

BPSO HOST: UN MODELO DE EXPANSIÓN GLOBAL

Teresa Moreno-Casbas, PhD, MSc, RN, FEAN

Esther González-María, PhD, MSc, RN

Laura Albornos-Muñoz, BSc

OBJETIVOS FORMATIVOS

Después de leer este capítulo, será capaz de:

- Identificar cómo el Modelo BPSO Host ha abordado a nivel internacional las lagunas de la práctica basada en la evidencia
- Describir las estrategias multifacéticas para la traslación del conocimiento desarrolladas y utilizadas bajo el modelo BPSO Host
- Describir el impacto de la designación de BPSO en diferentes contextos del sistema de salud

INTRODUCCIÓN

La práctica basada en la evidencia se considera un paradigma metodológico que sirve de referencia para los criterios comunes que deben utilizarse en la toma de decisiones clínicas. En este contexto, la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii) y el Centro español para los cuidados de salud basados en la evidencia solicitaron ser BPSO Host (Centro Coordinador de BPSO), para iniciar el proyecto de designación de BPSO a nivel nacional. En este capítulo se describe la organización del Modelo BPSO Host en España, así como las estrategias y procesos utilizados en su desarrollo. Actualmente, la designación de BPSO en España tiene dos cohortes activas, una de ellas iniciada en 2012 y designada en 2015, y una segunda cohorte de candidatos a BPSO iniciada en 2015. La próxima cohorte de candidatos a BPSO comenzará en 2018. Se ha demostrado que la designación como BPSO tiene un impacto en las estructuras de salud, los desafíos organizativos, los procesos y los resultados de salud de los pacientes. En general, las organizaciones participantes han logrado un cambio en la cultura, orientándose hacia la práctica basada en la evidencia.

LA ATENCIÓN ENFERMERA EN EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

Las 17 Comunidades Autónomas (CC.AA.) de España forman parte del Sistema Nacional de Salud (SNS) español, que se configura como un conjunto coordinado de servicios sanitarios de la Administración del Estado y de los Servicios Sanitarios de las CC.AA. El Sistema Nacional de Salud integra todas las provisiones y funciones de salud que, de acuerdo con la ley, son responsabilidad de las autoridades nacionales, mientras que otras áreas son transferidas a las propias CC.AA. Por lo tanto, el gobierno central tiene autoridad sobre la legislación básica, que afecta a toda la población española y la coordinación de las responsabilidades de las CC.AA. Los principales aspectos de las responsabilidades del gobierno central incluyen la financiación de la salud, la política farmacéutica, las políticas internacionales, así como todo lo relacionado con la formación de profesionales especializados.

Mientras tanto, las CC.AA. son competentes en materia de financiación y legislación subsidiaria, el despliegue de la salud pública en su territorio, la organización de su sistema de salud, así como los aspectos relacionados con la acreditación, la planificación, la compra y la prestación de servicios.

El Sistema Nacional de Salud español se caracteriza por su integración universal, se financia públicamente a través de impuestos y proporciona una atención integral a la población. Cuenta con una cartera de servicios específica, incluyendo el copago de recetas farmacéuticas no hospitalarias y un sistema de evaluación. Este sistema de salud está descentralizado dentro de las CC.AA. y organizado en niveles: principalmente atención primaria, atención especializada (hospitalaria) y atención de larga duración. En 2012, el Real Decreto-Ley 16/2012 introdujo en la ley recortes severos en el Sistema Nacional de Salud español. En 2015, el Sistema Nacional de Salud español contaba con un total de 164.385 enfermeras, siendo el mayor grupo de profesionales de la salud, con una proporción de 1,5 profesionales de enfermería por cada médico. Los hospitales emplean el mayor número de profesionales (77.446 médicos y 134.743 enfermeras), mientras que el nivel de atención primaria emplea a 34.900 médicos y 29.642 enfermeras. La proporción de profesionales por cada 1.000 habitantes se mantiene estable, con casi 0,6 profesionales por cada 1.000 habitantes en atención primaria y 2,9 por cada 1.000 habitantes en atención hospitalaria.

Dentro del sistema sanitario español, las enfermeras desempeñan un papel importante en la prestación de servicios de salud en atención primaria y hospitalaria. Los esfuerzos para sistematizar la transferencia de la mejor evidencia disponible a la práctica clínica de enfermería son comunes en todo el país, a través

de hospitales y centros de prestación de servicios, dirigidos por diferentes instituciones. Sin embargo, a principios de la década de 2000, se constató que el uso en la práctica de guías basadas en la evidencia variaba considerablemente, contribuyendo a diferencias indebidas en la calidad de los servicios prestados.

LA EXPERIENCIA ESPAÑOLA EN LA IMPLANTACIÓN DE GUÍAS DE RNAO

La Unidad Nacional de Investigación en Cuidados y Servicios Salud (Investén-isciii) pertenece al Instituto de Salud Carlos III, la principal Entidad Pública de Investigación Biomédica a nivel nacional. Uno de los objetivos es incorporar la investigación de enfermería en la práctica clínica diaria.

Nuestra preocupación era la variabilidad en la práctica clínica de las enfermeras dentro de nuestro sistema nacional de salud y su influencia en la seguridad y la calidad de los servicios prestados. Los enfoques para la evaluación de las prácticas de enfermería no eran comparables entre las CC.AA., ni siquiera entre instituciones, lo que limitaba la capacidad de supervisar sistemáticamente la prestación de servicios. Los esfuerzos anteriores para aumentar y mantener el uso de guías basadas en la evidencia en la prestación de servicios de salud en España tuvieron un éxito relativamente limitado. A pesar de ello, las enfermeras españolas perciben la traslación del conocimiento como una prioridad (Comet-Cortés et al., 2010).

En 2010, como medio para abordar la variabilidad en la prestación de cuidados y la calidad de la atención y para mejorar la calidad de los servicios, la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud se asoció formalmente con la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (RNAO) para influir y evaluar la adopción de las Guías de Enfermería en todas las organizaciones de atención sanitaria, a fin de promover la excelencia en la práctica y los resultados positivos para los pacientes. La Unidad de Investigación en Cuidados de Salud se convirtió en un Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados Host (BPSO Host), responsable de supervisar la implantación de la designación de BPSO de RNAO en España (Grinspun, 2011).

Para llegar a los profesionales clínicos, dependiendo de cada sistema de salud regional, nuestra primera estrategia fue contar con el apoyo del Centro español para los cuidados de salud basados en la evidencia. Se trata de un centro de ámbito nacional, creado en 2004 y liderado por el Instituto de Salud Carlos III a través de la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii), en el que participan 16 CC.AA. (regiones). Este Centro tiene como objetivo promover y apoyar la síntesis, transferencia y utilización de la evidencia a través de la identificación de prácticas sanitarias viables, apropiadas, significativas y efectivas para ayudar a mejorar los resultados de salud a nivel mundial. El BPSO Host español está coordinado por la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii), y el Centro español para los cuidados de salud basados en la evidencia (www.evidenciaencuidados.es).



REFLEXIÓN

¿Cómo impactó este contexto en el proceso de designación de BPSO en España? ¿Qué tipo de fortalezas y desafíos parece que puedan tener que abordarse en el proceso de implantación de las Guías?

CONSTRUIR UNA INICIATIVA DE ÉXITO

Las Guías de Buenas Prácticas de RNAO se centran en la atención de enfermería e integran no solo recomendaciones para la práctica, sino también recomendaciones para la formación, la organización y las políticas. Por lo tanto, las Guías están alineadas con el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, que aborda la calidad desde la perspectiva de la práctica, la formación y las políticas (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010). Además, RNAO tiene experiencia en la implantación de las Guías a través de: la acogida de varias cohortes de BPSO en Ontario (Canadá),



R N A O
BEST PRACTICE
SPOTLIGHT
ORGANIZATION
SPAIN/ESPAÑA

el desarrollo y utilización de una herramienta de implantación basada en la evidencia (RNAO, 2012) y la prestación de capacitación y apoyo continuo. Las condiciones en España también fueron favorables, ya que el BPSO Host español cuenta con el apoyo de dos estructuras fuertes y prestigiosas, muy conocidas por las enfermeras españolas y otras partes interesadas.

La designación de BPSO española se basa en cuatro estrategias clave:

- **Traducción de las Guías al español:** Investén-isciii firmó un acuerdo con RNAO para traducir las Guías de Buenas Prácticas de RNAO para su uso en el contexto español, y en asociación con RNAO estableció los criterios de calidad para la traducción de las guías.
- **Difusión:** RNAO proporciona acceso en línea a la información de designación de BPSO. La difusión de BPSO promovida a través de los medios de comunicación y el marketing de las sesiones informativas fueron el medio para llamar la atención sobre la oportunidad de participar. Los BPSO en España se denominan “Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados” (CCEC o BPSO, por sus siglas en inglés).
- **Implantación y evaluación:** el BPSO Host español lanzó la primera convocatoria de BPSO a través de un proceso competitivo para seleccionar instituciones sanitarias en España para la implantación de las Guías de RNAO y la evaluación de los resultados (Ruzafa-Martínez et al., 2011). El enfoque es multidisciplinario y está dirigido por enfermeras, tiene múltiples vertientes en la estrategia, es específico para cada contexto e involucra a una amplia gama de partes interesadas. La *Herramienta: implantación de las Guías de Buenas Prácticas* de RNAO (2012) guía el proceso con un enfoque de formación de formadores, selección de las recomendaciones que se van a implantar, un calendario de las actividades de implantación planificadas para los 3 años de candidatura como BPSO y la monitorización mediante la medición del proceso y de los resultados de salud en los pacientes.
- **Sostenibilidad:** como Host España, Investén-isciii apoya el mantenimiento, la expansión de la implantación de las Guías y la creación de una red nacional de centros BPSO para unirse a la red internacional de BPSO supervisada por RNAO.



REFLEXIÓN

Considere cómo las cuatro estrategias clave que forman parte del plan de BPSO Host reflejan el marco del Conocimiento para la acción y los procesos de cambio exitosos.

NUESTRA PRIMERA COHORTE

De las 33 organizaciones que respondieron a la convocatoria, se seleccionaron ocho instituciones sanitarias (que representan 11 centros y prestan servicios a 1,3 millones de personas). Están ubicados en siete CC.AA. (regiones) diferentes e incluyen hospitales y centros de atención primaria de la salud.

Los BPSO seleccionados son:

- Centro de Salud Ponferrada II (G.A.P. Bierzo)
- Complejo Hospitalario Universitario de Albacete
- Hospital Clínico San Carlos
- Hospital Doctor José Molina Orosa
- Hospital Medina del Campo
- Hospitales de Sierrallana y Tres Mares (G.A.E. Áreas de Salud Torrelavega-Reinosa)
- Hospital Rafael Méndez de Lorca junto con la Universidad de Lorca
- Hospital Universitario Vall d’Hebrón

Como dijo una de las líderes de BPSO:

“Ser seleccionado [como BPSO] es una motivación muy importante para cambiar nuestras prácticas de enfermería y demostrar que las pequeñas organizaciones pueden hacer grandes cosas”.

–M^a Angeles González; G.A.P. Bierzo

En general, los BPSO implantaron 10 Guías, de acuerdo a las necesidades de cada institución. Las Guías más seleccionadas fueron:

- *Cuidado y manejo de la ostomía* (RNAO, 2009)
- *Prevención de caídas y lesiones derivadas por caídas en las personas mayores* (RNAO, 2011)
- *Guía de buenas prácticas de lactancia materna para enfermeras* (RNAO, 2003)
- *Valoración y manejo del dolor* (RNAO, 2013)

“Cuando las guías no estaban alineadas con las áreas de mejora identificadas por las enfermeras y otros profesionales, no eran tan innovadoras y atractivas como lo son cuando hay alineación”.

–M^a Luz Fernández; Hospitales de Sierrallana y Tres Mares

Entre 2012 y 2014, los candidatos de BPSO involucraron y formaron a profesionales de la salud en la implantación de las guías seleccionadas, la revisión y actualización de los protocolos y procedimientos, la monitorización y la evaluación de su utilización, y la presentación de datos a la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud y a RNAO (Albornos- Muñoz, González-María, & Moreno-Casbas, 2015; González-María, 2014; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015). Una vez cumplidos con éxito todos los requisitos, obtuvieron la designación BPSO en 2015. Las organizaciones designadas siguen recibiendo apoyo de la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii) y RNAO, y renuevan su designación cada dos años, sobre la base de la consecución de los objetivos requeridos.

Si bien las organizaciones reciben un apoyo considerable del BPSO Host (la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud), en última instancia son responsables de asegurar la implantación de las guías dentro de su propia organización. Cada organización debe designar un líder general de BPSO, así como un líder para cada guía que va a ser implantada. Además, todos los directivos de la organización deben firmar el Acuerdo de BPSO con la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud para demostrar un amplio apoyo de la dirección para convertirse en un BPSO. Los centros seleccionan a un grupo de profesionales sanitarios para convertirse en Impulsores de cada guía; depende de las organizaciones cuántos son reclutados, siempre y cuando cumplan con el mínimo del 15% del personal de Enfermería estipulado en el Acuerdo. La Unidad de Investigación en Cuidados de Salud capacita a los líderes sobre la implantación de las Guías y sobre cómo motivar a sus compañeros para que utilicen las Guías en la práctica.

La formación se impartió a través de un Modelo de Formación de Formadores, mediante el cual se designa en cada institución participante a un grupo de responsables o líderes de guías, que participan en un programa de formación formal de una semana de duración sobre la implantación de las guías de RNAO, la motivación de los profesionales para que utilicen las guías y la monitorización de su cumplimiento. Anualmente se ofrece formación adicional porque se reconoce que el desarrollo de la capacidad del personal es un proceso continuo que necesita actualizarse constantemente. Los responsables son entonces responsables de la formación de los profesionales de la salud en sus respectivas organizaciones y de supervisar el cumplimiento de las guías.

Para el componente de evaluación del programa, se han desarrollado “diccionarios de datos” para documentar e informar sobre los Indicadores de evaluación, que están específicamente relacionados con cada Guía y se utilizan para evaluar la implantación de las Guías de RNAO.

Como BPSO Host, proporcionamos un apoyo considerable a nuestros BPSO Directos de varias maneras. Además de la formación inicial de los líderes de BPSO, hay un seguimiento continuo para guiar el proceso de implantación y de monitorización. Las reuniones mensuales, la revisión y la retroalimentación periódicas de los resultados de la evaluación y las auditorías anuales proporcionan ventanas para comprender el progreso de cada uno de los BPSO, lo que nos permite apoyarlos en sus necesidades específicas. Esta relación de seguimiento e intercambio es altamente reconocida por los líderes de BPSO:

“Muchas cosas son nuevas para nosotros, pero no nos sentimos solos, el apoyo del BPSO Host nos ayuda a mantenernos concentrados para no perder el rumbo”.

—Emma Alonso; Hospital Doctor José Molina Orosa

Además, promovemos el intercambio de conocimientos entre los BPSO, fomentando el trabajo en red entre organizaciones con características similares y que están implantando Guías similares.

“No estábamos acostumbrados a trabajar con organizaciones de salud pertenecientes a diferentes sistemas sanitarios regionales, este enfoque da una nueva perspectiva y es una herramienta poderosa”.

—Pilar Pérez; Hospital Universitario Vall d'Hebrón

REFLEXIÓN

En su opinión, ¿qué factores en el proceso de implantación impulsaron la notable aceptación de los BPSO por parte de las organizaciones, el compromiso total de las enfermeras y el interés sostenido en este trabajo en toda España? ¿Cómo podrían replicarse estos factores en su entorno?

NUESTRA SEGUNDA COHORTE

A finales de 2014, se publicó una segunda convocatoria para candidatos a BPSO. Se presentaron 60 instituciones de toda España y fueron seleccionadas 10, que representan 70 centros sanitarios, para comenzar su implantación en 2015. Los candidatos seleccionados para BPSO son:

- Hospital Universitario Donostia
- Complejo Hospitalario de Navarra
- Área de Salud de Menorca

- Consorcio Hospital Universitario Arnau Vilanova (HUAV) – Hospital Santa María (HSM) - Facultad de Enfermería de Lleida
- Hospital Universitario Puerto Real
- Complejo Hospitalario Universitario de Granada
- Organización Sanitaria Integrada Debarrena
- Centro de Salud José María Llanos
- Gerencia de Atención Integrada de Alcázar de San Juan
- Hospital Valle de Nalón

En la actualidad, se están implantando 16 Guías, teniendo en cuenta ambas cohortes. La Figura 13.1 muestra la distribución de los BPSO en ambas cohortes en España, siendo las cifras en negrita las de la Cohorte 2. La Figura 13.2 muestra la lista completa de Guías seleccionadas, así como cuántos BPSO en cada cohorte están implantando cada una, con las cifras en negrita representando a la Cohorte 2. En total, 19.100 profesionales de la salud de 193 unidades participan en la iniciativa BPSO en España. Tienen 1.200 impulsores y están trabajando con miles de colaboradores. Juntos recogen datos sobre 35.983 pacientes y atienden a una población de 4.478.050 personas.



FIGURA 13.1 Cohortes 1 y 2 de centros BPSO en España. Usado con permiso.

Centros BPSO de España – Cohortes 1 y 2



Guías de Buenas Prácticas implantadas (15)

- ✓ Prevención de **caídas** y disminución de lesiones derivadas de las caídas (6 + 5)
- ✓ Cuidado y manejo de la ostomía (6 + 3)
- ✓ **Lactancia materna** (5 + 4)
- ✓ Valoración y manejo del **dolor** (4 + 1)
- ✓ Valoración del **ictus** mediante la atención continuada (2 + 1)
- ✓ Valoración y manejo de las **úlceras de pie** diabético (2 + 0)
- ✓ La disminución de las complicaciones del pie en las personas **diabéticas** (1 + 1)
- ✓ Administración de insulina subcutánea en adultos con **diabetes** tipo 2 (+ 1)
- ✓ Integrar las intervenciones relacionadas con el **consumo de tabaco** en la práctica diaria (+ 2)
- ✓ Atención y apoyo a las familias ante circunstancias previsibles e inesperadas (+ 1)
- ✓ Prevención primaria de **obesidad infantil** (1 + 1)
- ✓ Cuidados **centrados en la persona y la familia** (+ 2)
- ✓ Valoración del riesgo y **prevención** de las **úlceras por presión** (+ 5)
- ✓ Valoración y selección de dispositivos de **acceso vascular** (1 + 3)
- ✓ Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de **ideación y comportamiento suicida** (+ 1)
- ✓ **Entornos laborales saludables** (5)

FIGURA 13.2 Guías implantadas por las cohortes 1 y 2 de BPSO en España.
Usado con permiso.

Aunque las características de las organizaciones de la nueva cohorte difieren de las de la primera, los sentimientos de los líderes e impulsores siguen siendo alentadores. Las siguientes citas representan sus éxitos más destacados.

“Es tan asombroso observar cómo tres organizaciones que antes trabajaban por separado están trabajando juntas para un objetivo común...”

—Mercè Folguera y Josep María Gutiérrez;
Consorcio HUAV-HSM-Facultad de Enfermería de Lleida

“Los impulsores están desarrollando acciones que eran impensables hace un año.”

—Cristina Torres; Organización Sanitaria Integrada Debarrena



REFLEXIÓN

¿Cómo cree que se benefició la Cohorte 2 de las experiencias de la primera cohorte? ¿Qué hizo el BPSO Host para fomentar esto?

ESTRATEGIAS GENERALES

En la Tabla 13.1 se presenta un resumen de las estrategias comunes llevadas a cabo por los BPSO.

TABLA 13.1. ESTRATEGIAS COMUNES PARA LA IMPLANTACIÓN EFECTIVA EN LOS BPSO

ÁREAS	OBJETIVOS	ACTIVIDADES
Formación	<ul style="list-style-type: none"> ■ Diseñar e impartir formación continua en metodología de implantación ■ Diseñar e impartir formación continua en relación con los temas de las guías 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Diseñar diferentes modalidades de formación (en línea, presencial, exprés) ■ Elaborar planes de formación para las guías ■ Involucrar a los impulsores
Implantación	<ul style="list-style-type: none"> ■ Desarrollar las operaciones de implantación en relación con la selección y adopción de las recomendaciones ■ Establecer un plan de acción desarrollado por los profesionales sanitarios de las unidades ■ Recopilar y movilizar las estrategias de implantación sugeridas por las unidades y difundirlas a todos los grupos ■ Aumentar el cumplimiento de las recomendaciones ■ Seguimiento y apoyo a los equipos de implantación en el desarrollo de estrategias 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Evaluar las modalidades (por subgrupos, etc.) ■ Establecer diferentes mecanismos para la implantación (por ejemplo, piloto vs. recomendaciones) ■ Establecer diferentes mecanismos de comunicación ■ Evaluar las barreras y estrategias ■ Trazar estrategias para compensar a los profesionales
Sesiones de intercambio	<ul style="list-style-type: none"> ■ Reunirse periódicamente para discutir los éxitos, retos y estrategias con los profesionales sanitarios de las unidades ■ Crear alianzas externas ■ Participar en una red más amplia de grupos externos (regionales, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Facilitar sistemas para las reuniones y la comunicación ■ Planificar y programar reuniones ■ Promover estudios multicéntricos, estancias clínicas formativas, intercambios, etc.
Plan de la evaluación	<ul style="list-style-type: none"> ■ Evaluar utilizando un método común ■ Minimizar la variabilidad entre los evaluadores ■ Proporcionar retroalimentación sistemática y multinivel ■ Mantener un sistema continuo de evaluación y mejora 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Desarrollar manuales de documentación y mecanismos de integración en los registros electrónicos ■ Desarrollar un plan de coordinación para la evaluación y la retroalimentación ■ Identificar nuevos indicadores para evaluar
Difusión	<ul style="list-style-type: none"> ■ Asegurar la difusión del proyecto a varios niveles 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Crear un grupo de difusión ■ Diseñar un plan de difusión que incluya diferentes procesos y canales



REFLEXIÓN

Considere cómo podría utilizar el cuadro de las estrategias de implantación presentado anteriormente. ¿Qué estrategias funcionarían bien en su entorno y por qué?

PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN

La evaluación es uno de los pilares fundamentales del programa. La información obtenida permite al Host conocer el grado de implantación, así como el impacto en la salud de los pacientes. La retroalimentación sistematizada a las diferentes partes interesadas es uno de los mecanismos más apreciados entre los involucrados.

“La evaluación y la retroalimentación a nivel de unidad son un elemento esencial. Los impulsores que participan en el equipo de evaluación comparten los resultados con sus colegas y contribuyen al desarrollo de nuevas soluciones para mejorar”.

—Lucía Gárate; Hospital Universitario Donostia

La plataforma de evaluación NQuIRE® (Indicadores de Calidad Enfermera para la Monitorización y la Evaluación de RNAO) proporcionan el mecanismo y proceso de evaluación para monitorizar la implantación de las Guías por parte de los BPSO. Para adaptar la evaluación a los requisitos del país, el BPSO Host español desarrolló una base de datos específica, CarEvID, para medir la estructura, el proceso y los resultados de la implantación de las Guías en las organizaciones españolas. Juntos, RNAO y el BPSO Host de España han analizado la aplicabilidad del conjunto mínimo de datos y han establecido procedimientos para transferir datos de la base de datos nacional de Enfermería CarEvID a la plataforma internacional NQuIRE.

Al igual que NQuIRE, la base de datos CarEvID integra indicadores en tres niveles para proporcionar informes comparativos. El primer nivel se compone de *datos de estructura*, que incluye las horas de enfermería, el modelo de prestación de atención y el perfil organizativo de la institución a nivel de unidad. Los indicadores de estructura se han definido a nivel nacional para reflejar la dotación de personal y otros datos sobre tipo de recursos humanos, que deben recopilarse en el nivel de la implantación. El segundo nivel incluye el conjunto mínimo de datos de *indicadores de calidad basados en procesos y resultados*, actualmente relacionados con 16 Guías de Buenas Prácticas. Cuarenta y dos indicadores de proceso y 30 indicadores de resultados forman parte del conjunto mínimo común de datos y se evalúan internacionalmente siguiendo la misma definición de indicadores, registros de variables y procedimientos. En el tercer nivel, se recopilan y procesan *datos nacionales o locales*. Estos indicadores de proceso y de resultados presentan especificidades, tales como formar parte de programas nacionales, no estar incluido en los registros nacionales o seguir diferentes procedimientos de recolección.

Todos los BPSO recopilan datos basales del mes anterior a su inicio oficial como candidatos a BPSO. Los datos se recogen posteriormente durante los últimos 5 días de cada mes, excepto en los casos de baja prevalencia, como la ostomía, en los que en ese caso se mide a todos los pacientes. CarEvID realiza el análisis descriptivo de las variables.

CarEvID incluye más de 8.000 registros relacionados con la prevención de caídas, 3.000 registros de valoración y manejo del dolor, 1.500 registros relacionados con la lactancia materna, 700 registros relacionados con el cuidado de ostomías y 200 registros relacionados con la evaluación de ictus. Esta base de datos es percibida por los BPSO como una forma importante de trabajar en red:



REFLEXIÓN

¿Cuál es la mejor manera de utilizar los datos de evaluación que se muestran en este capítulo para difundir la designación de BPSO y mantener los esfuerzos de las primeras cohortes en España?

“El uso de indicadores comunes, medidos de la misma manera, refuerza nuestra capacidad de aprender unos de otros en la red”.

–Pilar Rodríguez; Hospital Medina del Campo

En términos de impacto, actualmente 18 instituciones en España contribuyen a la creciente base de datos NQuIRE, que ahora puede utilizarse para mostrar el impacto de la implantación. El componente internacional es una de las claves del éxito:

“La posibilidad de una evaluación comparativa internacional aumenta la credibilidad del programa para los cuerpos directivos que tienen que apoyarlo”.

–Dolores Quiñoz; Complejo Hospitalario Universitario de Granada

IMPACTO GLOBAL

Son muchas las áreas en las que se puede observar el impacto de la designación de BPSO en España.

- Se han creado o promovido nuevas estructuras organizativas que sirven para integrar la cultura basada en la evidencia en la organización.
- Más de 3.200 enfermeras y otros profesionales de la salud han recibido formación para la implantación y/o específicamente para cada una de las intervenciones recomendadas por las Guías. Su formación ha dado como resultado: la armonización de las intervenciones, el desarrollo o la actualización de protocolos basados en la evidencia, la promoción de la formación del paciente y la evaluación de los indicadores internacionales de BPSO utilizando una plataforma electrónica.
- Uno de los resultados más importantes es la armonización de los registros. Debido a que los registros clínicos se establecen a nivel regional, cualquier cambio influye en todas las organizaciones de atención sanitaria dentro de una misma región, lo que puede resultar en una amplia difusión de la implantación de la Guía en el futuro.
- Algunas de las principales conclusiones incluyen la mejora de los indicadores de proceso y de resultados. La prevención de caídas, la atención de ostomías y la lactancia materna fueron tres de las guías seleccionadas con mayor frecuencia, respectivamente por once, nueve y nueve BPSO. Sus resultados en relación con estas guías mostraron mejoras significativas al comparar las medidas basales con los datos del tercer año posterior a la implantación, como se indica a continuación:
 - Registro de la valoración de la prevención de caídas (69,4% vs. 80%)
 - Valoración y formación preoperatoria a pacientes ostomizados (31,6% vs. 46%)
 - Marcado preoperatorio de ostomías (16% vs. 54%)
 - Reducción de caídas (2,2% vs. 1,78%)
 - Mejora de la lactancia materna exclusiva en el momento del alta tras el parto (60% vs. 81%)
 - Lactancia materna exclusiva a los 6 meses (29,7% vs. 40,3%)

Las contribuciones académicas y científicas son otra parte del éxito para los participantes de BPSO. Además de una mayor participación de los impulsores en congresos y otros eventos científicos, la implantación de las Guías se ha convertido en un área de estudio prominente para los estudiantes de máster y doctorado que actualmente participan como impulsores en los BPSO clínicos. La red de colaboración de BPSO está siendo utilizada, entre otros, para desarrollar proyectos de investigación. Aunque todavía no se dispone de los resultados de las investigaciones publicadas relacionadas con la implantación de las Guías en España, la recopilación de datos que se está llevando a cabo actualmente permitirá evaluar y analizar los resultados.

“Cuando nos comprometimos con RNAO en el programa de implantación de las Guías éramos muy optimistas en cuanto al éxito, pero nunca pensamos que tendría un impacto tan fuerte”.

–Equipo del BPSO Host en España;
Investén-isciii/ Centro español para los cuidados de salud basados en la evidencia (CECBE).

Para resumirlo sucintamente, el impacto global ha significado:

- Mejor acceso y cumplimiento de las herramientas basadas en la evidencia específica de las Guías desarrolladas para enfermeras, otros profesionales de la salud y pacientes/cuidadores, lo que permite una atención más integral.
- Mayor satisfacción del paciente.
- Introducción de evaluaciones de riesgos para la prevención de problemas de salud, tales como caídas y lesiones por presión, con planificación y desarrollo implicando al equipo interprofesional, contribuyendo a una mejor asimilación y a una mayor satisfacción.
- Mejora en que los registros estén completos.
- Establecimiento de indicadores sensibles de enfermería.
- Mejor coordinación e integración de la atención en diferentes entornos.



REFLEXIÓN

¿Cómo se pueden utilizar los poderosos datos de este capítulo sobre España como país BPSO Host para apoyar el movimiento de la práctica basada en la evidencia en enfermería, la designación de BPSO y la sinergia global en enfermería a través de este trabajo?

CONCLUSIÓN

La designación de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (BPSO) en España es multicéntrica, abarca diferentes sectores de la salud (hospitalario, atención primaria, cuidados de larga duración y residencias de ancianos) y aborda una amplia gama de problemas sanitarios. La clave para el mantenimiento de la designación general de BPSO, junto con la consolidación de la red de BPSO y el establecimiento continuo de nuevas cohortes, fueron: las alianzas creadas a nivel micro y macro, la evaluación continua y la retroalimentación sobre las estrategias de implantación, y la difusión de los resultados y el desarrollo de la investigación relacionada.

Los resultados reportados por nuestros BPSO y la designación general de BPSO en España demuestran que la metodología de implantación de Guías de RNAO puede ser replicada con éxito a nivel internacional. Las estrategias desarrolladas a partir del contexto local contribuyen a la efectividad del programa y, a través de una red consolidada, estas estrategias junto con el conocimiento relevante de las Guías y su implantación han sido compartidos en los entornos sanitarios para promover una cultura basada en la evidencia que llega a un amplio espectro de profesionales de la salud y pacientes.

MENSAJES CLAVE

- La ampliación del modelo de BPSO Host está influenciada por el liderazgo de la enfermería, la planificación estratégica, la colaboración de equipos interprofesionales y las asociaciones, que refuerzan la difusión de buenas prácticas, reducen la variabilidad no justificada de la atención y aumentan la calidad.
- La plena participación de las enfermeras en la provisión de la práctica basada en la evidencia y la monitorización de su impacto motiva la pasión por un mejor rendimiento y el avance de la atención sanitaria centrada en las personas.
- El modelo de BPSO Host es un enfoque de éxito para difundir la práctica basada en la evidencia e inspirar la colaboración entre organizaciones.
- La evaluación del impacto de las Guías es más efectiva si aborda los indicadores de estructura, proceso y resultados medidos de manera consistente.
- El modelo de BPSO Host ha demostrado su gran potencial para influir en los resultados de salud de los pacientes a nivel local y regional, así como en los resultados para las enfermeras, la profesión, otros proveedores de atención sanitaria y las organizaciones de atención sanitaria.
- La metodología general de RNAO para la designación e implantación de BPSO, tal y como se ha demostrado en España, puede ser replicada con éxito a nivel internacional.

REFERENCIAS

- Albornos-Muñoz, L., González-María, E., & Moreno-Casbas, T. (2015). Implantación de guías de buenas prácticas en España. Programa de Centros comprometidos con la excelencia en cuidados. *MedUNAB*, 17(3), 163–169.
- Comet-Cortés, P., Escobar-Aguilar, G., González-Gil, T., de Ormijana-Sáenz Hernández, A., Rich-Ruiz, M., & Vidal-Thomas, C. (2010). Establecimiento de prioridades de investigación en enfermería en España: estudio Delphi. *Enfermería Clínica*, 20, 88–96.
- González-María, E. (2014). Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados o BPSO España. *NURE*, 71.
- Grinspun, D. (2011). Guías de práctica clínica y entorno laboral basados en la evidencia elaboradas por la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) (Evidence-based clinical practice and work environment guidelines prepared by the Registered Nurses' Association of Ontario). *Enfermería Clínica (Clinical Nursing)*, 21(1), 1–2.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2010). *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud*. Retrieved from <http://www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf>
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2003). *Breastfeeding Best Practice Guidelines for nurses*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2009). *Ostomy care and management*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2011). *Prevention of falls and fall injuries in the older adult* [Supplement]. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2012). *Toolkit: Implementation of Best Practice Guidelines* (2nd ed.). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2013). *Assessment and management of pain* (3rd ed.). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Ruzafa-Martínez, M., González-María, E., Moreno-Casbas, T., del Río Faes, C., Albornos-Muñoz, L., & Escandell-García, C. (2011). Proyecto de Implantación de Guías de Buenas Prácticas en España 2011–2016. *Enf Clin*, 21(5), 275–283.
- World Health Organization (WHO). (2015). *Nurses and midwives: A vital resource for health. European compendium of good practices in nursing and midwifery towards Health 2020 goals*. Retrieved from <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery/publications/2015/nurses-and-midwives-a-vital-resource-for-health.-european-compendium-of-good-practices-in-nursing-and-midwifery-towards-health-2020-goals>

