

LA EXPERIENCIA BPSO LATINOAMERICANA: UN MODELO DE CONSORCIO

Aracelly Serna Restrepo, BScN

Maribel Esparza-Bobórzquez, MSc, BScN, RN

Sonia Abad Vásquez, MA, BScN, RN

Olga L. Cortés, PhD, MSc, CCN, RN

Lina Maria Granados Oliveros, MSc, RN

Alejandra Belmar Valdebenito, BScN

Josephine Mo, BA (hon)

Doris Grinspun, PhD, MSN, BScN, RN, LLD(hon), Dr(hc), O.ONT

OBJETIVOS FORMATIVOS

Después de leer este capítulo, será capaz de:

- Apreciar el impacto de la designación de BPSO de RNAO en América Latina.
- Comprender los procesos utilizados para adaptar la designación de BPSO a los contextos locales, generando compromiso y conduciendo al mantenimiento.
- Explicar cómo las estrategias clave de cambio, como la sensibilización, la alineación con los valores organizacionales, el uso de un modelo de Impulsores y la atención a la supervisión y la evaluación han facilitado la creación de culturas de prácticas basadas en la evidencia y la identidad colectiva en los BPSO latinoamericanos.
- Describir el valor de un enfoque de consorcio de BPSO en la difusión de BPSO, la adopción de las Guías, la gestión de recursos, la innovación, la sostenibilidad y los resultados.
- Identificar cómo RNAO ha gestionado los procesos de fidelidad del Programa de Orientación de BPSO, la auditoría y la retroalimentación, junto con un enfoque de formación de formadores, para reforzar los recursos y reconocer las fortalezas del liderazgo local.

INTRODUCCIÓN

En julio de 2012, las Guías de Buenas Prácticas de la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (RNAO) hicieron su debut formal en América Latina cuando RNAO firmó acuerdos con dos instituciones en Chile y dos en Colombia para convertirse en BPSO Directo. Estos centros pioneros son la Universidad de Chile - la Escuela de Enfermería, y la Clínica Las Condes (CLC) en Chile; y dos hospitales: la Fundación Cardioinfantil del Instituto de Cardiología (FCI-IC) y la Fundación Oftalmológica de Santander (FOSCAL) en Colombia. Todos ellos formaron el Consorcio de BPSO de América Latina y recibieron juntos la orientación y la formación de los Impulsores. Se comprometieron a la experiencia BPSO durante 3 años, donde se centrarían en mejorar su práctica de Enfermería Basada en la Evidencia y de la toma de decisiones en base a su cultura, con la misión de implantar y evaluar múltiples guías de práctica clínica. Las organizaciones chilenas y colombianas eligieron las guías que consideraron más beneficiosas para sus pacientes y estudiantes, incluyendo aquellas enfocadas en el tratamiento de úlceras por presión, el establecimiento de relaciones terapéuticas, la atención al final de la vida, la prevención de caídas en las personas mayores, la valoración y manejo del dolor y el desarrollo y mantenimiento del liderazgo en Enfermería.

El programa BPSO Directo es una asociación entre RNAO, que actúa como BPSO Host, y una organización académica o de servicios de salud, que asume la responsabilidad de todos los requisitos y costos asociados con la obtención de la designación de BPSO. Con la supervisión y el apoyo de RNAO, el BPSO Directo crea capacidades a través de la formación de los Impulsores de BPSO; desarrolla y entrega actividades específicas de implantación; participa en sesiones regulares de intercambio de conocimientos, supervisión, planificación y evaluación con el personal de RNAO; participa en la base de datos NQuIRE® de RNAO y utiliza una variedad de métodos de difusión para compartir los conocimientos, recursos y logros con la comunidad de la salud en general.

El papel de RNAO como BPSO Host es lanzar el programa con una orientación de 5 días basado en un marco sistemático de implantación y evaluación (RNAO, 2012b). A través de un enfoque de formación de formadores, RNAO imparte el conocimiento y las habilidades a los líderes de BPSO y al personal o al profesorado de la organización, quienes luego forman a otros Impulsores y desarrollan una red para apoyar y mejorar la implantación de las Guías.

El programa BPSO en América Latina comenzó con la firma formal de acuerdos en julio de 2012, seguido por el Programa de Orientación, que se impartió en español en la CLC para todo el consorcio (RNAO, 2012a).

El intercambio de conocimientos es clave para el éxito de la designación de BPSO, no solo para el aprendizaje y el asesoramiento entre pares, sino también para cultivar un espíritu de superación individual y colectiva. Las reuniones virtuales han demostrado ser muy eficaces para RNAO para conectarse con los BPSO internacionales y apoyar sus actividades en curso. El consorcio hispano se ha consolidado gracias a reuniones virtuales regulares que se han realizado cada 2 meses entre la mentora del BPSO de RNAO y el consorcio, la directora general de BPSO de RNAO, la Dra. Doris Grinspun; la coordinadora para los BPSO de América Latina de RNAO, Josephine Mo y los líderes del BPSO en cada país junto con sus equipos ejecutivos y/o de implantación.

El consorcio celebra anualmente congresos de investigación de BPSO organizadas por uno de los BPSO de forma alternada. Estos congresos sirven como otro modo valioso de intercambio de conocimientos, incluidas como un requisito dentro del programa, que reúnen a todos los BPSO de esta región en particular para presentar y discutir sus estrategias y resultados. La participación de los medios de comunicación en estos eventos, así como de funcionarios y miembros de la comunidad de la salud en general, realza el perfil tanto de las organizaciones participantes como de la designación de BPSO, a la vez que promueve el valor de la práctica de la Enfermería Basada en la Evidencia y la sólida contribución que las enfermeras están haciendo a los pacientes y a los resultados de la organización y del sistema sanitario.

RNAO también lleva a cabo una auditoría anual de los BPSO en Chile y Colombia para asegurar la fidelidad de los programas y el progreso en la implantación de las Guías. La auditoría se compone de visitas a los centros de implantación, así como de la revisión de materiales relacionados con la estructura, el proceso y los resultados del programa. Además del progreso dinámico del programa, las auditorías también muestran un orgullo colectivo y una identidad de BPSO compartida muy fuerte. En cada una de las cuatro instituciones hay una gran visibilidad del logotipo de BPSO y de la disponibilidad de recursos de la marca BPSO por todos los grupos interesados. Estos actúan como símbolos de inspiración y motivación para las enfermeras y también despiertan el interés de los pacientes y sus familias que reciben cuidados y formación basados en las Guías. Con su presencia añadida en los sitios web de las organizaciones y en la intranet, la designación de BPSO ha conseguido un perfil y un alcance aún mayores.

Los estudios de caso de este capítulo exploran las perspectivas de tres BPSO: la Clínica las Condes (CLC), la Fundación Cardioinfantil del Instituto de Cardiología (FCI-IC), y la Fundación Oftalmológica de Santander (FOSCAL).

ESTUDIO DE CASO

LA EXPERIENCIA DE FCI-IC EN LA IMPLANTACIÓN DE LAS GUÍAS BASADAS EN LA EVIDENCIA DE RNAO

Las *guías de práctica clínica* son un tipo de síntesis de conocimientos al nivel más alto de la literatura, con una selección de recomendaciones de cuidado basadas en la mejor evidencia existente (Dearholt & Dang, 2012). Dado la avanzada información que contienen son fundamentales en la toma de decisiones de los profesionales sanitarios sobre situaciones de atención específica (Dearholt & Dang, 2012). Las guías de práctica clínica revisan, evalúan y combinan evidencia relacionada con problemas, al tiempo que se incorporan todos los aspectos y valores relevantes que determinan una decisión clínica, como el riesgo, el pronóstico, los costos, los valores del paciente y los logros institucionales (DiCenso et al., 2002).

Las guías de práctica clínica deben ser implantadas por los cuidadores en situaciones prácticas reales y así poder reducir los eventos adversos (como por ejemplo las caídas) y aumentar los indicadores positivos (por ejemplo, la formación) en la población meta. Esto requiere profesionales con pensamiento crítico y habilidades de liderazgo que puedan transformar los cuidados rutinarios en cuidados de Enfermería basados en la ciencia (Grinspun y Aninyam, 2014).

Con el fin de lograr la excelencia en la atención, las enfermeras líderes del Departamento de Enfermería de la Fundación Cardioinfantil del Instituto de Cardiología FCI-IC, con sede en Bogotá (Colombia), entraron a formar parte de la alianza de BPSO de RNAO a través de un acuerdo formal firmado en 2012. La FCI-IC es un hospital privado sin ánimo de lucro, cuenta con un total de nueve servicios de hospitalización para adultos y un total de tres servicios de hospitalización para niños; 90 camas de cuidados intensivos, de las cuales 19 son para neonatos, 20

son pediátricas y 51 son para adultos; y tiene una capacidad total de 340 camas.

El propósito general de unirse a la designación de BPSO de RNAO era implantar y evaluar tres Guías de Buenas Prácticas de RNAO (Guías) en servicios de atención a adultos que se seleccionaron en la FCI-IC. Nuestra organización también buscó adaptar el modelo de liderazgo de RNAO en el proceso de implantación y evaluar los resultados en los pacientes bajo nuestro cuidado. Esta colaboración incluyó el compromiso de enviar datos sobre cada Guía a NQuIRE, el sistema global de datos de indicadores relacionados con las Guías de RNAO. Este conjunto de datos internacionales proporcionaría una referencia general sobre el impacto de la implantación de las Guías en todo el mundo. Por último, la FCI-IC pretendía promover los avances derivados de la implantación de las Guías para demostrar la importancia de la práctica basada en la evidencia y los avances en términos de calidad y seguridad del paciente, especialmente en una institución sanitaria para pacientes con enfermedades cardiovasculares y factores de riesgo.

Teniendo en cuenta que la atención de Enfermería y su efectividad basada en el uso de las Guías no es una práctica común en Colombia, éramos conscientes de cómo nuestra experiencia podría fomentar la comprensión de otros colegas sobre este proceso. Por lo tanto, nuestro estudio de caso incluye una breve descripción de la metodología de implantación, nuestros resultados durante el periodo de predesignación como BPSO (2012-2015), la sostenibilidad, el liderazgo, la investigación y el desarrollo futuro.

SELECCIÓN DE LAS GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS

El proceso de planificación de la implantación comenzó a mediados de 2012, después de la firma del Acuerdo de BPSO. La formación de los Impulsores fue el primer paso de los procesos relacionados con la adopción e implantación de las Guías. Más de 10 años de evaluación de datos en nuestra institución nos permitió tener una comprensión de los problemas relacionados con la incidencia de eventos como caídas, úlceras por presión en la piel y úlceras en los pies en pacientes diabéticos. Para seleccionar las Guías más apropiadas, necesitábamos identificar los problemas prioritarios de atención sanitaria que podíamos superar con la implantación de estas guías. Realizamos una evaluación diagnóstica de base a través de una encuesta, en la que se identificaban una serie de problemas existentes. Estos incluían cuestiones relacionadas con el uso de herramientas de diagnóstico para la evaluación del riesgo tanto de caídas como de úlceras por presión; un subregistro de eventos en el registro médico electrónico; una prevalencia de caídas con lesiones; el uso de barandillas de cama para todos los pacientes (sin tener en cuenta los riesgos de los pacientes); y una prevalencia de úlceras por presión de grado III y IV.

En base a esta evaluación, se seleccionaron tres Guías: dos centradas en la atención preventiva: *Prevención de caídas y disminución de lesiones derivadas de las caídas* (RNAO, 2011a) y *Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión* (RNAO, 2011b) y la tercera sobre *Valoración y manejo de las úlceras del pie diabético* (RNAO, 2013a). La fase de selección duró 6 meses.

ESCENARIOS DE IMPLANTACIÓN Y POBLACIÓN

La siguiente fase consistió en la identificación de servicios del hospital para la implantación de las Guías seleccionadas, incluyendo servicios que proporcionaban atención para adultos (≥ 18 años) y aquellos con una alta prevalencia de eventos como caídas, úlceras por presión y úlceras de pie. Para la implantación de *Prevención de caídas y disminución de lesiones derivadas de las caídas* (RNAO, 2011a), se seleccionaron dos servicios: medicina interna-cirugía general y cardiología. Para la implantación de la guía *Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión* (RNAO, 2011b), seleccionamos dos unidades de cuidados intensivos (UCI): médicas y quirúrgicas. Por último, para la implantación de *Valoración y manejo de las úlceras del pie diabético* (RNAO, 2013a), optamos por incluir a todos los servicios de hospitalización para adultos (ocho servicios en total).

ESTUDIO Y ANÁLISIS CRÍTICO DE LAS GUÍAS DE RNAO SELECCIONADAS

El objetivo de esta fase era identificar la fuerza de la evidencia en cada Guía y seleccionar las recomendaciones con un nivel alto o medio de evidencia para su implantación. También se identificaron las intervenciones comunes utilizadas rutinariamente en nuestra institución que no debían ser modificadas, así como las intervenciones que estaban en aquel momento en curso y que no se basaban en la evidencia.

Realizamos un análisis de las intervenciones y de sus niveles de evidencia (Ia, Ib, IIa, IIb, III, IV) (Scottish Intercollegiate Guidelines Network [SIGN], 2008) y revisamos las recomendaciones de cada una de las Guías. Seleccionamos aquellas recomendaciones que tenían el mejor nivel de evidencia, que eran las más necesarias para los servicios y que podrían implantarse con nuestros recursos hospitalarios existentes (materiales, personales y administrativos). Un ejemplo de recomendaciones seleccionadas para una de las Guías se puede ver en la tabla 15.1.

Se evaluaron los patrones de práctica en curso y el uso de escalas de riesgo. Los instrumentos de valoración de riesgo se seleccionaron para cada guía e incluyeron la herramienta de Valoración de Riesgo de Caídas STRATIFY, la escala de Braden para úlceras por presión, y la Clasificación de Heridas Diabéticas de la Universidad de Texas. También se obtuvieron los instrumentos necesarios para la supervisión y la documentación (Fundación Cardiointellectual IC, 2012). Las intervenciones seleccionadas se integraron en nuestra práctica, se ilustraron en gráficos y diagramas de flujo y formaron parte de los procesos de atención integral para los pacientes en riesgo. Necesitábamos aprender o desaprender ciertas intervenciones en el proceso de cambio, como desaprender el uso de barandillas para todos los pacientes hospitalizados.

TABLA 15.1 RECOMENDACIONES SELECCIONADAS DE LA GUÍA VALORACIÓN DEL RIESGO Y PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

	RECOMENDACIONES QUE FUERON SELECCIONADAS DE LA GUÍA IMPLANTADA VALORACIÓN DEL RIESGO Y PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN (RNAO, 2011B)	NIVEL DE EVIDENCIA
Valoración	Realizar una evaluación inicial del estado de la piel de la cabeza a los pies y posteriormente todos los días para aquellos pacientes con riesgo de deterioro de la integridad de la piel.	IV
	El riesgo de úlceras por presión se determina combinando criterios clínicos y el uso de una herramienta fiable de evaluación de riesgos (por ejemplo, la escala de riesgo de Braden).	IV
	Si los pacientes están en la cama o sentados por largos periodos o después de la cirugía, la presión, la fricción y las fuerzas de corte deben ser controladas en todas las posiciones. Todas las úlceras por presión se identifican y clasifican según los criterios de la NPUAP*. Valoración y manejo de las úlceras por presión en estadios I a IV. Todos los datos se documentan en el momento de la evaluación inicial y, a continuación, de forma continua y periódica.	IV
Planificación	Un plan de atención personalizada se basa en datos de evaluación, factores de riesgo y objetivos para satisfacer las necesidades del paciente. El plan debe incluir al paciente, a la familia y al personal sanitario.	IV
Intervenciones	Programación de cambios de posición. (Por ejemplo, con el uso del reloj.) Utilizar técnicas apropiadas durante los cambios de posición (no tire del paciente a través de las sábanas; el cambio de posición debe hacerse con la ayuda de otros profesionales). Evaluar el dolor y tener en cuenta el impacto.	IV
	Lubricar la piel evitando masajes o fricciones en las prominencias óseas.	IIb
	Los pacientes con riesgo de úlceras por presión no deben permanecer en colchones convencionales. Se utiliza un colchón de espuma de alta densidad y baja presión. En el caso de pacientes de alto riesgo que se someten a una intervención quirúrgica, es aconsejable utilizar mecanismos de alivio de presión.	Ia
	Establecer intervenciones para pacientes con reposo en cama o sentados. Proteger y promover la integridad de la piel. Proteger la piel de la humedad excesiva y la incontinencia. Realizar una evaluación nutricional si se sospecha que hay deficiencias nutricionales.	IV

continúa

TABLA 15.1 RECOMENDACIONES SELECCIONADAS DE LA GUÍA VALORACIÓN DEL RIESGO Y LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN (CONTINUACIÓN)

RECOMENDACIONES QUE FUERON SELECCIONADAS DE LA GUÍA IMPLANTADA VALORACIÓN DEL RIESGO Y PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN (RNAO, 2011B)	NIVEL DE EVIDENCIA
Programa formativo para la prevención de úlceras por presión.	III
Las Guías de Buenas Prácticas en Enfermería pueden ser implantadas con éxito si existen recursos, planificación y apoyo administrativo e institucional.	IV

*NPUAP: National Pressure Ulcer Advisory Panel. www.npuap.org

SELECCIÓN DE RESULTADOS (INDICADORES)

En esta fase se analizaron los resultados de cada Guía y se realizaron cambios estructurales para asegurar la validez de la documentación de la información (eventos y planes de cuidados de Enfermería) en la tarjeta electrónica. Además, se estructuraron sistemas de comunicación (visuales o por notas) en la misma historia clínica electrónica para transmitir el riesgo de cada paciente (por caídas o úlceras por presión) al personal médico y al equipo interdisciplinario.

Los indicadores seleccionados para la *Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión* (RNAO, 2011b) fueron:

- Porcentaje de pacientes ingresados diagnosticados con la escala de riesgo seleccionada (escala de Braden).
- El porcentaje de pacientes evaluados recientemente a las 24 horas con la misma escala.
- Pacientes en riesgo de úlcera por presión (%).
- La incidencia de úlceras por presión de grado II a grado IV (número de pacientes con nuevas úlceras por presión y pacientes en riesgo de úlcera por presión) en un periodo de tiempo determinado.

Los indicadores de evaluación para *Valoración y manejo de las úlceras del pie diabético* (RNAO, 2013a) incluyeron:

- El porcentaje de pacientes evaluados que recibieron una evaluación de las piernas.
- El porcentaje de pacientes que se sometieron a una evaluación de úlcera de pie en el momento del ingreso.

- El porcentaje de aquellos pacientes y familias que recibieron formación.
- La reducción del tamaño de la herida (úlcera), al menos un 50% de la superficie.

Finalmente, los indicadores para la *Prevención de caídas y reducción de lesiones derivadas de las caídas* (RNAO, 2011a) incluyeron:

- El porcentaje de pacientes diagnosticados con riesgo de caídas en el momento del ingreso, utilizando la escala de riesgo de caídas.
- El número total de personas que participaron en el programa de prevención de caídas.
- El porcentaje de uso de barandillas.
- El índice de caídas (número de caídas/días/paciente) y lesiones posteriores a las caídas.

IMPLANTACIÓN Y MONITORIZACIÓN

Para asegurar la implantación exitosa de las Guías, seleccionamos líderes espontáneos o líderes con un conocimiento sobresaliente de cada servicio hospitalario. Los encargados del turno (mañana, tarde y noche) recibieron formación y se motivaron con el conocimiento de los objetivos y contenidos de las Guías, así como con la evaluación de indicadores y estrategias educativas, con el fin de difundir cada Guía. Este procedimiento tuvo en cuenta la Guía de RNAO (2013c) *Desarrollo y mantenimiento del liderazgo en Enfermería* y el uso de otras estrategias generales de organización formativa.

El material educativo fue desarrollado para llevar a cabo las sesiones de difusión de tres maneras: de igual a igual,

en grupos pequeños y en grupos grandes (ver Figura 15.1a y Figura 15.1b). Las sesiones de difusión incluyeron reuniones de lectura, análisis de casos críticos, conferencias y seguimiento directo con el personal. Se informó al personal de Enfermería

(profesional, auxiliar y de coordinación) y a los directores de los hospitales sobre las Guías y sus contenidos relevantes para cada oportunidad.

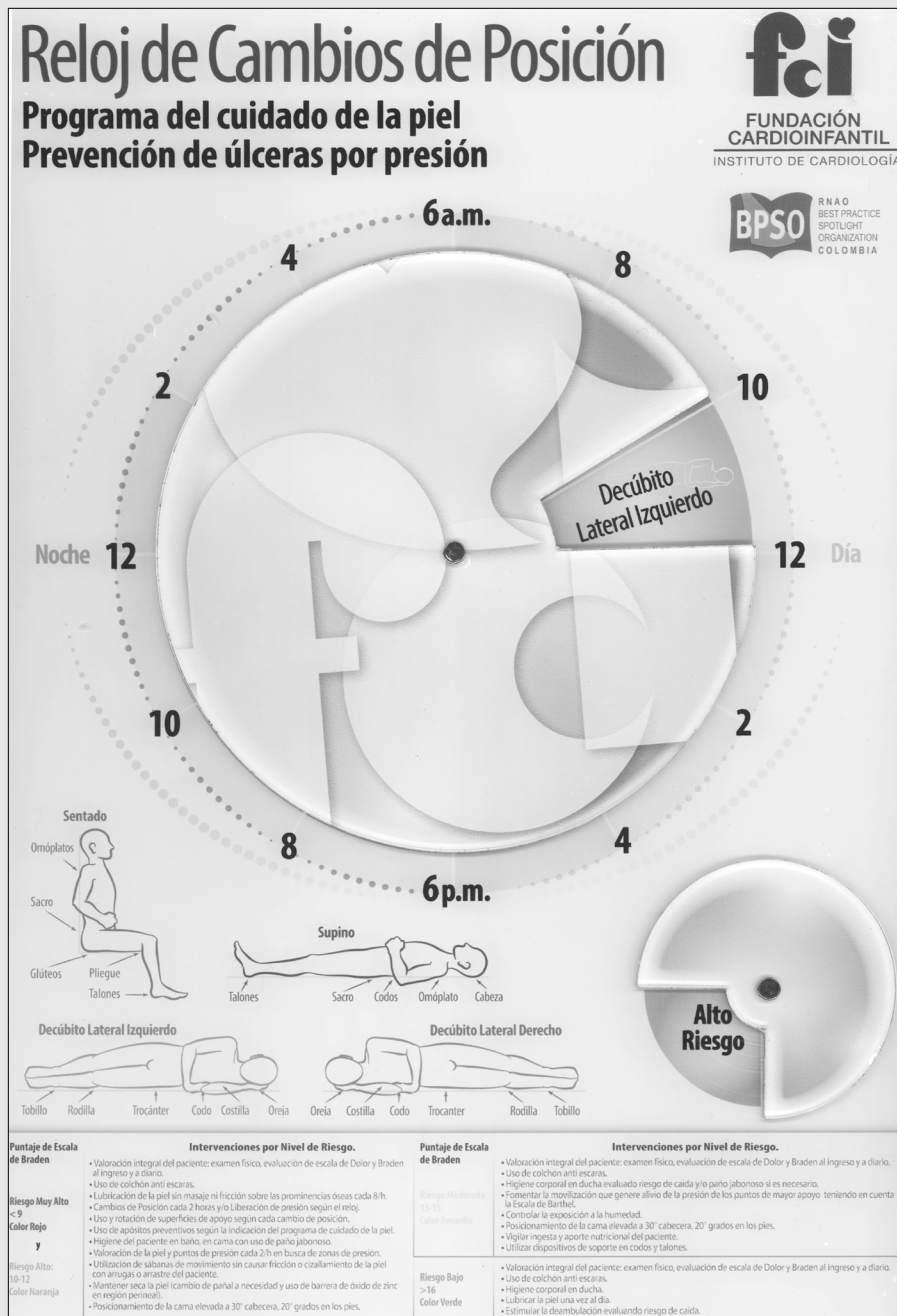


FIGURA 15.1A Materiales educativos de BPSO desarrollados por FCI-IC. Usado con permiso.



FIGURA 15.1B Materiales educativos de BPSO desarrollados por FCI-IC. Usado con permiso.

Con el fin de supervisar el cumplimiento de las recomendaciones basadas en la evidencia, los datos de eventos adversos y los resultados de los pacientes en cada uno de los servicios, se construyeron formatos para recopilar información relacionada con las pruebas de los pacientes en los servicios seleccionados, para identificar la población total admitida, la población total en riesgo (de caídas o de úlceras por presión), además de la información sobre los indicadores para cada Guía. Las coordinadoras de Enfermería de los turnos de mañana, tarde y noche recopilaron inicialmente esta información con la supervisión de los líderes de implantación de la prevención de caídas y de las úlceras por presión en particular. Esta información fue validada mediante el uso de bases de datos institucionales y confirmada en los registros médicos. La información de los indicadores se registró trimestralmente en la base de datos NQUIRE de RNAO.

Todo el personal participó tanto en las presentaciones de la designación de BPSO como en las sesiones formativas relacionadas con cada una de las Guías. En general, se llevaron a cabo un total de ocho sesiones institucionales de designación de BPSO y 10 sesiones de tutoría de Guías específicas a lo largo del proceso de implantación. La formación de 800 profesionales se llevó a cabo en seis sesiones en grandes grupos y se organizaron seis sesiones solo para los líderes de los servicios seleccionados con una dedicación de 30 horas por

líder. Se organizaron grupos interprofesionales para supervisar el cumplimiento de las Guías, incluyendo a clínicos y a otros profesionales sanitarios.

RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DE LAS GUÍAS

Se llevó a cabo una evaluación y validación de las Guías seleccionadas e implantadas por la FCI-IC para el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2014 y el 31 de diciembre de 2015. Los resultados se obtuvieron a partir de los datos incluidos en la base de datos NQUIRE. Para la Guía *Prevención de caídas y disminución de lesiones derivadas de las caídas* (RNAO, 2011a), se analizaron 2.208 pacientes ingresados en los servicios de cardiología y cirugía cardíaca y 4.154 pacientes en los servicios de medicina interna y cirugía hasta diciembre de 2015. Entre los resultados más destacados de la implantación se encuentra la adhesión del personal de Enfermería al uso de la herramienta de Valoración de Riesgo de Caídas STRATIFY para la evaluación del 100% de los pacientes recién ingresados. También hubo una reducción significativa, aproximadamente del 80%, en el uso de barandillas por parte del personal de Enfermería con pacientes en riesgo de caída (ver Figura 15.2).

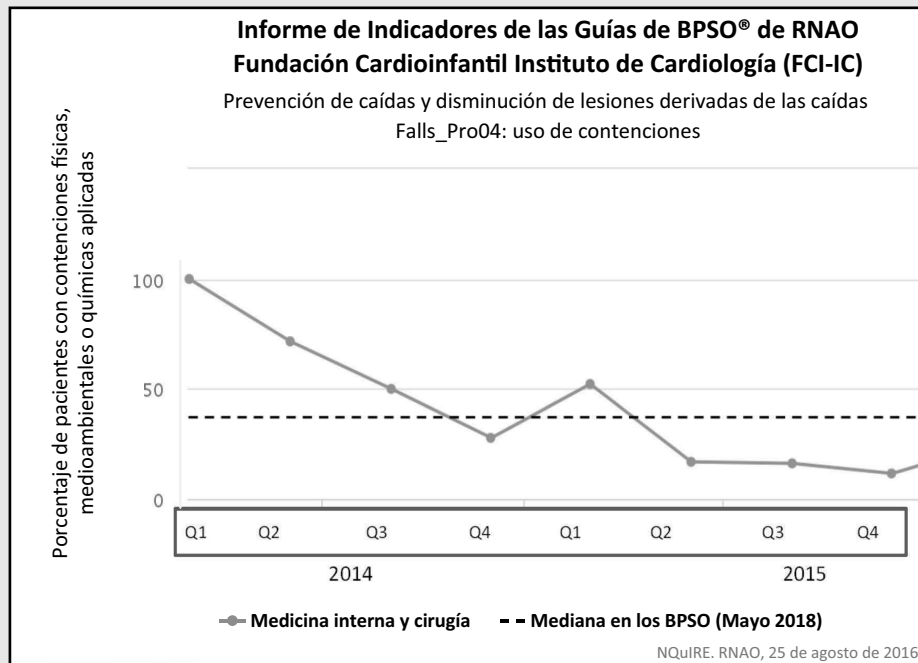


FIGURA 15.2 Informe de NQuiRE sobre la reducción del uso de barandillas en las camas (contenciones físicas), FCI-IC.
 Usado con permiso.

En la evaluación de la Guía *Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión* (RNAO, 2011b) se incluyeron dos unidades de cuidados intensivos (una unidad asistencial y una unidad quirúrgica), con un total de 5.952 pacientes ingresados. La adhesión del personal de Enfermería fue del 100% en el uso de la escala de Braden con los pacientes en el momento del ingreso y con los pacientes a las 24 horas después del ingreso. El cien por cien de los pacientes tenía acceso a colchones “antiescaras”, como parte de la política institucional.

Por último, los resultados de la evaluación de la Guía *Valoración y manejo de las úlceras de pie diabético* (RNAO, 2013a) mostraron un aumento del 100% en las actividades de atención

a pacientes diabéticos, tales como evaluaciones de extremidades inferiores, evaluación de pies y úlceras (Clasificación de la Universidad de Texas) y un aumento en la información dada al paciente y a su familia basada en el informe de la historia clínica (ver Figuras 15.3a y 15.3b). La valoración de la reducción de tamaño en una úlcera del pie diabético fue del 30%. Las amputaciones han limitado la observación de la curación a corto y medio plazo.

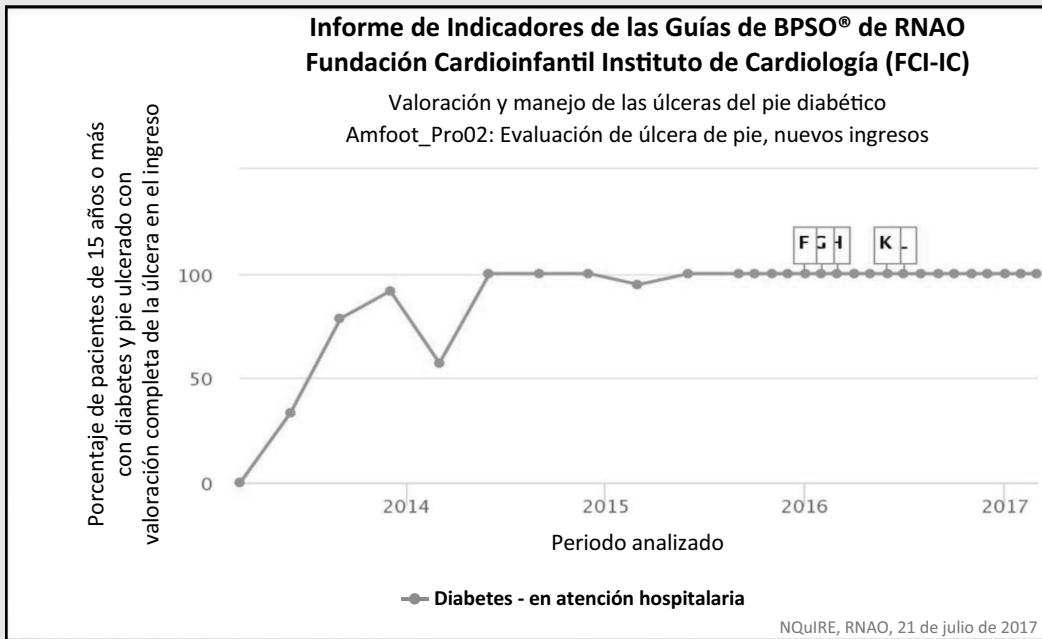


FIGURA 15.3A Informe de NQuIRE de la evaluación de las úlceras del pie, nuevas admisiones, FCI-IC. Nota: Las letras F, G, H y K indican casos en los que los pacientes fueron sometidos a amputaciones mientras estaban hospitalizados. Usada con permiso.

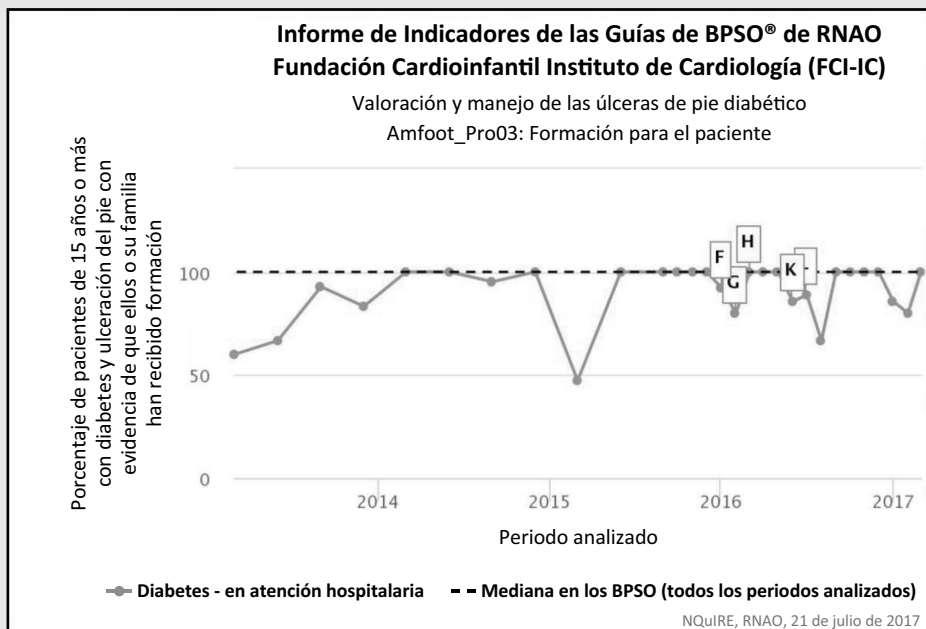


FIGURA 15.3B Informe de NQuIRE de la educación a pacientes con úlceras en el pie y a sus familiares. Nota: las letras F, G, H y K indican casos en los que los pacientes fueron sometidos a amputaciones mientras estaban hospitalizados. Usada con permiso.

ESTRATEGIAS POSITIVAS PARA EL MANTENIMIENTO DE LAS GUÍAS IMPLANTADAS

La sostenibilidad de la implantación ha sido planificada como parte de la transferencia de conocimientos. En primer lugar, hay medidas orientadas al presupuesto para mantener la formación de enfermeras, como los Impulsores. En segundo lugar, todas las estrategias de formación se dirigen al nuevo personal y continúan dirigiéndose al personal de Enfermería básica a fin de mantener la eficacia de las intervenciones de cada Guía. Finalmente, existe una sólida relación entre el departamento de Enfermería y los servicios de atención directa que están implantando las Guías, la cual se fortalece a través de proyectos, investigación y planes de mejora para reducir los eventos adversos.

El fortalecimiento del liderazgo en Enfermería a través de la formación continua, la retroalimentación continua y la formación específica permite reducir la variabilidad de la atención. Los equipos de trabajo establecen objetivos y priorizan el enfoque de su atención en base a la mejora continua a través de los indicadores de las Guías. Este ciclo ayuda a mantener la integración de las buenas prácticas en Enfermería, asegurando así mejoras en la experiencia de salud de los pacientes y sus familias.

La mayor atención prestada a la investigación en este ámbito está promoviendo el desarrollo científico de los cuidados de Enfermería basados en la evidencia. Un ejemplo destacado es el estudio PENFUP, que se centra en el uso de protectores cutáneos para prevenir las úlceras por presión, basado en un ensayo controlado aleatorio. Este recibió una beca del Instituto de Ciencia y Tecnología de Colombia (COLCIENCIAS), que fue presentada en colaboración con RNAO y FOSCAL (BPSO Directo en Colombia). La participación de la Enfermería y de los profesionales de sanitarios que participan en este proyecto ha promovido aún más la práctica basada en la evidencia en la prevención de las úlceras por presión. Anticipamos que los resultados finales del estudio aumentarán la evidencia en futuras ediciones de la Guía *Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión* (RNAO, 2011b).

EFFECTUAR EL CAMBIO A TRAVÉS DE LA IMPLANTACIÓN DE LAS GUÍAS: LA PERSPECTIVA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

En general, la implantación de las Guías de RNAO, la conexión continua con RNAO y las redes de BPSO y de Impulsores han permitido a la FCI-IC ser testigo del tremendo impacto de la designación de BPSO en la mejora de la atención y sus

resultados para los pacientes. El análisis trimestral de los datos de cada servicio ha mejorado la comprensión del valor de la evaluación al demostrar el impacto de las intervenciones en la atención. El entusiasmo general y la propiedad individual de estos conocimientos por parte de las enfermeras han contribuido a la formación de equipos de implantación y a la identificación de nuevos líderes institucionales. La visibilidad de la Enfermería ha aumentado significativamente en nuestro hospital como resultado de las intervenciones basadas en la evidencia que adoptamos y el impacto de nuestros avances, lo que también ha sido una motivación para otros equipos.

Nuestra participación en el Programa de BPSO de RNAO implica un trabajo serio, coordinado y estructurado dirigido a reducir los eventos adversos en la población bajo nuestro cuidado. La disminución de la variabilidad de la atención nos ha permitido aumentar los estándares de calidad, de acuerdo con las valoraciones de acreditación nacional e internacional.

Asimismo, este trabajo nos ha permitido fortalecer el pensamiento crítico de los profesionales de la salud. El proceso de implantación organizacional ha conducido a una mejor documentación de los eventos en los registros electrónicos, a un mayor énfasis en la valoración y el análisis crítico de los indicadores en grupos y por servicios y ha tenido un impacto en las valoraciones de acreditación nacional e internacional.

En términos de formación continua en la FCI-IC, la metodología de enseñanza se transformó al incluir modelos pedagógicos para lograr los objetivos de aprendizaje, desde la inducción hasta programas de capacitación específicos para mantener la sostenibilidad de las intervenciones. La historia clínica electrónica se constituyó mediante la inclusión de algunas de las recomendaciones de las Guías sobre el diagnóstico, la evaluación y el seguimiento de los pacientes y sus familias. Se ha establecido un gran conjunto de material educativo para el personal y la comunidad, lo que ofrece la oportunidad de valorar más a fondo estos elementos y su impacto en la implantación de las Guías.

Por último, la colaboración entre la FCI-IC y RNAO ha dado lugar a varias mejoras organizativas para enfermeras y la atención de Enfermería. En primer lugar, las Guías están ahora incorporadas en las políticas institucionales y han servido para enriquecer nuestra asignación de recursos humanos para garantizar el bienestar físico y emocional diario de las personas bajo nuestro cuidado. Además, ahora hay representación y participación de enfermeras en las decisiones relacionadas con las nuevas adquisiciones y los cambios en la infraestructura. Las Guías, las políticas y el logro de mejores resultados para los pacientes y sus familias forman parte ahora de los objetivos estratégicos y del desempeño del Departamento de Enfermería de la FCI-IC (Lucía Cortés et al., 2016).

Finalmente, el proceso de implantación, como resultado de las guías de RNAO, ha guiado nuestra práctica de Enfermería hacia una atención basada en el uso de la mejor evidencia, desde la valoración del riesgo, pasando por la prevención de eventos adversos, hasta las intervenciones que conducen a mejores resultados. En cuanto a los próximos pasos, nuestro objetivo es fortalecer nuestra capacidad de investigación en Enfermería, así como la evidencia detrás de las recomendaciones de las Guías, a través de nuevos estudios de investigación.



REFLEXIÓN

¿Cuáles fueron los elementos clave que condujeron al éxito de la designación de BPSO en la FCI-IC? ¿Cuáles fueron los obstáculos clave que se superaron y cómo se hizo?

ESTUDIO DE CASO

LA EXPERIENCIA DE FOSCAL EN LA IMPLANTACIÓN DE LAS GUÍAS BASADAS EN LA EVIDENCIA DE RNAO

La Fundación Oftalmológica de Santander (FOSCAL) es una institución de atención terciaria y cuaternaria, ubicada estratégicamente en la región noreste de Colombia. Tiene una capacidad de 256 camas hospitalarias (229 para adultos, 19 para pediatría y 8 para obstetricia), 46 camas en la unidad de cuidados intensivos (34 para adultos y 12 para pediatría), 18 quirófanos, servicio de urgencias y un centro de maternidad (centro materno-infantil). Como promedio, FOSCAL maneja un volumen de 1.584 visitas mensuales, una estancia media de 5,8 días, y un 93% de ocupación de camas, situación que permite la presencia de riesgos en los diferentes servicios y procesos asistenciales que se llevan a cabo en la institución.

Como institución de este nivel de complejidad, con un serio interés en mejorar la calidad de la atención, era necesario generar un cambio en los procesos de atención de Enfermería. Tal cambio requeriría el conocimiento de diferentes aspectos: el tamaño y la cultura de la organización, el tipo de atención, la caracterización de la población, los problemas o debilidades detectados y, lo que es más importante, los recursos humanos de salud. La transformación del conocimiento dentro de las organizaciones es lo que genera este cambio, pero ¿por dónde y cómo se empieza a avanzar hacia este objetivo?

Creímos que este cambio podría lograrse con la implantación de las Guías de Buenas Prácticas de RNAO (Guías) basadas en la evidencia. En la solicitud de FOSCAL para la designación como

BPSO (Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados) de RNAO, se describieron estos objetivos y se desarrolló un plan de implantación.

FASE PREPARATORIA

Esta fase consiste en una serie de pasos requeridos en el proceso de solicitud de BPSO, que se destacan aquí.

- 1. Sensibilización sobre las Guías de RNAO y la designación de BPSO:** el primer paso en el proceso de cambio es compartir y promover información sobre el internacionalmente reconocido programa de RNAO, que difunde guías basadas en la evidencia a las organizaciones de atención de la salud de todo el mundo y apoya su adopción e implantación. El modelo de montaña rusa del cambio es un ejemplo útil para guiar el proceso de cambio en la práctica de la Enfermería (Haines, 2005).
- 2. Establecer un enfoque positivo:** el compromiso y el entusiasmo desde el principio son factores clave para el éxito del proceso. La dirección de la organización inicia el proceso preparando una carta de intención en la que se describe su función de tutoría para el personal y los grupos interesados y se muestra interesada en recibir la experiencia y los recursos de RNAO.

3. **Compromiso:** la carta de intención detalla el objetivo de la organización de participar en el Programa de BPSO y lograr la designación de BPSO.
4. **Coordinación:** la organización nombra a un líder del BPSO que recibirá orientación de BPSO, capacitación en liderazgo y metodología de creación de capacidades.
5. **Selección de las guías que se van a implantar:** el conocimiento de temas que son fundamentales de Enfermería durante el proceso de atención ayuda en la revisión de las Guías de RNAO para identificar las prioridades que deben abordarse a través de esta metodología. Los criterios utilizados para la selección de las Guías fueron la inclusión del impacto dentro del proceso de atención en Enfermería, el paciente, la familia, la institución y también los recursos disponibles o necesarios para la implantación. FOSCAL seleccionó

las Guías sobre *Prevención de caídas y disminución de lesiones derivadas de las caídas* (RNAO, 2011a) y *Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión* (RNAO, 2011b) por sus beneficios de prevención para los pacientes y la institución. La Guía *Valoración y manejo del dolor* (RNAO, 2013b) fue seleccionada por su enfoque sistemático para intervenciones de calidad y para proporcionar comodidad a los pacientes. El objetivo general era mejorar la atención a los pacientes.

VALIDACIÓN DE LAS GUÍAS CON LA METODOLOGÍA DE AGREE II Y AGLI

Las guías de RNAO se evaluaron con la metodología de AGREE II para valorar su rigor metodológico y transparencia y con la metodología AGLI para determinar las recomendaciones que debían aplicarse (ver la Tabla 15.2).

TABLA 15.2 EVALUACIÓN DE LAS GUÍAS CON AGREE II Y AGLI

GUÍA	AGREE II	AGLI
<i>Valoración y manejo del dolor</i>	91,3%	De 18 recomendaciones, 17 se pueden implantar y 1 se puede implantar con algunas condiciones.
<i>Prevención de caídas y disminución de lesiones derivadas de las caídas</i>	89,3%	De 13 recomendaciones, 9 se pueden implantar, 2 se pueden implantar con algunas condiciones y 2 no se pueden implantar.
<i>Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión</i>	81,5%	De 31 recomendaciones, 23 se pueden implantar, 2 se pueden implantar con algunas condiciones y 6 no se pueden implantar.

SELECCIÓN DE SERVICIOS

Esta fase se centra en localizar y priorizar los problemas dentro de los servicios de salud para el inicio del proceso de implantación. Los servicios se seleccionaron mediante la realización de un análisis ambiental y la evaluación de la prevalencia de eventos relacionados. Para las lesiones cutáneas, la implantación piloto de las recomendaciones de la Guía *Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión* (RNAO, 2011b) se centró en los servicios de medicina interna y neurocirugía y la unidad de cuidados intensivos para adultos. La sala de maternidad y la oncológica fueron seleccionadas para implantar la Guía de *Valoración y manejo del dolor* (RNAO, 2013b). Para la guía *Prevención de caídas y disminución de lesiones derivadas de las caídas* (RNAO, 2011a), de acuerdo con los requisitos de BPSO, se planificó la implantación en todo el hospital, comenzando con dos servicios de medicina interna.

SELECCIÓN DE IMPULSORES

Después de la selección de los servicios, se identifican las personas clave (Impulsores de las Guías) para dirigir las actividades de implantación de las Guías y la monitorización de la adherencia al proceso. Cada una de las guías tiene un líder responsable de la transferencia de conocimientos al personal de servicio. Los impulsores reciben pines de BPSO especialmente diseñados que reconocen su papel.

ORGANIZACIÓN DE LA FORMACIÓN DE LOS IMPULSORES

Esta etapa implica la preparación de los temas, la identificación de las demandas de los docentes, la disponibilidad del personal para participar, la logística de la capacitación y el acto de reconocimiento institucional.

ACUERDO DE BPSO

El Acuerdo de BPSO entre FOSCAL y RNAO se firmó en 2012 por un periodo de 3 años e incluye estipulaciones relacionadas con la selección de las Guías, el desarrollo de una infraestructura de BPSO, la creación de capacidad, la implantación, la difusión y las actividades de evaluación. Una parte del requisito de difusión del acuerdo es la publicación de un artículo científico sobre la experiencia en la implantación. Para cumplir con este objetivo, FOSCAL publicó un artículo en la revista *MedUNAB* (Esparza-Bohórquez, Granados Oliveros, & Joya-Guevara, 2016)

titulado “Implantación de las Guías de Buenas Prácticas: Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión: experiencia de la Fundación Oftalmológica de Santander (FOSCAL)”. Otras partes del Acuerdo de BPSO incluyen la organización de un congreso internacional anual de investigación, la presentación de informes trimestrales, la participación en la base de datos NQUIRE, la realización de una auditoría anual de BPSO y la motivación de otras instituciones para participar en esta metodología.

ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

Se revisaron las recomendaciones existentes en cada guía implantada y se evaluaron el impacto, la viabilidad y las necesidades de recursos humanos, administrativos y económicos sobre la base de la evidencia. Los protocolos resultantes desarrollados se actualizan cada dos años, incorporando nuevas evidencias relevantes de las nuevas ediciones de las Guías de RNAO. Se diseñó un logotipo para identificar los servicios en los que se estaban implantando las Guías, que se consideraron unidades del BPSO. Ver la Figura 15.4.

FORMACIÓN DEL PERSONAL

La división de Enfermería de FOSCAL y RNAO impartieron formación a los equipos de implantación de las Guías.

IDENTIFICACIÓN DE LOS GRUPOS INTERESADOS

Se identificó a los grupos interesados mediante una lluvia de ideas sobre quién podía influir en nuestros procesos y quién podría verse influenciado por ellos. Por eso, dado el papel y la influencia de estos miembros del personal y de otros ámbitos en el proceso de implantación, es importante obtener su apoyo para la metodología e identificar las acciones que deben llevar a cabo varios grupos de personal.

SELECCIÓN DE HERRAMIENTAS

En la Tabla 15.3 se muestran las herramientas seleccionadas para evaluar el riesgo de los pacientes para las condiciones identificadas en las diferentes guías.



FIGURA 15.4 Placa BPSO desarrollada en FOSCAL.
Usado con permiso.

TABLA 15.3 HERRAMIENTAS PARA VALORAR EL RIESGO DEL PACIENTE.

HERRAMIENTAS

Guía	Escalas
Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión	Braden
Prevención de caídas y disminución de lesiones derivadas de las caídas	Morse
Valoración y manejo del dolor	Old Cart- Campbell

Estas escalas se sistematizan en el sistema médico electrónico, que establece el riesgo en función de la puntuación, y ayuda a proporcionar a los usuarios una intervención multifactorial sobre la base de los datos de evaluación. Estos planes se diseñan utilizando las recomendaciones y la correspondiente evidencia para cada guía y se incluyen en el programa de formación para el personal de Enfermería.

INDICADORES

El análisis de los indicadores de cada Guía es necesario para seleccionar aquellos que se deben implantar en cada procedimiento y una parte fundamental de la monitorización en cada servicio. Las fichas de datos técnicos fueron diseñadas con el propósito de la recopilación sistemática de datos de indicadores para cada Guía. Los indicadores seleccionados para las guías se muestran en la siguiente Tabla 15.4.

TABLA 15.4 INDICADORES SELECCIONADOS DE LAS GUÍAS

GUÍA	INDICADORES SELECCIONADOS
Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión	<ul style="list-style-type: none"> ■ Valoración del riesgo ■ Revaluación del riesgo ■ Intervención ■ Clasificación de las úlceras por presión
Prevención de caídas y disminución de lesiones derivadas de las caídas	<ul style="list-style-type: none"> ■ Valoración del riesgo ■ Revaluación posterior a la caída ■ Plan multifactorial ■ Pacientes inmovilizados ■ Índice de caídas ■ Lesiones derivadas de las caídas
Valoración y manejo del dolor	<ul style="list-style-type: none"> ■ Detección del dolor ■ Valoración del dolor ■ Manejo del dolor ■ Satisfacción del paciente con el control del dolor

FASE DE IMPLANTACIÓN

Se diseñó un día de orientación que se impartió al personal de los servicios piloto y a los grupos interesados. Las Guías y la metodología de implantación también se incorporaron al programa de formación para el personal nuevo. Dentro del programa anual de formación, se asigna un mes para proporcionar actualizaciones sobre las guías y consejos para la implantación. Para la formación del personal y las familias, se desarrolla material educativo para transmitir las recomendaciones de las Guías de forma práctica, tanto durante la estancia hospitalaria como en el momento del alta.

La recolección de datos se inició en los servicios piloto, comenzando con el registro en el sistema de datos NQUIRE y procediendo al análisis de los resultados y a la elaboración de planes de mejora de la calidad.

FASE DE AUDITORÍA Y MONITORIZACIÓN

Para el proceso de auditoría y monitorización, las rondas de la Guía se llevaron a cabo de la siguiente manera:

- **Proteger la piel de FOSCAL:** la implantación de las intervenciones estratégicas seleccionadas se evalúa utilizando una lista de verificación que mide la adherencia del personal a las recomendaciones de la Guía y se recopilan los datos requeridos para la presentación en NQUIRE.
- **Días sin caídas:** el cartel institucional de cada servicio muestra actualizaciones diarias con información sobre los días sin caídas y el servicio obtiene reconocimiento por este logro. La comprensión de las familias de la educación proporcionada sobre la prevención de lesiones cutáneas y caídas se valora mediante un cuestionario de conocimientos.
- **Rondas de humanización:** estas rondas fueron creadas para proporcionar apoyo al personal y reconocimiento a los servicios mediante la verificación de la valoración y el manejo del dolor y el refuerzo de la adhesión del personal a las actividades de prevención e identificación del dolor en los pacientes.

EVALUACIÓN

NQuIRE es una base de datos de indicadores de calidad diseñada para que los BPSO supervisen sistemáticamente el progreso y evalúen los resultados de la implantación de las Guías. Es la primera iniciativa internacional de mejora de la calidad de este tipo e implica el desarrollo y la medición de indicadores de estructura, proceso y resultados relacionados con cada una de las Guías. La división de Enfermería de FOSCAL realiza un seguimiento mensual al revisar los datos de cada indicador para las guías implantadas. Para este proceso, es necesario

nombrar a un administrador general para la organización e involucrar a los líderes del equipo de implantación en la recolección de datos y la monitorización de cada guía, analizando el comportamiento para la toma de decisiones informadas y corrigiendo cualquier desviación. A continuación, se presentan los indicadores más importantes de cada guía, que reflejan los tres primeros años de implantación.

Los resultados de los indicadores de *Prevención de caídas y disminución de lesiones derivadas de las caídas* se muestran en las Figuras 15.5a, 15.5b y 15.5c.

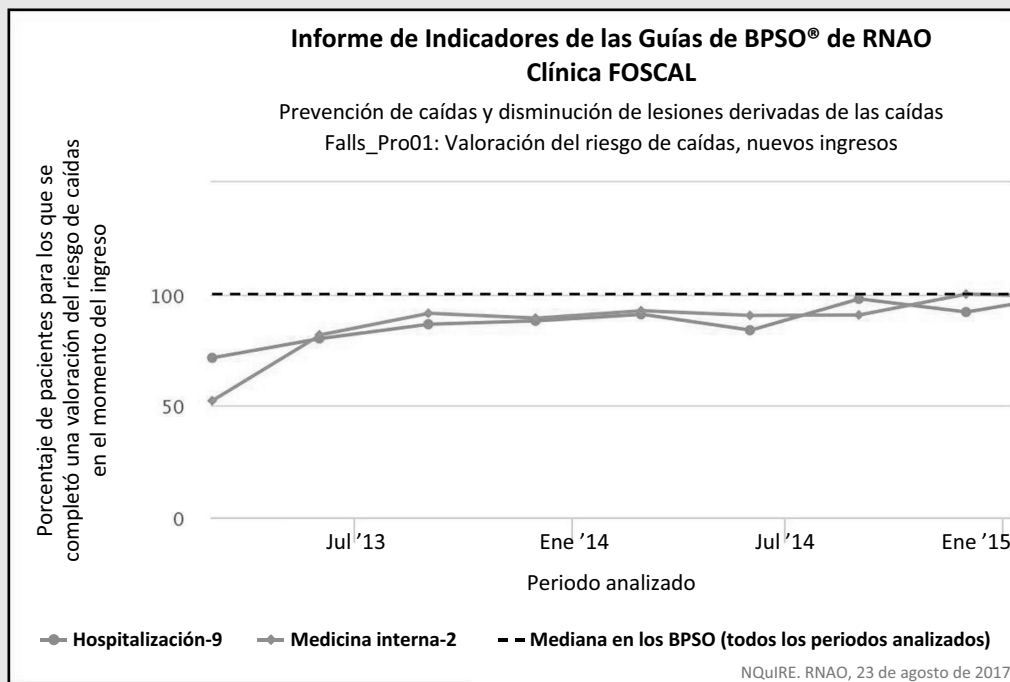


FIGURA 15.5A Informe de NQuIRE sobre la valoración del riesgo de caídas, nuevo ingreso, FOSCAL.

Usada con permiso.

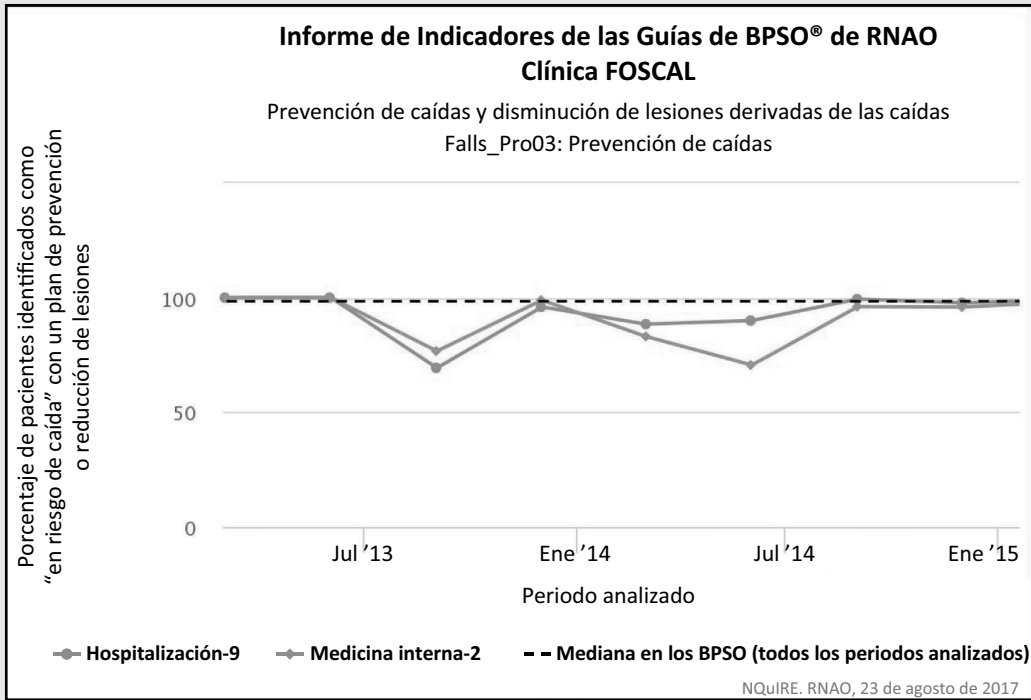


FIGURA 15.5B Informe de NQuIRE de la prevención de caídas, FOSCAL. Usada con permiso.

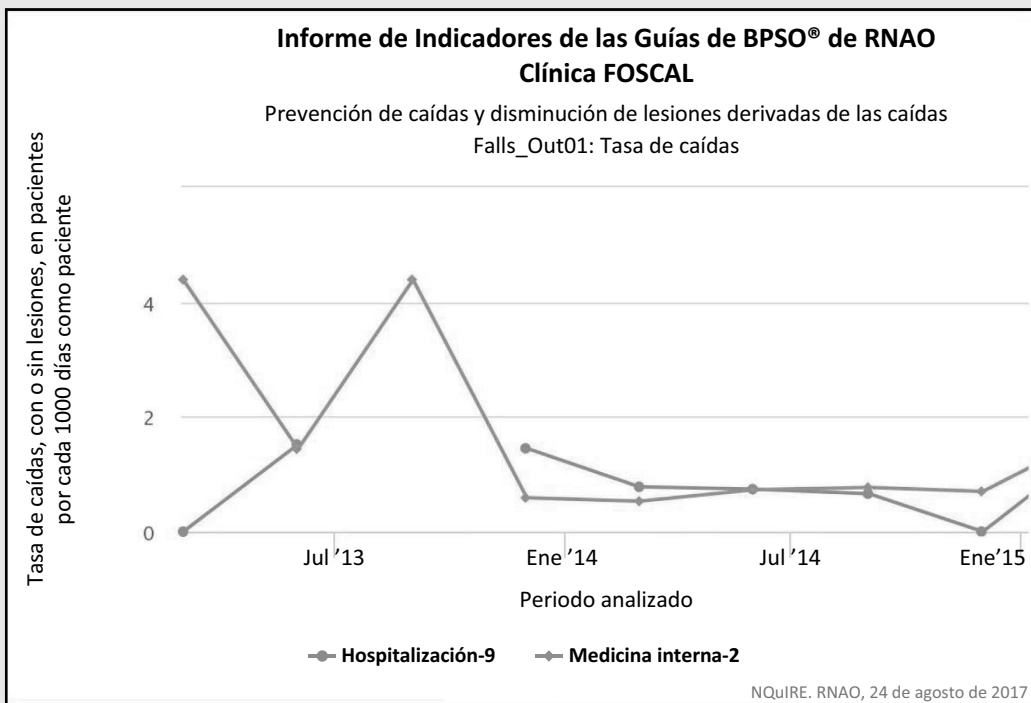


FIGURA 15.5C Informe de NQuIRE de la tasa de caídas, FOSCAL. Usada con permiso.

Los resultados de los indicadores de la *Valoración del riesgo y prevención de lesiones por presión* se muestran en las Figuras 15.6a, 15.6b y 15.6c.

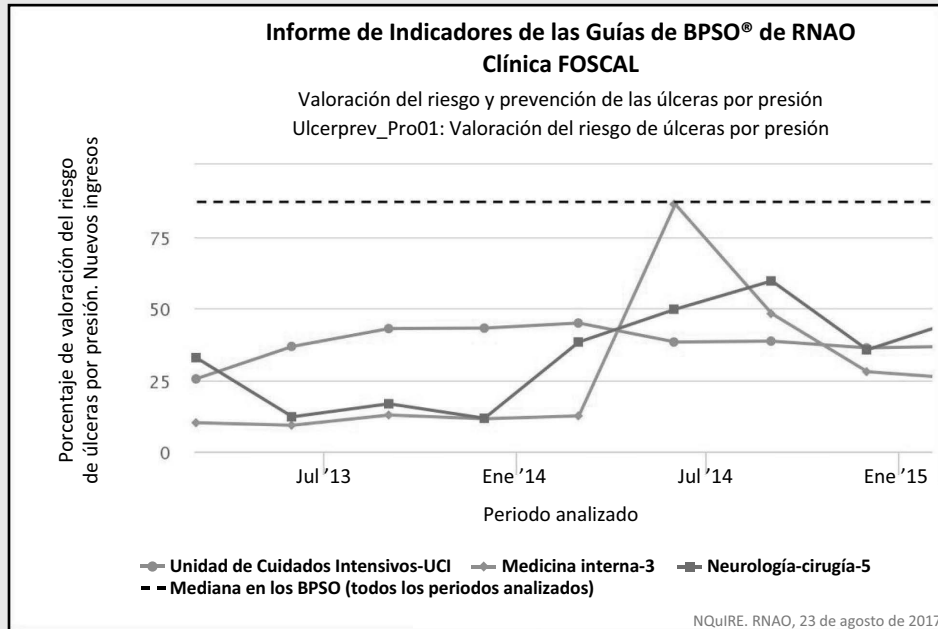


FIGURA 15.6A Informe de NQuIRE de la valoración del riesgo del ulceras por presión, nuevo ingreso, FOSCAL. Usada con permiso.

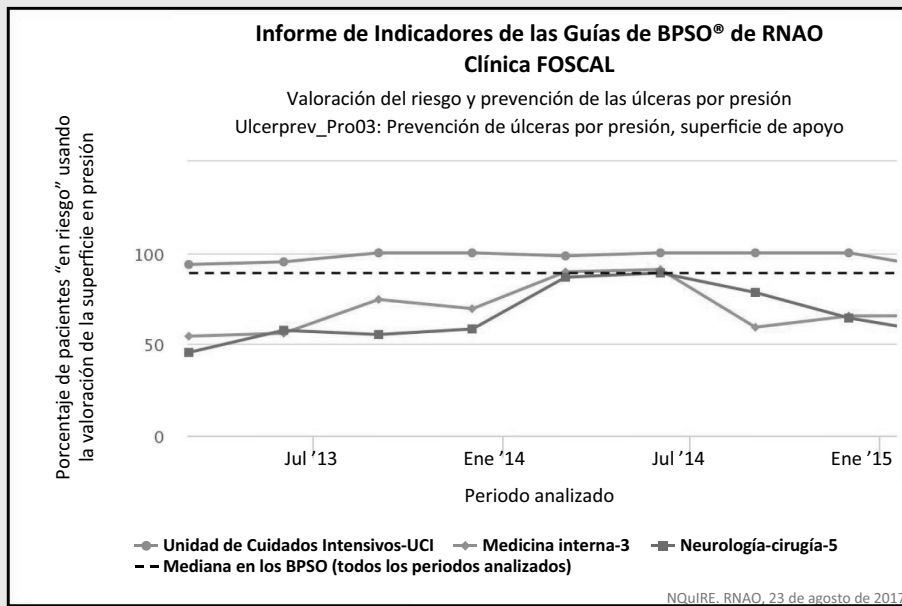


FIGURA 15.6B Informe de NQuIRE de la prevención de ulceras por presión, FOSCAL. Usada con permiso.

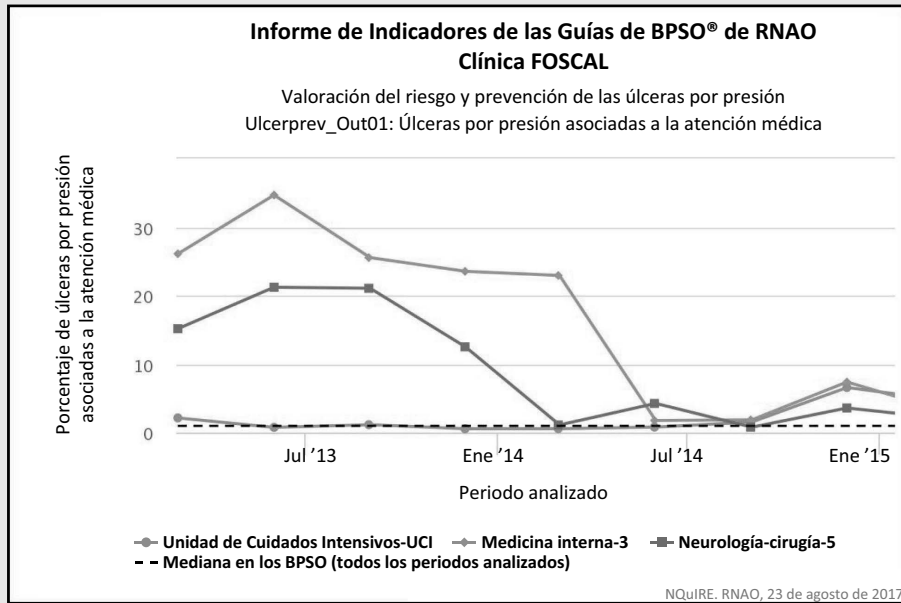


FIGURA 15.6C Informe de NQuIRE sobre las úlceras por presión asociadas a la asistencia sanitaria, FOSCAL. Usada con permiso.

Los resultados de los indicadores de la *Valuación y manejo del dolor* se muestran en las Figuras 15.7a y 15.7b.

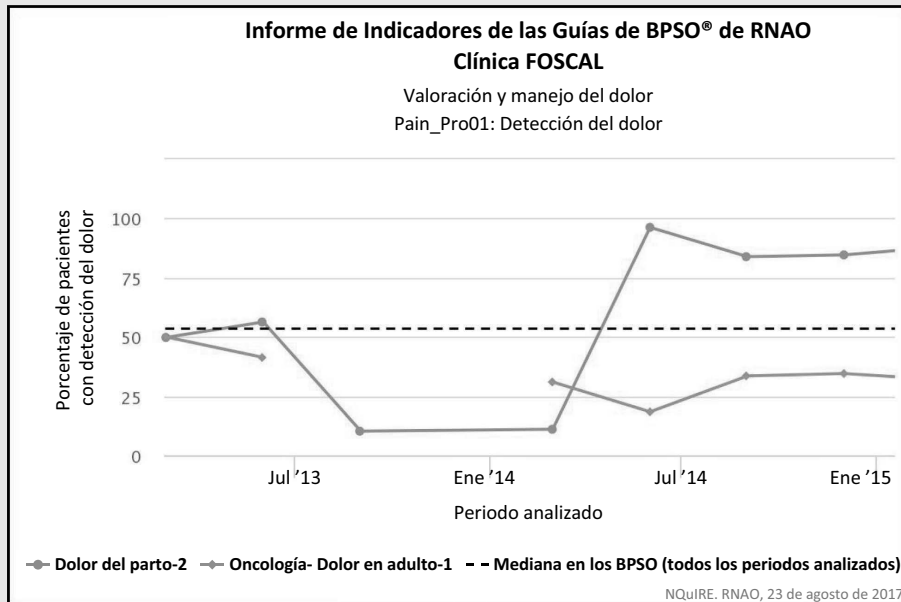


FIGURA 15.7A Informe de NQuIRE sobre información sobre el cribado del dolor, FOSCAL. Usada con permiso.

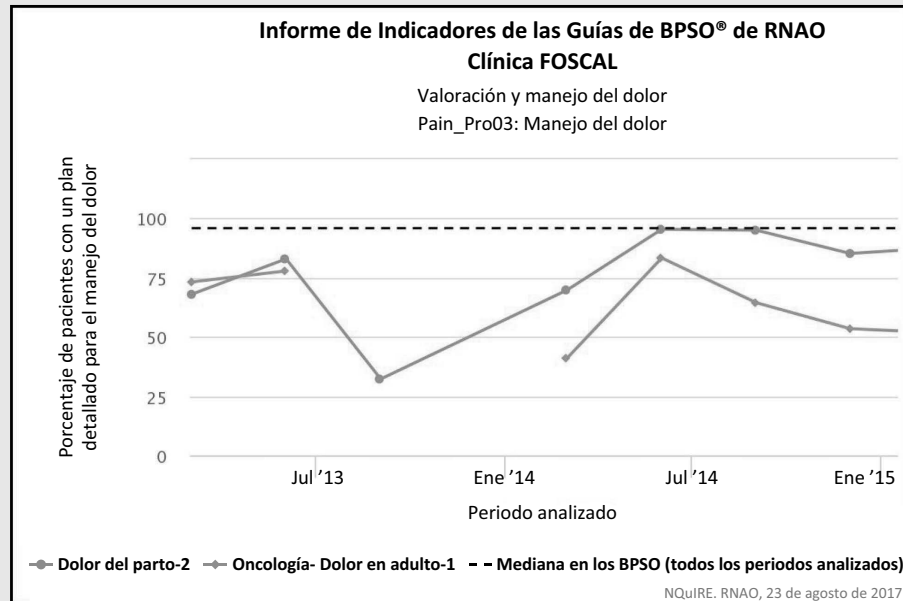


FIGURA 15.7B Informe de NQuIRE el manejo del dolor, FOSCAL.
Usada con permiso.

LIDERAZGO

El liderazgo en Enfermería es un proceso que promueve la mejora de la salud y el bienestar de la población. Incluye la consecución de los objetivos de la atención de Enfermería y el logro de las metas establecidas para los servicios de salud. Por lo tanto, es un proceso que favorece el desarrollo social, profesional y organizacional.

Los logros con la implantación de las guías basadas en la evidencia han sido reconocidos a nivel institucional, local y nacional, llamando la atención sobre las mejoras en el proceso de atención y elevando el perfil de la Enfermería (Grinspun, 2011, 2015). Este es el resultado de varios años de trabajo y compromiso de todos los profesionales, con el único propósito de brindar una atención de calidad al paciente y reducir significativamente los indicadores que impactan negativamente en su salud y bienestar.

El desarrollo del conocimiento, el fortalecimiento de la toma de decisiones profesionales, la estandarización y la resolución de problemas en la práctica de la Enfermería culminan en la mejora de la atención y los resultados de salud. Basándose en sus resultados en la prevención de caídas y lesiones por caídas en personas mayores, la institución ha sido identificada como una líder en las buenas prácticas y como un ejemplo en la disminución de la incidencia de caídas usando intervenciones basadas en la evidencia y supervisando los resultados.

El liderazgo de FOSCAL sirve de referencia para que el Ministerio de Salud y Protección Social fortalezca el proceso en diferentes instituciones del país.

RESULTADOS Y LOGROS

FOSCAL obtuvo con éxito su designación como BPSO en abril de 2015, en la ceremonia de designación de RNAO en Toronto, Canadá (RNAO, 2015). Anteriormente, en 2014, FOSCAL participó en el IV Congreso Internacional de Enfermería, organizado por el BPSO del Hospital Cardiointantil (FCI-IC) en Bogotá, Colombia. Allí, FOSCAL presentó dos pósteres y participó en un foro sobre la experiencia de implantación de guías basadas en la evidencia. Además, los logros de FOSCAL como parte del Programa de BPSO han sido reconocidos a través de:

- Una invitación para participar en el XIV Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería.
- Aparecer en un video del Ministerio de Salud y Protección Social como una institución ejemplar a nivel nacional, en las buenas prácticas.
- Conseguir el segundo puesto en el Modo Oral del Premio al Liderazgo en Prevención del Daño a la Piel.

- Una presentación en las Jornadas Nacionales de Enfermería de Alicante, España, sobre la experiencia de FOSCAL con el éxito local y el liderazgo internacional relacionado con la implantación de las guías clínicas de RNAO.
- La publicación de un artículo en la revista *MedUNAB* titulado “Implantación de las Guías de Buenas Prácticas: experiencia en la Fundación Oftalmológica de Santander (FOSCAL)”. (Esparza-Bohórquez et al., 2016).

ha permitido a FOSCAL ejercer el liderazgo en Enfermería para lograr el cambio y motivar a otras organizaciones a participar en este importante proceso, que es la mejor parte de nuestra experiencia. Nuestros beneficios se reflejan en la disminución de los eventos adversos; el aumento de la satisfacción de los pacientes y de los equipos de trabajo durante el proceso de atención; la actualización de los procesos de atención; la participación en eventos académicos y publicaciones nacionales e internacionales y compartiendo sus experiencias en el proceso de transferir el conocimiento a la práctica y mejorar la Enfermería.

CONCLUSIÓN

Como grupo de enfermeras de FOSCAL, nos hemos convertido en líderes en Colombia en la implantación de sistemas de información basados en la evidencia y demostramos un impacto tangible en el desarrollo de los resultados y la calidad de la atención, que proporcionamos a pacientes con un alto nivel de amabilidad. El conocimiento basado en la evidencia



REFLEXIÓN

¿Cuáles fueron los elementos clave que condujeron al éxito de la designación de BPSO en FOSCAL? ¿Cuáles fueron los obstáculos clave que se superaron y cómo se hizo?

ESTUDIO DE CASO

LA EXPERIENCIA DE LA CLÍNICA LAS CONDES EN LA IMPLANTACIÓN DE LAS GUÍAS BASADAS EN LA EVIDENCIA DE RNAO

La práctica clínica en los sistemas sanitarios actuales está experimentando un importante cambio de paradigma. Desde la década de 1980, el movimiento de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) ha respaldado la necesidad de contar con profesionales capacitados a la vanguardia del conocimiento, para que podamos garantizar una atención segura y de calidad para nuestros pacientes. Está ampliamente aceptado que la práctica profesional basada en la evidencia o en los resultados de la investigación y su uso contribuye a mejorar la salud de la población. Sin embargo, según algunos estudios publicados al respecto, al menos el 40% de los pacientes no reciben una atención acorde con los resultados de la investigación y, en consecuencia, entre el 20% y el 25% de la atención puede ser innecesaria e incluso potencialmente perjudicial (Grinspun, Melnyk, & Fineout-Overholt, 2010; Moreno-Casbas, Fuentelsaz-Gallego, Gonza, Rey, & Carlos, 2016).

Además, existen varios obstáculos para el uso de la investigación en Enfermería: falta de tiempo, falta de motivación, falta de apoyo de la dirección, estructuras de las organizaciones, falta de apoyo de los compañeros de trabajo, falta de financiación, escasez de personal e insuficientes conocimientos

metodológicos (Moreno-Casbas et al., 2016). Estos factores resultan en bajos niveles de interés y de adhesión al trabajo basado en la evidencia, una realidad a la que la Clínica las Condes se enfrentó y con la que tuvo que lidiar.

Es en este contexto que, a principios del 2010, la dirección de Enfermería de la Clínica las Condes (CLC) quiso ampliar su campo de acción y decidió asociarse con la Asociación Profesional de Enfermería de Ontario (RNAO) a través de su designación internacional como BPSO, lo que no solo permitió que la institución aprendiera las buenas prácticas en la atención de Enfermería basada en la evidencia científica, pero también permitió su implantación, evaluación y mantenimiento posterior. Esto, sin duda, se ha convertido en un incentivo para el personal de Enfermería, que se esfuerza diariamente por proporcionar una atención de calidad, segura y eficiente a sus pacientes, basada en el mejor asesoramiento científico disponible. Hoy en día, los colaboradores de la CLC tienen un marco teórico firme y sostenible que les permite dar forma a las decisiones que toman con sus pacientes con el apoyo de documentos basados en la evidencia (guías clínicas y recomendaciones) elaborado por el Programa de Guías de RNAO.

Esto, a su vez, fortalece el papel de la Enfermería y posiciona a las enfermeras como profesionales del conocimiento que brindan atención de calidad en nuestra institución. El propósito de este estudio de caso es describir la experiencia de la CLC en la implantación de guías de práctica clínica en Enfermería.

EL COMIENZO

En 2010, la dirección de Enfermería de la CLC inició los primeros pasos de su viaje hacia el BPSO, que comenzó cuando la enfermera jefa de entonces se puso en contacto con RNAO y tuvieron las primeras conversaciones sobre la asociación como BPSO. Una vez que esto se puso en marcha, la CLC formó grupos de trabajo dirigidos por las enfermeras jefe de cada unidad clínica. Analizaron el alcance del programa e identificaron las Guías para su implantación: *Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión* (RNAO, 2011b) y *Valoración y manejo de úlceras por presión en estadio del I a IV* (RNAO, 2007a).

A pesar de la sorprendente iniciativa y el entusiasmo demostrado por las jefas de Enfermería, se enfrentaron a desafíos para internalizar la designación e BPSO y cumplir con todos los requisitos solicitados por RNAO. Las enfermeras de la CLC siguieron adelante y agregaron las dos Guías anteriores a su trabajo ya programado, sin estar necesariamente capacitadas o preparadas para otros aspectos del programa. La situación se vio agravada por los cambios en el liderazgo de la Enfermería durante el periodo comprendido entre 2010 y 2012. Por lo tanto, con el fin de estabilizar las condiciones para la designación de BPSO, se nombró al líder de BPSO como responsable de facilitar el programa, concienciar y motivar a las enfermeras y a otros profesionales sanitarios para que participasen y colaborasen. Los grupos de trabajo también se consolidaron de tal manera que cada miembro asumió la función de apoyar la implantación de una guía en particular (ver Figura 15.8).

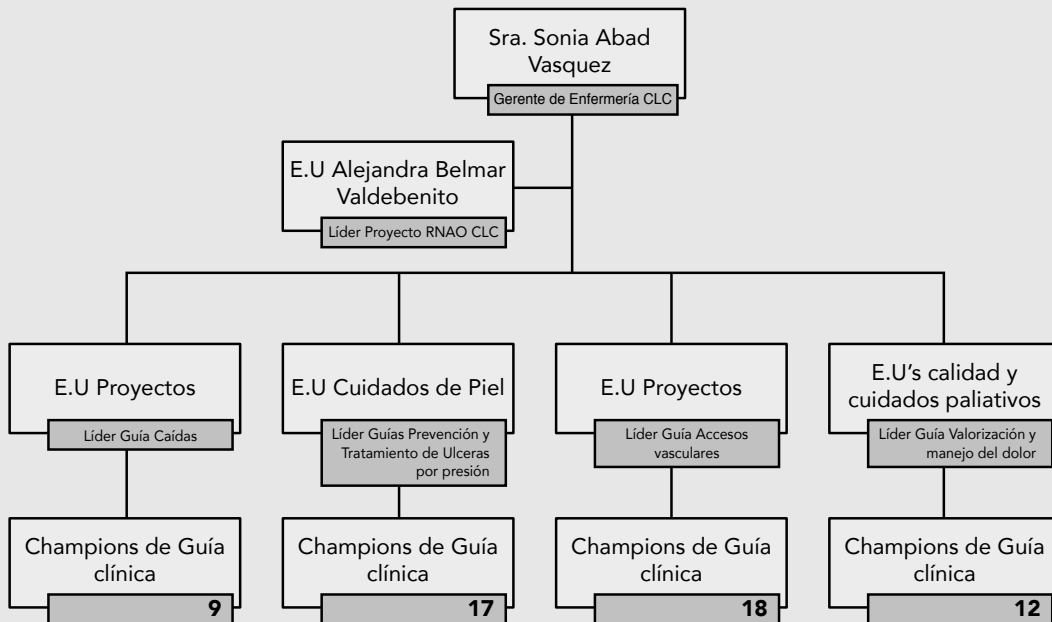


FIGURA 15.8 Estructura del equipo BPSO en la CLC, 2017.

Estos grupos de trabajo están compuestos principalmente por una enfermera educadora, una enfermera de cuidados paliativos, una enfermera del cuidado de heridas, una enfermera de ostomía, una enfermera de calidad en pabellones quirúrgicos, una enfermera de proyectos y enfermeras de enseñanza e investigación. Comenzaron a trabajar en 2013 en la implantación de la guía *Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión* (RNAO, 2011b) y en la adaptación de

la política institucional de acuerdo con las recomendaciones de las Guías. Este trabajo se complementó con el desarrollo de dos políticas institucionales específicas: una para pacientes hospitalizados y otra para pacientes tratados en quirófanos. Al mismo tiempo, se trabajó en el desarrollo de insignias del BPSO y folletos educativos para pacientes y familiares, que promovieron la difusión de las Guías (ver Figuras 15.9a y 15.9b).



FIGURA 15.9A Insignia BPSO desarrollada por la Clínica las Condes (CLC). Usada con permiso.

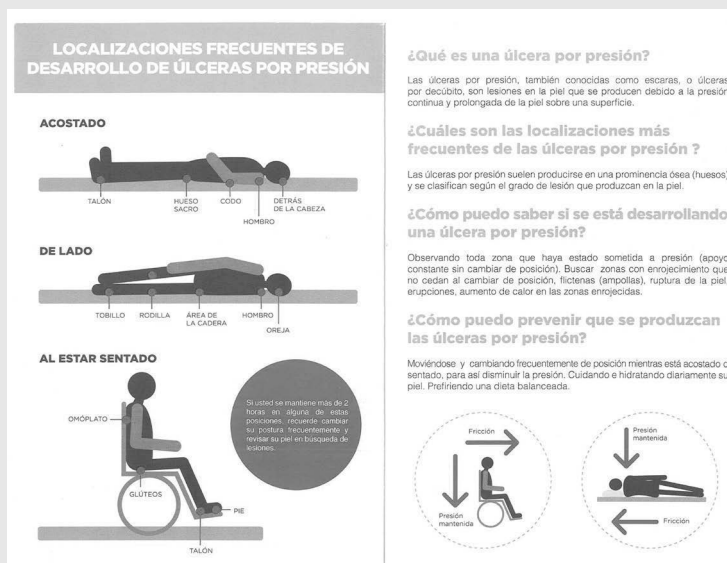


FIGURA 15.9B Folleto educativo de BPSO desarrollado por la Clínica las Condes (CLC). Usada con permiso.

A medida que la infraestructura y las actividades del programa funcionaban y se establecían, gradualmente se fue ganando el reconocimiento por parte de las jefas de Enfermería de cada unidad clínica.

A finales de 2013, el equipo inició la creación de la formación en línea para la prevención de úlceras por presión, basada en la Guía de RNAO, dirigida a enfermeras y técnicas de Enfermería. El objetivo era facilitar una mejor asimilación de los conocimientos a través del aprendizaje a distancia, lo que condujo a mejores resultados clínicos. Más detalles sobre el programa de formación en línea se compartirán más adelante en este estudio de caso.

Con el tiempo, el Programa de BPSO ganó estabilidad y tomó forma. Una de las acciones clave fue establecer la composición ideal del grupo de trabajo, que debería incluir a enfermeras en las áreas de calidad de la atención, el cuidado de heridas, el manejo del dolor y la gestión de proyectos. En conjunto, esto garantizaría la plena implantación de una guía específica, junto con la creación de capacidad y otros objetivos relacionados. La Figura 15.8 resume la organización del equipo para el año 2017 y muestra el liderazgo del BPSO, el líder de las Guías y el equipo de Impulsores para cada Guía que se está implantado.

IMPULSORES

El desarrollo de los Impulsores de las Guías comenzó en 2011 con la adopción de la guía sobre *Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión* (RNAO, 2011b). Desde el principio, la participación en el Programa de BPSO fue

totalmente voluntaria, lo que fomenta un mayor compromiso y continuidad por parte de los participantes. Hoy en día, la CLC cuenta entre su personal con un total de 64 impulsores para las diferentes Guías implantadas (ver Figura 15.10). Las principales funciones de los impulsores incluyen las siguientes:

- Revisar cuidadosamente las guías clínicas para su grupo de trabajo.
- Revisar activamente las guías de actuación y los protocolos de la Clínica las Condes que correspondan a la guía de su grupo de trabajo de RNAO.
- Motivar a los colegas a seguir las buenas prácticas de Enfermería dentro de sus servicios clínicos.
- Presentar las recomendaciones y resultados de las Guías de forma semestral a través de reuniones participativas en sus respectivos servicios clínicos.
- Presentar anualmente los resultados y temas al grupo de RNAO.
- Asegurar el cumplimiento de las guías implantadas en cada servicio clínico.

También es importante señalar que, aunque el programa comenzó reclutando solo enfermeras como impulsoras, ya hay otros profesionales de la salud que se han unido al proceso de implantación de Guías de manera continua, como se detalla en la Figura 15.10. La tabla proporciona una visión más global e interdisciplinaria del programa de Impulsores en la CLC.

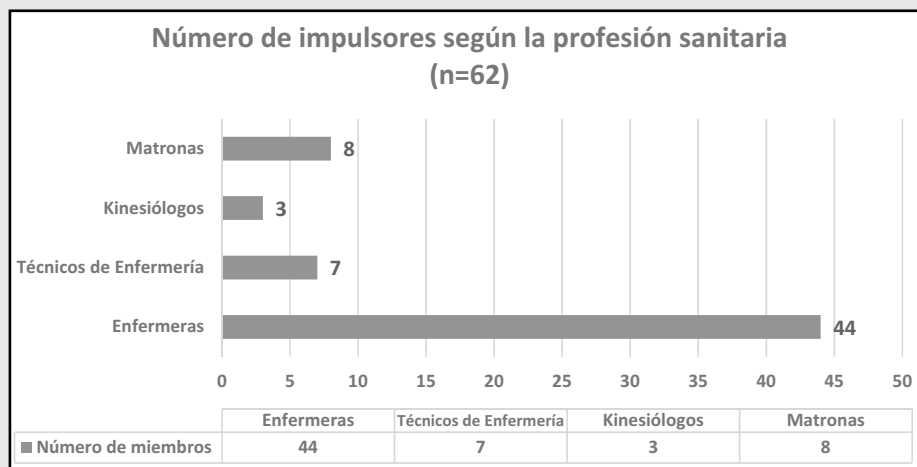


FIGURA 15.10 Número de Impulsores por profesión, CLC. Usada con permiso.

Es así como, casi 6 años después del inicio de la formación de los Impulsores, algunos de ellos se han referido al programa a través de los siguientes testimonios:

“Ser parte de la Red de Impulsores de las Guías ha sido muy gratificante, ya que se puede contribuir al enfoque general de la atención de Enfermería y brindar atención de calidad a los pacientes. Al formar parte de un grupo de enfermeras y otros profesionales sanitarios que pertenecen a diferentes servicios, conocí otras realidades a las que nos enfrentamos día a día. Así, juntos, a través de disciplinas y servicios, buscamos la mejor manera de resolver problemas con la mejor evidencia. Todos trabajamos con el mismo propósito, dando mejor cuidado a nuestros pacientes”.

–Paulina Sanhueza, Enfermera, Servicios Quirúrgicos

“Me ofrecí como voluntaria para ser impulsora hace casi un año. Ha sido un año lleno de retos, mucha dedicación y trabajo en equipo. Ver cómo ha surgido el BPSO ha sido muy gratificante para mí a nivel personal y profesional. Al interiorizar la existencia de las Guías de RNAO, me di cuenta de que no solo nos proporciona un marco basado en la evidencia para nuestro trabajo profesional, sino que también nos ayuda a generar más evidencia. En relación con la CLC, nuestro fuerte compromiso con la práctica basada en la evidencia y nuestros resultados nos han dado un perfil internacional de excelencia en la atención”.

–Barbara Silva, Enfermera, Servicios Pediátricos

“Ha sido interesante porque trabajar con gente de otras disciplinas es bueno. Como kinesiólogo, estar en el grupo de prevención de caídas ha contribuido positivamente a mi trabajo y ha sido muy enriquecedor para mí. Ahora soy mucho más consciente de las caídas y de la prevención de caídas y hemos tomado precauciones para reforzar la seguridad del paciente”.

–Giancarlo Calcagno, Kinesiología

HITOS

Uno de los hitos más importantes en la implantación de las Guías de Buenas Prácticas de RNAO tuvo lugar en 2014, con el lanzamiento de la formación en línea para la prevención de las úlceras por presión. Este programa educativo nació de la necesidad de mantener las competencias de Enfermería sin exigir el tiempo de los colaboradores para asistir a clases presenciales. Además, el uso de las tecnologías de la información y la comunicación ha permitido facilitar la transferencia de conocimientos de una manera mucho más eficiente en comparación con la metodología tradicional cara a cara. De esta manera, se formó a un total de aproximadamente 941 enfermeras y técnicos de Enfermería a través de la tecnología de formación en línea (ver la Figura 15.11).

Desde 2005, la CLC ha adoptado este sistema de aprendizaje, que su personal ha calificado como excelente, dada la posibilidad de completar la formación desde el hogar o desde otro lugar, según su horario. Además, se han identificado otras ventajas de la formación a distancia (Villaverde, 2013):

- Excede los límites de la clase.
- Se adapta al ritmo del alumno individual.
- Permite un uso flexible del tiempo.
- Emplea una variedad de medios y recursos.
- No separa a las personas de su entorno laboral o familiar.
- Promueve la autonomía de los participantes.

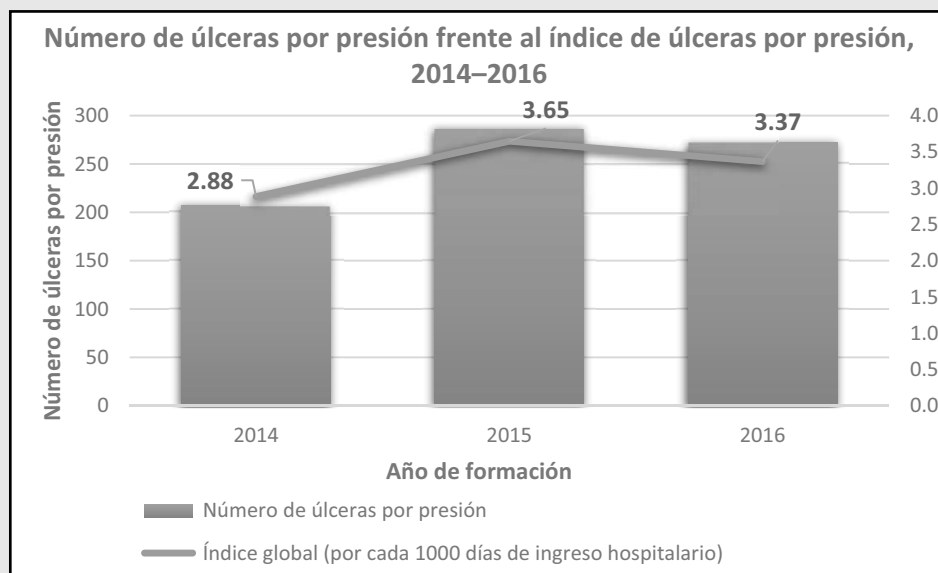


FIGURA 15.11 Cantidad de personal capacitado por aprendizaje en línea, CLC. Usada con permiso.

Los beneficios de usar un software educativo en la enseñanza y el aprendizaje son los siguientes (Barrios Araya, Masalán Apip, & Cook, 2011):

- Es un medio que ofrece a los estudiantes información visual a través del ordenador portátil o de la computadora.
- Tiene una gran capacidad para motivar a los estudiantes.
- La comunicación puede ser bidireccional, proporcionando retroalimentación continua al alumno.
- El trabajo puede adaptarse al trabajo y al estilo de aprendizaje de cada alumno individualmente, lo que corrobora el principio de individualización promovido por el nuevo sistema educativo.
- La corrección y evaluación de los ejercicios puede ser inmediata si hay interactividad.
- Es un medio capaz de mostrar y simular la realidad casi a la perfección.

El valor de esta metodología de aprendizaje en la construcción de la base de conocimientos de las enfermeras en relación con la prevención y el cuidado de heridas se reflejó en los datos de los resultados de las heridas de los pacientes. La CLC inauguró su nuevo edificio hospitalario en 2014, con el doble de camas que antes y casi el doble del personal existente. A pesar de estos factores, la tasa de úlceras por presión reportada a nivel institucional no sufrió grandes variaciones (ver Figura 15.12). Por el contrario, la tasa disminuyó en 2015, lo que confirma la eficacia de la atención basada en la evidencia y su difusión a través de la metodología de aprendizaje en línea

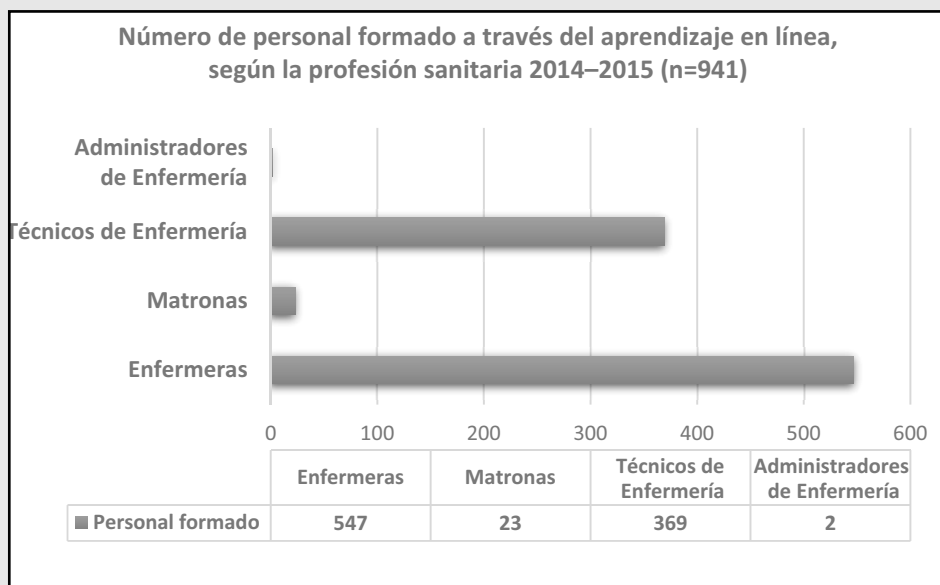


FIGURA 15.12 Número de úlceras de presión en la CLC en comparación con la tasa global de úlceras de presión, 2014-2016, CLC.

Usada con permiso.

La CLC ha sido innovadora y se ha convertido en un líder entre los hospitales del país a través de su participación en la designación como BPSO y la promoción del aprendizaje del personal y su adhesión a la implantación de las Guías.

AVANCES Y RESULTADOS HASTA LA FECHA

En la actualidad, las Guías de RNAO y su implantación se han vuelto indispensables para el cuidado de nuestros pacientes. Tras la implantación de las guías basadas en la evidencia, hasta la fecha se han modificado cuatro protocolos institucionales en todas las áreas de la CLC, los cuales fueron aprobados por el jefe de Enfermería y la directora médica. Estos exigen el cumplimiento por parte de todos los profesionales sanitarios que participan en la atención de los pacientes. Además, la búsqueda de la mejor evidencia científica para integrar en la atención se ha incluido en los planes de mejora continua de las unidades clínicas, en toda la formación institucional y en todos los procesos de orientación de enfermeras y técnicos de Enfermería. Esto está generando lentamente un cambio cultural que, además de proporcionar conocimiento, capacita al personal clínico para tomar las decisiones mejor fundamentadas en la atención de sus pacientes.

La formación de los Impulsores de las Guías ha sido fundamental para el éxito del BPSO en la CLC. Su compromiso se refleja en la baja rotación (2 personas de 66), que puede vincularse a su aplicación voluntaria al programa y a su alto grado de participación en las medidas de mejora propuestas para los problemas detectados. Además, estar preparados para liderar un tema y guiar a sus colegas hacia la mejora continua basada en las buenas prácticas causa una mayor motivación en los Impulsores para estar siempre actualizados en el conocimiento y transmitirlo de manera oportuna. El reconocimiento de los compañeros provoca el éxito de los Impulsores, ya que hay una mayor receptividad y, a su vez, un aprendizaje, que tiene lugar entre los compañeros.

Otro factor que ha contribuido a la motivación de los Impulsores es el reconocimiento y el continuo refuerzo positivo por parte de la enfermera jefe de la CLC, los gerentes de Enfermería y el equipo del BPSO en la CLC. Actividades como la certificación de Impulsores, celebrada en diciembre de 2016 con la Dra. Doris Grinspun, directora ejecutiva de RNAO, reconocen el trabajo en equipo y el compromiso, así como animan al personal a desempeñar un papel más importante en la práctica clínica. A través de esto, están capacitados y motivados para proporcionar una atención óptima a los pacientes.

PRÓXIMOS PASOS

La CLC está trabajando actualmente en la implantación de dos nuevas guías: la Guía de *Administración de insulina subcutánea en adultos con diabetes tipo 2* (RNAO, 2009) y la de *Integrar el abandono del tabaco en la práctica diaria* enfermera (RNAO, 2007b). Estas guías han sido revisadas con el fin de ser implantadas en los centros de prevención y tratamiento de estas patologías, lo que extiende los servicios de la CLC a los pacientes ambulatorios y sus familiares. Al mismo tiempo, ambos centros (centro de diabetes y centro clínico de cáncer) están elaborando la política institucional, basada en las recomendaciones de las Guías de RNAO, para garantizar una adopción plena y sostenida tras su lanzamiento. Se espera que el proceso completo tenga lugar a finales de 2017.

El equipo de BPSO también está trabajando en nuevas estrategias para motivar a los impulsores existentes a asumir nuevos retos, ofreciéndoles mayor visibilidad y responsabilidad ante sus colegas. Un claro ejemplo de ello es la participación de impulsores en la grabación de la nueva versión del aprendizaje en línea sobre prevención de úlceras por presión. También forma parte de la cartera de próximos proyectos el desarrollo de equipos de acceso a la atención vascular de acuerdo con la Guía de RNAO *Valoración y selección de dispositivos de acceso vascular* (RNAO, 2008), campañas masivas de prevención de caídas y el inicio de la monitorización de la implantación de la Guía *Valoración y manejo del dolor* (RNAO, 2013b). Para estos últimos, los impulsores de la CLC, con el apoyo de los miembros del equipo de BPSO, supervisarán el cumplimiento de las

recomendaciones de las Guías y guiarán a sus colegas hacia el cumplimiento correcto de las escalas de calificación del dolor.

Finalmente, la Clínica Las Condes está promoviendo programas de reconocimiento a los impulsores. El objetivo es destacar la implicación de los participantes en la designación de BPSO, mantener su motivación, empoderarles y ayudarles a empoderar a sus colegas como profesionales del conocimiento. De esta manera, se reconoce y refuerza su desempeño positivo, lo que a su vez motivará a más profesionales de la salud a unirse al viaje de BPSO.

CONCLUSIÓN

La implantación de las guías de práctica clínica nos permite tener una orientación clara de los cambios y mejoras que deben realizarse en nuestras acciones cotidianas, a favor de la estandarización de la atención basada en la evidencia y la reducción de la variabilidad clínica.

El uso de estrategias innovadoras, el empoderamiento de los profesionales y los métodos de motivación continua nos han permitido mantener y ampliar la implantación de las Guías a más áreas de la institución, así como a más profesionales de la salud. La directora de Enfermería de la CLC, la Sra. Sonia Abad Vásquez, también enfatiza la difusión de la práctica basada en la evidencia en cada oportunidad, como durante su discurso en el Día de la Enfermería de 2017:

“Manejar la atención de manera oportuna, segura y satisfactoria implica responder a nuestros pacientes con la mejor evidencia disponible para tomar las mejores decisiones sobre el cuidado de las personas. La Enfermería basada en la evidencia está emergiendo como un instrumento válido para mantener la práctica de la Enfermería y mejorar la calidad de la atención”.

A esto se suma su opinión sobre los próximos desafíos para la CLC en esa dirección:

“El reto de la Enfermería en la Clínica Las Condes es continuar de esta manera, fortaleciendo nuestra profesión basada en el conocimiento y contribuyendo al equipo de salud para que, de esta forma, se logren los mejores resultados para nuestros pacientes”.

Sin duda, la Clínica Las Condes ha cambiado su paradigma de atención al paciente en los últimos años. Hoy en día, la calidad y la seguridad de la atención son pilares básicos que guían nuestros estándares y es dentro de este marco de trabajo que la Enfermería basada en la evidencia, que adopta las Guías de Buenas Prácticas de RNAO, desempeña un papel fundamental en el cumplimiento de estos pilares. Además, el desarrollo de Impulsores nos ha permitido sacar lo mejor de nuestros colaboradores y capacitarlos para participar los planes de mejora para una mejor atención.

Finalmente, uno de los mayores desafíos para una organización de salud no es únicamente mantener, sino también avanzar en el rigor metodológico en la implantación, la medición de resultados y la creación de planes de mejora en cada área.

Seguimos esforzándonos por conseguirlo, así como seguimos motivando a los profesionales sanitarios para que utilicen la mejor evidencia disponible con los pacientes, garantizando así siempre que mejoremos nuestra calidad de servicio.



REFLEXIÓN

¿Cuáles fueron los elementos clave que condujeron al éxito de la designación de BPSO en la CLC? ¿Cuáles fueron los obstáculos clave que se superaron y cómo se hizo?

EL CONSORCIO DE BPSO DE AMÉRICA LATINA: DE LA FORTALEZA A UNA MAYOR FORTALEZA

Se ha hablado mucho de la designación de BPSO de RNAO, de su amplitud y de su éxito general (Grinspun, 2015, 2017). El Consorcio de BPSO de América Latina es un ejemplo vivo del éxito de la designación de BPSO en el contexto latinoamericano. Los BPSO del consorcio obtienen una enorme fuerza individualmente y como grupo. Juntos han desarrollado un vínculo único y una fuerte identidad colectiva, que se expresa continuamente en sus símbolos visuales, así como en su apoyo mutuo y su deseo de trabajar en colaboración. Este intercambio cognitivo, social y emocional de conocimientos y experiencias, éxitos y fracasos, les ha servido para avanzar en la adopción y sostenibilidad de las Guías, así como en la fidelidad al Programa de BPSO. También se ha convertido en una fuente de fortaleza e inspiración para los nuevos BPSO en la región y en otros lugares.

En 2014, el *Programa de Enfermería de la Universidad Autónoma de Bucaramanga (UNAB)*, en Bucaramanga (Colombia), se unió como BPSO Académico-Directo. En 2017, el consorcio obtuvo tres nuevos BPSO Host, dos de ellos en Chile y uno en Perú, que reúnen a 20 nuevas organizaciones académicas y de servicios. Evolucionando de un modesto consorcio de 4 hospitales y 1 universidad en 2012 a 25 organizaciones en 2017, el Consorcio de BPSO de América Latina se ha convertido en el tercer socio más grande en el Programa de BPSO de RNAO después de Canadá y España. Lo que es más importante es la naturaleza de los tres BPSO Host que se han incorporado recientemente y la capacidad que tienen para catapultar al Consorcio de BPSO de América Latina a nuevas cotas de colaboración, logros y el fomento de la identidad colectiva del Programa de BPSO de RNAO, condimentado por su singular contexto cultural.

El primer BPSO Host es la Universidad de Chile, que solicitó pasar de ser un BPSO Directo a un BPSO Host, obtuvo la aprobación y se ocupará de cinco universidades chilenas como sus BPSO Académicos-Directos. El segundo BPSO Host es el Ministerio de Salud de Chile, conocido como MINSAL, donde el acuerdo fue firmado en una ceremonia televisiva formal por el Ministro de Salud de su país y la directora general de RNAO, marcando el acuerdo internacional de más alto nivel firmado para el programa. El acuerdo MINSAL comenzó con siete hospitales de BPSO Clínicos-Directos en varias regiones de Chile y se expandirá rápidamente a otros hospitales públicos y organizaciones de atención primaria en ese país (El América, 2017; RNAO, 2017). El tercer BPSO Host, el Colegio de Enfermeros del Perú, comenzó su andadura con seis hospitales de BPSO Clínicos-Directos y dos universidades de BPSO Académicos-Directos (The Trujillo Com, 2017; Panamericana TV, 2017; RNAO, 2017).

Desde el principio, todos estos BPSO obtuvieron un tremendo apoyo de los miembros fundadores del consorcio y de la robusta infraestructura que RNAO tiene en funcionamiento. El Programa de Orientación para cada uno de estos nuevos BPSO fue coliderado por la directora general de RNAO y uno de los líderes regionales fundadores del BPSO, sabiendo que los recién llegados se beneficiarían de la experiencia de RNAO y también de la experiencia y el contexto de conocimiento local de un líder académico y/o clínico del BPSO existente en la región.

Todos los nuevos BPSO se han unido a las reuniones bimensuales de intercambio de conocimientos, en las que aprenden de las estrategias y los éxitos de otros BPSO y reciben asesoramiento sobre los desafíos encontrados. Por ejemplo, la UNAB se introdujo en los módulos de formación en línea innovadores y desarrollados por la Clínica las Condes (CLC), que a través de sus obligaciones en especie con RNAO da acceso a estos y a otros recursos que creó como parte de su sólido repositorio educativo. Todos los nuevos líderes de BPSO se han beneficiado por asistir a la conferencia regional anual de BPSO, que rota entre países. Además, algunos se han unido a un grupo de trabajo de los BPSO Académicos que está desarrollando indicadores NQUIRE específicos para la integración de las Guías en los planes de estudio.



REFLEXIÓN

Compare y contraste los BPSO desde la perspectiva de los factores de éxito, los enfoques de compromiso, la gestión de las barreras, el enfoque único y los resultados.

CONCLUSIÓN

El Consorcio de BPSO de América Latina es una historia de éxito en muchos niveles. En primer lugar, el increíble entusiasmo de sus miembros, su compromiso inquebrantable y su extraordinario liderazgo son una fuente de inspiración para todos y un ejemplo para la designación de BPSO de RNAO en general, lo que fomenta el éxito, la sostenibilidad y la fidelidad. En segundo lugar, su capacidad para compartir, apoyar y propulsarse unos a otros dentro de los países y entre ellos es ilimitada. Este rico intercambio tiene lugar de forma continua, tanto formalmente a través de las reuniones del consorcio con RNAO como informalmente entre ellos a través de correos electrónicos, llamadas telefónicas y visitas *in situ*. En tercer lugar, este consorcio vive en las historias y acciones que la designación de BPSO ha creado para la identidad colectiva que caracteriza el movimiento social de cambios en la práctica formativa y clínica. En cuarto y último lugar, fue el Consorcio de América Latina el que impulsó a RNAO a crear sus modelos de formación de formadores. Con su rápida expansión en una región que utiliza el español, era imperativo que RNAO creara soluciones que fueran a la vez receptivas y rentables.

El Consorcio de América Latina fue uno de los primeros en experimentar los beneficios de los programas de formadores expertos en implantación y en evaluación de RNAO certificados por los BPSO Host. Estos programas se detallan en el Capítulo 12, *La difusión global de las Guías de RNAO: la sostenibilidad y fidelidad de la designación de BPSO*. Su uso con el Consorcio de BPSO de América Latina en la UNAB, el MINSAL y sus 7 BPSO Directos, así como el Colegio de Enfermeros del Perú y sus 7 BPSO Directos, ejemplifica la madurez y capacidad de RNAO para innovar continuamente su infraestructura de Programas de Guías y sus modelos de entrega de BPSO. Al crear capacidad en sus procesos establecidos de capacitación y auditorías *in situ*, RNAO permite el crecimiento y la sostenibilidad continuos de una designación generalizada de BPSO. En el caso de América Latina, esto está resultando beneficioso porque la certificación de los líderes de BPSO como formadores y auditores en la región está dando como resultado menos viajes, más rentabilidad para los BPSO, mayor facilidad de comunicación y reconocimiento de la experiencia regional.

MENSAJES CLAVE

- La designación de BPSO se adapta a diferentes contextos con resultados sobresalientes.
- El liderazgo dinamizado a nivel local y regional es fundamental para difundir la designación de BPSO a través de diferentes culturas y contextos.
- La preparación de la organización y del personal, junto con una estrategia de implantación de las Guías a nivel organizacional clara, significativa y completa, como la designación de BPSO, puede conducir a un cambio cultural sostenido.
- Los requisitos clave de BPSO relacionados con la creación de una infraestructura, el desarrollo de capacidades, los planes integrales de implantación, la atención a la evaluación, la difusión de los resultados y el cumplimiento de los requisitos de supervisión de RNAO, todo ello repercute en el éxito como BPSO.
- El apoyo de los pares entre los BPSO es una fuerte palanca para una adopción de éxito de las Guías y su uso sostenido.
- NQuIRE de RNAO es una herramienta robusta para posicionar el impacto de la excelencia en la práctica de la Enfermería en las organizaciones.
- Los BPSO han demostrado ser un poderoso mecanismo para sostener y difundir el uso de las Guías de RNAO, así como para mantener la fidelidad del programa.
- El Modelo de formación de formadores de BPSO ha contribuido a la rápida expansión de los BPSO en la región latinoamericana, teniendo un impacto en los costos, la comunicación, el desarrollo y el reconocimiento de los líderes locales y regionales.
- El Consorcio de BPSO de América Latina muestra una fuerte identidad colectiva desarrollada a lo largo del tiempo a través de experiencias comunes e inversión emocional, que fomenta el uso sostenido de las Guías en la práctica y la formación, dando lugar a resultados positivos para los pacientes y las organizaciones.

REFERENCIAS

- Barrios Araya, S., Masalán Apip, M. zP., & Cook, M. P. (2011). Health education: In search of innovative methodologies. *Science and Nursing*, 17(1), 57–69. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000100007>
- Dearholt, S., & Dang, D. (2012). *Johns Hopkins nursing evidence-based practice: Model and guidelines* (2nd ed.). Indianapolis, IN: Sigma Theta Tau International.
- DiCenso, A., Virani, T., Bajnok, I., Borycki, E., Davies, B., Graham, I., . . . Scott, J. (2002). A toolkit to facilitate the implementation of clinical practice guidelines in healthcare settings. *Hospital Quarterly*, 5(3), 55–60.
- El América. (2017). <http://elamerica.cl/2017/12/13/chile-y-canada-celebran-convenio-de-acuerdo-para-la-implementacion-de-guias-de-practica-clinica-basadas-en-evidencia/> Diciembre 13, 2017
- Esparza-Bohórquez, M., Granados Oliveros, L. M., & Joya-Guevara, K. (2016). Implementación de la guía de buenas prácticas: Valoración del riesgo y prevención de úlceras por presión: Experiencia en la Fundación Oftalmológica de Santander (FOSCAL). *MedUNAB*, 19(2), 115–123.
- Fundación Cardio-Infantil IC. (2012, October 17). *Informe anual de gestión. Fundación Cardio-Infantil IC. Bogotá, 2009–2012*. [PowerPoint slides]. Retrieved from <http://www.slideshare.net/pasante/1caso-de-xito-fundacin-cardioinfantil-turismo-de-salud>
- Grinspun, D. (2007). Healthy workplaces: The case for shared clinical decision making and increased full-time employment. *Healthcare Papers* (Special Issue), 7, 69–75.
- Grinspun, D. (2011). Guías de práctica clínica y entorno laboral basados en la evidencia elaboradas por la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). *Enfermería Clínica*, 21(1), 1–2.

- Grinspun, D. (2015). Transforming nursing practice through evidence. *Revista MedUNAB*, 17(3), 133–134.
- Grinspun, D. (2017). Leading evidence-based nursing care through systematized processes (Editorial). *Revista MedUNAB*, 19(2), 83–84. Retrieved from <http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=medunab&page=article&op=view&path%5B%5D=2615>
- Grinspun, D., & Aninyam, C. (2014). Leadership. In S. Coffey & C. Anyinam (Eds.), *Interprofessional health care practice* (1st ed.), (131–158). Toronto, Canada: Pearson Canada Inc.
- Grinspun, D., Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2014). Advancing optimal care with rigorously developed clinical practice guidelines and evidence-based recommendations. In B. M. Melnyk & E. Fineout-Overholt (Eds.), *Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice* (3rd ed.), (182–201). Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Haines, S. (2005). *Leading strategic change*. San Diego, CA: Systems Thinking Press.
- Lucía Cortés, O., Serna-Restrepo, A., Salazar-Beltrán, L. D., Rojas-Castañeda, Y. A., Cabrera-González, S., & Arévalo-Sandoval, I. (2016). Implementación de guías de práctica clínica de la Asociación de Enfermeras de Ontario-RNAO: Una experiencia de enfermería en un hospital colombiano. *MedUNAB*, 19(2), 103–114.
- Moreno-Casbas, T., Fuentelsaz-Gallego, C., González-María, E., & Gil de Miguel, A. (2010 May-June). Barreras para la utilización de la investigación. Estudio descriptivo en profesionales de enfermería de la práctica clínica y en investigadores activos. *Enfermería Clínica*. 20(3), 153–164. doi.org/10.1016/j.enfcli.2010.01.005
- Panamericana TV. (2017). <https://panamericana.pe/24horas/salud/237180-enfermeros-peru-canada-firman-importante-acuerdo-internacional>
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2007a). *Assessment and management of stage I to IV pressure ulcers*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2007b). *Integrating smoking cessation into daily nursing practice*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2008). *Assessment and device selection for vascular access*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2009). *Best Practice Guideline for the subcutaneous administration of insulin in adults with type 2 diabetes*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2011a). *Prevention of falls and fall injuries in the older adult*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2011b). *Risk assessment and prevention of pressure ulcers*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2012a, July 9). *RNAO's clinical Best Practice Guidelines debut in Chile and Colombia*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2012b). *Toolkit: Implementation of Best Practice Guidelines* (2nd ed.). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2013a). *Assessment and management of foot ulcers for people with diabetes* (2nd ed.). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2013b). *Assessment and management of pain*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2013c). *Developing and sustaining nursing leadership*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2015, April 9). *RNAO celebrates milestone anniversary with international flare*. Retrieved from <http://rnao.ca/news/media-releases/2015/04/09/rnao-celebrates-milestone-anniversary-international-flare>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2008). *SIGN 50: A guideline developer's handbook*. Retrieved from <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/>
- The Trujillo Com. (Enero 4, 2018). <https://detrujillo.com/colegio-de-enfermeros-del-peru-firma-convenio-con-canada-para-implementar-modelo-de-buenas-practicas-clinicas/>
- Villaverde, M. F. (2013). Distance education and its relation with the new technologies of the information and the communications. *MediSur*, 11(3), 280–295. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2013000300006&lng=en&tlng=en