects of on-screen, point of care computer reminders on processes and outcomes of care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD001096.
- Siddiqi, K., Newell, J., & Robinson, M. (2005). Getting evidence into practice: What works in developing countries? *International Journal for Quality in Health Care*, 17(5), 447–454.
- Singleton, J., & Levin, R. (2008). Strategies for learning evidence-based practice: Critically appraising clinical practice guidelines. *Journal of Nursing Education*, 47(8), 380–383.
- Shekelle, P., Ortiz, E., Rhodes, S., Morton, S., Eccles, M., Grimshaw, J. & Woolf, H. (2001). Validity of the Agency for Healthcare Research and Quality Clinical Practice Guidelines. *Journal of the Advanced Medical Association*, 286(12), 1461-1467.
- Skinner, K. (2007). Developing a tool to measure knowledge exchange outcomes. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 22(1), 49–73.
- Squires, J., Estabrook, C., Gustavsson, P., & Wallin, L. (2011). Individual determinants of research utilization by nurses: A systematic review update. *Implementation Science*, 6(1), 1–20.
- Stacey, D., O'Connor, A., Graham, I. D., & Pomey, M. P. (2006a). Randomized controlled trial of the effectiveness of an intervention to implement evidence-based patient decision support in a nursing call centre. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 12(8), 410–415.

- Stacey, D., Pomey, M. P., O'Connor, A., & Graham, I. D. (2006b). Adoption and sustainability of decision support for patients facing health decisions: An implementation case study in nursing. *Implementation Science*, 1, 17.
- Straus, S., Tetroe, J., Graham, I. D., Zwarenstein, M., & Bhattacharyya, O. (2009). Monitoring and evaluating knowledge. In: S. Straus, J. Tetroe, & I. D. Graham (Eds.). *Knowledge translation in health care* (pp. 151–159). Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
- Sudsawada, P. (2007). *Knowledge translation. Introduction to models, strategies, and measures*. Austin, TX: Southwest Educational Development Laboratory, National Center for the Dissemination of Disability Research.
- The ADAPTE Collaboration. (2009). *The ADAPTE process: Resource Toolkit for guideline adaptation. Version 2.0*. Retrieved November 29, 2011, from <http://www.g-i-n.net>.
- The AGREE II Collaboration. (2009). *Appraisal of guidelines for research and evaluation: AGREE II instrument*. Retrieved Dec 10, 2011, from <http://www.agreetrust.org>.
- The AGREE II Collaboration (2003). Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: The AGREE II project. *Quality & Safety in Health Care*, 12, 18–23.
- Thomas, L. H., Cullum, N. A., McColl, E., Rousseau, N., Soutter, J., & Steen, N. (1999). Guidelines in professions allied to medicine. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD000349.
- Thomason, S. S., Evitt, P. C., Harrow, J. J., Love, L., Moore, A. M., Mullins, M. A., et al. (2006). Providers' perception of spinal cord injury pressure ulcer guidelines. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 30(2), 117–126.
- Thompson, S. D., O'Leary, K., Jensen, E., Scott-Findlay, S., O'Brien-Pallas, L., & Estabrooks, A. C. (2006). The relationship between busyness and research utilization: It is about time. *Journal of Clinical Nursing*, 17(4), 539–548.
- Van der Wees, P. J., Jamtvedt, G., Rebbeck, T., De Bie, R. A., Dekker, J., & Hendriks, E. J. M. (2008). Multifaceted strategies may increase implementation of physiotherapy clinical guidelines: A systematic review. *The Australian Journal of Physiotherapy*, 54(4), 233–244.
- Varvasovsky, Z., & Brugha, R. (2000). How to do (or not to do) a stakeholder analysis. *Health Policy and Planning*, 15(3), 338–345.
- Veloski, J., Boex, J. R., Grasberger, M. J., Evans, A., & Wolfson, D. B. (2006). Systematic review of the literature on assessment, feedback and physicians' clinical performance: BEME Guide No. 7. *Medical Teacher*, 28(2), 117–128.
- Vink, P., Imada, A. S., & Zink, K. J. (2008). Defining stakeholder involvement in participatory design processes. *Applied Ergonomics*, 39(4), 519–526.
- Virani, T., Lemieux-Charles, L., Davis, D., & Berta, W. (2009). Sustaining change: Once evidence-based practices are transferred, what then? *Healthcare Quarterly*, 12(1), 89–96.
- Weinmann, S., Koesters, M., & Becker, T. (2007). Effects of implementation of psychiatric guidelines on provider performance and patient outcome: A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(6), 420–433.
- Weinreich, N. K. (2000). *What is social marketing?* Los Angeles, CA: Weinreich Communications. Retrieved April 17, 2012, from www.social-marketing.com.
- Weiss, C. H. (1979). The many meanings of research utilization. *Public Administration Review*, 39(5), 426–431.
- Wensing, M., Van der Weijden, T., & Grol, R. (1998). Implementing guidelines and innovations in general practice: Which interventions are effective? *British Journal of General Practice*, 48(427), 991–997.

Anexo A: Revisión y actualización de la Herramienta

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario propone actualizar la Herramienta de implantación de la siguiente manera:

1. Tras la difusión, la Herramienta será revisada por un grupo de especialistas (Equipo de revisión) en el área temática, cada cinco años después de la última serie de revisiones.
2. Durante la publicación y revisión, el personal de la RNAO buscará nuevas revisiones sistemáticas y ECAs sobre el tema. Esta revisión se llevará a cabo de forma regular.
3. En base a los resultados de la revisión regular, el personal puede recomendar una revisión anticipada. Una consulta adecuada con los miembros del equipo original y otros especialistas en el tema ayudará a la decisión de revisar la Herramienta antes del plazo de cinco años.
4. Tres meses antes de la revisión de los cinco años, el personal de la RNAO comenzará el proceso de planificación de la siguiente manera:
 - a. Se invitarán a especialistas en el tema a participar en el equipo de revisión de la Herramienta. El equipo de revisión estará compuesto por miembros del equipo original, así como por otros especialistas recomendados.
 - b. Se compilarán los comentarios recibidos, la dudas planteadas durante la fase de difusión y los comentarios y experiencias de los centros de implantación.
 - c. Se compilarán los nuevos conocimientos sobre el tema, las revisiones sistemáticas, los metaanálisis, revisiones técnicas, ECAs y otra literatura relevante.
 - d. Se establecerá un plan de acción detallado con plazos de entrega.

La Herramienta revisada se difundirá a partir de las estructuras y procesos determinados.

Anexo B: Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda utilizada durante el desarrollo de este documento se centra en la implantación de guías dentro del área de la salud. Una de las estrategias fue la búsqueda estructurada en páginas web para identificar las buenas prácticas publicadas sobre el tema de la implantación de guías a partir de enero de 2003. La segunda estrategia fue la revisión de la literatura para identificar estudios primarios, metaanálisis, estudios cualitativos y cuantitativos, literatura gris y revisiones sistemáticas publicadas sobre el tema entre enero de 2002 y abril de 2011.

Paso 1: Búsqueda de la Herramienta de implantación de guías

En enero de 2008, una persona buscó una lista de páginas web de contenido relacionado con el área temática. Esta lista de páginas web fue agrupada en base a las prácticas basadas en la evidencia, bases de datos de implantación de guías y recomendaciones de la literatura. Se registró para cada página web la presencia o ausencia de herramientas de implantación, así como la fecha de la búsqueda. Las páginas web, a veces, no albergan las herramientas de implantación pero mencionan otra página web o recursos para la obtención de la herramienta de implantación. Se descargaron las herramientas completas, si estaban disponibles, o se pidieron por correo electrónico.

- Change Foundation: <http://www.changefoundation.ca/>
- Abstracts for Cochrane Reviews: <http://www.thecochranelibrary.com>
- Alberta Heritage Foundation for Medical Research Health Technology Assessment Publications: <http://www.aihealthsolutions.ca>
- Agency for Healthcare Research and Quality: <http://www.ahrq.gov/>
- American Nephrology Nurses Association: <http://www.annanurse.org>
- Annals of Internal Medicine: <http://www.annals.org/>
- Bandolier Journal: <http://www.jr2.ox.ac.uk>
- British Columbia Office of Health Technology Assessment: <http://www.chspr.ubc.ca/>
- British Columbia Council on Clinical Practice Guidelines: <http://www.bcguidelines.ca/>
- Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment: <http://www.ccohta.ca/>
- Canadian Health Network: <http://www.canadian-health-network.ca/>
- Canadian Institute for Health Information: <http://secure.cihi.ca>
- Centers for Disease Control and Prevention: <http://www.cdc.gov/>
- Centre for Evidence-Based Mental Health: <http://cebmh.com/>
- Clinical Evidence: <http://www.clinicalevidence.org>
- CMA Infobase: Clinical Practice Guidelines: <http://www.cma.ca/>
- Commission on the Future of Health Care in Canada: <http://www.hc-sc.gc.ca>
- CREST: <http://www.crestni.org.uk/>
- Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness: <http://www.crd.york.ac.uk>
- Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study: <http://www.dopps.org>
- Evidence-based On-Call: <http://www.eboncall.org/>
- European Observatory on Health Care for Chronic Conditions, World Health Organization: <http://www.who.int>
- Guideline Advisory Committee: <http://www.gacguidelines.ca/>
- Guidelines International Network: <http://www.g-i-n.net>
- Health-Evidence.ca: <http://health-evidence.ca>
- Campbell Collaboration <http://www.gacguidelines.ca/>
- Institute for Clinical Evaluative Sciences <http://www.ices.on.ca>
- Institute for Clinical Systems Improvement <http://www.icsi.org>

- Joanna Briggs Institute for Evidence-Based Nursing & Midwifery (Australia): <http://www.joannabriggs.edu.au>
- Medic8.com: <http://www.medic8.com/>
- Monash University Centre for Clinical Effectiveness: <http://www.mihsr.monash.org>
- National Electronic Library for Health: <https://www.evidence.nhs.uk>
- National Guideline Clearinghouse: <http://www.guidelines.gov/>
- National Institute for Clinical Evidence: <http://www.nice.org.uk>
- New Zealand Guidelines Group: <http://www.nzgg.org.nz/>
- United States National Institute of Health Consensus Development Program: <http://consensus.nih.gov>
- National Library of Medicine, Health Services/Technology Assessment: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Nursing and Midwifery Practice Development Unit: <http://www.riotinto.com/>
- PEDro: The Physiotherapy Evidence Database: <http://www.pedro.org.au/>
- Periodic Task Force on Preventive Health Care: <http://www.ctfphc.org/>
- Royal College of General Practitioners: <http://www.rcgp.org.uk>
- Royal College of Nursing: <http://www.rcn.org.uk/>
- Journal of Issues in Nursing: <http://www.nursingworld.org/>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network: <http://www.sign.ac.uk/>
- SUMSearch: <http://sumsearch.uthscsa.edu/>
- The Qualitative Report: <http://www.nova.edu>
- TRIP Database: <http://www.tripdatabase.com/>
- Department of Medicine, University of California, San Francisco: <http://medicine.ucsf.edu>
- University of Laval Evidence-Based Practice Website Directory – no website found
- Virginia Henderson International Nursing Library: <http://www.nursinglibrary.org>

Paso 2 – Búsqueda en Internet con motores de búsqueda

Además, se llevó a cabo a través del motor de búsqueda “Google” una búsqueda de webs sobre herramientas de implantación de guías, utilizando los siguientes términos de búsqueda:

- Implantación de guías
- Implantación
- Innovación institucional
- Cambio institucional
- Investigación en implantación
- Difusión de la implantación

Una persona llevó a cabo esta búsqueda registrando los resultados de la búsqueda, las páginas web analizadas, la fecha en la que se visitó y un resumen de los resultados. Los resultados de la búsqueda fueron integrados en una lista de páginas web de implantación de guías de contenido relacionado con el tema.

Paso 3 – Búsqueda manual/Contribuciones del equipo

También se pidió a los miembros del equipo y a los miembros del comité asesor que revisaran sus archivos personales para identificar las herramientas de implantación de las guías que no se habían encontrado previamente a través de las estrategias de búsqueda anteriores. Las herramientas de implantación identificadas por los miembros del equipo se contrastaron con la lista establecida de páginas web de implantación de guías y, las que todavía no se habían identificado en la búsqueda previa y cumplían los criterios de inclusión, se integraron en la lista de herramientas de implantación de guías.

De las estrategias de búsqueda descritas anteriormente se rescataron 34 herramientas relacionadas con el tema de la implantación de guías, que cumplían los siguientes criterios:

- Publicado en inglés, de alcance internacional
- Desarrolladas no antes de 2003
- Sobre el área temática estrictamente
- Basada en la evidencia (que contenga referencias, descripción de la evidencia, fuentes de evidencia)
- Disponible y accesible para su recuperación

Como parte de la revisión de la evidencia, el equipo de desarrollo de la guía llevó a cabo una evaluación crítica de las 34 herramientas/documentos recuperados sobre la implantación de guías de salud, según su amplitud de aplicación (generalización en todos los sectores, contextos geográficos), según la fuerza de la evidencia (existencia de evidencia científica -validez de contenido- y opinión de expertos -validez del diseño-), según la capacidad de implantación con unas consecuencias razonables de coste/esfuerzo y según los fundamentos teóricos.

Paso 4: Revisión de la literatura

Un documentalista de una universidad de ciencias de la salud, llevó a cabo una búsqueda en bases de datos en busca de evidencia relacionada con la implantación de guías. En enero de 2011 se llevó a cabo una búsqueda en las bases de datos MEDLINE, Embase y CINAHL para estudios primarios y revisiones sistemáticas publicados desde enero de 2003 hasta noviembre de 2010, utilizando los términos de búsqueda originales que se encuentran en la Herramienta de 2002, además de otros términos: creación de conocimiento, desarrollo de programa, desarrollo profesional, planificación de programa, implantación de programa, indicadores clínicos, coherencia interna, criterios de evaluación, práctica de enfermería basada en la evidencia, formación en gestión de casos, toma de decisiones, evaluación clínica, programas de gestión de cuidados, actitud de cambio, adherencia a las guías, puntos de referencia, resultados de procesos, utilización de guías de práctica, cumplimiento profesional, medidas de resultado y práctica basada en la evidencia, medidas de resultado y guías, indicadores de resultados y práctica basada en la evidencia, indicadores de resultado y guías, resultados métricos y práctica basada en la evidencia y resultados métricos y guías.

También se pidió a los miembros del equipo de desarrollo de las guías que revisaran sus archivos personales para identificar literatura centinela clave sobre el tema, para garantizar la captación en la búsqueda bibliográfica. Siguiendo las instrucciones del equipo de consenso, se realizaron búsquedas de literatura suplementaria cuando fueron necesarias. Se estructuró la búsqueda para recuperar la evidencia aplicable a las ocho etapas del Marco de Conocimiento para la Acción:

1. Identificación del problema: identificar, revisar y seleccionar conocimiento
2. Adaptación al contexto local
3. Evaluación de las barreras para el uso del conocimiento
4. Selección, adaptación e implantación de las intervenciones
5. Mantenimiento del uso del conocimiento
6. Monitorización del uso del conocimiento
7. Evaluación de los resultados
8. Participación de los colaboradores

Resultados de la búsqueda:

La estrategia de búsqueda descrita anteriormente dio como resultado la recuperación de más de 7.000 resúmenes sobre la implantación de guías. Dos ayudantes de investigación revisaron estos resúmenes con el fin de identificar duplicidades y evaluar los criterios de inclusión y exclusión establecidos por el equipo. Los miembros del equipo realizaron una revisión de los resúmenes incluidos que dieron lugar a un total de 290 artículos, cuantitativos, cualitativos y textuales, que se incluyeron en la revisión de la Herramienta de la RNAO: Implantación de las guías de buenas prácticas.

Anexo C: Glosario

Adaptación de la guía: un “enfoque sistemático para considerar la aprobación o la modificación de guías producidas en un entorno diferente, cuando se van a aplicar e implantar en otro entorno, como alternativa al desarrollo de una guía nueva a nivel local o como un primer paso en el proceso de implantación, preservando los principios basados en la evidencia.” (Fervers, 2011, p. 229).

Análisis de partes interesadas: en relación con la implantación de las guías de buenas prácticas, el análisis de las partes interesadas es un método para generar información acerca de las partes interesadas, con el fin de ayudar al equipo de implantación a entender su comportamiento, planes, relaciones e intereses. Este conocimiento puede ayudar a determinar el apoyo, recursos e influencias que las partes interesadas pueden ejercer.

Auditoría y feedback: un resumen del desempeño clínico que puede incluir recomendaciones para la acción reunidas en un periodo de tiempo concreto, que se utiliza para aumentar la concienciación del grupo sobre su práctica o la de otros. La información se puede obtener de las historias clínicas, las bases de datos informatizadas o de las observaciones de los pacientes/clientes/residentes (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group; 2002).

Barrera: cualquier concepto real o percibido que interfiere con una intervención para el cambio (W. Gifford Personal communication January 2011); Ferlie E. and Shortell, S. (2001).

Buenas prácticas clínicas: declaraciones desarrolladas de forma sistemática que ayudan a los profesionales de la salud y a los usuarios/pacientes en la toma de decisiones relacionadas con un plan de cuidados adecuado para circunstancias clínicas específicas (Field & Lohr, 1990).

Conocimiento “adherido”: el conocimiento está inherentemente arraigado y es difícil de mover. La adherencia es un producto del proceso de transferencia y puede predecirse mediante el examen de una serie de condiciones relacionadas con el conocimiento, su fuente y el contexto de la transferencia y las características del receptor. (Virani, Lemieux-Charles, Davis, & Berta, 2009).

Decaimiento: disminución en la aplicación de las recomendaciones de las GBPs a lo largo del tiempo. (Buchanan, Fitzgerald & Ketley. 2007).

Encuestas: obtención de conocimiento mediante la recogida de información utilizando, normalmente, cuestionarios estructurados con escalas de clasificación. Las encuestas se pueden llevar a cabo en persona, por teléfono o vía internet (Dillman, 2007).

Entrevistas: la obtención de conocimientos preguntando a las personas sobre sus experiencias, actitudes o comportamientos. En la investigación cualitativa, las preguntas son abiertas; en la investigación cuantitativa son, habitualmente, muy estructuradas con opciones de respuesta predeterminadas.

Estructura: aquello que se necesita para realizar el cambio (p.ej. equipamiento, suministros, instalaciones).

Expansión: proceso mediante el cual se adoptan en un contexto nuevos métodos de trabajo desarrollados en otro contexto institucional, con las modificaciones apropiadas (Davies & Edwards, 2009). Ampliación de la implantación de las GBPs a otras instituciones como hospitales, atención primaria o centros académicos.

Extensión: proceso mediante el cual se adoptan en un contexto nuevos métodos de trabajo desarrollados en otro contexto institucional, con las modificaciones apropiadas (Davies & Edwards, 2009).

Fiabilidad: la medida en que una herramienta de recogida de datos mide de forma consistente el mismo atributo para el que está diseñada, o la medida en que los resultados pueden ser replicados.

Facilitador: factores que pueden promover o ayudar a implantar la toma de decisiones compartida en la práctica clínica (Legar, 2009).

Guías de buenas prácticas de RNAO (GBPs): la RNAO es el nombre de una institución única en relación a las guías de prácticas. Hay dos corrientes de GBPs: 1) clínicas y 2) entornos laborales saludables. Este trabajo está dirigido por la RNAO, con la financiación del Ministerio de Salud y Cuidados Crónicos y el apoyo de Health Canada, Oficina de política enfermera (RNAO website, 2008).

Guía fuente: una guía “seleccionada para someterse a evaluaciones de calidad, vigencia, contenido, consistencia y aceptabilidad/aplicabilidad, y en la que se puede basar una guía adaptada.” (The ADAPTE Collaboration, 2009).

Grupos focales: la obtención de conocimientos mediante la entrevista a un grupo de personas sobre sus experiencias, actitudes o comportamientos relacionados con un tema.

Institucionalización: la permanencia relativa del cambio en una organización, de manera que se convierte en parte de las actividades diarias o de las prácticas habituales (Davies & Edwards, 2009).

Intervenciones estructurales: son posibles una serie de intervenciones estructurales que incluyen: cambiar el lugar de la prestación de servicios, cambios en la estructura física, instalaciones y equipos, cambios en los sistemas de registros de los pacientes, mecanismos de monitorización de la calidad, estado de la propiedad, acreditación y afiliación y cambios en la organización del personal de la institución (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group; 2002).

Intervenciones institucionales: las intervenciones institucionales incluyen la revisión de los roles profesionales, la revisión de los equipos multidisciplinares, la integración de los servicios, los cambios en la combinación de habilidades, la continuidad de los cuidados, las intervenciones para mejorar las condiciones de trabajo, la comunicación y la discusión de casos (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group; 2002).

Intervenciones mediadas por pacientes: nueva información clínica (no disponible previamente) recogida de forma directa de los pacientes y proporcionada a los profesionales, p.ej. puntuaciones de depresión de un instrumento (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group; 2002).

Liderazgo institucional: una estrategia institucional; el liderazgo es un proceso multidimensional de influencia que posibilita a las enfermeras el uso en la práctica clínica de la evidencia basada en la investigación, e incluye comportamientos y actividades de los gestores que ejercen influencia directa o indirecta en las personas, en su entorno y en las infraestructuras de la institución (Gifford, Davies, Edwards, Griffin, & Lybanon, 2007).

Líderes de opinión locales: profesionales identificados o propuestos por sus colegas como influyentes en la formación. Pueden influir en los demás para cambiar comportamientos (Registered Nurses Association of Ontario; 2002).

Marketing: el uso de la entrevista personal, grupo de discusión, grupos focales, o una encuesta orientada a profesionales para identificar barreras para el cambio y el posterior diseño de una intervención que aborda las barreras identificadas (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group; 2002).

Marketing social: la “aplicación de los conceptos y herramientas de marketing procedentes del sector privado a los programas diseñados para influir en el comportamiento voluntario de los destinatarios para conseguir objetivos sociales.” (Andreason, 2004, p. 56).

Materiales formativos: recomendaciones para el cuidado clínico publicadas o impresas; incluye las guías de práctica clínica, materiales audiovisuales y publicaciones electrónicas. Los materiales pueden entregarse personalmente o por envíos masivos de correos electrónicos. (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group, 2002)

Medios de comunicación: utilización variada de las comunicaciones para llegar al mayor número de destinatarios; los medios de comunicación incluyen televisión, radio, periódicos, pósteres, folletos y cuadernillos, sólo o en combinación con otras intervenciones (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group; 2002).

Memoria institucional: el almacenamiento o integración del conocimiento en diferentes reservas de conocimiento en la institución. Por ejemplo: formación formal del personal, contenido de la formación, instrucciones y recordatorios integrados en los sistemas de documentación clínica y en los manuales de política y procedimientos, competencias formales e indicadores de desempeño (p.ej. recursos de enfermería asignados a la asistencia) (Virani, Lemieux-Charles, Davis, & Bert, 2009).

Observación: la obtención de conocimiento a través de los sentidos (p.ej. visual, auditivo) o el registro de datos utilizando instrumentos científicos.

Partes interesadas: una parte interesada es un individuo, grupo y/o institución con un interés creado directo en la decisión de implantar una guía de buenas prácticas (Baker, Ogden, Prapaipanich, Keith, Beattie, & Nickleson, 1999). Las partes interesadas incluyen individuos o grupos que se verán afectados directa o indirectamente por la implantación de la guía de buenas prácticas.

Proceso: cómo se debe cambiar el sistema para implantar la práctica.

Procesos de consenso local: la inclusión de los profesionales involucrados en las discusiones para garantizar que están de acuerdo en que el problema clínico elegido es importante y el enfoque propuesto es apropiado (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group; 2002).

Recaída: vuelta a formas anteriores de trabajo (Davies, B. & Edwards, 2009).

Recordatorios: información específica sobre el paciente/residente o sobre las consultas, proporcionada de forma verbal, en papel o mediante medios electrónicos, para que los profesionales de la salud recuerden la información de forma rápida y realicen o eviten alguna acción que ayude a los cuidados. Los recordatorios se pueden incorporar en la formación, la documentación y en la interacción con compañeros o en sistemas de apoyo a las decisiones asistidos por ordenador (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group; 2002).

Recursos: los requisitos financieros, humanos o en especie necesarios para alcanzar los objetivos señalados en el plan de acción.

- Los recursos financieros incluyen la financiación necesaria para cubrir los costes financieros de las actividades de implantación (p.ej. compra de equipos, financiar viajes).
- Recursos humanos son los individuos necesarios para llevar a cabo las actividades de implantación (p.ej. coordinador del proyecto, especialista en tecnología de la información).
- Recursos en especie son formas de apoyo no monetarias como aquellas proporcionadas por el acceso a bienes y servicios (p.ej. la institución proporciona acceso a Internet y/o servicios de biblioteca).

Resultados: las consecuencias de una puesta en marcha o iniciativa (Donabedian, 1988).

Resultados o impacto sobre el efecto: los cambios que ocurren como resultado del cambio en la práctica clínica. Estos suceden en cualquiera de los siguientes niveles: pacientes, clínico, profesionales de la salud, unidad, institucional o sistema (Graham et al., 2010; Hakkennes & Green 2006).

Reuniones formativas: clases, conferencias, talleres o prácticas (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group 2002). Las reuniones pueden incluir métodos de participación de los alumnos, como los debates y participación activa (p.ej. tareas de trabajo en grupos, aprendizaje basado en problemas, etc.). (Registered Nurses Association of Ontario. 2002).

Rutinización: cuando una innovación se integra en las actividades regulares y pierde su identidad. P.ej. se requiere que a todos los pacientes se les evalúe el riesgo de caídas y se registre en el plan de cuidados (Davies & Edwards, 2009).

Sensibilidad y especificidad: dos características frecuentemente referidas de las herramientas y tests diagnósticos. La sensibilidad se define como lo bueno que es el test en la detección de quién tiene enfermedad. La especificidad se define como lo bueno que es el test en la detección de quién no tiene enfermedad.

Sostenibilidad: el grado en que una innovación se sigue utilizando después de los esfuerzos iniciales para asegurar que la adopción está completa (Rogers, 2003). Maher et al. (2010) desarrolló sistemáticamente un modelo y un sistema de evaluación de diagnóstico, y ofrece la siguiente definición: “Cuando las nuevas formas de trabajo y de mejoras de resultados se convierten en la norma. No solo son procesos y resultados cambiados, también los pensamientos y actitudes detrás de ellos están fundamentalmente alterados y los sistemas que los rodean se transforman en apoyo al cambio.” (Maher et al., 2010, p. 1).

Suspensión: la decisión de detener la implantación de las recomendaciones de las GBPs. Son muchos los factores que pueden afectar a esta decisión, como otras prioridades y recursos financieros.

Uso del conocimiento: uso de la evidencia en la que se basa la práctica; normalmente se clasifica en uso del conocimiento conceptual, uso del conocimiento comportamental o uso del conocimiento estratégico (Graham et al., 2006).

Uso del conocimiento conceptual: conocimiento que modela o influye en la manera en que los profesionales y gestores se plantean cuestiones y actitudes (Beyer & Trice, 1982; Dunn, 1983; Estabrooks, 1999; Graham, Bick, Tetroe, Straus, & Harrison, 2010; Larsen, 1980; Rycroft-Malone & Bucknall, 2010; Weiss, 1979). Este término se utiliza para describir la comprensión e interiorización del conocimiento y la información por los profesionales.

Uso del conocimiento estratégico (uso del conocimiento simbólico): uso del conocimiento o datos (p.ej. resultados de investigaciones) para persuadir a otros de que deben apoyar nuestros puntos de vista o decisiones. Esto puede o no llevar a un uso conceptual o comportamental de ese conocimiento por otros (Beyer & Trice, 1982; Dunn, 1983; Estabrooks, 1999; Graham, Bick, Tetroe, Straus, & Harrison, 2010; Larsen, 1980; Rycroft-Malone & Bucknall, 2010; Weiss, 1979).

Uso del conocimiento instrumental o del comportamiento (Aplicación del conocimiento): conocimiento que es aplicado en la práctica y que, como resultado, influye en la acción o el comportamiento (Beyer JM & Trice HM 1982; Dunn WN 1983; Estabrooks C 1999; Graham et al 2010; Larsen J 1980; Rycroft-Malone, J. & Bucknall T 2010, Weiss CH 1979).

Validez: el grado en que una herramienta de recogida de datos mide de modo preciso lo que pretende medir.

Visitas de carácter formativo: visitas individualizadas de facilitadores enfermeras, farmacéuticos e investigadores estudiantes u otros al profesional que presta cuidados en su entorno de la práctica para proporcionar información, con la intención de cambiar la práctica de los proveedores de cuidados (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group, 2002).

Anexo D: El Marco del Proceso ADAPTE

Se ha incluido el Marco ADAPTE para aquellos entornos de la práctica que pueden requerir orientación adicional para la adaptación de las guías utilizadas en un contexto cultural y/o sector diferente. Esta adaptación no será necesaria para todos los entornos de la práctica.

Principios básicos del proceso de adaptación de guías ADAPTE

(ADAPTE Collaboration, 2009)

- Respeto por los principios basados en la evidencia del desarrollo de la guía
- Métodos fiables y coherentes para garantizar la calidad de la guía adaptada
- Enfoque participativo, involucrando a todos los colaboradores, para facilitar la aceptación y utilización de la guía
- La consideración explícita del contexto durante la adaptación para asegurar la importancia para la práctica local
- Transparencia informativa para promover la confianza en las recomendaciones de la guía adaptada
- Formato flexible para dar cabida a las necesidades y circunstancias específicas
- Rendición de cuentas a la fuente principal de la guía

Figura 1: Esquema del marco del proceso ADAPTE

Reproducido con el permiso de BMJ Publishing Group Ltd.:

Fervers, B., Burgers, J. S., Voellinger, R., Brouwers, M., Browman, G. P., & Graham, I. D. (2011). Guideline adaptation: an approach to enhance efficiency in guideline development and improve utilisation. *BMJ Quality and Safety*, 20, 228–236.

El Marco ADAPTE se compone de tres fases

1. Se refiere a las actividades de la fase de la puesta en marcha relacionadas con la preparación para el inicio del proceso de adaptación de la guía.
2. Se refiere a la fase de adaptación que trabaja para seleccionar y adaptar la implantación de la guía.
3. Se refiere a la fase de finalización con la revisión externa y la sostenibilidad de la guía adaptada.

A continuación se muestra una visión general de cómo se puede aplicar el Marco ADAPTE (ADAPTE Collaboration, 2009) para adaptar la guía existente al contexto local en el que la implantación ha sido planificada. Los pasos descritos a continuación se basan en el proceso descrito en el proceso ADAPTE: Herramienta de recursos para la adaptación de la guía, Versión 2.0 (ADAPTE Collaboration, 2009). Para más detalle sobre el proceso ADAPTE, o para acceder a las herramientas específicas para facilitar esos pasos, por favor, consulte la fuente original.

Fases	Tareas	Módulos asociados
Fase de puesta en marcha	Preparar el Marco ADAPTE	Preparación
Fase de adaptación	↓	
	Definir las preguntas de salud	Ámbito de aplicación y objetivo
	↓	
	Buscar e investigar guías	Buscar e investigar
	↓	
Fase de finalización	Evaluar las guías	Evaluación
	↓	
	Decidir y seleccionar	Decisión y selección
	↓	
	Borrador del informe de la guía	Personalización
Fase de finalización	↓	
	Revisión externa	Revisión externa
	↓	
Fase de finalización	Plan para la futura revisión y actualización	Cuidados posteriores a la planificación
	Producir la guía final	Producción final

Todas las actividades y decisiones durante la adaptación deben ser cuidadosamente documentadas, con el fin de garantizar el rigor y transparencia del proceso de adaptación.

Fase 1: Puesta en marcha

Las actividades relacionadas con la fase de puesta en marcha se relacionan con la preparación para el inicio de un proceso de adaptación. Esto implica:

- a) **Establecimiento de un comité institucional o equipo de implantación.** La implantación de guías de práctica clínica para mejorar la práctica clínica requiere mucho tiempo y recursos. El establecimiento de un equipo que pueda apoyar y contribuir a este proceso puede facilitar la eficiencia y el éxito de la implantación. Para mayor claridad, deben considerarse el establecimiento de los términos de referencia para el papel de cada uno de los miembros del equipo en la iniciativa y el abordaje de los conflictos de intereses.
- b) **Selección de un tema para la guía.** Si bien puede haber un número de áreas clínicas que puedan beneficiar la implantación de las guías, puede ser útil seleccionar un tema para abordar en este proyecto en particular. La priorización de temas se puede basar en una serie de factores, entre ellos la carga actual de los pacientes y familias, el uso indebido de intervenciones, costes financieros y el potencial de mejora de los cuidados y/o los resultados de los pacientes.
- c) **Determinación de la viabilidad de la adaptación.** Un área importante a considerar es la disponibilidad de las guías de práctica clínica relevantes basadas en la evidencia. Un vacío en las guías para abordar el área clínica identificada puede requerir una revisión de toda la evidencia disponible para determinar los siguientes pasos con respecto al cambio de la práctica.
- d) **Identificación de los recursos y de las habilidades.** Son necesarios suficientes recursos y habilidades para apoyar las tareas inherentes a la implantación de las guías de práctica clínica. El equipo de implantación debería involucrar a las partes interesadas e individuos que representan la experiencia en relación con la temática clínica, implicaciones políticas, investigación de los servicios de salud y metodología/implantación de la guía. Los conocimientos y habilidades relevantes para el contexto local (p.ej. pacientes, administradores, personal, etc.) también son valiosos para garantizar la adaptación adecuada de conocimientos en el entorno planificado para la implantación. En el capítulo 2B de esta Herramienta se analiza cómo evaluar y acceder a las necesidades financieras y recursos en especie para la iniciativa de implantación.
- e) **Desarrollo de un plan de trabajo.** Un plan de trabajo puede ser útil para comunicar dentro del equipo y con otros colaboradores los objetivos y el progreso del proyecto de implantación. Se pueden establecer plazos importantes sobre la base de los eventos de conocimientos del equipo o fechas límites en un contexto local, lo que puede estar relacionado con el proyecto de implantación (p.ej. reuniones del comité, foros de pacientes, etc.).

Fase 2: Adaptación

- a) **Alcance y finalidad.** Un alcance específico y finalidad debe aclararse en base a la amplia área temática seleccionada por el equipo de implantación, para definir qué cuestiones de salud desea abordar el equipo. Para ayudar a decidir el alcance y finalidad, puede utilizar la regla nemotécnica PIPRE :
 - **Población** destinataria
 - **Intervención** de interés
 - **Profesionales** a los que se dirige la implantación
 - **Resultados** deseados (p.ej. paciente, resultados del sistema o de salud pública)
 - Entorno o contexto de **salud** en el que la guía se implantará

b) **Buscar e investigar.** Se puede desarrollar una estrategia de búsqueda para guías de práctica clínica en función de su alcance y propósito de la iniciativa de la implantación. Los criterios de inclusión y exclusión reflejan el alcance y propósito, así como otros parámetros, como el año de realización y lenguaje de la publicación. Una búsqueda exhaustiva de las guías puede incluir bases de datos electrónicas, repositorios de guías y páginas web de desarrollo de guías. Se pueden evaluar las publicaciones relevantes con los criterios de inclusión y exclusión para identificar guías que pueden abordar el alcance y el propósito del proyecto de implantación.

c) **Evaluación.** La evaluación de las guías identificadas puede ayudar al equipo de implantación en la toma de decisiones en relación con las guías que son más apropiadas para la adaptación en el contexto local y el grado de adaptación que se requiere. Para mejorar la fiabilidad de la evaluación, se sugiere que varios asesores evalúen cada guía. Este paso puede implicar la evaluación de una o más de las siguientes características de las guías:

- **Calidad:** La calidad de la guía está determinada por la confianza en que el proceso de desarrollo es canalizado de forma rigurosa, que las recomendaciones sean válidas interna o externamente y que sean factibles para la práctica (The AGREE II Collaboration, 2009). El instrumento AGREE II proporciona un enfoque sistemático para la evaluación de calidad de las guías de práctica clínica, como se describe en el Capítulo 1 de la Herramienta.
- **Actualidad:** La evaluación de la actualidad de la guía se refiere a la determinación de si las recomendaciones de las guías reflejan el conocimiento actual y la evidencia en el campo. Debido al rápido cambio en la investigación de salud, las guías pueden quedarse obsoletas en tan solo unos pocos años. Después de asegurarse de que tiene la versión más actualizada, la fecha de publicación y/o periodo de tiempo cubierto por la revisión de la literatura puede proporcionar alguna indicación en relación con la actualidad de la guía. Sin embargo, esta determinación se realiza en base al conocimiento clínico y la investigación sobre el estado de la evidencia en este campo en particular (Shekelle et al., 2001).
- **Contenido:** en particular, cuando se considera más de una guía para la implantación, puede ser útil evaluar el contenido mediante la comparación de similitudes y diferencias en las recomendaciones a lo largo de la guía. Esta evaluación se puede utilizar para identificar todas las recomendaciones apoyadas en la evidencia y/o todas las recomendaciones que el equipo considere especialmente relevantes para el contexto local. Las matrices o tablas de recomendaciones pueden ser útiles para este propósito.
- **Consistencia:** La consistencia de una guía se refiere al nivel de acuerdo entre la evidencia disponible y las recomendaciones resultantes. Un flujo lógico entre la búsqueda y selección de la evidencia, su interpretación y el desarrollo de las recomendaciones facilita la confianza sobre la necesidad de la guía basándose en la mejor evidencia disponible.
- **Aceptabilidad/aplicabilidad:** Cualquier adaptación del conocimiento a un contexto local depende de la evaluación del conocimiento (es decir, las guías) en términos de aceptabilidad y aplicación en el contexto local. En concreto, es importante tener en cuenta si las recomendaciones de la guía abordan adecuadamente las necesidades clínicas, en este contexto clínico en particular (es decir, aceptable), y si es factible implantar las recomendaciones de la experiencia, los recursos y políticas presentes en el contexto local (es decir, aplicable).

d) **Decisión y selección.** Después de la evaluación de las guías relevantes, se debe tomar una decisión con respecto a las guías y/o recomendaciones que serán seleccionadas para la adaptación. Basados en la evaluación de las guías por parte del equipo, puede ser deseables uno o varios grados de adaptación (Tabla 1). Los procesos de consenso se utilizan a menudo para ayudar a alcanzar las decisiones.

Tabla 1: Ejemplo de diferentes grados de adaptación

Grado de adaptación	Ejemplo
Adoptar una guía sin cambios	Adaptación de una guía sobre la detección del cáncer cervical (Fervers, et al., 2011)
Selección de recomendaciones de diferentes guías	Se han adaptado una o más recomendaciones de varias guías clínicas relevantes y alta calidad y se han incorporado al protocolo de cuidados de úlceras en la pierna en atención comunitaria (Graham, et al., 2005)

e) Personalización. Una vez que la decisión ha sido tomada con respecto a la guía y/o conjunto de recomendaciones que serán implantadas, la adaptación se producirá en función del grado de adaptación decidida. Las recomendaciones adaptadas serán redactadas en la forma que mejor se ajusta al uso previsto en el contexto local, pero aún se mantiene alineado con la guía fuente y la actualidad de la evidencia disponible.

Se deben considerar las siguientes cuestiones respecto a la adaptación:

- recursos disponibles,
- conocimiento y nivel de habilidades del personal,
- alcance de la práctica,
- falta de tiempo, y
- legislación.

Fase 3: Finalización

a) Revisión externa y agradecimientos. Una vez que las recomendaciones adaptadas se han desarrollado, se envía una muestra a las partes interesadas para una revisión externa. El objetivo principal de la revisión externa es recopilar información en relación con las fortalezas y debilidades de los conocimientos adaptados, incluyendo la viabilidad y las implicaciones de la implantación a nivel local. Sin embargo, el proceso de revisión externa también puede actuar como medio de difusión del trabajo del equipo de implantación y una oportunidad para generar interés y apoyo en relación con el proyecto.

Las partes interesadas involucradas en la revisión externa deben representar a todos los grupos afectados por la implantación local de las recomendaciones (p.ej. pacientes, personal de enfermería, colegas interdisciplinarios, administradores). La participación de las partes interesadas con experiencia especial en el contenido del tema puede ayudar a garantizar que la adaptación es adecuada y mantiene la integridad de las recomendaciones originales (Graham et al., 2005). El Capítulo 2B proporciona información detallada sobre la identificación y participación de las partes interesadas en el proceso de implantación de la guía. Los comentarios resultantes de la revisión externa deben ser documentados, discutidos por el equipo y, si es necesario, abordados en el documento final.

b) Planificación de los cuidados posteriores. Se debe esbozar un plan para la actualización de la guía. Este plan debe especificar un fecha de revisión o las condiciones en que se llevará a cabo la revisión (p.ej. cuando la guía original se actualice). La responsabilidad de supervisar el plan y la coordinación de la futura revisión de la guía también se puede asignar dentro del equipo.

c) Producción final. Las recomendaciones finales de la guía adaptada deben ser claramente presentadas junto con la documentación del proceso utilizado para llegar a las recomendaciones finales. Las guías fuente y todos los documentos justificativos utilizados para la adaptación deberían ser reconocidos debidamente en el informe final.

Anexo E: Procedimientos de enfermería y NQuIRE®

¿Qué son los procedimientos de enfermería?

Los procedimientos de enfermería de la RNAO son una incorporación sin precedentes e innovadora para la Herramienta de implantación de las GBPs. Los procedimientos de enfermería hacen que sea más fácil trasladar la evidencia a la práctica enfermera mediante intervenciones basadas en la evidencia claras, concisas, viables que se pueden incorporar en diferentes entornos de la práctica. Por ejemplo, la Recomendación para la práctica 2.0 en la GBP de Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas establece: “Las enfermeras como parte del equipo interprofesional implantan intervenciones multifactoriales para prevenir futuras caídas”. La falta de especificidad en estas recomendaciones representa un desafío para las personas e instituciones que desean implantar esta GBP. Los protocolos de enfermería correspondientes remedian esta situación proporcionando una lista de intervenciones que claramente definen qué se entiende en esta frase: “intervenciones multifactoriales en la prevención de caídas”. Se ofrece a continuación un subgrupo dentro de estos protocolos de enfermería:

PROGRAMA MULTIFACTORIAL EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS	
(Categorías derivadas del Canadian Falls Prevention Curriculum-BEEEEACH* por sus siglas en inglés)	
Seleccionar una o más de las siguientes intervenciones de prevención basadas en los factores de riesgos identificados en los pacientes.	
*Cambio de comportamiento, Educación, Equipo, Entorno, Actividad, Vestidos y calzados y gestión de la salud	
ACTIVIDAD	
Promover la utilización de calzado antideslizante	
Asistencia en la transferencia y la deambulación	
Promover el uso de dispositivos para caminar	
Transferencia hacia el lado más fuerte	

¿Por qué los procedimientos de enfermería son tan importantes?

Los procedimientos de enfermería de la RNAO son importantes por varios motivos. En primer lugar, su objetivo es transformar la práctica enfermera mediante el aprovechamiento de la tecnología para promover el traslado del conocimiento y la toma de decisiones basadas en la evidencia. En segundo lugar, los procedimientos incorporan intervenciones que están basadas en terminología internacional estandarizada, en concreto: International Classification for Nursing Practice (ICNP, por sus siglas en inglés) y Systematized Nomenclature for Medical and Clinical Terms (SNOWMED-CT, por sus siglas en inglés). La ICNP se desarrolla únicamente por enfermeras para describir el trabajo que las enfermeras realizan utilizando un enfoque consistente. El uso de terminología internacional estandarizada también allanará el camino para la normalización de la práctica enfermera para facilitar el análisis comparativo de datos enfermeros en todos los sectores de la salud y ámbitos geográficos. Además, con el advenimiento de la e-salud y registros médicos, la terminología estandarizada facilita el acceso y el intercambio de información de los pacientes de una manera estandarizada. En tercer lugar, los procedimientos de enfermería contribuyen a que los resultados de los pacientes sean más visibles para el equipo interprofesional. Por último, los procedimientos de enfermería de la RNAO facilitan la evaluación de la implantación de las GBPs proporcionando un mecanismo que vincule las intervenciones basadas en la evidencia con los indicadores de los resultados clínicos. Un ejemplo es la relación que existe actualmente entre los procedimientos y los indicadores de NQuire® de la RNAO.

¿Cómo se pueden usar los procedimientos de enfermería?

Los procedimientos de enfermería de la RNAO están diseñados para ser incorporados en el e-salud o la historia clínica, pero también pueden ser utilizados en papel o en un sistema híbrido. La RNAO se ha asociado con la PatientOrderSet.com para facilitar este proceso. Para las instituciones de salud esto se traduce en beneficios por ahorro de tiempo y de coste. Los primeros veintisiete protocolos de enfermería fueron expuestos en agosto de 2012 para completar las quince GBPs más comunmente implantadas. Los procedimientos de enfermería se desarrollarán para las GBPs restantes y difundidas periódicamente durante 2012-2013. Las instituciones de salud en todos los ámbitos de los cuidados, incluyendo cuidados a pacientes agudos, cuidados a pacientes crónicos y cuidados domiciliarios, obtendrán beneficios por implantar esos procedimientos de enfermería.

Para información adicional, por favor contacte con BNOS@rnao.ca.

¿Qué es NQuIRE?

NQuIRE es el acrónimo de Indicadores de enfermería de calidad para la redacción y la evaluación (Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation® en inglés). El NQuIRE® fue diseñado por la Best Practice Spotlight Organizations® (BPSO®) para monitorizar de forma sistemática el proceso y la evaluación de los resultados de la implantación de las Guías de Buenas Prácticas (GBPs) de la RNAO en sus instituciones. El NQuIRE es la primera iniciativa internacional de mejora de calidad de su clase y consiste en el desarrollo y medición de los indicadores estructurales, de proceso y resultado relacionados con las GBPs de la RNAO.

¿Por qué NQuIRE es importante?

La utilización de NQuIRE tiene como objetivo proporcionar una serie de beneficios para los pacientes, enfermeras, instituciones y sistemas de salud, incluyendo:

Indicadores de enfermería sensibles: el objetivo del NQuIRE es crear indicadores de enfermería sensibles validados de la BPSO. Estos incluyen indicadores de proceso y de resultado clínico de enfermería sensibles como el dolor, las caídas y úlceras por presión; así como los indicadores de proceso y de resultado derivados de una amplia gama de condiciones clínicas que se abordan en las GBPs de la RNAO. El NQuIRE también incluye indicadores de estructura de enfermería sensibles existentes y nuevos. En colaboración con la BPSOs y otros investigadores, la RNAO espera avanzar en la comprensión de las interrelaciones entre los factores estructurales y los procesos clínicos que influyen en los resultados de los pacientes/clientes/residentes. Nuestro trabajo colectivo permite a la enfermería contribuir de forma activa a la seguridad y calidad de los programas y promueve las decisiones políticas basadas en la evidencia en los niveles institucionales y de sistemas de salud.

Informe comparativo: el NQuIRE permite las comparaciones de datos dentro del programa de BPSO para poblaciones específicas, sectores de salud, instituciones y regiones geográficas, así como promueve el intercambio de datos y la evaluación comparativa. Con los datos de NQuIRE, la BPSO puede monitorizar su propio progreso en la mejora de los procesos estructurales y clínicos, calidad de los cuidados de enfermería y del paciente, así como los resultados institucionales. El NQuIRE proporciona informes internos que permite la participación de la BPSOs para comparar sus indicadores de datos de desempeño con otras unidades/programas/servicios/equipos dentro de su institución. Los BPSOs que deseen compartir sus datos agregados serán parte del análisis comparativo de resultados con otros BPSOs en niveles local, nacional y/o internacional que también han optado por compartir sus datos. Se les proporcionarán informes de la BPSO locales, nacionales e internacionales de la distribución de los percentiles de los indicadores de interés en instituciones similares.

Toma de decisiones basadas en la evidencia: los datos de NQuIRE informan sobre dónde y cómo las GBPs de la RNAO mejoran la práctica enfermera y los resultados de los pacientes, así como el rendimiento institucional y el sistema de salud. Estos datos servirán de guía al programa de GBPs de la RNAO y facilitarán la toma de decisiones basadas en la evidencia para promover la utilización eficaz de los recursos enfermeros y resaltar las áreas de la práctica para futuras inversiones en buenas prácticas de enfermería.

Oportunidades de investigación: a través de una autorización formal, los investigadores contarán con oportunidades para utilizar los datos de NQuIRE para probar los indicadores de enfermería sensibles, depurar las herramientas de medición fiables y válidas e identificar tendencias en las prácticas enfermeras y en los resultados de los pacientes.

¿Cómo se puede utilizar la información de NQuIRE?

Junto con la RNAO, la BSPO evalúa la implantación de las GBPs mediante el seguimiento de los indicadores de calidad con el propósito de encontrar la mejora continua de la calidad. Con esta información, las BPSO pueden informar de dónde y cómo la enfermería proporciona beneficios valiosos para el paciente, la institución y sistemas de resultados y, por tanto, asegurando la toma de decisiones efectiva y basada en la evidencia para optimizar la seguridad y la calidad de los cuidados de salud.

Para más información sobre NQuIRE, por favor visite <http://rnao.ca/bpg/initiatives/nquire> or e-mail nquire@rnao.ca