



UNIVERSIDAD DE SEVILLA

FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE IMPLANTACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CCEC/BPSO® SOBRE LA VALORACIÓN DEL RIESGO Y LA PREVENCIÓN DE LAS LESIONES POR PRESIÓN



TESIS DOCTORAL

M^a Dolores Quiñoz Gallardo

2023



UNIVERSIDAD DE SEVILLA

FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

**EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE IMPLANTACIÓN
DE GUÍAS DE PRÁCTICA CCEC/BPSO®
SOBRE LA VALORACIÓN DEL RIESGO
Y LA PREVENCIÓN DE LAS LESIONES POR PRESIÓN**



M^a Dolores Quiñoz Gallardo

Dirigida por:
Dra. Ana María Porcel Gálvez y Dr. Sergio Barrientos Trigo



UNIVERSIDAD DE SEVILLA

FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Tesis doctoral:

**EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE IMPLANTACIÓN
DE GUÍAS DE PRÁCTICA CCEC/BPSO® SOBRE LA VALORACIÓN
DEL RIESGO Y LA PREVENCIÓN DE LAS LESIONES POR PRESIÓN**

Tesis presentada para la obtención del grado de Doctor en Ciencias de la Salud

por la Doctoranda

M.ª Dolores Quiñoz Gallardo

Bajo la dirección de los Doctores

Dra. Ana María Porcel Gálvez

Dr. Sergio Barrientos Trigo

Programa de Doctorado Interuniversitario en Ciencias de la Salud

Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad de Sevilla

Sevilla, 2023

Doña Ana María Porcel Gálvez, Doctora en Enfermería. Profesora Titular del Departamento de Enfermería de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla.

CERTIFICA:

Que la memoria de tesis doctoral titulada ***“Efectividad del programa de implantación de guías de práctica CCEC/BPSO® sobre la valoración del riesgo y la prevención de las lesiones por presión”*** presentada por M^a Dolores Quiñoz Gallardo ha sido realizado bajo su dirección y tutela, reuniendo a su juicio las condiciones necesarias para su presentación y posterior defensa en sesión pública ante el correspondiente tribunal.

Sevilla, 2023

Fdo. Dra. Ana María Porcel Gálvez

Don Sergio Barrientos Trigo, Doctor en Enfermería por la Universidad de Sevilla. Profesor Titular del Departamento de Enfermería de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla.

CERTIFICA:

Que la memoria de tesis doctoral titulada ***“Efectividad del programa de implantación de guías de práctica CCEC/BPSO® sobre la valoración del riesgo y la prevención de las lesiones por presión”*** presentada por M^a Dolores Quiñoz Gallardo ha sido realizado bajo su dirección y tutela, reuniendo a su juicio las condiciones necesarias para su presentación y posterior defensa en sesión pública ante el correspondiente tribunal.

Sevilla, 2023

Fdo. Dr. Sergio Barrientos Trigo

*Es la culminación de un camino de esfuerzo y de aprendizaje continuo
en el que siempre me he encontrado acompañada por mi familia.
Mil gracias, a los que estáis aquí y a los que me ilumináis desde lejos.*

***“Conocer no es suficiente, tenemos que poner en práctica.
Querer hacer no es suficiente, tenemos que hacer “***

Goethe

Agradecimientos

Desarrollar un proyecto de tesis es un trabajo de años que se requiere de constancia y sacrificios a lo largo del tiempo que lo estás realizando, pero a la vez gratificante cuando descubres todo lo que has ido aprendiendo durante este tiempo.

Es de obligado cumplimiento mencionar y agradecer el apoyo recibido a todas aquellas personas e instituciones que han estado cerca de mí o que han tenido relación con esta tesis durante estos años.

A mis directores, Ana y Sergio, por coordinar y supervisar este proyecto de tesis y por cada una de las aportaciones y sugerencias que de ellos recibí para resolver mis dudas y poder mejorar este trabajo de tesis. Sobre todo, por insistir en que no cesase de mi empeño por culminar con éxito esta etapa de aprendizaje.

A la Universidad de Sevilla, en concreto al Departamento de Enfermería de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología y a todos sus integrantes, por ser la institución que me ofreció la oportunidad y me dio soporte para la obtención del grado académico de doctora.

A mis compañeros de trabajo Antonio Rivas, Concha Vellido y M.^a del Mar Gutiérrez, entre otros muchos. Esas personas que se han ganado el estar en un lugar especial de mi vida, porque me han prestado ayuda cuando la he necesitado, estando allí en los momentos difíciles y brindándome su apoyo incondicional desde antes de iniciar esta tesis.

A Esther González y Laura Albornos, del Centro Coordinador del Programa Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC/BPSO[®]), por su cercanía y apoyo constante durante todos estos años que llevo trabajando en este Programa.

Al equipo de profesionales de enfermería (enfermeras, técnicos de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y fisioterapeutas) y celadores del Hospital Universitario Virgen de Las Nieves (HUVN), por su nivel de implicación y capacidad de trabajo, que han sido fundamentales para conseguir llevar a la práctica clínica las recomendaciones de buenas prácticas en cuidados de enfermería que yo he estado monitorizando.

A la red de centros CCEC/BPSO[®] por continuar trabajando para que cada vez más enfermeras, que desarrollan su labor asistencial en el sistema sanitario, presten los mejores cuidados de salud a la población basados en las evidencias científicas más actuales que garanticen su seguridad, una atención de calidad y centrada en la satisfacción de sus necesidades.

A Doris Grinspun por hacerme descubrir su lema "*Transformando la Enfermería a través del Conocimiento*", que también se ha convertido en el mio.

Finalmente, quiero agradecer a mi familia que desde siempre me ha respaldado para que fuese consiguiendo mis metas. En los momentos de flaqueza, me impulsaron a seguir dando los pasos que me han hecho llegar a donde estoy hoy. Por mi perseverancia y su apoyo incondicional, se realizó esta investigación.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	19
Capítulo I. Introducción.....	25
Capítulo II. Marco teórico.....	29
II.1.- Prácticas basadas en evidencias.....	32
II.2.- Lesiones por presión	50
II.3.- Entorno de práctica clínica	53
Capítulo III. Pregunta de investigación y objetivos.....	59
III.1. Pregunta de investigación	61
III.2. Objetivo general.....	62
III.3. Objetivos específicos.....	62
Capítulo IV. Metodología.....	63
IV.1. Diseño del estudio.....	65
IV.2. Población y muestra	66
IV.3. Fases del estudio	68
IV.4. Variables del estudio	71
IV.5. Fuentes de confusión y control de sesgos.....	77
IV.6. Aspectos éticos y comité ético	78
IV.7 Análisis estadístico	79
Capítulo V. Resultados.....	81
V.1. Describir el proceso de implantación del programa CCEC/BPSO® puesto en marcha por el HUVN aplicando el modelo KTA.....	83
V.2. Nivel de adherencia de los profesionales a las recomendaciones de la guía de RNAO® “Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión”.	94
V.3. Evolución de los indicadores de proceso y de resultados de la guía RNAO®	

“Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión” durante todo el proceso: basal, implantación y sostenibilidad	98
V.4. Comparar entre años y unidades el entorno de práctica clínica en el que se ha desarrollado el programa	99
Capítulo VI. Discusión.....	109
VI.1. Describir el proceso de implantación del programa CCEC/BPSO® puesto en marcha por el HUVN aplicando el modelo KTA	111
VI.2. Nivel de adherencia de los profesionales a las recomendaciones de la guía de RNAO® “Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión”	112
VI.3. Evolución de los indicadores de proceso y de resultados de la guía RNAO® “Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión” durante todo el proceso: basal, implantación y sostenibilidad	114
VI.4. Comparar entre años y unidades el entorno de práctica clínica en el que se ha desarrollado el programa	117
Capítulo VII. Limitaciones.....	123
Capítulo VIII. Prospectiva	127
Capítulo IX. Conclusiones.....	131
Capítulo X. Bibliografía	135
X.I. Índice de tablas	151
X.II. Índice de figuras.....	153
X.III. Glosario de abreviaturas	155
Capítulo XI. Anexos.....	157
XI.1. ANEXO I. Calendario de evaluación 2014-2019.....	159
XI.2. ANEXO II. Escala Braden	163
XI.3. ANEXO III. Índice Comhon.....	164
XI.4. ANEXO IV. The Nursing Stress Scale	166
XI.5. ANEXO V. Cuestionario G_Clinic	168

XI.6. ANEXO VI. Inventario de Burnout de Maslach	169
XI.7. ANEXO VII. Practice Environment Scale- Nursing Work Index.....	170
XI.8. ANEXO VIII. Guía de evaluación del programa CCEC/BPSO®	173
XI.9. ANEXO IX. Informe dictamen favorable proyecto investigación biomédica	189
XI.10. ANEXO X. Hoja de Información al participante y consentimiento informado	191

RESUMEN

Introducción: Trabajar con práctica basada en la evidencia es un elemento fundamental en la asistencia sanitaria para mejorar los resultados y la seguridad de los pacientes. La necesidad de incorporarla en las organizaciones sanitarias ha propiciado el desarrollo de modelos teóricos para su aplicación.

El programa Best Practice Spotlight Organization (BPSO®) lleva desde 2003 desarrollando y apoyando a instituciones sanitarias y académicas en la implantación de guías de práctica clínica de cuidados basados en la evidencia. España se adhirió a este programa y desde 2012, se desarrollan convocatorias públicas y competitivas a la que acceden los centros sanitarios. En 2015 el Hospital Universitario Virgen de las Nieves se incorpora al programa con la implantación de tres guías, entre las que se encuentra la guía de “Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión”.

La carga de lesiones por presión en los hospitales de agudos sigue siendo considerable y constituyen un objetivo prioritario para numerosos organismos nacionales e internacionales que velan por la calidad de la atención sanitaria. A pesar del esfuerzo en implantar guías de práctica clínica sobre el tema, los pacientes con este tipo de lesiones o aquellos en riesgo de desarrollarlas no siempre reciben las intervenciones más efectivas.

Este programa de implantación de guías de práctica clínica ha sido concebido como una estrategia para generar cambios y mejoras en la percepción del entorno laboral, además de lograr una mayor utilización de la evidencia por parte de las enfermeras.

Objetivo: Evaluar la efectividad que ha tenido el programa CCEC/BPSO® en la mejora de la valoración de los pacientes con riesgo de presentar lesiones por presión y la aplicación de medidas de prevención y conocer los cambios producidos en el entorno laboral.

Metodología: Se optó por desarrollar varios componentes de diseño en función de la naturaleza de los objetivos. Para el objetivo 1 se realizó una descripción de la aplicación de las fases que componen la herramienta de implantación basada en el modelo denominado Knowledge to Action. Para el objetivo 2 y 4 se realizó un diseño observacional transversal retrospectivo y para el objetivo 3 se realizó un diseño cuasiexperimental de regresión discontinua, en tres períodos basal (2014), implantación (2015-2017) y sostenibilidad (2018-2019). El muestreo fue oportunista, consecutivo, no probabilístico. Se trabajó con una muestra de 6377 pacientes y 555 profesionales de enfermería. Los criterios de inclusión de los pacientes fueron: edad igual o superior a 75 años; Barthel menor o igual a 60; dependencia para las actividades de la vida diaria (movilidad, eliminación e higiene); presencia de riesgo de UPP en valoración inicial mediante juicio clínico del profesional. Los criterios de inclusión de los profesionales de enfermería fue el estar trabajando en las unidades de medicina interna, cardiología, urología/ orl, cirugía general y neumología. Se monitorizaron variables sociodemográficas, proceso de cuidados, resultados en salud y condiciones laborales. Se realizaron análisis descriptivos y bivariante.

Resultados: Los pacientes de riesgo fueron el 62,2% en unidades médicas, 53,4% en las quirúrgicas y el 90% en cuidados intensivos. La aplicación de medidas preventivas fue del 67,9%, 60,2% y 92,1% (respectivamente) para cada unidad. En unidades médicas se identificaron un 13,1% de lesiones por presión, de las cuales el 68,1% estaban presentes en el momento del ingreso. Mientras que en unidades quirúrgicas y en cuidados intensivos se desarrollaron durante la hospitalización (60,8% y 88,9% respectivamente) ($p < 0,001$). La presencia de lesiones pareció mostrar una tendencia a la disminución en los años analizados (19,6% a 11,2%).

Tras la implantación del programa aumentó el número de pacientes valorados (53.9% a 79.5%), revalorados (4.9% a 37.5%), la aplicación de medidas preventivas (19.6% a 79.7%) y el número de personas identificadas con LPP en la implantación (1.47% a 8.44%) y en la sostenibilidad (1.47% a 8.8%).

El 57.66% de la muestra de profesionales de enfermería nunca o pocas veces se habían sentido estresados y un 40.90% sentían estrés muchas veces durante su actividad laboral diaria. Se sentían satisfechos un 69.55% frente al 27.57% que no lo estaban. El 56.22% no manifestaban desgaste laboral en contraposición al 40.90% que sí tenían. El ambiente laboral era identificado como adecuado en un 61.36% frente al 38.63% que no lo percibían adecuado. El cuestionario MBI experimentó cambios significativos durante los años 2017-2019. Las unidades con cambios significativos fueron medicina interna y cardiología.

Conclusiones: La implantación del programa ha sido efectiva en términos de mejora en la identificación de pacientes en riesgo y en la aplicación de superficies. La valoración del entorno laboral ha permitido conocer los niveles de estrés, satisfacción, desgaste emocional y ambiente laboral de los profesionales de enfermería por años y por unidades. No se puede establecer una relación directa entre el programa y la mejora del ambiente laboral.

Palabras Clave: Úlceras por presión, Guías de práctica clínica, Práctica basada en la evidencia, Prevalencia, Evaluación en enfermería, Traslación del conocimiento, Implantación, Conocimiento para la acción, Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®, Ambiente laboral, Burnout, Satisfacción en el Trabajo.

ABSTRACT

Introduction: Working with evidence-based practice is a fundamental element in healthcare to improve outcomes and patient safety. The need to incorporate it in health organizations has led to the development of theoretical models for its application.

The Best Practice Spotlight Organization (BPSO®) program has been developing and supporting healthcare and academic institutions in the implementation of clinical practice guidelines for evidence-based care since 2003. Spain adhered to this program and since 2012, public and competitive calls have been developed to which health centers have access. In 2015, the Virgen de las Nieves University Hospital joined the program with the implementation of three guides, among which is the “Risk assessment and prevention of pressure ulcers” guide.

The burden of pressure injuries in acute hospitals continues to be considerable and constitutes a priority objective for many national and international organizations that ensure the quality of health care. Despite the effort to implement clinical practice guidelines on the subject, patients with this type of injury or those at risk of developing it do not always receive the most effective interventions.

This program for the implementation of clinical practice guidelines has been conceived as a strategy to generate changes and improvements in the perception of the work environment, in addition to achieving greater use of evidence by nurses.

Objective: To evaluate the effectiveness that the CCEC/BPSO® program has had in improving the assessment of patients at risk of pressure injuries and the application of prevention measures and knowing the changes produced in the work environment.

Methodology: It was decided to develop various design components based on the nature of the objectives. For objective 1, a description of the application of the phases that make up the implementation tool based on the model called Knowledge to Action was made. For objectives 2 and 4, a retrospective cross-sectional observational design was carried out and for objective 3, a discontinuous regression quasi-experimental design was carried out, in three baseline periods (2014), implementation (2015-2017) and sustainability (2018-2019). Sampling was opportunistic, consecutive, not probabilistic. We worked with a sample of 6,377 patients and 555 nursing professionals. The inclusion criteria of the patients were: age equal to or greater than 75 years; Barthel less than or equal to 60; dependence for activities of daily living (mobility, elimination and hygiene); presence of risk of pressure ulcers in initial assessment by clinical judgment of the professional. The inclusion criteria for nursing professionals was that they were working in internal medicine, cardiology, urology, general surgery, and pulmonology units. Sociodemographic variables, care process, health outcomes, and working conditions were monitored. Descriptive and bivariate analyzes were performed.

Results: The patients at risk were 62.2% in medical units, 53.4% in surgical units and 90% in intensive care. The application of preventive measures was 67.9%, 60.2% and 92.1% (respectively) for

each unit. In medical units, 13.1% of pressure injuries were identified, of which 68.1% were present at the time of admission. While in surgical units and intensive care they developed during hospitalization (60.8% and 88.9% respectively) ($p < 0.001$). The presence of lesions seemed to show a downward trend in the years analyzed (19.6% to 11.2%).

After the implementation of the program, the number of patients assessed (53.9% to 79.5%), reassessed (4.9% to 37.5%), the application of preventive measures (19.6% to 79.7%) and the number of people identified with LPP in the implementation (1.47% to 8.44%) and sustainability (1.47% to 8.8%).

57.66% of the sample of nursing professionals had never or rarely felt stressed and 40.90% felt stress many times during their daily work activities. 69.55% felt satisfied compared to 27.57% who were not. 56.22% did not show job burnout as opposed to 40.90% who did. The work environment was identified as adequate in 61.36% compared to 38.63% who did not perceive it as adequate. The MBI questionnaire underwent significant changes during the years 2017-2019. The units with significant changes were internal medicine and cardiology.

Conclusions: The implementation of the program has been effective in terms of improvement in the identification of patients at risk and in the application of surfaces. The assessment of the work environment has made it possible to know the levels of stress, satisfaction, emotional exhaustion and work environment of nursing professionals by years and by units. A direct relationship cannot be established between the program and the improvement of the work environment.

Keywords: Pressure ulcer, Best practice guidelines, Evidence based practice, Prevalence, Nursing assessment, Knowledge translation, Implementation, Knowledge-to-action, Best Practice Spotlight Organization®, Work Environment, Burnout, Job Satisfaction.

Capítulo I. Introducción

I. Introducción

La Práctica Basada en la Evidencia (PBE) es un elemento fundamental en la asistencia sanitaria. Con su aplicación se persigue que los profesionales sanitarios tomen decisiones clínicas fundamentadas en los mejores resultados de investigación, teniendo en cuenta su experiencia profesional, así como las preferencias y necesidades de los pacientes y sus familias. Diferentes estudios muestran que la utilización de la PBE por parte de los profesionales de la salud mejora los resultados (Coster et al., 2018) y la seguridad de los pacientes, ya que se proveen unos cuidados de mayor calidad (Melnyk et al., 2014). A pesar de ello, continúa existiendo una importante brecha entre la generación de resultados de investigación y la aplicación de estos.

Los estudios que abordan las barreras y los facilitadores presentes en este proceso generalmente las clasifican en función de los profesionales, de las organizaciones y de las políticas que se desarrollen (Sadeghi-Bazargani et al., 2014). Un estudio de revisión identificó que una gran parte de las enfermeras no están preparadas para la PBE, independientemente de las funciones, contexto clínico o país en el que se esté aplicando (Saunders & Vehviläinen-Julkunen, 2016). Otros estudios muestran que, aunque las enfermeras están familiarizadas con el concepto y tienen actitudes favorables, no se sienten competentes para su uso en la práctica clínica (Melnyk et al., 2018).

En nuestro país, un estudio realizado con 2942 enfermeras de los ámbitos de Atención Primaria y Hospitalaria obtiene resultados similares a los estudios internacionales y además identificó una serie de factores asociados a la PBE entre los que se encontraba el trabajar en centros sanitarios que forman parte del programa CCEC/BPSO®. En dicho estudio se evidencia que aplicar este tipo de programas de implantación puede ser una estrategia muy efectiva para mejorar la utilización de la PBE (Ramos-Morcillo et al., 2021).

La necesidad de incorporar la PBE en las organizaciones sanitarias ha propiciado el desarrollo de modelos teóricos que sirven para guiar el camino en la prestación de cuidados basados en la mejor evidencia científica disponible. El programa Best Practice Spotlight Organization (BPSO®) lleva desde 2003 desarrollando y apoyando a instituciones sanitarias y académicas en la implantación de guías de práctica clínica (GPC) (Grinspun & Bajnok, 2018). La metodología utilizada por este programa se sustenta en la herramienta de implantación diseñada por la Asociación de enfermeras registradas de Ontario (RNAO®) (Toolkit, 2012), que ha demostrado un impacto positivo en las organizaciones sanitarias que lo implantan, en los procesos de cuidados y en la salud de los pacientes (González-María et al., 2020). España se adhirió a este programa y desde 2012, cada tres años, se desarrollan convocatorias públicas y competitivas para la adhesión de centros sanitarios.

En 2015 el Hospital Universitario Virgen de las Nieves (HUVN) se incorpora al programa y desde entonces lleva trabajando en la implantación de una serie de GPC, con el objetivo de reducir la variabilidad de la práctica clínica y mejorar la seguridad clínica y la calidad asistencial (Quiñoz-Gallardo et al., 2021b).

Una de las guías elegidas por esta institución fue la GPC de la RNAO® “Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión” (RNAO, 2011). Ya que este tipo de lesiones siguen siendo un problema de salud pública importante en los hospitales por considerarse un efecto adverso de la atención sanitaria y un indicador de calidad de cuidados (Sinn et al., 2016) y por la morbilidad e impacto en la calidad de vida de las personas que las sufren (Pancorbo-Hidalgo et al., 2019).

Las investigaciones realizadas para conocer si las estrategias llevadas a cabo, en determinados entornos asistenciales que implantan medidas preventivas en pacientes de riesgo, han determinado que no son del todo efectivas, afirmando que menos de la mitad de estos pacientes reciben las medidas preventivas correctas (Bredesen et al., 2015) (Sving et al., 2016). Otros autores reflexionan sobre la influencia que tienen los contextos de atención y los entornos donde implantar esas medidas preventivas a la hora de que se apliquen de forma exitosa o no, concluyendo que son aspectos esenciales para tener en cuenta (Moya-Suarez et al., 2018).

Estos dos aspectos son considerados por la herramienta de implantación diseñada por la RNAO® (Toolkit, 2012) y que aplican los centros adheridos al programa CCEC/BPSO®. Por tanto, haber realizado una implantación planificada de esta guía, puede obtener mejores resultados que los reportados por otras investigaciones, que no han aplicado una metodología de implantación, a la hora de aplicar recomendaciones basadas en la evidencia, en la prevención del riesgo de lesiones por presión.

Aun así, se hace necesario estudiar si estrategias puestas en práctica por el Sistema Nacional de Salud para la reducción de la variabilidad, como es el caso del programa CCEC/BPSO®, están consiguiendo mejoras en los resultados en salud, en la seguridad clínica y en la calidad de los cuidados recibidos, y si esas mejoras se aplican de forma homogénea y se mantienen en el tiempo.

En este trabajo de tesis se desarrolla una investigación orientada a la implementación de evidencia. Con la finalidad de estudiar la adopción de intervenciones clínicas específicas puestas en práctica, respaldadas por evidencia científica, y conocer los determinantes que afectan al desempeño óptimo de esas prácticas. Los desenlaces que se pretenden conocer a través de esta investigación son del tipo: niveles o tasas de adopción y adherencia a la intervención o recomendación por parte de las enfermeras y resultados en salud en los pacientes. Además, se realizará una caracterización del entorno de práctica donde se implanta este programa, a lo largo del tiempo, para conocer si algunas características de ese entorno de práctica han sufrido cambios significativos, a través de las percepciones de las enfermeras (Pfadenhauer et al., 2017).

Se describirá el proceso de implantación llevado a cabo por una institución sanitaria, en este caso en un contexto concreto, el HUVN, a la hora de poner en marcha un programa de implantación de GPC de cuidados enfermeros. Este proceso ha sido planificado aplicando una metodología de implantación que utiliza este programa y se detallan todas las actuaciones puestas en marcha para su ejecución. Al mismo tiempo, se evaluará la efectividad de este programa a través de los resultados conseguidos en la identificación de pacientes con riesgo de sufrir lesiones por presión durante la estancia hospitalaria, en la aplicación de las medidas preventivas y en la reducción de la prevalencia de lesiones por presión.

Capítulo II.

Marco teórico

II. Marco teórico

El marco teórico constituye una parte fundamental de este trabajo de tesis, sobre todo porque configura la guía y el soporte conceptual de los diferentes elementos y relaciones que se abordan en esta investigación.

La determinación del objeto de estudio queda definida desde el título de esta investigación con la que se pretende conocer la efectividad de la puesta en marcha de un programa de implantación de guías de práctica clínica, conocido como programa CCEC/BPSO®, en un entorno hospitalario concreto, como es el Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

Para la construcción del marco teórico se abordará la PBE, como un aspecto fundamental que las enfermeras deben integrar en la práctica asistencial para garantizar unos cuidados de calidad basados en la mejor investigación disponible. Se describirán las GPC como herramientas o instrumentos útiles a manejar para el ejercicio de esa práctica. Se pondrá como ejemplo un programa de implantación y de evaluación de GPC que se está desarrollando, en España desde 2012, y a nivel internacional desde 2003. Además de abordar las barreras y los facilitadores que la investigación ha encontrado a la hora de poner en práctica este tipo de programas.

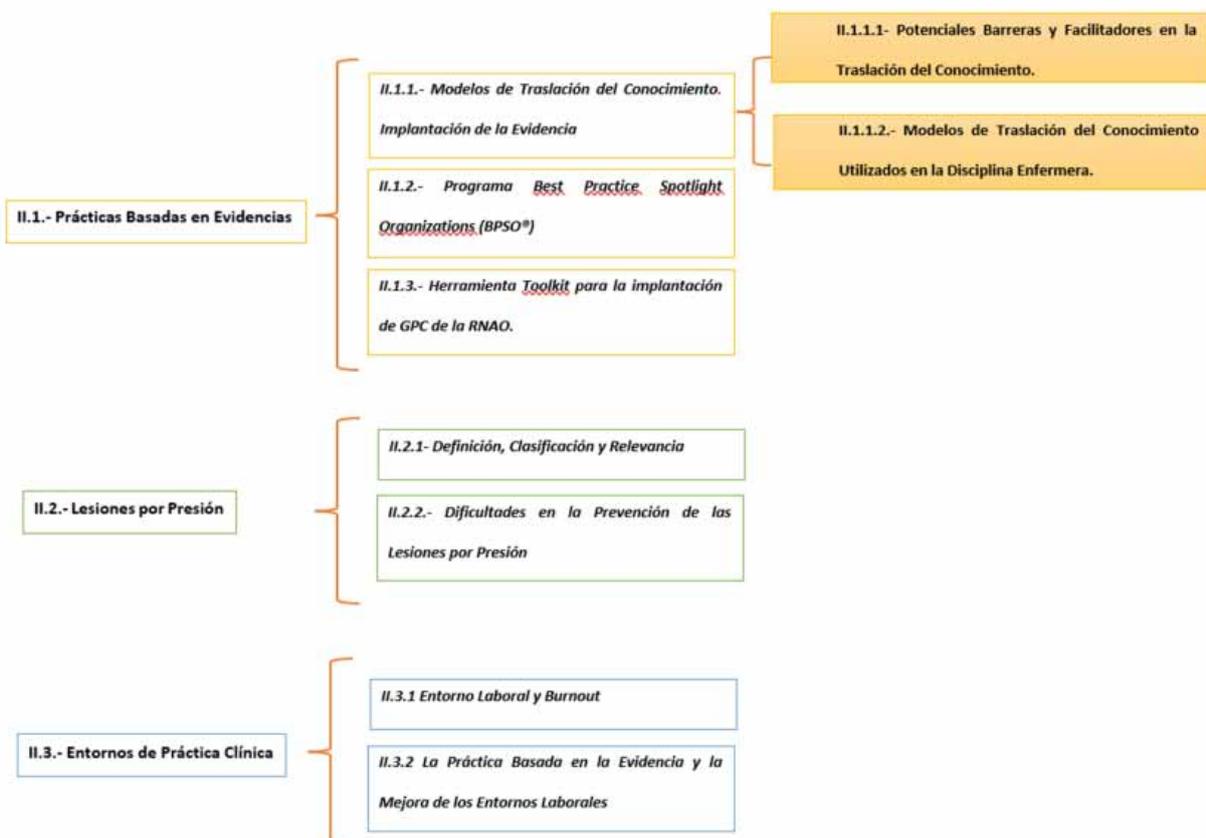


Figura 1. Flujograma Resumen Marco Teórico. Elaboración propia.

En este apartado se describen algunas de las metodologías de implantación que se utilizan actualmente y se relata de forma más detallada la metodología que utiliza el programa CCEC/BPSO®. Además de explicar todo el proceso de implantación que se ha desarrollado en el HUVN, desde que fue seleccionado como candidato al programa en 2015 para implantar tres GPC.

La efectividad del programa se va a evaluar a través de una guía sobre valoración del riesgo y prevención de las lesiones por presión, y, por tanto, se abordan algunos conceptos clave sobre este tema, junto con las dificultades que han encontrado otros estudios que evalúan la efectividad de programas preventivos en diferentes entornos asistenciales. Uno de los objetivos de esta investigación es conocer si con la implantación de este programa se han conseguido reducir el número de estas lesiones en este centro asistencial.

Otro de los propósitos que tiene este trabajo de tesis es explorar las consecuencias que tiene la puesta en marcha de un programa como éste en el entorno laboral de las enfermeras por lo que en este capítulo se aborda el tema del entorno laboral y su influencia.

II.1. Prácticas basadas en evidencias

Se sabe que la variabilidad en la práctica clínica continúa siendo frecuente en los entornos de asistencia sanitaria, y pone en riesgo tanto a pacientes como a profesionales, repercutiendo en los resultados en salud y seguridad de los pacientes y en la utilización inapropiada de recursos materiales y humanos disponibles (Lang et al., 2007) (Jordan et al., 2018). En numerosas ocasiones la práctica clínica que se desarrolla no está basada en los resultados obtenidos de la investigación y se estima que esta situación ocurre en el 30-40% de los cuidados que reciben los pacientes, demostrándose que el 20-25% de los cuidados recibidos son innecesarios o potencialmente dañinos (Grol et al., 2013).

Con el propósito de resolver la brecha entre la producción del conocimiento respaldado por la evidencia científica y su posterior aplicación y uso en la práctica en contextos reales se ha desarrollado la Ciencia de la Implementación (Implementation Science). Que investiga los factores que influyen en el uso efectivo de las innovaciones científicas en la práctica, pretendiendo maximizar los efectos beneficiosos de las intervenciones en salud. Se define como el estudio de los métodos que promueven la incorporación sistemática de hallazgos de investigación en la rutina clínica, con el objetivo de mejorar la calidad y efectividad de los servicios de salud (Eccles & Mittman, 2006). Sin embargo, esto no es sencillo, ya que se estima que desde la producción de evidencia hasta su uso en la práctica pueden pasar casi dos décadas (Morris et al., 2011).

La Medicina Basada en la Evidencia (MBE) surge en la década de los ochenta, entre otras razones, como un intento por homogeneizar la práctica clínica. Se ha definido como la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes, integrando la competencia clínica individual con la mejor evidencia clínica externa disponible a partir de la investigación sistemática y teniendo en cuenta las preferencias

del paciente (Sackett et al., 1996). Destaca la importancia del examen de las evidencias procedentes de la investigación científica y resta importancia al papel de la intuición, de la experiencia clínica no sistemática y del razonamiento fisiopatológico como motivos suficientes para tomar decisiones clínicas. La utilización de las evidencias científicas, no obstante, debe ser consciente y sensata, enjuiciando siempre la calidad y aplicabilidad de las evidencias halladas. Es un instrumento para la gestión del conocimiento clínico que aporta un marco conceptual para la resolución de problemas clínicos y acerca los datos de la investigación clínica a la práctica médica.

En los años ochenta es cuando se iniciaron los estudios sobre las variaciones de la práctica médica (Wennberg & Gittelsohn 1973, 1982) con trabajos sobre variaciones, entre áreas geográficas cercanas, en las tasas de distintas intervenciones quirúrgicas.

Otros estudios han analizado cómo afecta esa variabilidad en la atención prestada a pacientes en situaciones clínicas similares, permitiendo indagar sobre las características de los pacientes, de los profesionales sanitarios, del hospital o del sistema sanitario (Peiró & Meneu, 1998). Aunque inicialmente los estudios se centraron en la variabilidad en la atención médica, se ha ido ampliando a otras disciplinas como enfermería.

Desde el modelo de la MBE, la investigación clínica se ha extendido hasta la recopilación y análisis ordenado de la evidencia existente, generando nuevas metodologías de estudio de la evidencia, que incluyen las revisiones sistemáticas y los metaanálisis y ha desarrollado la recopilación experta de la literatura de ciencias de la salud, bajo la presentación de las guías de práctica clínica, las cuales condensan la evidencia en acciones pragmáticas para el profesional sanitario (Murad, 2017).

La Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) incorpora la evidencia procedente de la investigación, la maestría clínica y las preferencias del paciente en la toma de decisiones sobre el cuidado de salud de los pacientes (Muhall, 1995), aporta respuestas sobre qué intervenciones tienen mayor impacto en la salud de la población, es un instrumento para evaluar, difundir e implementar los resultados de la investigación, proporciona definiciones sobre la calidad de los cuidados, es un referente para la toma de decisiones en la planificación sanitaria y, además, puede aportar una notable reducción de la variabilidad de la práctica (Morales et al., 2003).

La variabilidad de la práctica clínica ha sido poco estudiada en enfermería, realizándose la mayoría de los estudios en países anglosajones y centrándose en la atención a pacientes adultos. En los cuales se han limitado a mostrar la existencia de variabilidad y muy pocos han buscado variables relacionadas con la misma (Fernández & Richart, 2012). Estos autores apuntan que las investigaciones futuras deberían centrarse en la búsqueda de variables predictivas de la variabilidad para hacer frente a las variaciones injustificadas que se detecten. Ya que las fuentes más utilizadas para la toma de decisiones por parte de las enfermeras están basadas en las opiniones y las experiencias previas de los compañeros (Pericas-Beltrán et al., 2014). Sigue siendo un reto la incorporación de la EBE en las enfermeras clínicas, ya que apenas han cambiado esas dinámicas de trabajo para la toma de decisiones clínicas poco sustentadas en la investigación (Ramos-Morcillo et al., 2021).

Florence Nightingale es considerada una pionera en la reducción de la variabilidad clínica por algunos investigadores de enfermería (Selanders, 2012; Lim, 2011), por haber iniciado el concepto de mejorar los resultados de los pacientes a través de pruebas sólidas obtenidas de la experimentación y el examen crítico. Nightingale fue precursora de la PBE, concepto más amplio que la MBE o que la EBE, al llevar a la práctica los resultados de la investigación a un contexto real.

Para ejercer la PBE, las decisiones que se toman sobre el cuidado de la salud deben estar basadas en la mejor evidencia disponible, actual, válida y relevante. Corresponde tomar estas decisiones quienes reciben atención, siendo informadas por el conocimiento tácito y explícito de quienes brindan atención y dentro del contexto de los recursos disponibles. Este proceso debe ser ejecutado a través de 5 pasos que hacen posible la aplicación práctica de la PBE, quedando definidos de la siguiente manera: definir una pregunta clínica, encontrar las mejores evidencias, evaluar críticamente la evidencia localizada, aplicar la evidencia al contexto clínico y sus consideraciones y evaluar los resultados obtenidos (Dawes et al., 2005). Para lo cual es necesario la transferencia de resultados de investigación como paso obligatorio después de concluir el proceso de investigación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece la promoción de la PBE como un área de actuación prioritaria para aumentar la contribución de las enfermeras en la salud de la ciudadanía (World Health Organization. Regional Office for Europe, 2015).

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son herramientas útiles para el ejercicio de la PBE y reducir la variabilidad clínica, optimizando la aplicación de estrategias de calidad en el sistema sanitario (Manual metodológico, 2016). Siguiendo a Field y Lohr (1992), las GPC se pueden definir como un conjunto de directrices, instrucciones o recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los profesionales y también a los usuarios en la toma de decisiones sobre la asistencia sanitaria adecuada en unas condiciones específicas. Tienen el potencial de mejorar la atención de los pacientes a través de la promoción de las intervenciones de beneficio probado y desaconsejando las inefectivas (Grimshaw et al., 2004). Sin embargo, se ha demostrado que la adherencia a las directrices de las GPC se encuentra en muchos casos lejos de ser óptima, requiriendo la identificación de barreras para su uso (Fleiszer et al., 2016).

En el año 2006 en España se inició un programa de GPC en el Sistema Nacional de Salud (SNS) mediante un convenio ministerial entre la Agencia de Calidad del SNS y las agencias y unidades de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Este programa desarrolló una metodología común tanto para la elaboración de GPC como para su actualización e implantación que culminó con la elaboración de manual metodológico (Manual metodológico, 2009). Este manual describe el proceso de implantación que tiene como objetivo conseguir que se sigan las recomendaciones que ésta propone, para lo que es necesario identificar aquellos elementos que pueden facilitar o dificultar su seguimiento. Este proceso debe ser planificado previamente y se han de tener identificados aquellos elementos que facilitan o dificultan su desarrollo.

Transcurridos ocho años desde su publicación, se llevó a cabo su actualización para incorporar temas no contemplados previamente y mejorar el tratamiento de algunos de los aspectos abordados.

Como el concepto de implementabilidad, diferenciándolo del concepto de implantación, que se describe en el capítulo 10 del manual (2016).

Con la implantación se hace referencia al diseño y despliegue de sistemas, herramientas y estrategias para influir en el comportamiento de los clínicos a fin de lograr su adherencia a las recomendaciones de las GPC; habitualmente, es responsabilidad de los servicios de salud. Por contra, la implementabilidad hace referencia a las características de las GPC que pueden facilitar su implantación y se mide a través de la facilidad y precisión de la transformación de las recomendaciones, y de los sistemas, herramientas y estrategias que influyen en el cuidado, es decir, de haber realizado una buena adaptación al contexto local de las recomendaciones (Shiffman et al., 2005).

Tabla 1. Manuales metodológicos 2009 y 2016. Diferencias en su estructura	
Manual metodológico,2009	Manual metodológico,2016 Implementabilidad de las GPC
Premisas para la implementación de una guía de práctica clínica (GPC)	Introducción
Importancia del contexto en la implementación de las GPC	Sobre la implementabilidad de las guías
Identificación de barreras y facilitadores	Factores intrínsecos de las GPC: formato y contenido
Estrategias de implementación de GPC. Cómo facilitar el cambio	Priorización de las recomendaciones para la posterior implementación
Evaluación de la implementación	Evaluación de la implementación de las recomendaciones: auditoría y monitorización

Estos dos manuales metodológicos editados en 2009 y en 2016 emplean el término “implementación”. En esta tesis usamos los términos implementación o implantación como sinónimos. Al entender que ambos términos engloban las diferentes estrategias y métodos para trasladar los resultados de la investigación a la práctica clínica y la orientación de los recursos basados en evidencia a las políticas, la práctica y la acción.

Según el Diccionario de la lengua española (RAE, 2022), implementación es la acción o el efecto de implementar. Implementar se define como “poner en funcionamiento, aplicar métodos, medidas, etc., para llevar algo a cabo”. Implantar se define como “establecer y poner en ejecución nuevas doctrinas, instituciones, prácticas o costumbres”. Otra definición que podemos encontrar es la de “Plantar, encajar, injertar”. En la actualidad, existen diversos puntos de vista respecto a estas definiciones, sobre todo en el ámbito de sistemas de control de calidad, ambos conceptos plantean el hecho de que son empleados para poner “algo” en funcionamiento, por este motivo se han utilizado ambos términos como sinónimos.

II.1.1. Modelos de traslación del conocimiento. Implementación/implantación de la evidencia

La ciencia de la implementación se define como “el estudio científico de los métodos para promover la adopción sistemática de los resultados de la investigación y otras prácticas basadas en la evidencia en la práctica habitual y, por lo tanto, para mejorar la calidad y la eficacia de los servicios y la atención de la salud” (Eccles & Mittman, 2006). Actualmente, se ha llegado a la conclusión de que la implantación de evidencia requiere de cambios en el sistema, que implican, tanto al individuo como a la organización en la que se introducen (Grimshaw et al., 2004).

Este campo surge de la necesidad de abordar las dificultades actuales asociadas con la puesta en práctica de la investigación (Nilsen, 2015). En esta área del conocimiento existen una variedad de enfoques teóricos, modelos y marcos, que intentan explicar el cómo y el por qué tiene éxito o falla la implantación de la evidencia (Lockwood et al., 2019). A continuación, se resumen algunos de los más utilizados:

Tabla 2. Teoría/Modelo/Marco de Implementación	
Teoría / Modelo / Marco	Descripción
Difusión del modelo de innovación.	<ul style="list-style-type: none"> • Fase de conocimiento: implica aprender sobre la innovación que se implementará (como una guía o recomendación de mejores prácticas). • Fase de persuasión: se basa en líderes de opinión con buen conocimiento, que son creíbles, accesibles, pueden influir de manera efectiva en la práctica y alentar a otros a tomar nuevas pruebas en la práctica con un ejemplo personal, lo que facilita a las personas a formar actitudes positivas (o a veces negativas) hacia la innovación. • Fase de decisión: el momento en el que las partes interesadas determinan la aceptabilidad de los cambios, ya sea que valga la pena o que no valga la pena seguir. • Fase de adopción o rechazo: refleja el resultado de la fase de decisión y es la decisión final sobre si la evidencia se implementa en la práctica.
Modelo de teoría de educación sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> • El cambio de comportamiento requiere que el conocimiento y las habilidades se aborden a nivel individual. • El impacto positivo de la teoría de la educación sanitaria es proporcional al grado de aprendizaje activo.
Marco de implementación del JBI	<ul style="list-style-type: none"> • El modelo tiene tres principios rectores que guían un proceso de siete pasos. • El proceso de siete pasos se basa en el ciclo de auditoría / retroalimentación / cambio / re-auditoría y es de importancia crítica cuando se trata de promover un cambio sostenible en la salud.
Marco de conocimiento a la acción (KTA)	<ul style="list-style-type: none"> • Consiste en dos ciclos interconectados (creación de conocimiento y acción). • En el centro del modelo se encuentra la creación de conocimiento, que incluye las tres fases de investigación del conocimiento (investigación primaria), síntesis (revisiones sistemáticas) y productos / herramientas (pautas, algoritmos, guías de práctica clínica, etc.). • La creación de conocimiento que rodea es el ciclo de acción, que consta de seis fases. Estas fases pueden ocurrir secuencial o simultáneamente (identificar el problema; adaptar el conocimiento al contexto local; evaluar las barreras para el uso del conocimiento; seleccionar, adaptar e implementar intervenciones; monitorear el uso del conocimiento y evaluar los resultados; mantener el uso del conocimiento)

<p>Modelo PARIHS</p>	<p>Implementación de la investigación expresada en función de las relaciones entre evidencia, contexto y facilitación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evidencia (investigación, experiencia clínica, experiencia del paciente) • Contexto (cultura, liderazgo y evaluación) • Facilitación (propósito, rol, habilidades y actitudes)
<p>Modelo PDSA</p>	<p>El modelo es cíclico y comprende cuatro etapas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan: el cambio que se probará o implementará • Hacer: realizar la prueba o cambiar • Estudio: basado en los resultados medibles acordados antes de comenzar, recopilar datos antes y después del cambio, y reflexionar sobre el impacto del cambio y lo aprendido • Ley: planifique el próximo ciclo de cambio o la implementación completa
<p>Modelo de tubería</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La evidencia ingresa a la tubería y fluye a través de una variedad de etapas desde el conocimiento de la evidencia hasta la adhesión de los pacientes / clientes. • Entre estos se encuentran las etapas de aceptación de la evidencia, la aplicabilidad de la evidencia y la capacidad de implementación en el área particular de la práctica. • Finalmente, hay etapas de actuar sobre la evidencia, llegar a un acuerdo entre profesionales y pacientes, y una adherencia sostenida. Es solo en esta etapa que los resultados del paciente se verán afectados.
<p>RE-AIM</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alcance (proporción de la población objetivo que participó en la intervención). • Eficacia o efectividad (tasa de éxito si se implementa como en las pautas; definido como resultados positivos menos resultados negativos). • Adopción (proporción de entornos, prácticas y planes que adoptarán la intervención). • Implementación (medida en que la intervención se implementa según lo previsto en el mundo real). • Mantenimiento de los efectos de intervención en individuos y entornos a lo largo del tiempo.

Modelo de teoría social	<ul style="list-style-type: none"> • Capas de cultura y sociedad en juego en el entorno laboral.
Marco teórico de dominios	<ul style="list-style-type: none"> • Un marco teórico que apunta al cambio de comportamiento en los profesionales de la salud y comprende 14 dominios que abarcan factores que pueden influir en el cambio de comportamiento del profesional de la salud: conocimiento; habilidades; rol e identidad social / profesional; creencias sobre capacidades; optimismo; creencias sobre las consecuencias; reforzamiento; intenciones metas; memoria, atención y procesos de decisión; contexto ambiental y recursos; influencias sociales; emoción; y regulación del comportamiento.
El modelo triple C	<ul style="list-style-type: none"> • Etapa 1: consulta • Etapa 2: colaboración • Etapa 3: consolidación
Investigación continua de traducción o modelos “T”	<ul style="list-style-type: none"> • Descripción y descubrimiento. • Del descubrimiento a la aplicación de salud. • De la aplicación de salud a las pautas de evidencia. • De las pautas a la práctica de la salud. • Evaluación de la efectividad y rentabilidad de tales intervenciones en el mundo real y en diversas poblaciones.
Modelo transteórico	<ul style="list-style-type: none"> • Pre-contemplación • Contemplación • Preparación • Acción • Mantenimiento

Tabla 2. Teoría/Modelo/Marco de Implementación adaptada de Porritt K, McArthur A, Lockwood C, Munn Z (Editores). Manual del JBI para la implementación de evidencia. JBI, 2019. Disponible en: <https://implementationhandbook.joannabriggs.org>

II.1.1.1. Potenciales barreras y facilitadores en la traslación del conocimiento

Desde la ciencia de la implementación se investigan los factores que influyen en el uso efectivo y completo de las innovaciones científicas en la práctica y se han generado un importante número de estudios sobre las posibles barreras y facilitadores que afectan a la traslación del conocimiento. Algunos autores clasifican las barreras y facilitadores en relación con los propios profesionales, las organizaciones sanitarias y las políticas de las instituciones (Sadeghi-Bazargani et al., 2014).

Los resultados de una revisión sistemática, más actual, realizada por Geerlings et al. (2018) identificó tres dominios generales, similares a los anteriormente mencionados que son: sistema, personal e intervención. A nivel del sistema incluyen el contexto ambiental (tiempo del personal, carga de trabajo, flujo de trabajo, espacio y rotación del personal), cultura (actitud ante el cambio, compromiso, motivación, roles / confianza y defensores), procesos de comunicación y requisitos externos (informes, estándares y directrices). A nivel del personal incluyen el compromiso y la actitud del personal, la comprensión y la conciencia, la identificación de roles individuales, habilidades, capacidad y confianza. Relacionados con la intervención incluyen la facilidad de integración (complejidad, costos y recursos requeridos), validez de la base de evidencia, seguridad, preocupaciones legales y éticas, y componentes de apoyo como educación y capacitación, marketing y sensibilización.

Otro estudio divide las barreras y facilitadores en categorías individuales (conocimiento y actitud) y factores externos (guía y medio ambiente) (Maric et al., 2019). Los factores relacionados con el conocimiento incluyen la falta de este o la falta de familiaridad con una guía, siendo la estrategia fundamental para superar esta barrera la difusión, la formación continuada y el aprendizaje activo (Rebbeck et al., 2013). Los factores relacionados con la actitud se han relacionado con la opinión, con la falta de acuerdo con las directrices de las GPC, la falta de expectativa de resultado y también dudas con la capacidad de usar la guía. Para mejorar la actitud, la formación se ha manifestado como una estrategia vital, ya que el conocimiento está estrechamente relacionado con la actitud. Además, se enfatiza la auditoría individualizada y la retroalimentación para que sea una estrategia útil (Handler & Lackland, 2011).

En cuanto a factores externos, una barrera es la falta de evidencia tras una recomendación. En este sentido, la calidad de la evidencia y la credibilidad de las recomendaciones, así como su complejidad y aplicabilidad son fundamentales (Likhterov et al., 2016).

Entre las barreras ambientales, las limitaciones organizativas son de gran importancia. La literatura sugiere que la adherencia a las GPC puede mejorarse mediante la estandarización de los procesos y el desarrollo de protocolos (Baatiema et al., 2017).

Un factor que se repite en la literatura es la falta de recursos, la falta de tiempo y la presión asistencial (López et al., 2018).

II.1.1.2. Modelos de traslación del conocimiento utilizados en la disciplina enfermera

Los modelos más utilizados en el ámbito de la salud, desde la disciplina enfermera, son la Teoría de la Difusión de la Innovación de Rogers (Rogers et al., 2003), el Modelo Promoting Action on Research Implementation in Health Services: PARISH framework (Kitson et al.,1998), el Modelo de factores individuales de utilización de la investigación (Estabrooks, 1999) o el Knowledge to Action Model (KTA) (Graham et al., 2006), entre otros.

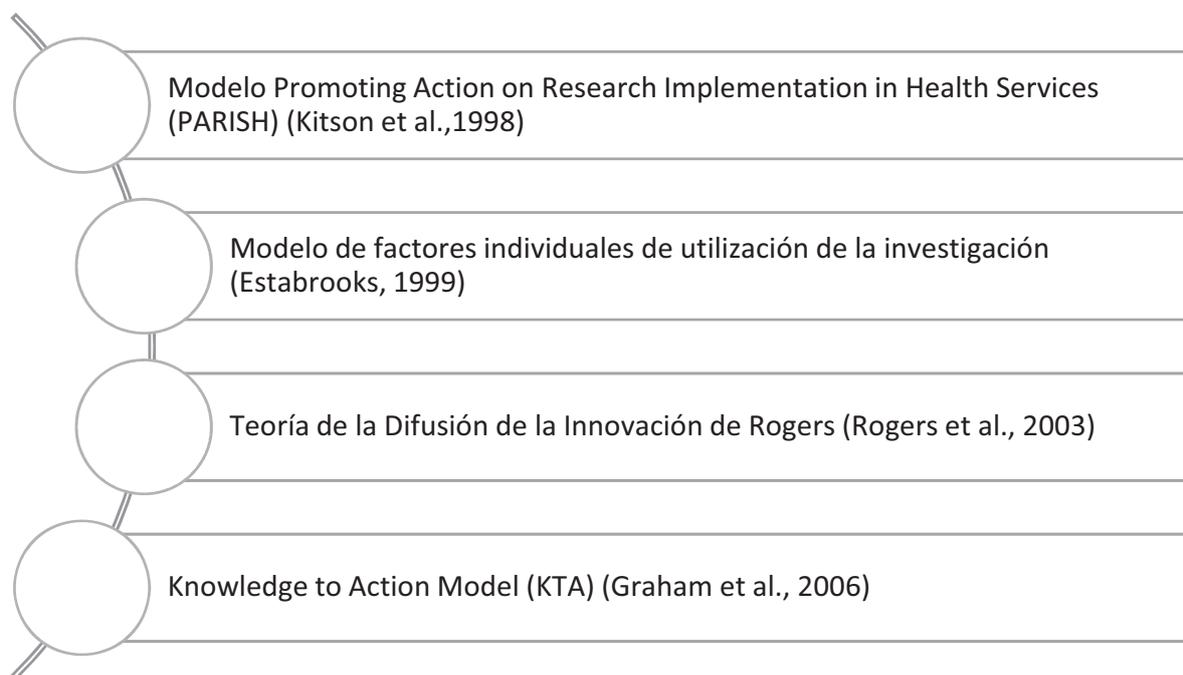


Figura 2. Modelos de Traslación del Conocimiento más utilizados en la Disciplina Enfermera. Elaboración propia.

- Teoría de la Difusión de la Innovación de Rogers (Rogers et al., 2003):

En 1962, Everett Rogers publicó un libro titulado *Diffusion of innovations* que analizaba cómo la sociedad adoptará nuevas tecnologías y comportamientos. La difusión de la innovación es una teoría que explica cómo la población adopta la innovación, en cuánto tiempo se propaga la innovación y, finalmente, si la innovación realmente logra generar un cambio o falla en el proceso. Esta teoría responde a varias preguntas: ¿Cómo se propagan las innovaciones en la población?; ¿Por qué fracasan ciertas innovaciones?; ¿Cuáles serían las cualidades que determinan el éxito de la innovación? y ¿cómo se puede aumentar la tasa de adopción de las últimas innovaciones? Según esta teoría, las innovaciones cuando se inician pueden ser adoptadas por 5 categorías diferentes de clientes. Cada una de estas categorías de clientes involucra a personas con diferentes tipos de personalidad.

- Modelo Promoting Action on Research Implementation in Health Services (Kitson et al., 1998):

El modelo PARIHS (Promoting Action on Research Implementation in Health Services) es un modelo desarrollado en 1998 con la intención de representar la complejidad del proceso de cambio que supone la implementación de la práctica basada en la evidencia expresada en función de las relaciones entre evidencia, contexto y facilitación:

- Evidencia (investigación, experiencia clínica, experiencia del paciente)
- Contexto (cultura, liderazgo y evaluación)
- Facilitación (propósito, rol, habilidades y actitudes)

Este modelo establece que existe una relación dinámica entre los tres elementos, y que cada uno de ellos se posiciona a lo largo de un continuo entre los extremos alto y bajo. Mantienen que la implementación será más eficaz si el contexto es receptivo al cambio, con culturas comprensivas, con fuerte liderazgo, y con sistemas de información eficaces para monitorizarla. En 2002 se llevó a cabo un análisis de concepto sobre los elementos clave del modelo (evidencia, contexto y facilitación) y se buscaron aquellos subelementos que se relacionaban dentro de los elementos clave que podían afectar en el modelo. Aunque parte del contenido del modelo ha sido refinado, la mecánica básica sigue siendo la misma (Rycroft-Malone et al., 2002).

- Modelo de factores individuales de utilización de la investigación (Estabrooks, 1999):

Carole Estabrooks describe un modelo conceptual que relaciona las características individuales de las enfermeras que influyen en el uso que hacen éstas de la investigación en la práctica clínica, en términos de cuatro clases o tipos de uso de la investigación: instrumental, conceptual, persuasivo (o simbólico), y general. La utilización de la investigación instrumental se refiere a la aplicación concreta de los resultados de la investigación en la práctica clínica. La utilización de la investigación conceptual se refiere al uso cognitivo de la investigación donde la investigación puede ser utilizada para cambiar el pensamiento de uno sobre una práctica específica, pero puede o no resultar en un cambio en la acción. La utilización persuasiva o simbólica de la investigación es el uso de la investigación como una herramienta persuasiva o política para legitimar una posición o influir en la práctica de otros.

En una revisión sistemática realizada por Squires y Estabrooks (2011) se sugiere que la actitud del personal de enfermería hacia la investigación es el factor individuo clave relacionado con la utilización de la investigación en general, y con los diferentes tipos de utilización de la investigación. Otras características individuales que tienen una asociación positiva con el uso de la investigación incluyen: asistir a conferencias, poseer un posgrado, tener una especialidad y la satisfacción laboral.

- Marco de conocimiento a la acción (KTA) (Graham et al., 2006):

Fue desarrollado en Canadá por Graham y colaboradores (Graham et al., 2006) en la década de 2000, con objeto de aportar un nuevo marco conceptual en relación con la traslación del conocimiento. Revisaron 31 teorías sobre el proceso de cambio de diferentes disciplinas, entre las que se encontraba enfermería, que fueron publicadas entre 1983 y 2006.

El marco comprende dos componentes distintos pero relacionados: (i) Creación de conocimiento (representado por el embudo) rodeado por (ii) el Ciclo de acción (Figura 3). Cada componente involucra varias fases que se superponen y pueden ser iterativas.

En el centro del modelo se encuentra la creación de conocimiento, que incluye las tres fases de investigación del conocimiento (investigación primaria), síntesis (revisiones sistemáticas) y productos / herramientas (pautas, algoritmos, etc.).

El ciclo de acción se enfoca en la aplicación de conocimientos en el ámbito de la práctica, y consta de seis fases que pueden ocurrir secuencial o simultáneamente: identificar el problema; adaptar el conocimiento al contexto local; evaluar las barreras para el uso del conocimiento; seleccionar, adaptar e implementar intervenciones; monitorizar el uso del conocimiento y evaluar los resultados; mantener el uso del conocimiento.

La participación de las partes interesadas y la adaptación del conocimiento a las necesidades de las personas que van a utilizarlo son cruciales.

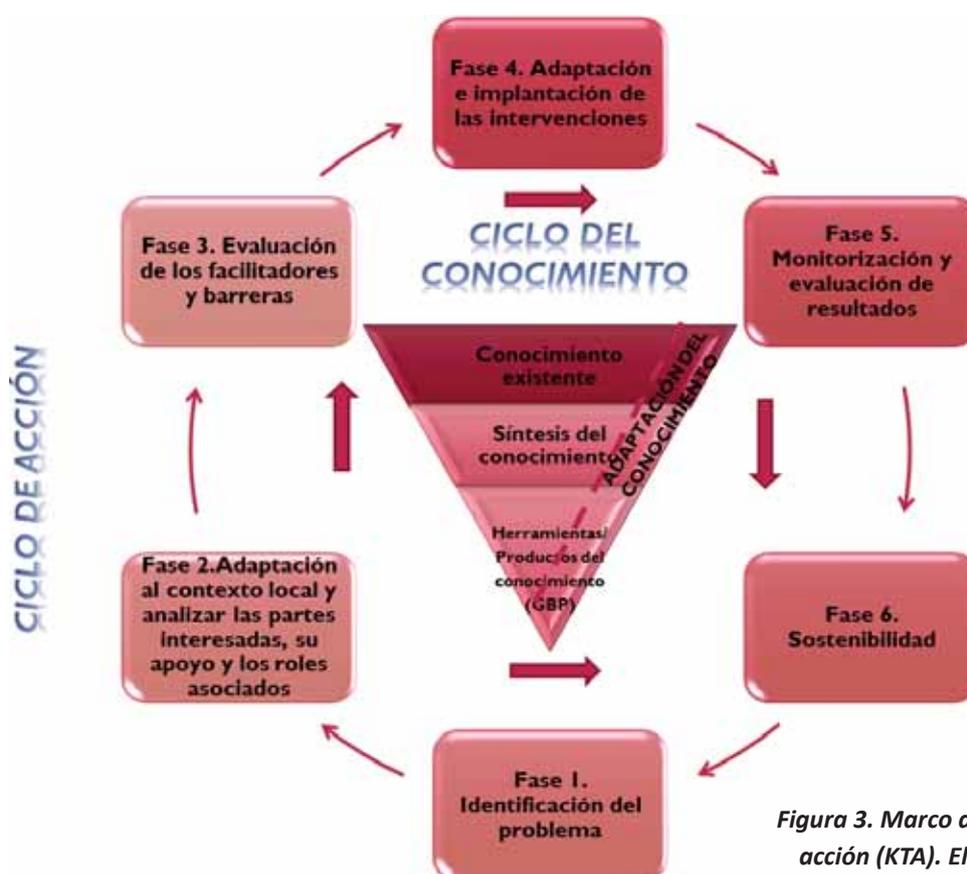


Figura 3. Marco de conocimiento a la acción (KTA). Elaboración propia.

II.1.2. Programa Best Practice Spotlight Organizations (BPSO®)

En 1999 la Asociación de Enfermeras de Ontario (Registered Nurses' Association of Ontario) (RNAO®), financiada por el gobierno, inició el Nursing Best Practice Guideline Program con el fin de desarrollar, difundir, pilotar y evaluar guías de práctica clínica orientadas a los cuidados de salud.

En 2003 se puso en marcha en Canadá el programa Best Practice Spotlight Organizations® (BPSO®) como parte del Nursing Best Practice Guideline Program. Su objetivo es fomentar, facilitar y apoyar la implantación, la evaluación y el mantenimiento de las buenas prácticas en cuidados, en cualquier entorno de la práctica enfermera, con el fin último de mejorar la atención de la salud.

Los BPSO® son instituciones sanitarias y académicas seleccionadas en un proceso competitivo. En el que los centros presentan sus propuestas para implantar y evaluar las guías de buenas prácticas (GBP) o GPC de RNAO® durante 3 años en que se consideran candidatos. Posteriormente, mantienen la implantación y la evaluación, formalizando nuevos acuerdos, ya como BPSO® designados.

El programa se ha expandido internacionalmente y en la actualidad hay más de 250 BPSO® en todo el mundo. La RNAO® ha desarrollado manuales metodológicos basados en la evidencia, para implantar GPC en entornos clínicos (RNAO, 2012) y en entornos académicos (RNAO, 2005), en los que se apoya el programa.

En España, la Unidad de Investigación en Cuidados y Servicios de Salud del Instituto de Salud Carlos III, en colaboración con el Centro Español para los Cuidados de salud Basados en la Evidencia, formalizó, en 2010, un acuerdo de colaboración con la RNAO®, que nombraba a la Unidad de Investigación en Cuidados y Servicios de Salud del Instituto de Salud Carlos III centro coordinador del programa en España o BPSO Host.

El propósito fue la puesta en marcha en España del programa de implantación de GPC de la RNAO® según los mismos principios que el programa canadiense BPSO®, que se ha denominado Programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®(CCEC®). Todos los procedimientos que se desarrollan están armonizados con base en el programa internacional BPSO®.

El desarrollo del modelo BPSO Host se basa en 4 estrategias: 1) traducción de las guías de la RNAO® y de sus actualizaciones; 2) difusión; 3) implantación de las guías y evaluación de resultados en los CCEC®(denominados indistintamente BPSO®), seleccionados tras un proceso competitivo convocado cada 3 años, y 4) desarrollo de mecanismos de sostenibilidad y continuidad del programa, donde los BPSO® candidatos o designados renuevan el acuerdo con objetivos adicionales de implantación de nuevas GPC, la expansión de las ya implantadas o la mentorización a otros centros en su entorno de influencia (González et al., 2020).

La Región Europea de la Organización Mundial de la Salud, en mayo de 2016, incorporó al programa CCEC/BPSO® dentro del compendio de buenas prácticas dónde se incluyen iniciativas orientadas a transformar el modelo de prestación de servicios basados en la evidencia que ofrezcan respues-

ta a las demandas de una sociedad cambiante y una mejora continua ((World Health Organization. Regional Office for Europe, 2016).

En 2018 se inició la expansión a nivel autonómico del programa, con la puesta en marcha de BPSO Host regionales coordinados por el Host nacional, según un modelo de expansión en cascada.

En 2022 existen 4 cohortes coordinadas desde el BPSO Host-España y 7 BPSO Host regionales (Asturias, Illes Balears, País Vasco, Andalucía, Canarias, Castilla-La Mancha y Cantabria) con cohortes en cada uno de los BPSO Host-Regionales que implantan 27 GPC de RNAO®. Esta estructura ha permitido crear una red nacional de CCEC® que continúa expandiéndose (Figura 4). La aplicación del programa en España está brindando un escenario único, que evidencia que aplicar este tipo de programas de implantación puede ser una estrategia efectiva para mejorar la utilización de la PBE y tiene un efecto muy focalizado en el uso de la PBE (Ruzafa, 2021).

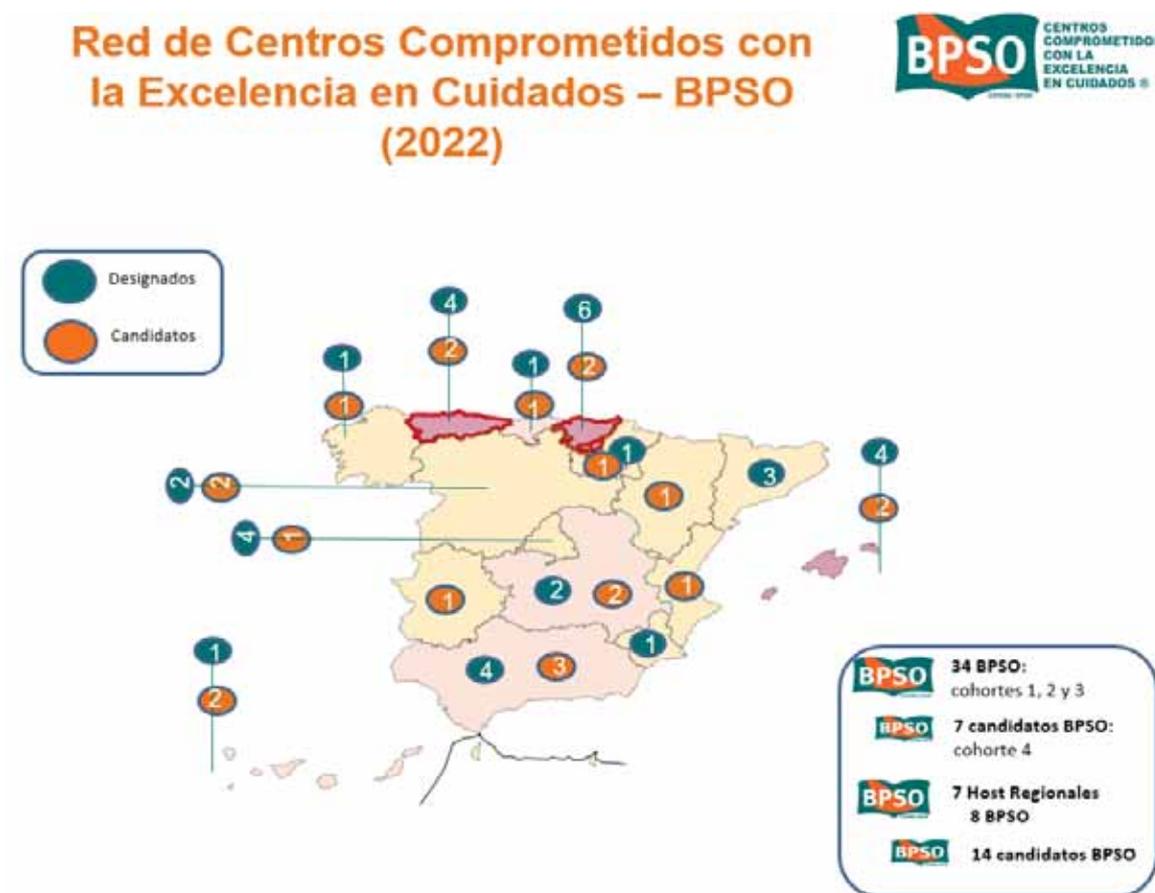


Figura 4. Red Nacional de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados-BPSO 2022.

Fuente Web del Programa de Implantación de Buenas Prácticas en Cuidados a través de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC® / BPSO®).

II.1.3. Herramienta Toolkit para la implantación de GPC de la RNAO®

Este programa utiliza el Marco del Conocimiento a la Acción (KTA) adaptado de “Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice” de Straus, Tetroe y Graham (2009) para la implantación de las GPC. Más conocida como “Herramienta Toolkit” con una versión española traducida de RNAO® (2012).

En una primera edición de 2001 RNAO® desarrolló un modelo de guía de implantación basado en la mejor evidencia disponible y formuló unas recomendaciones específicas, basadas en la evidencia, en relación con cada fase del proceso de implantación.

En una revisión posterior realizada en 2009, RNAO® la actualizó incorporando nueva evidencia y realizó las modificaciones necesarias para garantizar un enfoque sistemático y actualizado. Se realizó una búsqueda estructurada de páginas web centrándose en los recursos de implantación de GPC publicados recientemente. Se revisó las herramientas de implantación existentes y se seleccionó el Marco de Conocimiento para la Acción como modelo de traslación del conocimiento. Se incluyó un capítulo para la sostenibilidad, incorporando en cada capítulo diversos documentos de apoyo y ejemplos basados en las experiencias de los centros BPSO® en implantación de las GPC en diferentes entornos de cuidados.

Esta herramienta está diseñada para ayudar a las enfermeras y demás profesionales de la salud a apoyar la toma de decisiones clínicas y de gestión basadas en la evidencia. Es útil en todo tipo de innovación clínica basada en la evidencia. Se basa en los siguientes criterios identificados como exitosos a la hora de implantar GPC:

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

La Herramienta Toolkit describe dos procesos que constituyen el KTA. El primero es el proceso de creación de conocimiento que se centra en la identificación de la evidencia crítica y da lugar a productos de conocimiento. El segundo es el ciclo de acción que se centra en la aplicación de conocimientos en el ámbito de la práctica.

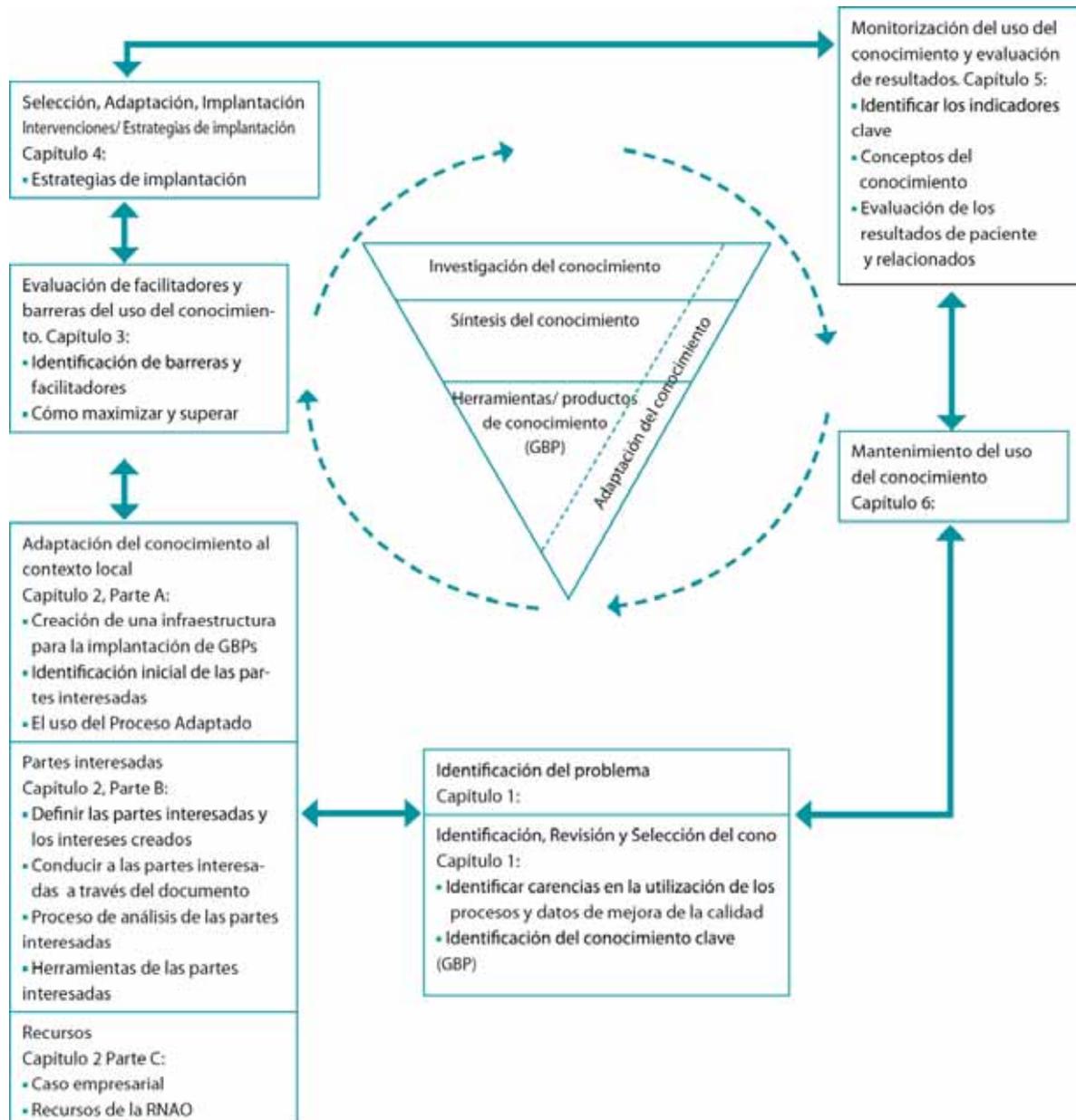


Figura 5. Marco de Conocimiento Para la Acción Revisado. Fuente: Adaptado de "Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice". S. Straus, J. Tetroe, and I. Graham. Copyright 2009 by the Blackwell Publishing Ltd. Adaptado con permiso.

A continuación, describimos el ciclo de la acción que comprende 6 fases, al unir la monitorización y la evaluación de resultados en una sola fase:

Fase 1. Identificación del problema en la que los clínicos y gestores definen el problema y examinan las GPC que pueden ayudar a resolverlo. Previamente se analizan las brechas entre práctica y

evidencia con base en el grado de cumplimiento de las recomendaciones de las GPC. Esta fase inicial determina cómo será el proceso de implantación, su potencial para alcanzar mejoras de la calidad y en qué medida contribuirá a resolver el problema identificado.

Fase 2. La adaptación al contexto local es clave para la traslación efectiva del conocimiento. Implica el establecimiento de un comité de implantación, la revisión y selección apropiada de guías para su posterior uso, determinando la utilidad clínica y la implantabilidad de las recomendaciones de la guía e identificando aquellas que son adecuadas al contexto local, así como analizar las partes interesadas, su apoyo y los roles asociados. Se deben involucrar a los profesionales en los grupos de trabajo para que la adaptación al contexto sea participativa y exitosa. Una figura clave para ello es el impulsor que se ha formado en metodología de implantación e identifica todas las necesidades del proceso de implantación, participando en el diagnóstico de situación, el diseño y en la ejecución de las estrategias necesarias para desarrollar la implantación.

Fase 3. Evaluación de los facilitadores y barreras. Consiste en el análisis de los posibles factores que facilitan o impiden total o parcialmente el uso de las GPC en un contexto específico y el posible impacto de las diferentes partes interesadas. Las barreras y los facilitadores se clasifican en relación con el contexto organizativo, los destinatarios, la evidencia y los recursos.

Fase 4. Adaptación e implantación de las intervenciones. Realizar un plan de acción antes de comenzar a implantar que tenga en cuenta la evaluación de las partes interesadas, las barreras y los facilitadores. Se recomienda planificar las estrategias y utilizarlas de forma combinada para propiciar cambios efectivos en la práctica.

Entre las más habituales se encuentra la formación, que debe ser interactiva y combinada con otras intervenciones. La formación pasiva y de forma aislada es poco probable que produzca cambios y los materiales formativos impresos tienen poco efecto (Forsetlund et al., 2009).

La auditoría y la retroalimentación influyen en la práctica de los profesionales de la salud siendo efectivas cuando son intensivas, personalizadas y a largo plazo (Ivers et al., 2012).

Los líderes de opinión locales pueden influir en la práctica, pero se desconoce el efecto sobre los resultados en pacientes (Flodgren et al., 2019).

Las intervenciones mediadas por pacientes pueden ser efectivas como parte de una estrategia multifacética (Grindrod et al., 2006).

Fase 5. Monitorización y evaluación de resultados. Incluye la evaluación del uso de las GPC, comprobando el cumplimiento de las recomendaciones o los cambios en el conocimiento o las actitudes, y la evaluación del impacto de la implantación.

Se debe desarrollar un plan de evaluación, identificando los equipos de evaluación, los objetivos a alcanzar con la implantación, la población diana, el ámbito de aplicación, la cronología de medición, el análisis y la retroalimentación.

Los indicadores establecidos para evaluar la utilización del conocimiento y el impacto en pacientes, profesionales y sistema se basan en el modelo de Donabedian (Donabedian, 1988), estructura, proceso y resultado. Los primeros aportan información sobre las características de la institución, la población a la que presta servicios, las cargas de trabajo y la temporalidad. Los indicadores de proceso permiten monitorizar la calidad de la atención que recibe el paciente. Los últimos examinan el impacto de la utilización de la evidencia en los resultados de salud.

Fase 6. Sostenibilidad. Esta fase aborda el mantenimiento del cambio producido en la práctica. La RNAO® propone seguir el Modelo de sostenibilidad del Servicio Nacional de Salud de Reino Unido, que contempla factores de personal, proceso e institución (Maher et al., 2010). En dicho modelo se establece que la sostenibilidad se consigue cuando las nuevas formas de trabajar y las mejoras en los resultados se convierten en la norma de la institución. No solo cuando han cambiado procesos o resultados, sino los pensamientos y actitudes que hay detrás se han alterado significativamente y los sistemas que los rodean se han transformado para apoyar dichos cambios.

Cada institución debe plantear un plan de sostenibilidad en el que indique cómo va a continuar manteniendo las guías implantadas y proponer nuevos objetivos para el futuro inmediato.

En 2020 la RNAO® incorpora un nuevo marco conceptual denominado Marco de Acción de Movimiento Social (SMA), que, utilizado junto con el Marco del Conocimiento a la Acción, consigue la traslación del conocimiento. Este marco consta de una colección de elementos centrales que representan un movimiento social en el contexto de utilizar el conocimiento para crear un cambio duradero (Grinspun et al., 2020).

Con base en los resultados de un análisis de concepto utilizando el método de Walker y Avant (2005), los elementos del SMA se clasifican como condiciones previas, características clave y resultados para reflejar la evolución del concepto desde antes de que ocurra, mientras está sucediendo y después de que haya ocurrido. El SMA tiene un total de 16 elementos: tres condiciones previas, 10 características clave y tres resultados. Los elementos del SMA deben considerarse dinámicos e interrelacionados. No existe una ordenación secuencial de estos elementos, ya que pueden aparecer y desarrollarse espontáneamente a medida que evoluciona el movimiento social (Grinspun et al., 2022).

El Marco del Conocimiento a la Acción (KTA) es utilizado por el programa CCEC/BPSO® para la puesta en práctica de cualquier GPC desarrollada por la RNAO®. En concreto, este trabajo de tesis aborda la implantación de la guía de RNAO® titulada “Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión”. Por ser la guía elegida por el HUVN para su implantación en la institución con carácter transversal. El tema que aborda esta guía es de gran relevancia, siendo considerado un problema de salud pública actual y constituye una prioridad para muchas organizaciones que velan por la calidad de la asistencia sanitaria prestada.

II.2. Lesiones por presión

II.2.1. Definición, clasificación y relevancia

La definición de úlcera por presión (UPP) ha evolucionado con el tiempo y se ha producido un cambio en la denominación de úlceras por presión a lesiones por presión (LPP), en la definición de las categorías o estadios para indicar la extensión del daño tisular y en la utilización de números arábigos en lugar de números romanos en los nombres de las categorías o estadios, propuesto en 2016 por el National Pressure Ulcers Advisory Panel (NPUAP) (NPUAP, 2016) y que ha sido aceptada en la mayoría de los países (Delmore et al., 2019).

Las lesiones por presión (LPP) se definen como lesiones de la piel y tejidos subyacentes localizados generalmente sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión o presión en combinación con la cizalla, y que en ocasiones también puede aparecer sobre tejidos blandos sometidos a presión externa por diferentes materiales o dispositivos clínicos. En la tolerancia de los tejidos blandos a la presión y la cizalla también pueden influir el microclima, la nutrición, la perfusión, las comorbilidades y el estado de dichos tejidos blandos (EPUAP, 2019).

La piel de la lesión puede presentarse como piel intacta o como úlcera abierta y ser dolorosa. Esta modificación se basa en que no en todas las categorías o estadios de las lesiones por presión hay “ulceración”, considerada como pérdida de la integridad de la piel como es el caso de la categoría o estadio 1 (Tabla 3).

Tabla 3. Clasificación de las lesiones por presión (NPUAP,2016)	
Lesión por presión estadio 1: Eritema no blanqueable en piel íntegra	Piel íntegra con un área localizada de eritema no blanqueable, que puede aparecer de forma diferente en pieles con pigmentación oscura. La presencia de eritema blanqueable o cambios sensitivos, de temperatura, o firmeza pueden preceder a los cambios visuales. Los cambios de color no incluyen coloración violácea o marrón; estos pueden indicar lesión por presión de tejidos profundos.
Lesión por presión estadio 2: Pérdida de piel de grosor parcial con dermis expuesta	Pérdida parcial del grosor de la piel con dermis expuesta. El lecho ulceral es viable, rosa o rojo, húmedo, y también se puede presentar como una ampolla / flictena serosa cerrada o rota. Tejido adiposo (grasa) no visible ni tampoco tejidos profundos. No hay tejido de granulación, esfacelos ni escaras. Estas lesiones generalmente se producen debido a un microclima adverso y cizalla en la piel sobre la pelvis y cizallamiento en los talones. Este estadio no debe usarse para describir lesiones de la piel asociadas a la humedad incluyendo dermatitis asociada a incontinencia, dermatitis intertrigosa, lesiones asociadas a adhesivos, o heridas traumáticas (desgarros cutáneos, quemaduras, abrasiones).
Lesión por presión estadio 3: Pérdida de piel de grosor total	Pérdida de piel de grosor total, con tejido adiposo (grasa) visible en la úlcera y raramente presenta tejido de granulación y bordes engrosados. Pueden ser visibles esfacelos y/o escara. La profundidad del daño tisular varía según localizaciones anatómicas; en áreas con mucho tejido adiposo se pueden desarrollar úlceras profundas. Pueden tener tunelizaciones y excavaciones bajo los bordes. Fascia, músculo, tendón, ligamentos, cartílagos y/o huesos no quedan expuestos. Si los esfacelos o escara impiden ver la extensión de la pérdida de tejido, entonces es un Lesión por presión no estadiable.
Lesión por presión estadio 4: Pérdida de piel de grosor total y de tejidos.	Pérdida piel total y de tejidos con fascia, músculo, tendón, ligamentos, cartílagos o hueso expuestos o directamente palpables en la úlcera. Pueden ser visibles esfacelos y/o escaras. A menudo hay bordes engrosados, excavados y/o tunelizaciones. La profundidad varía según las localizaciones anatómicas. Si los esfacelos o escaras impiden ver la extensión de la pérdida de tejidos entonces es una Lesión por presión no estadiable.
Lesión por presión no estadiable: Pérdida completa de piel y de tejidos no visible completamente	Pérdida de piel total y de tejidos en la que la extensión del daño tisular en la úlcera no se puede confirmar debido a la existencia de esfacelos o escaras. Si se retiran los esfacelos o la escara, se podrá ver una lesión por presión de estadio 3 o estadio 4. Una escara estable (ej. seca, adherida, intacta sin eritema ni fluctuación) en talones o una extremidad isquémica no se debe reblanecer ni retirar.

Están consideradas como un problema de salud pública para los sistemas de salud debido al impacto que tienen en la morbilidad y la calidad de vida de las personas que las sufren y en los profesionales que las tratan (Pancorbo-Hidalgo et al., 2014). La mayoría de las LPP tienen un origen nosocomial, es decir, son originadas en ámbito hospitalario o en centros sociosanitarios, y en menor parte en el domicilio del paciente. Se identifican como un efecto adverso de la atención sanitaria y se utilizan como indicador de calidad de cuidados (Sinn et al., 2016). Asociándose su aparición a complicaciones en el proceso de recuperación del paciente por el incremento del riesgo de infección, malnutrición intrahospitalaria, aumento de la estancia, de la carga de trabajo de enfermería y del coste sanitario (Jiang et al., 2014). En los últimos años se han asociado al uso de dispositivos clínicos, principalmente en entornos de cuidados intensivos y pediatría (García-Molina et al., 2018). Los estudios que analizan la prevalencia son de gran utilidad para poder medir el alcance y la evolución temporal de este problema. Si bien existe una gran variabilidad de datos de prevalencia en función del entorno asistencial, del tipo de unidad que se monitoriza o del tipo de lesión cutánea, que hace muy difícil comparar los datos entre países y sistemas asistenciales (Pancorbo-Hidalgo et al., 2019). Una revisión sistemática realizada por Li (2020) sobre prevalencia e incidencia global de LPP en pacientes adultos hospitalizados reportó cifras de prevalencia del 12,8 % (IC del 95 %: 11,8-13,9 %) y una tasa de incidencia de 5,4 por 10 000 días-paciente (IC del 95 %: 3,4 a 7,8), observándose una gran heterogeneidad entre las regiones analizadas.

Desde 2016 se ha comenzado a analizar de forma separada los diferentes tipos de lesiones (especialmente las lesiones por humedad). En diversos países encontramos cifras de prevalencia que oscilan entre el 4,3 y el 28%, si se tiene en cuenta el tipo de lesión cutánea que se produce (Clark et al., 2017) (Smit et al., 2016), (Gray & Giuliano, 2018).

En 2017 el 5^o Estudio Nacional de Prevalencia aporta cifras globales de lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia (que engloban a las LPP incluidas las producidas por dispositivos médicos y las lesiones por humedad) del 8,7%, para 70 hospitales analizados. Este último estudio determina una prevalencia del 7,0% de LPP (IC 95%: 6,57 – 7,43%) y que las unidades con cifras más altas fueron cuidados paliativos (16,7%), UCI (14,9%) y unidades posquirúrgicas y de reanimación (14,0%) (Pancorbo-Hidalgo et al., 2019).

II.2.2. Dificultades en la prevención de las lesiones por presión

El mejor método de tratamiento de las LPP sigue siendo dudoso; es fundamental reducir, en primer lugar, su incidencia y, en segundo lugar, la variabilidad de tratamientos.

Se sabe que se pueden evitar en un 95% de las ocasiones (Hibbs, 1988). Existiendo un amplio consenso en considerar que la prevención es el método más eficiente de afrontar el problema frente al coste del tratamiento (Padula et al., 2011) y constituye un objetivo prioritario para numerosos organismos nacionales e internacionales que velan por la calidad de la atención sanitaria (Organización Mundial de la Salud, Joint Commission, Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario Público de Andalucía, etc.).

Dentro de las medidas aplicadas por estos organismos está la difusión e implantación de las recomendaciones preventivas, basándolas siempre en la más actual evidencia científica publicada por diferentes sociedades científicas (EPUAP, 2019) (RNAO, 2011). Estas instituciones centran las líneas de actuaciones sobre prevención a través de la valoración del riesgo de desarrollar una LPP; la aplicación de cuidados de la piel y cuidados generales; la reducción de la presión con superficies especiales de manejo de la presión (SEMP), cambios posturales, apósitos y otros dispositivos específicos y la educación a profesionales, pacientes y personas que cuidan (Lorente-Granados et al., 2020).

Sin embargo, a pesar del esfuerzo en su implantación los pacientes con LPP o aquellos en riesgo de desarrollarlas no siempre reciben las intervenciones más efectivas (Moya-Suarez et al., 2018). Estudios internacionales concluyen que menos de la mitad de los pacientes en riesgo reciben medidas preventivas adecuadas (Bredesen et al., 2015) (Sving et al., 2016).

En los hospitales de agudos la carga de las LPP sigue siendo considerable, se estima que uno de cada 10 pacientes adultos ingresados sufrirá este tipo de lesiones, siendo las LPP de estadio 1 y 2 las más comunes y las que mejor se pueden prevenir. Por lo que es necesario que las organizaciones desarrollen estrategias exitosas para consolidar la traslación del conocimiento a la práctica clínica y continuar dedicando recursos a la prevención (Li et al., 2020).

Sigue siendo un verdadero reto para las organizaciones, ya que es un proceso complejo que depende de muchos factores y que presenta importantes desafíos. Las GPC de la RNAO® junto con el programa CCEC/BPSO® son herramientas prometedoras para reducir estas brechas entre la investigación y la práctica, y para mejorar los resultados de la atención a los pacientes en riesgo de sufrir este tipo de lesiones (González et al., 2020) (Quiñoz-Gallardo et al, 2021a).

II.3. Entornos de práctica clínica

El entorno de práctica clínica de las enfermeras es un concepto amplio que tradicionalmente ha incluido una extensa gama de características del trabajo. Algunos estudios han sugerido que las condiciones en las que se desarrolla esta práctica clínica y los niveles de dotación de personal de enfermería afectan tanto al bienestar de las enfermeras (Maslach & Leiter, 2016) y a su satisfacción laboral (Nantsupawat et al., 2017), como a los resultados de los pacientes (Aiken et al., 2008). Entre los factores estudiados, los más significativos son: relación enfermera/paciente, nivel de educación de las enfermeras, experiencia del personal y cultura y ambiente de práctica.

La importancia del estudio de los entornos de práctica reside en que, a pesar de que la mayoría de las intervenciones enfermeras se producen de forma individualizada en una relación enfermera-paciente. Es cierto que su ejercicio tiene lugar en organizaciones, las cuales, transmiten su “saber hacer” en los profesionales y crean una cultura que se instala en la conciencia de éstos, modelando sus acciones y provocando “formas específicas de cuidar” o adherencias a determinados estilos de práctica. Consiguiendo que las enfermeras se identifiquen con normas, valores y vías de comunicación que establecen esas organizaciones, unas veces de manera formal y otras por vía informal.

Se ha evidenciado que las enfermeras que trabajaban en hospitales con los niveles más bajos de personal tenían un 35 % más de probabilidades de informar insatisfacción laboral, un 25 % más de probabilidades de informar un alto agotamiento emocional o burnout y un 66 % más de probabilidades de informar que la calidad de la atención en sus unidades era baja (Aiken et al., 2008). Los entornos desfavorables para la práctica de enfermería tenían una asociación sustancial con la insatisfacción laboral, el agotamiento emocional o burnout, la intención de irse y la calidad de la atención de regular a mala (Fuentelsaz et al., 2013).

Según la Organización Americana para el Liderazgo en Enfermería (AONL), los elementos clave de un entorno de práctica saludable son una cultura de práctica colaborativa, una cultura rica en comunicación, abierta y confiable, una cultura de rendición de cuentas en la que las expectativas del rol están claramente definidas y todos son responsables, la presencia de un número adecuado de enfermeras calificadas, la presencia de un liderazgo competente en el que los líderes apoyen la toma de decisiones compartida y asignen recursos para apoyar a la enfermería, la toma de decisiones compartida en todos los niveles, el fomento de la práctica profesional y el desarrollo continuo, el reconocimiento del valor de la contribución de la enfermería, y el reconocimiento de las enfermeras por su contribución significativa a la práctica. En resumen, un entorno de enfermería saludable es un lugar de trabajo seguro, empoderador y satisfactorio (ANA, 2018).

Debido a su especial relación con el burnout y la satisfacción laboral de las enfermeras, existe un gran interés por parte de investigadores y gestores en identificar los factores específicos que conforman el entorno de práctica enfermera saludable, y se han realizado muchos esfuerzos para su medición.

Uno de los instrumentos para su medición más difundidos ha sido Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI). Desarrollada por Lake (2002), a partir del NWI (Kramer y Hafner, 1989), fue creada originariamente para evaluar factores relativos a la satisfacción de las enfermeras con su trabajo, la calidad de los cuidados prestados y las características organizacionales de los hospitales magnéticos. Posteriormente, De Pedro (2009) la ha validado y adaptado. Consta de 31 ítems, con una escala Likert de 1 a 4 (de totalmente en desacuerdo a absolutamente de acuerdo) y con cinco subescalas: participación de enfermeras en asuntos hospitalarios; Fundamentos de Enfermería para la Calidad de la Atención; Habilidad de Gerente de Enfermería, Liderazgo y Apoyo de Enfermeras; dotación de personal y adecuación de recursos; y Relaciones Colegiales de Enfermeras y Médicos (Lake, 2002).

Según Lake (2002), se utilizan las primeras dos subescalas (Participación de la enfermera en los asuntos hospitalarios y Fundamentos de enfermería para la calidad de la atención) para abordar los fenómenos a nivel del centro, mientras que las tres subescalas (Habilidad, liderazgo y apoyo de la directora de enfermería; Dotación de personal y adecuación de recursos; y Relaciones Colegiales de Enfermeras y Médicos) abordan fenómenos a nivel de unidad.

II.3.1. Entorno laboral y burnout

El término burnout fue introducido por Freudenberger en 1974 cuando observó una pérdida de motivación y reducción del compromiso entre voluntarios en una clínica de salud mental (Freudenberger, 1974). En 1981 Maslach desarrolló una escala, el Maslach Burnout Inventory (MBI), que a nivel internacional es el instrumento más utilizado para medir el burnout.

Este instrumento consta de 22 ítems con valores en escala Likert de 7 opciones. Se divide en tres subescalas, cada una de las cuales mide las tres dimensiones que configuran el constructo burnout: Agotamiento Emocional (9 ítems), Despersonalización (5 ítems) y Reducida Realización Personal (8 ítems), y de cada una de estas escalas se obtiene una puntuación baja, media o alta que permite caracterizar la mayor o menor frecuencia de burnout.

Según la conceptualización de Maslach, el burnout es una respuesta al estrés excesivo en el trabajo, que se caracteriza por sentimientos de agotamiento emocional y falta de recursos emocionales, por una respuesta negativa y desapegada hacia otras personas y una pérdida del idealismo y por una disminución de los logros personales con una baja competencia y rendimiento en el trabajo (Maslach, 1981) (Maslach & Leiter, 2016).

Existen evidencias de que este fenómeno se extiende actualmente de forma desenfrenada entre los trabajadores de la salud. Se sabe que las enfermeras son las que más luchan con los síntomas del burnout, lo que tiene graves consecuencias para los pacientes, otros profesionales de la salud y las organizaciones sanitarias (NAM, 2019).

Los síntomas que caracterizan el burnout se presentan en un 35-54% del colectivo de las enfermeras y de medicina y en un 45-60% de los estudiantes de medicina y residentes. La tasa de prevalencia del burnout entre las enfermeras que trabajan en hospitales varía ampliamente de 5 a 50%, según las especialidades y regiones geográficas. La prevalencia global entre las enfermeras de todo el mundo fue del 11,23 % (Woo et al., 2020).

Este fenómeno se asocia con una variedad de resultados adversos para la salud de las enfermeras, como dolor crónico, malestar gastrointestinal, depresión e incluso mortalidad (Salvagioni et al., 2017).

Varias revisiones sistemáticas sobre el estrés relacionado con el trabajo y el burnout en las enfermeras han aportado una descripción completa de los predictores. Entre los que se encontraban el nivel de autonomía profesional, el espíritu de equipo y el apoyo social, la calidad del liderazgo, de los factores de riesgo y de las consecuencias negativas para la salud derivadas del estrés crónico (Adriaenssens et al., 2015; Chuang et al., 2016; Khamisa et al., 2013; Monsalve-Reyes et al., 2018). Sin embargo, apenas se ha estudiado la asociación entre el burnout de enfermería y los resultados de los pacientes y de la organización.

Kief (2014) abordó las implicaciones que tiene este fenómeno a nivel organizacional, ya que depende de factores organizacionales que emanan de los entornos de trabajo y que ponen en peligro

potencial a los pacientes y a colegas, con mayores tasas de absentismo, rotación de profesionales y posibles errores que se puedan producir. En la misma línea, una revisión sistemática reciente (Jun et al., 2021) señala que no solo el burnout de las enfermeras está asociado con el empeoramiento de la seguridad y la calidad de la atención, sino también con el compromiso organizativo y la productividad de las enfermeras.

En esta revisión, encontramos que el agotamiento emocional fue la subescala de agotamiento más estudiada, mientras que la despersonalización y el logro profesional se examinaron menos. Se identificó que las enfermeras que experimentaron un mayor agotamiento emocional y un logro personal reducido tenían menor compromiso profesional con sus organizaciones, medido por intención de abandonar su organización. De la misma manera se comportaba la productividad laboral, con un desempeño más bajo y con mayores tasas de absentismo. Este estudio concluye que esta situación es trascendente ya que tiene el potencial de afectar, directa o indirectamente, a los sistemas de salud.

En un sentido más práctico, abordar el agotamiento emocional de las enfermeras se ha vuelto urgente durante la pandemia de COVID-19. Debe considerarse un riesgo laboral grave que afecta a las enfermeras, los pacientes, las organizaciones y la sociedad en general y que debe enmarcarse como un fenómeno organizacional, en lugar de un problema individual, para poder ser abordado desde una perspectiva más amplia.

II.3.2. La práctica basada en la evidencia y la mejora de los entornos laborales

Con este trabajo de tesis estamos interesados en explorar si las características del entorno laboral en el que trabajan las enfermeras, asociado con el agotamiento de éstas, influyen en el grado de implantación de las GPC de cuidados. Pensamos que trabajar con programas de mejora de los cuidados enfermeros en los entornos de hospitalización, como el que plantea RNAO[®], puede ser una estrategia efectiva para mejorar el entorno laboral y puede tener el potencial de reducir simultáneamente los altos niveles de agotamiento laboral y el riesgo de rotación de las enfermeras, así como aumentar la satisfacción de los pacientes con la atención recibida.

Existe evidencia de que las estrategias clave para transformar los cuidados de enfermería y la prestación de los servicios de salud a su nivel más alto, pasan por asegurar que los profesionales cumplan con las PBE junto con la creación de entornos laborales que los apoyen (Melnik & Fineout-Overholt, 2015). El programa CCEC/BPSO[®] también ha sido concebido como una estrategia clave para lograr esos cambios, actuando en el comportamiento de los profesionales de enfermería y mejorando los entornos de práctica. Para así generar mejores resultados en salud en el paciente, como indirectamente sobre el personal de enfermería (Esteban-Sepúlveda et al., 2019).

Para operativizar si se han producido cambios en los entornos de práctica de las enfermeras que trabajan con el programa CCEC/BPSO[®] en esta organización, es crucial disponer de instrumentos válidos y fiables. En esta investigación, además de contar con la herramienta denominada Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI), que permite evaluar factores del entorno de

práctica enfermera a lo largo de todo el proceso de implantación. Vamos a utilizar otras herramientas que permitan evaluar aspectos esenciales que influyen en el ambiente laboral como son el estrés, la satisfacción, el agotamiento emocional.

Resulta de gran utilidad para poder saber si gracias a la puesta en marcha de este programa se han producido cambios en el entorno de práctica que las enfermeras identifiquen. El hecho de utilizar instrumentos que midan factores organizacionales del ambiente laboral, como es el caso de la herramienta PES-NWI, podría jugar un papel clave para una futura planificación estratégica en esta institución, dirigida al rediseño de roles o al empoderamiento de las enfermeras.

Capítulo III.
Pregunta de investigación y objetivos

III. Pregunta de investigación y objetivos

III.1. Pregunta de investigación

Los programas de implantación y de evaluación de GPC sobre cuidados de enfermería, que se han puesto en práctica a nivel internacional y nacional, tienen como objetivo reducir la variabilidad clínica, mejorar la calidad de la asistencia y garantizar la seguridad de los pacientes atendidos.

En concreto, el programa CCEC/BPSO® ha demostrado tener un impacto positivo en los procesos de cuidados y en la salud de los pacientes de aquellas instituciones sanitarias que lo están aplicando. Existen evidencias sólidas de que este tipo de programas consiguen optimizar el desempeño de los sistemas de salud al mejorar la experiencia del paciente, la salud de la población y reducir los costos. Aunque se han identificado una variedad de barreras que limitan los procesos de implantación de este tipo de programas reduciendo su efectividad.

Es el caso de programas de implantación de evidencia sobre prevención de lesiones por presión puestos en marcha por organizaciones sanitarias obteniendo resultados relativamente mejorables. Por lo que se pone de manifiesto que las estrategias clave para transformar los cuidados de enfermería y la prestación de los servicios de salud a su nivel más alto pasan por asegurar que los profesionales cumplan con las PBE junto con la creación de culturas y entornos laborales que los apoyen.

Es necesario demostrar si estos programas consiguen mejorar esos entornos laborales y pueden propiciar un menor agotamiento de las enfermeras o una mayor satisfacción profesional. Ya que no hay evidencia publicada sobre si una política institucional, como es el caso del HUVN que aplica cuidados basados en evidencia, mejora las actitudes y comportamientos hacia la investigación y la PBE y mejora la percepción del ambiente de trabajo entre las enfermeras, además de mejorar los resultados de salud de los pacientes.

Por tanto, las preguntas de investigación que dirigen esta tesis son:

1. ¿Cómo se ha desarrollado el proceso de implantación a nivel global en el HUVN?
2. ¿El proceso de implantación de la guía de RNAO® “Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión” se ha producido de forma homogénea en toda la institución?
3. ¿Existen diferencias en la adherencia de los profesionales a las recomendaciones en función del tipo de recomendación y del tipo de unidad?
4. ¿La implantación de esta guía es sostenible en el tiempo?
5. ¿Cómo era el entorno de práctica de las enfermeras durante el proceso de implantación de GPC de cuidados?
6. ¿Un programa de implantación de GPC puede ayudar a mejorar el entorno laboral?

Para responder a estas preguntas nos planteamos los siguientes objetivos específicos:

III.2. Objetivo principal

Evaluar la efectividad que ha tenido el programa CCEC/BPSO[®] en la mejora de la valoración de los pacientes con riesgo de presentar lesiones por presión y la aplicación de medidas de prevención, y conocer los cambios producidos en el entorno laboral.

III.3. Objetivos específicos

1. Describir el proceso de implantación del programa CCEC/BPSO[®] puesto en marcha por el HUVN aplicando el modelo KTA.
2. Evaluar el nivel de adherencia de los profesionales a las recomendaciones de la guía de RNAO[®] “Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión”, durante el periodo de implantación 2015-2018.
3. Analizar la evolución de los indicadores de proceso y de resultados de la guía RNAO[®] “Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión” durante todo el proceso: antes de la implantación, durante la fase de implantación (2015-2017) y durante la fase de sostenibilidad (2018-2019).
4. Comparar entre años y unidades el entorno de práctica clínica en el que se ha desarrollado el programa, a partir de las percepciones de las enfermeras sobre ambiente laboral, nivel de estrés, burnout y satisfacción laboral.

Capítulo IV. Metodología

IV. Metodología

IV.1. Diseño del estudio

Para la consecución de los objetivos de investigación planteados se optó por desarrollar varios componentes de diseño en función de la naturaleza de los objetivos:

- **Para dar respuesta al objetivo 1 se realizó una descripción de la aplicación de las fases que componen el modelo KTA** (Graham et al., 2006), adaptándolo al contexto del HUVN.
- **Para dar respuesta al objetivo 2 se realizó un diseño observacional transversal retrospectivo.** En este tipo de diseño se miden las variables en un momento dado, la información se recolecta en el presente y a veces, a partir de características pasadas o de conductas previas de los individuos, es observacional en función de su exposición y por su temporalidad, retrospectivo (la unidad de análisis se mide en un solo momento) (García-García et al., 2014).
- **Para dar respuesta al objetivo 3 se realizó un diseño cuasiexperimental longitudinal retrospectivo.** Consiste en un tipo de diseño de investigación a medio camino entre la investigación experimental y la investigación observacional. Caracterizada por la no aleatoriedad de los grupos experimentales, sino que se escogen grupos ya formados, y por no poder controlar la varianza sistemática secundaria. Al no haber seleccionado a los grupos experimentales de forma aleatoria, ocurre una cosa: que no podemos garantizar que todos los sujetos tengan características similares, y produce un control menor de las variables. Eso conlleva que este tipo de investigación se utilice sobre todo en investigación aplicada. Se fundamenta en una metodología descriptiva y se ha utilizado un tipo de diseño longitudinal. Realizando la medición de las variables en diferentes momentos temporales, la información se recolecta en el presente y a veces, a partir de características pasadas o de conductas previas de los individuos, es observacional en función de su exposición y por su temporalidad, retrospectivo (la unidad de análisis se mide en varios períodos de tiempo) (García-García et al., 2014).
- **Para dar respuesta al objetivo 4 se realizó un diseño observacional transversal prospectivo basado en cuestionarios y de corte psicométrico.** Se centra en las enfermeras y TCAEs que han aplicado las recomendaciones de buenas prácticas sobre prevención de las LPP a los pacientes de la muestra, y pretende evaluar variaciones en la satisfacción, estrés, desgaste emocional y ambiente laboral. Es un diseño observacional en función de su exposición, ya que consiste en monitorizar en los profesionales de enfermería las variables descritas en la tabla 5 en un momento dado, y por su temporalidad prospectivo (la unidad de análisis se mide en varios momentos) (García-García et al., 2014). Una muestra de profesionales de enfermería de las unidades de medicina interna, cardiología, cirugía, neumología y urología/otorrinolaringología (ORL) son monitorizados, a través de escalas validadas, a lo largo del período de tiempo 2017-2019. Se utilizó la base de datos del estudio multicéntrico Nursing_INICIARE_Patient (NIP 3.0).

IV.2. Población y muestra

IV.2.1. Contexto, entorno, emplazamiento

Para la realización de este trabajo se seleccionó un hospital del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada, que fue elegido en 2015 por el programa CCEC/BPSO[®] para la implantación y la evaluación de guías de la RNAO[®].

Este centro atendía a una población de 439.035 habitantes y tenía como área de influencia Andalucía Oriental: Granada, Jaén y Almería. Contaba con una plantilla de 6046 trabajadores de los que 1709 eran enfermeras y 1425 TCAEs. Disponía de 919 camas convencionales, 66 camas de intensivos (adultos), 26 camas de intensivos (neonatos/pediatría) y 46 quirófanos.

IV.2.2. Población del estudio

- **Población diana:**

Los pacientes ingresados en el HUVN en las unidades en las que se implanta la guía de la RNAO[®] “Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión”. Participaron 20 unidades de hospitalización de agudos y 2 unidades de cuidados intensivos.

Las enfermeras y TCAEs de 5 unidades de hospitalización de agudos (medicina interna, neumología, cardiología, cirugía y urología/orl).

- **Población de estudio:**

Diseño observacional transversal retrospectivo: Corresponde a los pacientes ingresados en las unidades del HUVN, seleccionados entre octubre de 2015 y diciembre de 2018.

Diseño cuasiexperimental: Corresponde a los pacientes ingresados en las unidades del HUVN, seleccionados entre diciembre del año 2014 y diciembre del año 2019.

Diseño observacional transversal prospectivo: Corresponde a las enfermeras y TCAEs que trabajan en las plantas de medicina interna, neumología, cardiología, cirugía y urología/orl en los años 2017, 2018, 2019.

- **Población incluida:**

Pacientes que cumplieran los criterios de inclusión y enfermeras y TCAEs de las unidades de hospitalización de medicina interna, cirugía, neumología, cardiología y urología/orl.

IV.2.3. Tamaño de la muestra

Diseño observacional transversal retrospectivo: La muestra estuvo compuesta por 4.464 pacientes ingresados, entre octubre de 2015 y diciembre de 2018, en el HUVN, obtenida al aplicar, el protocolo de evaluación del programa CCEC/BPSO® (Grinspun et al., 2018).

Diseño cuasiexperimental: La población muestral ascendió a 6.377 pacientes, obtenida al aplicar, el protocolo de evaluación del programa CCEC/BPSO® (Grinspun et al., 2018). Se definieron tres periodos de estudio:

- Año 2014 se determinó como periodo basal (T0), ya que aún no se había iniciado el proceso de implantación del programa.
- Años 2015-2017 se determinó como periodo de implantación (T1), al realizarse todas las actividades de implantación del programa durante este periodo.
- Años 2018-2019 se determinó como periodo de sostenibilidad (T2), con el mantenimiento de las mejoras implantadas.

Para la medición del período basal (T0) y de implantación (T1), se evaluaron los pacientes dados de alta en los últimos 5 días del mes; y para la medición durante el período de sostenibilidad (T2) se evaluaron los 5 últimos días de cada trimestre. Se obtuvo una muestra de 2806 pacientes tras aplicar criterios de inclusión y exclusión.

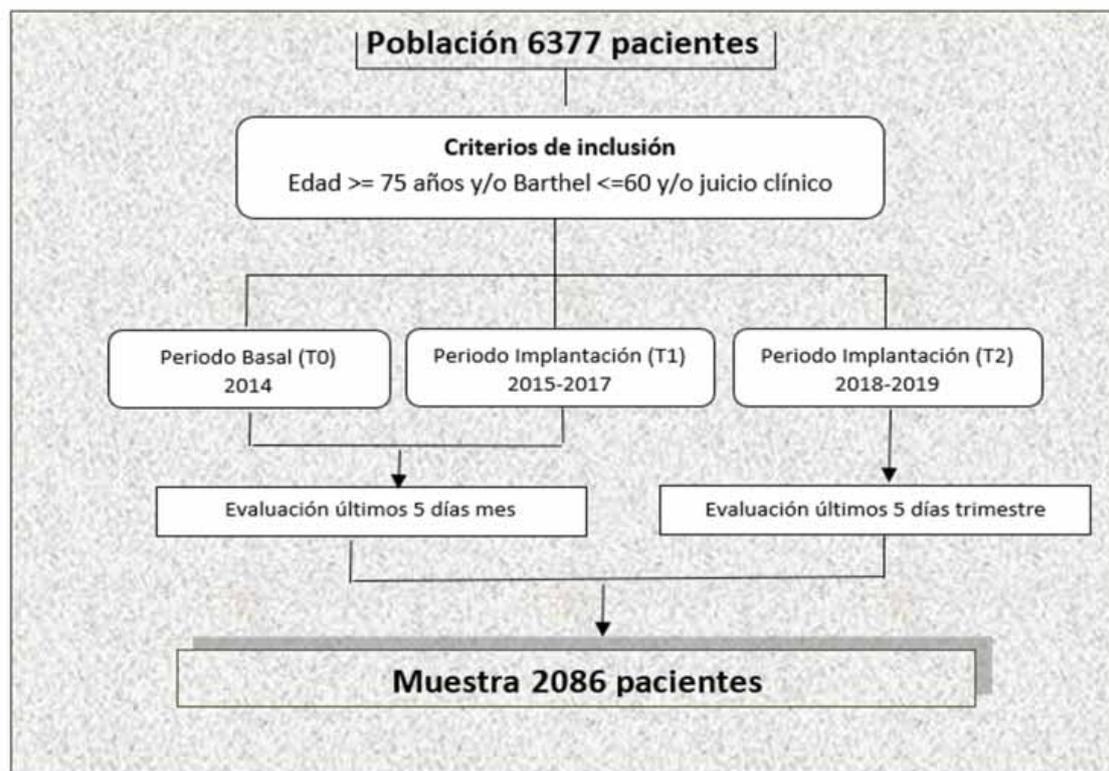


Figura 6. Selección de la muestra, criterios de inclusión y evaluación

Diseño observacional transversal prospectivo: La población muestral ascendió a 555 profesionales de enfermería desde 2017 a 2019 (313 enfermeras y 242 TCAEs).

IV.2.4. Tipo de muestreo

El muestreo fue oportunista, consecutivo, no probabilístico. Para los pacientes se aplicó el protocolo de evaluación del programa en el que establece los días de evaluación por meses, en función del tiempo que lleve el centro implantando dicho programa. Se incluyen en la muestra aquellos pacientes dados de alta los días laborables de lunes a viernes, excluyendo sábados y domingos, de los últimos 5 días del mes durante el periodo de implantación del programa o de los 5 últimos días del trimestre durante el periodo de sostenibilidad (a partir del 4^o año desde el inicio de la implantación). Se puede consultar el calendario de los días evaluados durante los años 2014 a 2019 en el ANEXO I.

Para los profesionales de enfermería se tomó la muestra natural, incluyendo los profesionales que trabajan en las unidades de hospitalización de medicina interna, cirugía, neumología, cardiología y urología.

IV.2.5. Criterios inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión de los pacientes en el estudio han sido los siguientes:

- a) Pacientes con edad igual o superior a 75 años,
- b) Barthel menor o igual a 60,
- c) Presencia de riesgo de LPP en la valoración de enfermería al ingreso.

Se excluyeron pacientes en salas de hospital de día y en sala de reanimación.

Los criterios de inclusión para los profesionales de enfermería fue trabajar en las unidades de hospitalización de medicina interna, cirugía, neumología, cardiología y urología/orl y la voluntariedad para participar en el estudio.

IV.3. Fases del estudio

IV.3.1. Fase I: proceso de reclutamiento y capacitación

Diseño observacional transversal retrospectivo, proceso de reclutamiento y capacitación:

Se inició el reclutamiento de aquellas unidades de hospitalización en las que la prevalencia de LPP era elevada en años anteriores. En 2015 se reclutaron 3 unidades médicas hasta incorporarse 22 unidades (11 médicas, 9 quirúrgicas y 2 UCI) en 2018. En esas unidades se captaron a profesionales de enfermería como impulsores clave para la implantación de la guía y ejercían de dinamizadores

entre sus compañeros. Recibieron formación en metodología de implantación de evidencia y crearon grupos de trabajo encargados de revisar las recomendaciones, de seleccionar aquellas que se iban a implantar y de actualizar protocolos y procedimientos con las recomendaciones. Durante el período de estudio el número de actividades formativas realizadas fue de 38 sesiones clínicas y 11 cursos. En la figura 8 se describe el proceso de reclutamiento de unidades, profesionales y formación recibida.

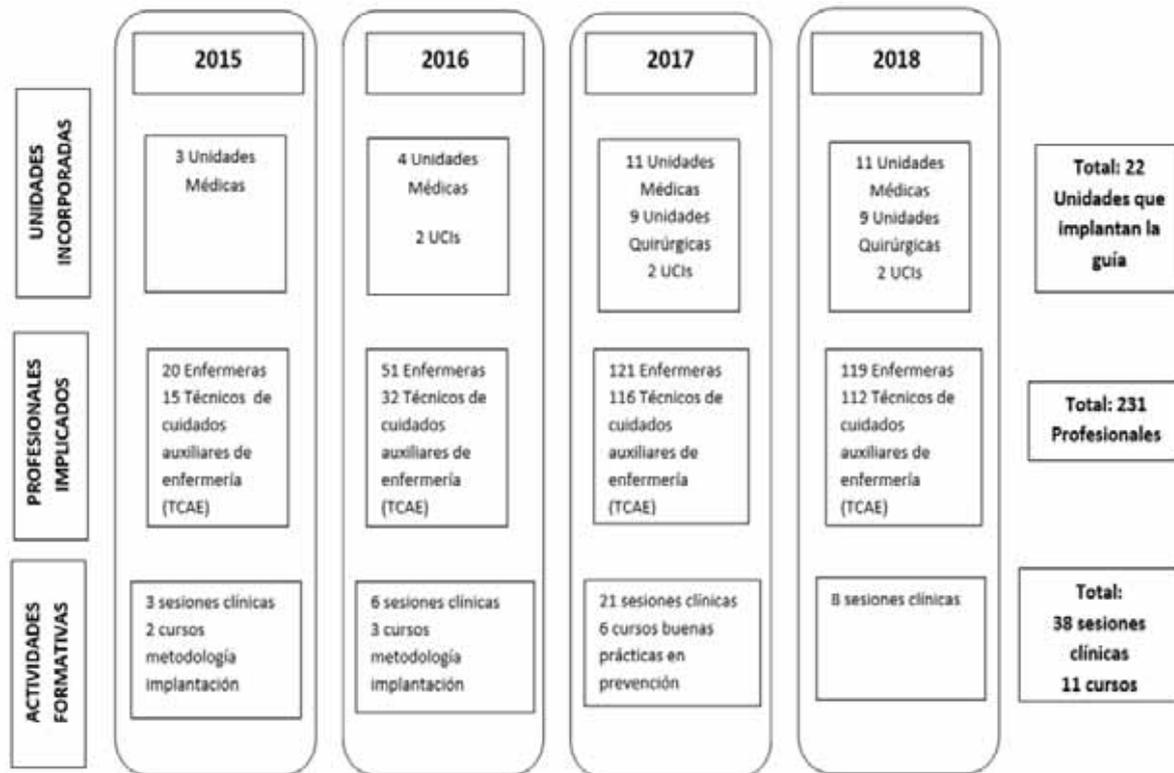


Figura 7. Diagrama de flujo del proceso de reclutamiento diseño observacional transversal retrospectivo

Diseño cuasiexperimental, proceso de reclutamiento y capacitación:

En el período T0 se formó un equipo coordinador compuesto por 7 enfermeras, 4 con perfil clínico y 3 con perfil de gestión, encargado de la implantación. En este período se seleccionaron las recomendaciones y las unidades de estudio. Durante los periodos T1 y T2 se capacitaron a los profesionales, se recogieron los datos y se volcaron en la plataforma online CarEVID® del programa CCEC/BPSO®.

Período T0: Las recomendaciones se operativizaron a través de las variables del estudio. Se incluyeron 22 unidades (20 de hospitalización de agudos y 2 de UCI), de forma secuencial y directamente proporcional a la prevalencia de LPP.

Período T1-T2: Se capacitaron un total de 231 profesionales de enfermería representando el 10,4% del total de la plantilla del centro. Se incorporaron unidades hasta 2017, año que corresponde a la finalización del período T1. Durante este período se impartieron 11 ediciones de cursos sobre metodología de implantación (de 5 horas) y 30 sesiones clínicas sobre medidas preventivas (cuidado

de la piel y la vigilancia de puntos de presión, frecuencia de cambios posturales, uso de dispositivos para la gestión de la presión y la valoración nutricional), de 1 hora en las unidades reclutadas. En el período T2 se realizaron 28 sesiones clínicas sobre medidas de prevención. La formación versó sobre metodología de implantación, escalas para la valoración del riesgo, medidas preventivas a aplicar y catálogo de productos disponibles (apósitos de espuma de poliuretano, ácidos grasos hiperoxigenados, película barrera y diferentes tipos de superficies de manejo de la presión). Se actualizaron los algoritmos de actuación para la valoración del riesgo y los protocolos clínicos sobre prevención y asignación de SEMP, se elaboraron materiales informativos en formato papel y se creó un repositorio en la web del centro con la documentación generada, como apoyo a la formación.

Posteriormente, se elaboró un manual de recogida de datos en el que se describieron las variables a monitorizar, los valores de cada variable y cómo obtener esta información (Ver ANEXO VIII. Guía de evaluación del programa CCEC/BPSO®).

En la figura 8 se describe el proceso de expansión, el número de profesionales reclutados y la actividad formativa realizada a lo largo de período analizado.

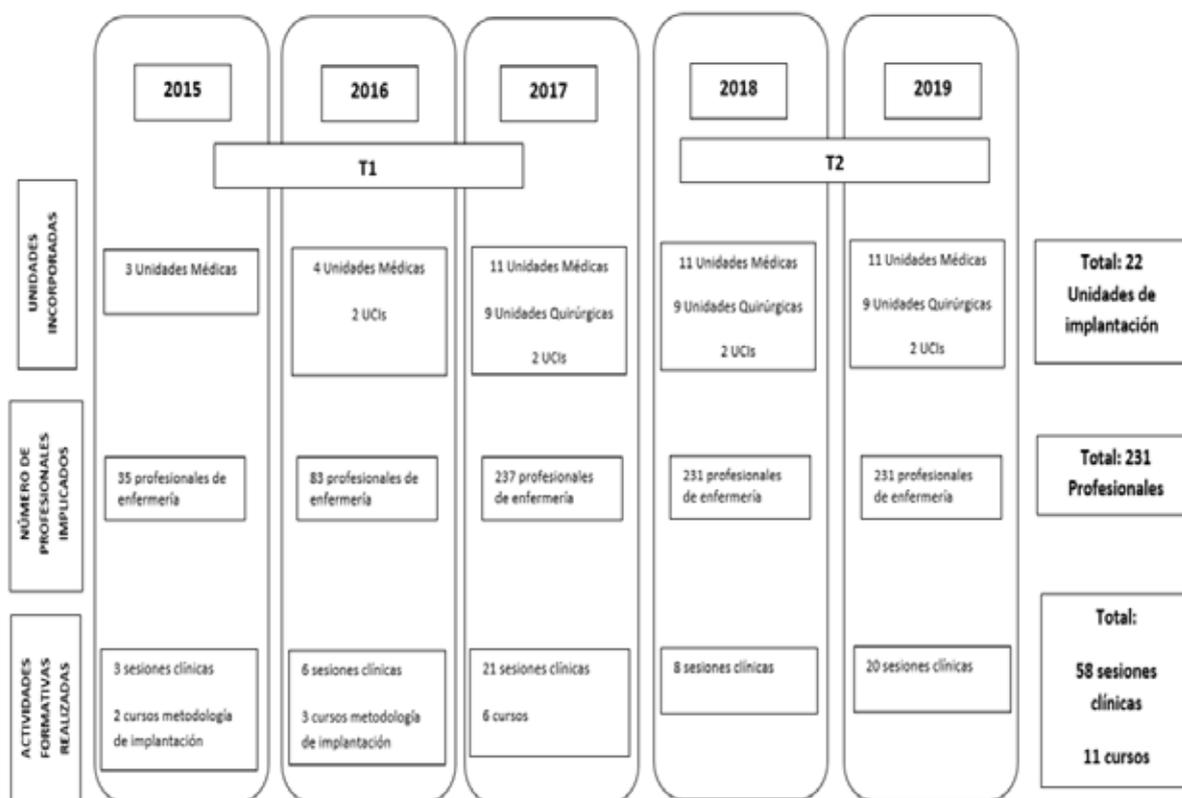


Figura 8. Diagrama de flujo del proceso de reclutamiento diseño cuasiexperimental.

IV.3.2. Fase II: recogida de datos y seguimiento del estudio

Todas las variables fueron recogidas de la Historia Clínica (HC) del paciente al alta y registradas en la plataforma online CarEviD®. Plataforma para la evaluación de la implantación de Buenas Prácticas en cuidados en enfermería en instituciones sanitarias adheridas al Programa de Implantación de Guías de Buenas Prácticas en Cuidados a través de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC/BPSO®). Es la versión española de la plataforma oficial de evaluación de todos los BPSO® internacionales NQuIRE®.

Esta plataforma se basa en una colección de formularios, que permite la recogida de información anonimizada para el cálculo de indicadores de proceso y resultados. Se recogieron datos durante 6 años (2014-2019) y se agregaron por los periodos descritos (T0, T1 y T2).

IV.4. Variables del estudio

Las variables del estudio se agruparon en función de las siguientes categorías. Ver tabla 4:

- Con relación a los pacientes (sociodemográficas y tipo de unidad; proceso de cuidados; resultados en salud y escalas).
- Con relación a los profesionales (sociodemográficas y tipo de unidad; de condiciones de trabajo y escalas).

Tabla 4. Descripción de variables, tipo y valores		
VARIABLE	TIPO	VALORES
AÑO		
Año	Cuantitativa discreta	2014;2015; 2016;2017;2018;2019
TIPO DE UNIDAD		
Tipo	Cualitativa nominal	Médica; Quirúrgica, Cuidados Intensivos
Unidad	Cualitativa nominal	Medicina interna; Cardiología; Cirugía; Neumología; Urología
SOCIODEMOGRÁFICAS (pacientes)		
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Hombre Mujer
Edad	Cuantitativa discreta	Años

PROCESO DE CUIDADOS (pacientes)		
Valoración del riesgo de LPP (VR)	Cualitativa nominal	Si; No; No aplicable
Revaloración del riesgo de LPP (RVR)	Cualitativa nominal	Si; No; No aplicable
Identificación del riesgo de LPP (IR)	Cualitativa nominal	Si; No; No aplicable
SEMP ajustado a nivel de riesgo (SEMP)	Cualitativa nominal	Si; No; No aplicable
RESULTADOS EN SALUD y Categorización de las lesiones (pacientes)		
LPP previas (LPPP)	Cualitativa dicotómica	Si; No
LPP nosocomiales (LPPN)	Cualitativa dicotómica	Si; No
Categorías de las LPPP y LPPN	Cualitativa nominal	Categoría 1; Categoría 2; Categoría 3; Categoría 4; Inclasificable; No aplicable
ESCALAS (pacientes)		
Braden	Cualitativa ordinal	Escala Likert de 4 puntos (ANEXO II)
Comhon	Cualitativa ordinal	Escala Likert de 4 puntos (ANEXO III)
SOCIODEMOGRÁFICAS (profesionales)		
Edad	Cualitativa nominal dicotómica	Hombre Mujer
Sexo	Cuantitativa discreta	Años
Categoría profesional	Cualitativa nominal	Enfermera/o TCAE
Nivel más alto de estudios	Cualitativa nominal	Bachiller; Diplomatura; Doctor; Grado o licenciado; Grado medio; Grado superior; Máster

CONDICIONES LABORALES (profesionales)		
Tipo de vinculación profesional	Cualitativa nominal	Personal estatutario; Eventual; Interino; Laboral indefinido
Tipo de jornada en el contrato laboral	Cualitativa nominal	Tiempo completo; Tiempo parcial
Tiempo de experiencia profesional en la categoría	Cuantitativa discreta	Número de meses
Tiempo de antigüedad en la unidad	Cuantitativa discreta	Número de meses
Nivel de acreditación en ACSA	Cualitativa nominal	Avanzado; Excelente, Experto, No acreditado
Número de TCAEs en la unidad	Cuantitativa discreta	Número total
Número de enfermeras en la unidad	Cuantitativa discreta	Número total
Pacientes Asignados	Cuantitativa discreta	Número de pacientes asignados en el turno
Satisfacción	Cuantitativa discreta	Número total (0-10)
Desgaste	Cuantitativa discreta	Número total (0-10)
Ambiente	Cuantitativa discreta	Número total (0-10)
Intención de dejar la unidad	Cualitativa dicotómica	Si; No
ESCALAS (profesionales)		
Nursing Stress Scale (NSS)	Cualitativa ordinal	Escala Likert de 4 puntos (ANEXO IV)
G_Clinic (GC)	Cualitativa ordinal	Escala Likert de 5 puntos (ANEXO V)
Inventario de Burnout de Maslach (MBI)	Cualitativa ordinal	Escala Likert de 7 puntos (ANEXO VI)
Practice Environment Scale-Nursing Work Index (NWI)	Cualitativa ordinal	Escala Likert de 4 puntos (ANEXO VII)

IV.4.1. Variables sociodemográficas y tipo de unidad:

Corresponden con la edad, el sexo y el tipo de unidad en la que estén ingresados los pacientes de la muestra (unidad médica, unidad quirúrgica y unidad de cuidados intensivos (UCI)). Corresponden con la edad, el sexo, categoría profesional, nivel más alto de estudios y tipo de unidad en la que trabajan los profesionales de la muestra (medicina interna, cardiología, cirugía, urología/orl y neumología).

IV.4.2. Variables de Proceso de Cuidados:

Referencian las variables que monitorizan la valoración del paciente y su identificación como paciente de riesgo, la revaloración durante el periodo de ingreso y la aplicación de medidas preventivas ajustadas al riesgo identificado. Estas variables fueron (VR, RVR, SEMP), como medida de estas variables se usaron la escala Braden o Comhon en función de la población muestreada.

- Valoración del riesgo de LPP (VR): Número de pacientes con valoraciones del riesgo de LPP en las primeras 24 horas del ingreso.
- Revaloración del riesgo de LPP (RVR): Número de pacientes con revaloraciones del riesgo de LPP al alta.
- Identificación del riesgo de LPP (IR): Número de pacientes con una valoración positiva del riesgo de LPP. El criterio de identificación del paciente en riesgo se estableció según la coincidencia del juicio clínico con la escala de detección de riesgo.
- SEMP ajustado a nivel de riesgo (SEMP): Número de pacientes que utilizan SEMP en función del riesgo. En esta variable las superficies especiales aplicadas fueron: (bajo riesgo, colchón de viscoelástica; riesgo medio sobrecolchoneta de aire alternante y riesgo alto colchón de aire alternante).

IV.4.3. Variables de resultados en salud:

Reseña las variables que describen los efectos que las distintas intervenciones sobre prevención de LPP producen en la población de estudio. Estas variables son (LPPP y LPPN):

- LPP previas (LPPP): Número de pacientes con LPP antes del ingreso.
- LPP nosocomiales (LPPN): Número de pacientes que desarrollan LPP durante la estancia en el hospital.
- Categorías de las LPPP y LPPN: Se utilizó la categorización definida por el Grupo Consultivo Nacional para las Úlceras por Presión (National Pressure Ulcer Advisory Panel, NPUAP) en 2016 para categorizar las lesiones.

IV.4.4. Variables de condiciones de trabajo:

Se utilizó parte de la base de datos empleada en el estudio multicéntrico Nursing_INICIARE_Patient (NIP 3.0) PI-0045-2016 2016.

Reseña las variables que describen aspectos relacionados con las condiciones en las que realizan el trabajo de cuidados las enfermeras y TCAEs.

- Tipo de vinculación profesional
- Tipo de jornada en el contrato laboral
- Tiempo de experiencia profesional en la categoría
- Tiempo de antigüedad en la unidad
- Nivel de acreditación profesional por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA)
- Número de TCAEs que trabajan en el turno (Se debe reflejar el total de TCAEs incluyéndose a usted)
- Número de enfermeras/os que trabajan en el turno (Se debe reflejar el total de enfermeras/os incluyéndose a usted)
- Número de pacientes asignados en el turno
- Intención de dejar la unidad

IV.4.5. Instrumentos de medición utilizados

La escala Braden se usó para población hospitalizada. Consta de 6 ítems, cada ítem se puntúa de 1 (menos deseable) a 4 (más deseable), excepto "Fricción y rozamiento" que puntúa de 1 a 3. El rango de puntuación oscila entre 6 y 23, siendo los niveles de riesgo (bajo=15-18; medio=13-14, alto=6-12 y sin riesgo=19-23) (Braden & Bergstrom, 1994). Es la más utilizada a nivel mundial por la facilidad de uso e interpretación de la puntuación, comparándola con otras escalas (Huang et al., 2021) (ANEXO II).

El índice Comhon se utilizó en pacientes de UCI. Consta de 5 subescalas que miden el nivel de conciencia, movilidad, hemodinámica, oxigenación y nutrición. Utiliza un sistema de puntuación directo, con cada elemento puntuado de 1 a 4 puntos, con un rango total de 5 a 20. La puntuación total se usa para clasificar los niveles de riesgo (bajo = 5-9; moderado = 10-13 y alto = 14-20) (Leal-Felipe et al., 2018). Tiene una fuerte correlación con la escala de Braden y debe usarse junto con el juicio clínico para proporcionar resultados óptimos (Theeranut et al., 2021) (ANEXO III).

La Escala Nursing Stress Scale (NSS) fue introducida por Gray y Anderson por primera vez en 1981 a través de una revisión de la literatura y entrevistas con enfermeras, médicos y capellanes, con el fin de medir la frecuencia de ciertas situaciones percibidas como estresantes por el personal de enfermería. Es una escala cualitativa ordinal de 34 ítems, con valores en escala Likert de 4 opciones y rango de puntuación de 0 a 102. Tiene una fiabilidad superior a 0,85, una varianza del 85% y puede ser utilizada en entornos generales (quirúrgicos y unidades médicas), permitiendo una mayor comparación entre los profesionales de enfermería. Es la escala cualitativa ordinal con el mayor número de factores (siete subescalas), algunas de las cuales abordan categorías similares a otras escalas de estrés (por ejemplo, falta de apoyo, conflicto con médicos/otras enfermeras y preparación inadecuada), y también aporta nuevos aspectos, como “la muerte de un paciente con quien has llegado a tener una relación estrecha” (Porcel-Gálvez et al., 2020). Sumando las puntuaciones obtenidas de cada ítem se obtiene un índice global cuyo rango se encuentra de 0 a 102 puntos. Lo que significa que a mayor puntuación obtenida se corresponde con un mayor nivel de estresores. (ANEXO IV).

El cuestionario G_Clinic es una escala cualitativa ordinal para medir la insatisfacción laboral de los profesionales de enfermería. Es un instrumento válido y fiable, siendo su valor alfa de Crombach de 0,8, presenta alta sensibilidad y especificidad, 72% y 70,3 % respectivamente y tiene el punto de corte en 30 puntos. Está formado por 10 ítems, en 4 dimensiones (clima laboral, relaciones laborales, motivación y reconocimiento) y rango de puntuación de 10 a 50 (Porcel-Gálvez et al., 2014) (Martínez-Fernández et al., 2022) (ANEXO V).

Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (1981) es un inventario de 22 ítems, en los que se plantea al sujeto un conjunto de enunciados sobre sus sentimientos y pensamientos relacionados con diversos aspectos de su interacción en el trabajo y su desempeño habitual. Es un instrumento cualitativo ordinal con valores en escala Likert de 7 opciones y rango de puntuación de 0 a 132. Se divide en tres subescalas, cada una de las cuales mide las tres dimensiones que configuran el constructo burnout: agotamiento emocional que está formada por 9 ítems (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20), referidos a una disminución o pérdida de recursos emocionales, describen sentimientos de saturación y cansancio emocional por el trabajo; despersonalización que está formada por 5 ítems (5, 10, 11, 15 y 22) que describen una respuesta fría e impersonal, falta de sentimientos e insensibilidad hacia los sujetos de la atención; realización personal que está compuesta por 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21) que describen sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo. Se considera que las puntuaciones son bajas entre 1 y 33, media entre 34 y 66 y alta entre 67 y 99. Aunque no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la existencia o no de burnout, puntuaciones altas en Agotamiento emocional y Despersonalización y baja en Realización Personal lo definen (Maslach, 2016) (ANEXO VI).

La escala del entorno de práctica enfermera del Nursing Work Index (PES-NWI) (Lake, 2002) es un instrumento que mide el entorno de práctica de enfermería, definido como factores que mejoran o atenúan la capacidad de una enfermera para ejercer la enfermería con habilidad y brindar atención de alta calidad. Es un instrumento confiable y de uso común en la mayoría de las instituciones que promueven la atención de calidad, recomendada como una medida de la calidad del entorno de la práctica de enfermería.

Tiene un total de 31 ítems que se puntúan mediante escala Likert de 4 puntos, con rango de puntuación total de 31 a 124 y se divide en cinco subescalas: participación de enfermeras en asuntos hospitalarios; fundamentos de enfermería para la calidad de la atención; capacidad, liderazgo y apoyo de los gestores; dimensión de la plantilla y adecuación de recursos; y relaciones entre médicos y enfermeras. Según Lake (2002), se utilizan las dos primeras subescalas para abordar los fenómenos a nivel del centro, mientras que las otras tres subescalas abordan fenómenos a nivel de unidad. Ha sido validada y adaptada al español. Con una fiabilidad global que mostró un alfa de Cronbach de 0.91, y la de las subescalas fue superiores a 0,81 (Pedro Gómez et al., 2009).

Muchos estudios han asociado puntuaciones altas en el PES-NWI con mejores resultados con relación a los cuidados prestados por las enfermeras a los pacientes, medidos por la calidad de la atención, los errores de medicación y las caídas producidas, así como mejor satisfacción de los pacientes por la atención recibida (Warshawsky & Havens, 2011). Pero se requiere de estudios de intervención prospectivos que ayuden a determinar si la mejora intencionada en el entorno de la práctica de enfermería produce las mejoras esperadas en los resultados de la enfermera, el paciente y la organización (Swiger, 2017) (ANEXO VII).

IV.5. Fuentes de confusión y control de sesgos

Es necesario identificar las fuentes de confusión y controlar los posibles sesgos que puedan comprometer la precisión y la validez interna de esta investigación y revisar críticamente aspectos del diseño y del análisis de los datos que pueden conducir a una interpretación errónea de los resultados obtenidos a través de este trabajo de tesis. En este tipo de estudios han de minimizarse dos errores fundamentalmente, el error aleatorio y el error sistemático (Argimón & Jiménez, 2019).

El error aleatorio sucede cuando en los estudios se trabaja con muestras y no con la totalidad de la población y es debido al azar, por tanto, no se puede controlar y puede provenir de dos fuentes distintas. La primera sería por errores inherentes al muestreo dentro de la población, al obtener una muestra que no es representativa de la población. Este error suele ocurrir cuando los tamaños muestrales son pequeños y cuando se emplean técnicas de muestreo no probabilístico y para minimizarlo se incrementa el tamaño de la muestra. La otra fuente de error aleatorio es la variabilidad en la medición, ya sea por imprecisiones del instrumento de medida o por la propia variabilidad biológica.

Con respecto al error sistemático o sesgo en el diseño del estudio, uno de ellos puede ser el sesgo de selección relacionado con la elección de la muestra del estudio, controlada por los criterios de inclusión y exclusión y por la sistemática del reclutamiento.

La investigación que nos ocupa se ha intentado corregir el posible error aleatorio trabajando con poblaciones muestrales grandes (4.464 y 6377 pacientes; y 555 profesionales de enfermería) para conseguir representatividad de toda la institución. Además de tener definidos los criterios de inclusión y de exclusión, así como la sistemática de reclutamiento, que viene determinada por los criterios de evaluación del programa, y que pueden afectar a la validez externa del estudio.

El sesgo de información o de clasificación se producen cuando las mediciones de las variables de estudio se realizan de forma deficiente en todos o parte de los sujetos de estudio. Para evitar este tipo de errores en esta investigación se han utilizado instrumentos validados, fiables y ampliamente utilizados por la comunidad científica. Además de elaborar un manual de evaluación y recogida de datos en el que se describían todas las variables a recoger, los valores que podían tener cada una y su localización en la HC del paciente (ANEXO VIII). Conjuntamente, se realizó formación específica al equipo de evaluadores sobre el manejo de la plataforma online CarEviD[®] para el volcado de los datos.

En esta investigación se han podido producir sesgos de análisis. Definidos como aquellos errores producidos al evaluar el efecto de una variable de exposición o intervención en una variable de resultado, no se tiene en cuenta la influencia de terceras variables relacionadas con las anteriores. En este trabajo se ha monitorizado el efecto de una intervención concreta, la aplicación de superficies de manejo de presión, en la reducción del número de lesiones por presión, pudiendo existir otras variables que no hayan sido monitorizadas (uso de apósitos locales para la gestión de la presión, cuidados de la piel, gestión de la humedad, manejo de la nutrición) que influyan en el resultado final y podría actuar como variable modificadora del efecto (Argimón & Jiménez, 2019).

IV.6. Aspectos éticos y comité ético

Esta institución tras ser seleccionada como centro adscrito al programa BPSO/CCEC[®] firmó un acuerdo de confidencialidad comprometiéndose a seguir las normas de Buena Práctica Clínica, respetando la legalidad vigente nacional e internacional. Acorde al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas, en lo que respecta al tratamiento de datos personales.

Se cumplió la Disposición adicional decimoséptima (Tratamientos de datos de salud) de la Ley Orgánica 3/18, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Las bases de datos utilizadas en la evaluación están codificadas y no contienen ninguna información personal, de forma que no se posibilite la identificación de los participantes.

Se solicitaron informes de conformidad tanto a la Dirección del centro como al Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) de la provincia (Código: T-IGLP-2020), y se consideró que se cumplían los requisitos necesarios de idoneidad en relación con los objetivos del estudio, así como que se ajustaban a los principios éticos aplicables a este tipo de estudios, y que dicho estudio podía ser realizado en los Centros de la CCAA (España) (ANEXO IX).

Se obtuvo el permiso del Comité Regional de Ética (CPMP/ICH/135/95) a través del proyecto titulado "Validación de un modelo de asignación de recursos enfermeros, ajustados por niveles de dependencia en cuidados de pacientes hospitalizados evaluados con INICIARE, para la mejora de los Staff Outcomes y la reducción de eventos adversos, en el Sistema Sanitario Público Andaluz". Estudio multicéntrico Nursing_INICIARE_Patient (NIP 3.0). PI-0045-2016 2016. Fundación Progreso y Salud. Consejería de Salud. (2017-2020).

Durante el estudio, se solicitó el Consentimiento Informado de los profesionales siguiendo las siguientes premisas (ANEXO X):

- Se contó con la voluntariedad de los participantes, una vez informados de los objetivos del estudio.
- Se mantuvo en todos los casos confidencialidad y secreto profesional exigible a la investigadora principal, que fue la persona responsable de contactar con los profesionales que participaron en la investigación.
- Se ofertó en cualquier caso la posibilidad de no seguir colaborando voluntariamente en la realización del estudio.

IV.7. Análisis estadístico

Para la muestra de pacientes, se realizó un análisis descriptivo, con medidas de tendencia central y dispersión para parámetros cuantitativos, y mediante frecuencia absoluta y porcentaje para variables cualitativas. Para comparar diferencias entre indicadores en distintos años, se construyeron tablas de contingencia y se calculó el test Chi-cuadrado de Pearson, considerando significativo valor $p < 0,05$. Se compararon los porcentajes de respuesta entre el periodo basal y de implantación (T0-T1), entre el periodo basal y de sostenibilidad (T0-T2) y entre el periodo de implantación y de sostenibilidad (T1 y T2), utilizando la prueba chi-cuadrado para un nivel de significación de 0.05. Se utilizó el programa IBM SPSS Statistics 19.

Para la muestra de profesionales, se realizó un análisis descriptivo con medidas de tendencia central y dispersión para parámetros cuantitativos, y mediante frecuencia absoluta y porcentaje para variables cualitativas. Las variables cuantitativas se expresaron como mediana y rango intercuartílico y se usó el test de Kolmogorow-Smirnov para valorar la normalidad de cada variable continua. Posteriormente, con el propósito de contrastar los resultados de las variables (MBI, NWI, NSS, G Clinic) entre los tres años (2017,2018 y 2019) y entre las unidades del hospital, se usó la prueba no paramétrica de Kruskall-Wallis. En el caso de encontrarse diferencias estadísticamente significativas, para hacer las comparaciones múltiples, se aplicó la prueba de Dunn con corrección de Bonferroni (Rice, 1989). Los cálculos se realizaron con el programa estadístico STATA versión 14.

Capítulo V. Resultados

V. Resultados

Este capítulo se estructura en cuatro subapartados donde se describen los resultados que dan respuesta a los objetivos específicos.

V. 1. Describir el proceso de implantación del programa CCEC/BPSO® puesto en marcha por el HUVN aplicando el modelo KTA

En 2014 el HUVN inicia una estrategia de mejora de la calidad de los cuidados de enfermería para reducir la variabilidad de la práctica clínica y trabajar con prácticas basadas en la evidencia, para lo cual se pusieron a disposición de los profesionales las GPC de la RNAO®. Además, esta institución se interesó por el programa CCEC/BPSO® y accedió a la convocatoria de 2014 para la selección de los centros de la segunda cohorte (2015-2017), presentando un proyecto de implantación que debía pasar por un proceso de evaluación competitiva con otros 59 centros.

El HUVN, en ese momento, atendía a una población de 439.035 habitantes y tenía como área de influencia Andalucía Oriental: Granada, Jaén y Almería. Contaba con una plantilla de 6046 trabajadores de los que 1709 eran enfermeras y 1425 TCAEs. Disponía de 919 camas convencionales, 66 camas de intensivos (adultos), 26 camas de intensivos (neonatos/pediatría) y 46 quirófanos.

En el proceso de convocatoria se requería que los centros solicitantes enviaran una declaración de interés, un formulario de solicitud, una carta de apoyo de la institución, el proyecto global de implantación en la institución y un proyecto de implantación de cada una de las guías seleccionadas. La elección de un centro como candidato le comprometía a implantar, evaluar y mantener durante un período de 3 años, al menos tres GBP de RNAO®. Este proyecto pretendía ser una medida global que facilitase la transferencia del conocimiento a la práctica asistencial en esta institución (Quiñoz-Gallardo et al., 2021b).

A continuación, se procederá a describir el proyecto de implantación global llevado a cabo por este centro para ser seleccionado candidato del programa CCEC/BPSO®, en la cohorte (2015-2017) con la propuesta de implantación de las siguientes tres guías de RNAO®: Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión (RNAO, 2011), Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida (RNAO, 2009) y Lactancia Materna (RNAO, 2018).

La metodología utilizada para llevar a cabo este proyecto de implantación se sustentó en la herramienta de implantación diseñada por RNAO® (RNAO, 2012), descrita en la introducción.

1) Identificación del problema: Durante la realización del ejercicio profesional se pueden producir una serie de circunstancias que pueden llevar a plantear la necesidad de cambiar las prácticas habituales. En este sentido, en junio de 2014 la Dirección de Enfermería convocó a las Subdirecciones de Enfermería, jefas de Bloque, Enfermeras Gestoras de Casos y Supervisoras

de Gestión de Cuidados para trabajar en reducir la variabilidad de la práctica clínica en la institución e iniciar una estrategia de mejora de la calidad de los cuidados de enfermería a través de la implantación de GBP de RNAO®.

2) Adaptación al contexto local: Adaptar el conocimiento y las evidencias resultó ser un requisito fundamental en este proceso de implantación. El primer paso que se llevó a cabo fue la creación de una estructura para la implantación de las guías, definiendo un equipo de implantación inicial (equipo coordinador) que se encargase de realizar la adaptación al contexto local a través de un examen previo del entorno, externo e interno, en el que se llevaría a cabo el proyecto y un análisis de las partes interesadas utilizando la técnica de análisis DAFO (Codina, 2011).

Análisis interno	Aspectos Favorables	Aspectos Desfavorables
	<p>Ganas de trabajar en este proyecto</p> <p>Experiencia previa de trabajo con GPC</p> <p>Evita variabilidad de la práctica clínica</p> <p>Trabajo en red</p> <p>Mejora la prestación de cuidados de calidad</p> <p>Contamos con recomendaciones y protocolos ya elaborados</p> <p>Apoyo institucional (Dirección enfermería y Gerencia)</p> <p>Sistemas propios de registro e información</p> <p>Apoyo de los alumnos de enfermería y EIR</p>	<p>Miedo a asumir mayores competencias profesionales</p> <p>Falta de comunicación y de coordinación intra-inter-grupos profesionales</p> <p>Falta de liderazgo clínico en la gestión de cuidados (profesionales y cargos intermedios)</p> <p>La variabilidad de la práctica clínica a pesar de tener múltiples protocolos de trabajo consensuados</p> <p>Dificultades para ejercer una práctica profesional autónoma</p> <p>No conseguir motivar a los profesionales con el proyecto</p> <p>No conseguir mejorar los resultados en salud de los pacientes</p> <p>Falta de tiempo</p> <p>Resistencia al cambio</p>
Análisis externo	<p>Enriquecimiento del conocimiento</p> <p>Respaldo institucional</p> <p>Aumento del liderazgo profesional</p> <p>Al estar en época de crisis debemos ser coste-efectivos</p> <p>Recibimos formación sobre implantación</p> <p>Actualización de conocimientos basados en la evidencia disponible</p>	<p>Crisis</p> <p>Desmotivación, descontento general de los profesionales</p> <p>Sistemas informáticos no consolidados ni unificados para el seguimiento y evaluación</p> <p>Falta de coordinación con otros niveles asistenciales</p> <p>Variabilidad en la práctica clínica</p> <p>Entendimiento con otros colectivos profesionales</p> <p>Muchos centros que solicitan el proyecto CCEC</p>

Figura 9. Análisis DAFO

Tras analizar las fortalezas y las debilidades, se consideraron una serie de estrategias relacionadas con la motivación y la formación de los profesionales; el respaldo institucional; la adaptación del proceso de implantación al contexto y el apoyo de los sistemas de información en la monitorización y evaluación para poder alcanzar con éxito la implantación de las guías. Para priorizar las estrategias, se utilizó la técnica del “modelo horizonte”, a través de la cual se valoró cada factor de acuerdo con dos criterios: la importancia que tenía para el logro de los objetivos planteados (valor estratégico), y la situación actual de ese factor en la organización sobre la que se deseaba intervenir (posición competitiva) (Codina, 2011). Ambos criterios fueron valorados con una puntuación entre 0 y 9, factores como el respaldo institucional de la Dirección de Enfermería y el soporte de los sistemas de información al programa gozaban de una posición favorable. Otros factores como la motivación de los profesionales, la implicación de los líderes clínicos, contar con un plan de coordinación y de comunicación eficaz para llegar al mayor número de profesionales y normalizar la práctica clínica y actualizar conocimientos, fueron aspectos con márgenes de mejora (Figura 10).

Representación gráfica del análisis estratégico

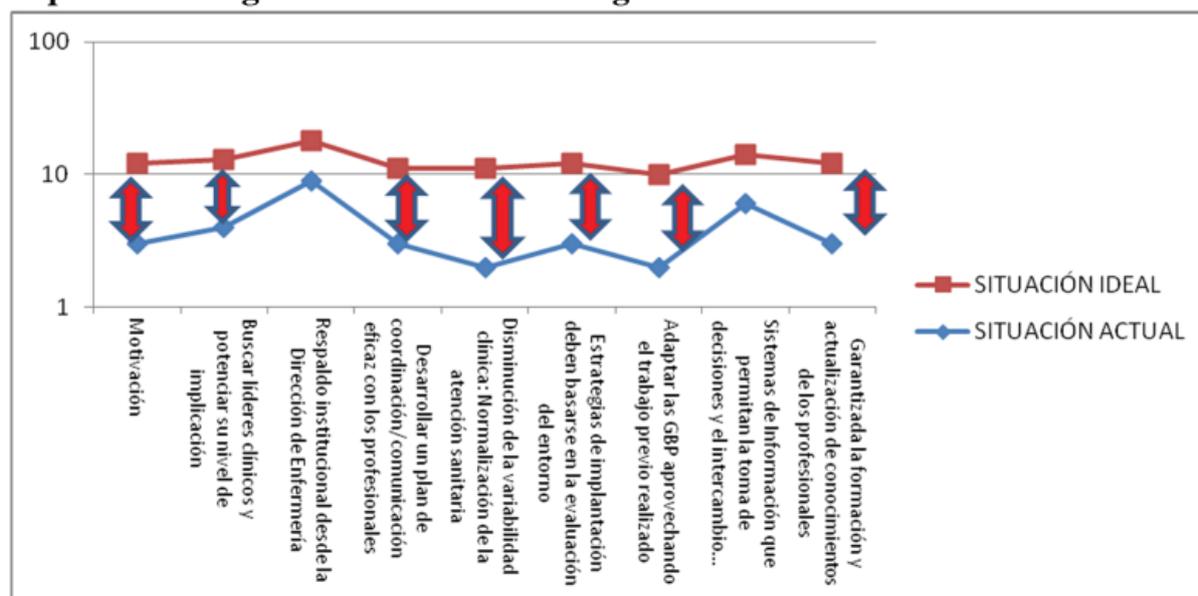


Figura 10. Representación gráfica del análisis estratégico

El siguiente paso consistió en identificar y seleccionar las guías más adecuadas para su implantación, teniendo en cuenta el entorno del HUVN. La Dirección de Enfermería convocó una reunión con cargos intermedios y estableció unos criterios para tener en cuenta en el proceso de selección, para garantizar su factibilidad:

- Que la institución estuviese trabajando previamente sobre el tema que trataba la guía.
- Que no implicase una inversión adicional en recursos humanos y materiales.
- Que tuviese repercusión en la práctica asistencial a nivel general y que se pudiesen extender las recomendaciones al mayor número de población atendida.

- Que se pudiese medir el impacto en resultados clínicos de la población atendida a corto y medio plazo.
- Que se pudiese aprovechar la formación previa de los profesionales de enfermería sobre las guías elegidas.
- Que existiesen recomendaciones específicas en las guías dirigidas a las necesidades de la organización.

Se eligieron las siguientes guías: Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión (RNAO, 2011), Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida (RNAO, 2009) y Lactancia Materna (RNAO,2018).

Una vez seleccionadas las guías, se procedió a seleccionar nuevos miembros del equipo de implantación con representación de todas las partes interesadas, utilizando la técnica de la bola de nieve y teniendo en cuenta las siguientes premisas:

- Se apostó por colaboradores que habían participado previamente en procesos de implantación de protocolos, que estuviesen implicados en la investigación o en proceso de acreditación, para maximizar la congruencia entre los intereses de los colaboradores y los objetivos del proyecto.
- Se intentó controlar o minimizar los riesgos asociados con la falta de apoyo de los colaboradores durante todo el proceso, apoyándoles en todo momento y manteniendo una comunicación continuada y fluida.
- Se evaluó el grado de apoyo e influencia de los colaboradores en términos de:
 - Potencial para la cooperación o grado de apoyo para el cambio e iniciativa clínica.
 - Potencial de amenaza o grado de influencia relacionado con la adopción de cambios e iniciativas clínicas.

Se constituyeron equipos interdisciplinarios, con un total de 43 profesionales de diferentes perfiles: terapeutas ocupacionales, TCAEs, enfermeras, matronas, enfermeras gestoras de casos, supervisoras, jefes de bloque y un psiquiatra. Desde el punto de vista funcional se definieron dos grupos de colaboradores. Un grupo responsable de la implantación, cuyos miembros ejercieron de dinamizadores y formadores y otro encargado de la monitorización de los indicadores y del feedback a los profesionales. Esta selección se realizó teniendo en cuenta el perfil competencial de estos profesionales. Cada equipo estuvo liderado por la persona responsable de coordinar cada guía. Se definió un organigrama de estructura del equipo de implantación: Líder del proyecto; Comité director; Equipo Coordinador; Unidades de Apoyo; líderes de guías y equipo.



Figura 11. Organigrama de estructura del equipo de implantación.

A continuación, se seleccionaron las unidades piloto para la implantación de las guías teniendo en cuenta el número de pacientes susceptibles de beneficiarse de la intervención. Fueron las siguientes:

- Guía de Valoración del riesgo y Prevención de las úlceras por presión (RNAO, 2011): 4 unidades (medicina interna; pluripatológicos; cuidados intensivos; neurología) con un total de 93 camas, con 88 enfermeras y 69 TCAEs.
- Guía de Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida (RNAO, 2009): 59 camas de corta estancia, 30 camas de media estancia, 1 centro de salud, 42 enfermeras, 60 TCAEs y 3 terapeutas.
- Guía de Lactancia Materna (RNAO, 2018): 2 salas de obstetricia con 34 camas, 17 enfermeras y 15 TCAEs. Partitorios con 13 camas, 13 matronas y 24 TCAEs.

3) Evaluación de los facilitadores y barreras: Los aspectos que fueron identificados como facilitadores mediante el análisis interno del entorno fueron: el interés por de trabajar en este proyecto, la experiencia previa en trabajar con GPC; la reducción de la variabilidad de la práctica clínica y la mejora de la calidad de los cuidados; la posibilidad de trabajar en red; si se partía con recomendaciones y protocolos ya elaborados basados la evidencia; apoyo institucional (Dirección Enfermería y Gerencia) desde el inicio; sistemas propios de registro e información; al ser un hospital universitario, se contó con el apoyo de los alumnos de grado de enfermería y de los residentes de enfermería.

Los aspectos que podían actuar como posibles barreras durante el proceso de implantación fueron: la falta de liderazgo de enfermería para asumir mayores competencias profesionales; problemas de comunicación y de coordinación intragrupos e intergrupos profesionales; que persistiese

la variabilidad en la práctica clínica a pesar de tener múltiples protocolos elaborados e implantados; dificultades para ejercer una práctica profesional autónoma; no conseguir motivar a los profesionales con el proyecto; no conseguir mejorar los resultados clínicos en los pacientes; falta de tiempo de los profesionales y las actitudes y creencias negativas que provocan resistencia al cambio.

4) Adaptación e implantación de las intervenciones: Se realizó una búsqueda preliminar para poder establecer qué estrategias de implantación específicas funcionan mejor en un contexto en particular. Se consultó la herramienta de implantación de la RNAO® que detalla algunas estrategias que se pueden utilizar y que han tenido éxito. Éstas deben ser cuidadosamente planeadas y utilizadas de forma combinada, siendo necesario trabajar con diferentes enfoques que puedan propiciar los cambios en la práctica deseados (RNAO, 2012).

La mayoría de los estudios para evaluar la eficacia de las estrategias de implantación se han centrado en la práctica médica, y se ha visto que las que resultan exitosas en este grupo profesional, pueden no ser eficaces con las enfermeras (Hakkennes & Dodd, 2008). Se ha observado que esta situación tiene que ver con los niveles de autonomía en la toma de decisiones clínicas que tienen ambos colectivos profesionales. Las enfermeras trabajan habitualmente en equipo o en situaciones interdependientes con menor nivel de autonomía en sus decisiones, mientras que las actuaciones realizadas por el personal médico son más individuales y con mayor nivel de autonomía.

Se optó, por intentar que el conjunto de estrategias garantizase la adaptación e implantación de las recomendaciones de buenas prácticas de cada una de las guías. En concreto, se decidieron estrategias dirigidas a: la difusión del programa dentro y fuera de la institución; la formación de los profesionales; la activación de grupos de trabajo; garantizar un feedback con los profesionales sobre los resultados conseguidos e incorporar la perspectiva del paciente y de la familia con actividades de educación sanitaria. Pueden verse en detalle en la Tabla 5.

Tabla 5. Estrategias puestas en marcha en la implantación del programa	
Estrategias	
Construir el consenso local	Reactivación del grupo de trabajo de lesiones por presión y de lactancia materna que funcionaba previamente y que se encargaron de identificar áreas de mejora, definieron prioridades, revisaron las guías y participaron en el diseño del programa de implantación.
Establecer un calendario de sesiones formativas interactivas	Acreditación de todas las sesiones formativas a través de ACSA (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía). La Unidad de Formación Continuada prestó el apoyo necesario para el desarrollo de las sesiones. Los docentes fueron miembros del comité de implantación. En las sesiones se abordaron cada una de las guías, metodología de implantación de evidencia y habilidades para el manejo del cambio.
Planificar visitas formativas de alcance	Las enfermeras colaboradoras proporcionaron asesoramiento individualizado continuo, retroalimentación y motivación al resto del personal de enfermería.
Recordatorios	<p>Versión plastificada de las actuaciones a realizar en pacientes con riesgo de LPP en los controles de enfermería.</p> <p>Cartelería en las habitaciones de las unidades de obstetricia sobre la importancia del fomento de la lactancia materna de manera rutinaria.</p> <p>En el tablón de la unidad colocación de resumen de las recomendaciones a implantar sobre prevención del riesgo suicida.</p>
Desarrollar un plan de marketing	<p>El comité pidió asesoramiento al responsable de comunicación del hospital para desarrollar este plan de difusión.</p> <p>Espacio propio en la Web del centro.</p> <p>Cartelería en las unidades.</p> <p>Chapas con logos del programa entregadas a todos los impulsores.</p> <p>Difusión en prensa.</p> <p>Promoción de la asistencia a Congresos y Jornadas por parte de la Dirección.</p> <p>Promoción de eventos internos para la difusión de resultados.</p>
Auditorias y retroalimentación	<p>Las auditorías se realizaron mediante la monitorización de los indicadores de proceso y de resultados de cada una de las guías.</p> <p>La retroalimentación se realizó a través de informe mensual/ trimestral con los resultados de las auditorías realizadas a cada unidad de implantación.</p>
Proporcionar al paciente intervenciones mediadas	<p>Se elaboraron folletos sobre prevención de LPP y fomento de la Lactancia Materna a los pacientes y sus familiares. Los folletos incluían información sobre lo que pueden esperar en términos de prevención de LPP y Lactancia Materna.</p> <p>Desarrollo de eventos dónde participasen pacientes y profesionales conjuntamente.</p>
Intervenciones mediadas por pacientes	Se realizó encuesta de satisfacción sobre la atención recibida a las madres lactantes que sirvió para incorporar la experiencia de éstas con la implantación de las recomendaciones y se detectaron aspectos a mejorar.

5) Monitorización y evaluación de resultados: Evaluar la utilización del conocimiento es complejo y requiere de un enfoque multidisciplinar, iterativo y sistemático. Antes, durante y después de la implantación de una guía en el ámbito clínico es importante monitorizar la utilización de las nuevas recomendaciones y evaluar los resultados o el impacto que tiene en pacientes, profesionales, unidad y costes. Se utilizó el modelo de Donabedian (1988) propuesto por la herramienta de implantación de la RNAO® (RNAO, 2012), mediante la medición de tres tipos de indicadores. Los indicadores de estructura aportan información sobre todos los factores que afectan al contexto en el que se brinda la atención. Los indicadores de proceso se centran en qué se hace y cómo se hace durante la prestación de cuidados. Los indicadores de resultados miden los resultados clínicos y la mejora de la satisfacción de profesionales y pacientes.

Se diseñó un plan de evaluación que incluyera los objetivos a alcanzar con la implantación, la población diana, el ámbito de aplicación, la cronología de medición y el análisis mediante indicadores de estructura, de proceso y de resultados (Tabla 6).

Tabla 6. Indicadores de evaluación utilizados durante el proceso de implantación			
Indicadores de evaluación			
	Estructura	Proceso	Resultados
Objetivos	<i>Tener la estructura asistencial necesaria para prestar cuidados excelentes</i>	<i>Mejorar mediante la actualización del conocimiento enfermero y la concienciación de profesionales y pacientes</i>	<i>Mejorar en resultados en salud y mejorar la satisfacción del profesional y del paciente</i>
Unidad	Cultura y apoyo para el cambio y la práctica basada en la evidencia. Existencia de Protocolos y procedimientos. Sistema de cuidados de enfermería.	Actualización protocolos y procedimientos. Historias clínicas informatizadas.	Consecución de objetivos sobre la mejora de los resultados en los pacientes.
Profesionales	Cantidad y cualificación del personal. Proporción de personal por paciente. Equipo multidisciplinar. Programa formativo.	Grado de concienciación y de actitudes ante las guías. Nivel de conocimientos y habilidades.	Asistencia al programa formativo. Adherencia a las recomendaciones de las guías. Satisfacción de los profesionales.
Paciente / Familia	Características de los pacientes: demográficas y nivel de riesgo. Enfoque centrado en el paciente. Implicación en la toma de decisiones.	Concienciación y actitud del paciente ante las guías. Conocimientos del paciente y la familia.	Resultados físicos, psicológicos y sociales en el paciente. Salud familiar. Satisfacción con los cuidados. Acceso a los cuidados.
Costes financieros	Costes de recursos físicos necesarios. Equipamiento nuevo.	Costes de las estrategias de implantación. Formación del personal. Formación del paciente.	

Se monitorizaron indicadores de estructura referidos a la existencia de protocolos o procedimientos y de sistemas de registros corporativos, se revisó el programa formativo del centro, la ratio enfermera-paciente, las características de la población atendida y los costes de los equipamientos necesarios para incorporar algunas recomendaciones como el uso de superficies especiales para la gestión de la presión en pacientes con riesgo. Se evaluó el nivel de conocimientos de los profesionales y su grado de satisfacción con la formación recibida mediante encuestas.

Se evaluó la satisfacción de las madres lactantes con la promoción de la lactancia materna y la adherencia de los profesionales a las recomendaciones de esta guía, realizando un estudio multicéntrico y publicando sus resultados (Quiñoz-Gallardo et al., 2020).

Se identificaron los equipos de evaluación para cada guía y se formó a un grupo de evaluadores para realizar dicha monitorización. La formación consistió en una sesión teórico-práctica en la que se explicó el manual de evaluación, los diccionarios de indicadores de cada guía y el manejo de la herramienta para el volcado de datos on-line. Durante los tres primeros años, desde el inicio del proceso la implantación de las guías se evaluó mensualmente sobre una muestra no probabilística, seleccionando todas las altas de los últimos 5 días hábiles de cada mes. El tipo de muestreo a utilizar venía establecido por la normativa del programa.

Previa a la implantación del proyecto, se realizó una recogida de datos basales a través de la historia clínica corporativa, para poder compararlos con los datos que se obtuviesen tras la implantación de las guías. Se utilizaron como punto de partida los datos recogidos de manera rutinaria sobre prevención de lesiones por presión, lactancia materna y valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida.

6) Sostenibilidad: A la capacidad de mantener la práctica basada en evidencia más allá del proyecto de implantación se le denomina sostenibilidad. Es un campo en crecimiento dentro de las metodologías de implantación (Porritt et al., 2020) y se ha demostrado que no se puede lograr sin que el cambio esté integrado en las normas y en la cultura organizacional (Khalil, 2017).

El Modelo de Sostenibilidad del Servicio Nacional de Salud de Reino Unido es el propuesto por RNAO® y contempla factores de personal, proceso e institución. Entre los factores de personal destacan la formación y la participación, los comportamientos, los líderes experimentados y los líderes clínicos. Los factores de proceso abordan la monitorización del progreso, la adaptabilidad y los beneficios obtenidos y los de la institución tienen en cuenta la infraestructura y su alineación con los objetivos y la cultura institucional.

Se identificaron los elementos de sostenibilidad desde fases tempranas de la implantación y se planificaron las siguientes estrategias, teniendo en cuenta los factores anteriormente descritos.

Para dar respuesta a los aspectos que tenían que ver con el personal, se trabajó en la planificación del proceso de implantación a partir de estructuras de trabajo no verticales pero apoyadas por la dirección de la institución; se ofrecieron medidas de recompensa a las plantillas por el esfuerzo de implantar las recomendaciones; se utilizaron múltiples estrategias de formación dirigidas al personal

sanitario, alumnado de grado y en periodo de residencia, incluyendo tanto metodología de implantación como formación clínica específica de las guías.

Con relación a la monitorización del proceso, se crearon nuevos registros de enfermería y se adaptaron otros registros relacionados con las guías; se realizó una evaluación continuada del proceso a través de los indicadores de cada guía y se efectuó una retroalimentación de resultados a todas las partes implicadas.

Sobre los factores concernientes a la institución se incluyó el programa en los objetivos anuales evaluables y en los planes estratégicos institucionales y se identificó como un aspecto facilitador el hecho de que esta iniciativa estaba en consonancia con las líneas estratégicas de la Estrategia de Cuidados de la Comunidad Autónoma de Andalucía (CCAA).

V. 2. Nivel de adherencia de los profesionales a las recomendaciones de la guía de RNAO® “Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión”

Características sociodemográficas:

Se analizaron 4.464 pacientes que cumplían criterios de inclusión. Mediana de edad de 76 años (IC95% [63,84]), 53,3% hombres y 46,7% mujeres. El 56% estaban ingresados en unidades médicas, el 32% en unidades quirúrgicas, el 4,5% en UCI y un 7,5% no aporta el dato.

Evolución en la implantación: valoración y revaloración del riesgo de LPP.

De los 4.464 pacientes incluidos se realizó valoración del riesgo al ingreso a 3.088 pacientes (69,2%). De ellos un 79% (2.440 pacientes) se valoraron con la escala Braden y un 15,4% (475 pacientes) con índice Comhon. Los pacientes revalorados del riesgo al alta fueron 861 (27,9%). Hubo 1.306 pacientes (42,3%) que no fueron revalorados y que requerían de nueva valoración. El 60,8% (1645 pacientes) de los pacientes en riesgo utilizaban SEMP. En la tabla 7 se presentaron las categorías de variables comparadas por años.

Tabla 7. Evolución en la implantación de las medidas. Comparativa por años 2015-2018 de las variables de estudio						
	Totales	2015 n=51 (1,1%)	2016 n=699 (15,7%)	2017 n=2952 (66,1%)	2018 n=762 (17,1%)	p
Valorados con escala	4464	45 (88,2%)	561 (80,3%)	1930 (65,4%)	552 (72,4%)	<0.001
Escalas en la valoración	3088	44 (97,8%) 1 (2,2%) 0	511 (90,1%) 32 (5,6%) 24 (4,2%)	1496 (77,6%) 301 (15,6%) 132 (6,8%)	404 (73,7%) 143 (26,1%) 1 (0,2%)	
Revaloración del riesgo	3088	23 (51,1%) 3 (6,7%) 19 (42,2%) 0	252 (44,9%) 112 (20%) 197 (35,1%) 0	824 (42,8%) 646 (33,6%) 454 (23,6%) 6 (0,3%)	207 (37,5%) 154 (27,9%) 191 (34,6%) 0	<0.001
Paciente en riesgo	4464	18 (35,3%) 2 (3,9%) 31 (60,8%)	238 (34,1%) 30 (4,3%) 430 (61,6%)	1260 (42,8%) 77 (2,6%) 1604 (54,5%)	121 (15,9%) 0 (0%) 641 (84,1%)	<0.001
SEMP	2706	2 (6,5%) 0 (0%) 29 (93,5%)	107 (24,9%) 3 (0,7%) 319 (74,4%)	630 (40,4%) 51 (3,3%) 880 (56,4%)	212 (33,4%) 0 (0%) 422 (66,6%)	<0.001
Presencia de LPP	4464	41 (80,4%) 0 (0%) 10 (19,6%)	577 (82,7%) 18 (2,6%) 103 (14,8%)	2676 (90,8%) 23 (0,8%) 249 (8,4%)	676 (88,7%) 1 (0,1%) 85 (11,2%)	<0.001
Al ingreso/hospitalización	267 173	9 (90%) 1 (10%)	72 (69,9%) 31 (30,1%)	138 (56,8%) 105 (43,2%)	48 (57,1%) 36 (42,9%)	0.026

SEMP: Superficies especiales para el manejo de la presión; LPP: Lesión por presión

Etiología en la producción de Lesiones por presión: Se produjeron 447 lesiones al alta (10%), de las que 267 estaban presentes antes del ingreso (59,7%), 173 se produjeron durante la estancia (38,7%) y sin especificar en 7 casos (1,56%). Los pacientes que desarrollaron LPP estaban valorados del riesgo 405 (90,6%) ($p < 0,001$) y tenían asignada una SEMP ajustada al nivel de riesgo 281 (65,8%) ($p < 0,001$). En la tabla 8 se detalló las categorías de las LPP en función de su procedencia (estaban presentes en el momento del ingreso o se han desarrollado durante el ingreso). Las categorías de las LPP previas al ingreso fueron de categoría 2 (33,07%), seguida de la categoría 3 (17,32%). Las de las lesiones producidas durante el ingreso fueron de categoría 2 (51,07%) y de categoría 1 (31,72%).

Tabla 8. Categorías de LPP en función de su procedencia (presentes en el momento del ingreso/desarrolladas durante el ingreso)		
	Presentes en el momento de ingreso	Desarrolladas durante el ingreso
Categoría 1	39 (13,26%)	59 (31,72%)
Categoría 2	84 (28,57%)	95 (51,07%)
Categoría 3	44 (14,96%)	24 (12,90%)
Categoría 4	12 (4,08%)	3 (1,61%)
Inclasificable	40 (13,60%)	5 (2,60%)
No aplicable	75 (25,51%)	0

Entornos asistenciales:

En la tabla 9 se presentó cada variable en función del tipo de unidad (médica, quirúrgica y UCI). Destacando el área médica con un 56% de pacientes valorados y de mayor edad. Predominio del sexo masculino sobre el femenino, tanto en áreas médicas (53,3%), quirúrgicas (51,9%) y UCI (67%). El área médica realizó 77,3% valoraciones y 33,8% revaloraciones del riesgo, seguida de la UCI 74,6% y 33,3%. El 90% de pacientes en riesgo estaban ingresados en UCI, seguidos por las áreas médicas 62,2%. La utilización de SEMP en UCI fue del 92,1%, del 67,9% en unidades médicas y del 60,2% en unidades quirúrgicas. Se identificaron LPP en unidades médicas en un 13,1%, de las cuales el 68,1% estaban presentes en el momento del ingreso. Mientras que en las unidades quirúrgicas y en UCI éstas se desarrollaron durante la hospitalización (60,8% y 88,9% respectivamente) ($p < 0,001$).

Tabla 9. Comparativa de cada variable en función del tipo de unidad (médica, quirúrgica y cuidados intensivos)				
	Médica n=2499 (56%)	Quirúrgica n=1430 (32%)	UCI n=201 (4, 5%)	p
Sexo-Hombre	1325 (53,3%)	738 (51,9%)	134 (67%)	<0.001
Edad Me (P₂₅-P₇₅]	77 [66-84]	73 [60-82]	68 [58-76]	<0.001
Valoración del riesgo	1932 (77,3%)	807 (56,4%)	150 (74,6%)	<0.001
Revalorización de riesgo				<0.001
No	807 (41,9%)	393 (48,8%)	33 (22%)	
No aplicable	469 (24,3%)	303 (37,6%)	67 (44,7%)	
Sí	651 (33,8%)	110 (13,6%)	50 (33,3%)	
Paciente en riesgo				<0.001
No	879 (35,3%)	626 (43,9%)	11 (5,5%)	
No aplicable	62 (2,5%)	38 (2,7%)	9 (4,5%)	
Sí	1550 (62,2%)	762 (53,4%)	181 (90%)	
SEMP				<0.001
No	460 (30,1%)	274 (36,8%)	12 (6,8%)	
No aplicable	30 (2%)	22 (3%)	2 (1,1%)	
Sí	1038 (67,9%)	448 (60,2%)	163 (92,1%)	
Presencia de LPP				<0.001
No	2148 (86,1%)	1340 (93,8%)	174 (86,6%)	
No aplicable	21 (0,8%)	11 (0,8%)	9 (4,5%)	
Sí	326 (13,1%)	78 (5,5%)	18 (9%)	
Al ingreso o durante la hospitalización				<0.001
Estaban presentes (LPPP)	220 (68,1%)	29 (39,2%)	2 (11,1%)	
Se han desarrollado (LPPN)	103 (31,9%)	45 (60,8%)	16 (88,9%)	

Me: Mediana; P₂₅-P₇₅: Percentil 25-Percentil 75; UCI: Unidad de Cuidados Intensivos; LPP: Lesiones por presión; SEMP: Superficies especiales para el manejo de la presión; LPPP: lesiones por presión previa; LPPN: lesiones por presión nosocomial.

V. 3. Evolución de los indicadores de proceso y de resultados de la guía RNAO® “Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión”: basal, implantación y sostenibilidad

El número total de pacientes evaluados fue de 6377, correspondiendo 389 pacientes (6.1%) al período T0, 3816 (59.84%) al T1, y 2172 (34.05%) al T2, siendo la edad media de 63.6 años, de ellos un 56.7% hombres y un 43.29% mujeres. De esta muestra 2806 pacientes cumplieron los criterios de inclusión, cuyos datos demográficos, del proceso de cuidados y de resultados de salud vienen recogidos en las tablas 10 y 11.

De las unidades que formaron parte de la investigación, el 57.90 % fueron médicas, 37.89 % quirúrgicas y 4.20 % UCI.

En los datos demográficos destaca la homogeneidad de los resultados obtenidos, tanto para la edad como el sexo, con un rango casi despreciable.

Del apartado de Proceso de Cuidados, cabe destacar que el número de pacientes a los que se les realizó la revaloración del riesgo (RVR) y se le aplicó superficies ajustadas al nivel de riesgo (SEMP) aumentaron significativamente entre el período basal (T0) y resto de períodos (T1 y T2) (Tabla 11), estando cercana a la significación las diferencias en la valoración del riesgo (VR) entre el primer y último período.

En lo referente a los Resultados en Salud, a la vista de los resultados obtenidos en la tabla 11 no apreciamos diferencias en las lesiones por presión, ni en las previas ni en las nosocomiales, siendo el número de los pacientes que acumularon ambas muy reducido.

Tabla 10: Resultados demográficos de T0 (basal), T1 (implantación) y T2 (sostenibilidad)			
Período	2014 Basal (T0)	2015-2017 Implantación (T1)	2018-2019 Sostenibilidad (T2)
	n (%)	n (%)	n (%)
Muestra (n=2806)	204 (52.4)	1837 (48.1)	765 (35.2)
Demográficos			
Edad Media (años)	73.42	71.80	71.66
Sexo-Hombre	108 (52.94)	986 (53.67)	412 (53.92)

Tabla 11: Resultados del proceso de cuidados y de resultados de salud, comparación entre los periodos T0 (basal) T1 (implantación) y T2 (sostenibilidad)

Proceso de Cuidados				T0-T1		T0-T2		T1-T2	
				<i>p</i>	χ^2	<i>p</i>	<i>p</i>	χ^2	<i>p</i>
VR	110 (53.9)	1161 (63.2)	608 (79.5)	0.74	0.39	4.9	0.026	1.86	0.17
RVR	10 (4.9)	370 (20.1)	287 (37.5)	9.24	0.002*	25.06	<0.0001*	5.26	0.02
SEMP	29 (19.6)	608 (55.4)	546 (79.7)	17.09	<0.0001*	36.34	<0.001*	4.37	0.04
Resultados en salud				T0-T1		T0-T2		T1-T2	
				χ^2	<i>p</i>	χ^2	<i>p</i>	χ^2	<i>p</i>
LPPP	2 (0.98)	89 (4.84)	36 (4.7)	2.56	0.11	2.44	0.12	0.002	0.96
LPPN	1 (0.49)	57 (3.1)	23 (3.0)	1.89	0.17	1.80	0.18	0.001	0.97
LPPP+LPPN	0	9 (0.5)	1 (1.1)	0.5	0.48	1.1	0.29	0.23	0.63
Total, LPP	1.47	8.44	8.8						

VR: Valoración del riesgo al ingreso; RVR: Revaloración del riesgo al alta; SEMP: Superficie especial para el manejo de la presión; LPPP: lesión por presión previa; LPPN: lesión por presión nosocomial

*Tests que permanecieron significativos ($P < 0.05$) tras el ajuste secuencial de Bonferroni (Rice, 1989)

V. 4. Comparar entre años y unidades el entorno de práctica clínica en el que se ha desarrollado el programa

La muestra de profesionales de enfermería fue de 555 individuos, 313 enfermera (56.40%) y 242 TCAEs (43.60%). Un 88.29% fueron mujeres y un 10.27% hombres. La media de edad fue de 47.41 años, con una experiencia profesional media de 20.11 años y antigüedad en el servicio de 6.63 años. El número de TCAEs en el turno fue de 2.71 y el de enfermeras de 2.86. La media de pacientes asignados por turno osciló en torno a 10.28 pacientes.

La distribución de profesionales por tipo de unidad alcanzó el 49.07% para unidades quirúrgicas y el 50.63% para las unidades médicas, como se refleja en la tabla.

Tabla 12: Distribución de profesionales de enfermería en función de las unidades

Nombre_Unidad	Frecuencias	Porcentajes
Cardiología	90	16.22
Cirugía	178	32.07
Medicina interna	110	19.82
Neumología	81	14.59
Urología/ORL	96	17.30

La distribución de profesionales encuestados durante el período 2017-2019 por categorías fue la siguiente:

Tabla 13: Distribución de profesionales de enfermería encuestados por años						
Nombre_Unidad	2017		2018		2019	
	Enfermeras	TCAEs	Enfermeras	TCAEs	Enfermeras	TCAEs
Cardiología	12	7	12	9	28	22
Cirugía	23	21	14	9	60	51
Medicina interna	11	8	11	10	40	30
Neumología	13	9	7	3	28	21
Urología/ORL	17	13	9	8	28	21
Totales	76	58	53	39	184	145

El nivel educativo de los profesionales de la muestra fue: Diplomatura (43.42%); Grado medio (16.40%); Grado superior (13.15%); Grado o Licenciado (9.37%); Bachiller (7.03%); Máster (2.70%) y Doctor (0.18%). En relación al tipo de contrato, predominaba el estatutario 40.90%, seguido del interino 28.43%, eventual 18.92% y laboral indefinido 3.78%.

En relación al nivel de acreditación profesional, 271 personas no contestaron esta pregunta, y de las que lo hicieron, un 30.9 % no estaban acreditadas. De las personas acreditadas, un 13.87 % tenía el nivel Avanzado, un 5.23% Experto y un 1.08% Excelente.

El tipo de jornada realizada fue a tiempo completo en un 76.22% y a tiempo parcial un 14.41%.

A la pregunta sobre intención de abandonar el trabajo, un 53.33% no tenía intención de hacerlo y un 45.41% se había planteado dejar la profesión.

El 57.66% de la muestra nunca o pocas veces se habían sentido estresados y un 40.90% sentían estrés muchas veces durante su actividad laboral diaria. Se sentían satisfechos un 69.55% frente al 27.57% que no lo estaban. El 56.22% no manifestaban desgaste laboral o burnout, en contraposición al 40.90% que sí tenían. Se preguntó sobre si el ambiente laboral era adecuado, respondiendo afirmativamente un 61.36% frente al 38.63% que no lo percibían adecuado.

El valor medio que tomó la variable satisfacción cuantitativa (0-10) fue de 6.66 puntos. En la variable cuantitativa desgaste laboral fue de 5.30 puntos y en la variable cuantitativa ambiente laboral fue de 6.63 puntos. Los valores medios de las escalas NSS, NWI, GC e MBI fueron 41.78, 76.76, 31.90 y 60.95, respectivamente (tabla 14).

Tabla 14: Variables cuantitativas referidas a profesionales de enfermería					
VARIABLES	N	min	max	Media	sd
Edad	524	24	65	47.41221	9.344579
Experiencia (meses)	486	0	504	241.3971	121.7614
Antigüedad (meses)	475	0	504	79.61053	79.0357
TCAEs_nº	233	0	8	2.712446	.7705067
Enfermeros_nº	270	1	5	2.866667	.7193553
Pacientes_Asignados	499	0	32	10.28657	3.972804
SatisfacciónCuanti	365	0	10	6.665753	1.602901
DesgasteCuanti	362	0	10	5.309392	2.598395
AmbienteCuanti	214	0	10	6.635514	1.576783
NSSTotal	443	7	90	41.7833	13.45675
NWITotal	252	44	119	76.7619	13.60831
GCTotal	451	10	49	31.90022	6.428152
MBITotal	443	17	132	60.95034	17.14055

N: muestra; min: mínimo; max: máximo; sd: desviación estándar; nº: número; NSS: Nursing Stress Scale; NWI: Nursing Work Index; GC: G-Clinic; MBI: Maslach Burnout Inventory.

Los resultados de comparar los cuestionarios (MBI, NWI, NSS, GC) en función de la variable año (2017, 2018, 2019) y de la variable unidad (medicina Interna, cardiología, neumología, cirugía general y urología-ori) se presentan a continuación.

Al comparar los años se obtuvo diferencias significativas exclusivamente en el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) (tabla 15).

Tabla 15: Valores totales de la mediana del MBI, NWI, NSS y GC por años. Entre paréntesis se muestra el índice intercuartil (IQR)					
Valor total	2017	2018	2019	Kruskall-Wallis	Pvalor
MBI*	56(18)	66(27)	61(20)	19.521	0.0001
NWI	72(19.5)	72(17)	78(15)	1.839	0.3987
NSS	39(18)	41(22)	40(18)	4.793	0.0911
GC	34(9)	32(8)	32(8)	3.892	0.1429

Los valores descriptivos que se muestran son Mediana (IQR). NSS: Nursing Stress Scale; NWI: Nursing Work Index; GC: G-Clinic; MBI: Maslach Burnout Inventory; Pvalor: Significación estadística.

***Se llevaron a cabo comparaciones post-hoc mediante el test de Dunn aplicando corrección de Bonferroni, encontrándose diferencias estadísticamente significativas dos a dos.**

En la tabla 16 se describen las comparaciones múltiples del cuestionario MBI con respecto a los años 2017,2018 y 2019. No se encontraron diferencias significativas en 8 de las 22 preguntas de las que constan este cuestionario. En el período 2017-2018 se observaron cambios en 12 preguntas del cuestionario, en 2017-2019 los cambios se sucedieron en 9 preguntas y en 2018-2019 ocurrieron cambios con 7 preguntas.

Tabla 16: Comparación de la mediana del MBI con respecto al período de estudio. Entre paréntesis se muestra el índice intercuartil (IQR)					
	2017	2018	2019	Pvalor	Post-hoc test*
MBI1	2 (3)	3 (3)	3 (2)	0.0010	2017 vs 2018: p=0.0004; 2018 vs 2019: p=0.1229; 2017 vs 2019: p=0.0133
MBI2	0 (2)	2 (4)	1 (3)	0.0003	2017 vs 2018: p=0.0001; 2018 vs 2019: p=0.0548; 2017 vs 2019: p=0.0084
MBI3	1 (2)	2 (3)	2 (3)	0.0001	2017 vs 2018: p=0.0001; 2018 vs 2019: p=0.1759; 2017 vs 2019: p=0.0014
MBI4	6 (1)	5 (3)	5 (3)	0.0035	2017 vs 2018: p=0.2024; 2018 vs 2019: p=0.2236; 2017 vs 2019: p=0.0007
MBI5	0 (1)	2 (3)	0 (2)	0.0001	2017 vs 2018: p=0.0000; 2018 vs 2019: p=0.0000; 2017 vs 2019: p=0.4593
MBI6	1 (3)	2 (2)	1 (3)	0.0189	2017 vs 2018: p=0.0059; 2018 vs 2019: p=0.0802; 2017 vs 2019: p=0.2298
MBI7	5 (2)	5 (3)	5 (4)	0.0148	2017 vs 2018: p=0.1648; 2018 vs 2019: p=0.5673; 2017 vs 2019: p=0.0041
MBI8	2 (2)	3 (3)	2 (4)	0.0001	2017 vs 2018: p=0.0000; 2018 vs 2019: p=0.0124; 2017 vs 2019: p=0.0050
MBI9	5 (3)	5 (3)	5 (3)	0.7888	2017 vs 2018: p=1.0000; 2018 vs 2019: p=1.0000; 2017 vs 2019: p=0.7181
MBI10	2 (4)	3 (4)	2 (3)	0.0012	2017 vs 2018: p=0.0005; 2018 vs 2019: p=0.0028; 2017 vs 2019: p=0.5131
MBI11	1 (3)	3 (3)	2 (4)	0.0001	2017 vs 2018: p=0.0000; 2018 vs 2019: p=0.0004; 2017 vs 2019: p=0.3271
MBI12	5 (3)	4 (3)	5 (3)	0.0626	2017 vs 2018: p=0.1426; 2018 vs 2019: p=1.0000; 2017 vs 2019: p=0.0293
MBI13	1 (2)	2 (3)	1 (3)	0.0001	2017 vs 2018: p=0.0000; 2018 vs 2019: p=0.0354; 2017 vs 2019: p=0.0033
MBI14	2 (3)	3 (4)	3 (3)	0.1202	2017 vs 2018: p=0.0918; 2018 vs 2019: p=0.9003; 2017 vs 2019: p=0.1209
MBI15	0 (1)	0 (2)	0 (1)	0.4359	2017 vs 2018: p=0.2312; 2018 vs 2019: p=0.2845; 2017 vs 2019: p=1.0000
MBI16	1 (3)	2 (2)	1 (3)	0.0101	2017 vs 2018: p=0.0040; 2018 vs 2019: p=0.0163; 2017 vs 2019: p=0.5709
MBI17	5 (2)	5 (2)	5 (3)	0.1446	2017 vs 2018: p=0.0608; 2018 vs 2019: p=0.3572; 2017 vs 2019: p=0.3316
MBI18	5 (3)	5 (3)	5 (3)	0.7466	2017 vs 2018: p=0.6593; 2018 vs 2019: p=1.0000; 2017 vs 2019: p=0.9020
MBI19	5 (3)	4 (2)	4 (3)	0.1549	2017 vs 2018: p=0.0936; 2018 vs 2019: p=0.7141; 2017 vs 2019: p=0.1927
MBI20	1 (3)	2 (2)	1 (3)	0.0024	2017 vs 2018: p=0.0006; 2018 vs 2019: p=0.0214; 2017 vs 2019: p=0.1470
MBI21	3 (4)	3 (2)	3 (3)	0.7060	2017 vs 2018: p=1.0000; 2018 vs 2019: p=1.0000; 2017 vs 2019: p=0.6080
MBI22	1 (2)	1 (2)	1 (3)	0.0086	2017 vs 2018: p=0.0039; 2018 vs 2019: p=0.3683; 2017 vs 2019: p=0.0218
MBI Total	56 (18)	66 (27)	61 (20)	0.0001	2017 vs 2018: p=0.0000; 2018 vs 2019: p=0.0053; 2017 vs 2019: p=0.0412

Los valores descriptivos que se muestran son Mediana (IQR); IBM: Maslach Burnout Inventory; Pvalor: Significación estadística *test de Dunn con corrección de Bonferroni

Los resultados del análisis de las variables (MBI, NWI, NSS, GC) con respecto a la variable unidad, se presentaron de la siguiente forma. En primer lugar, se describieron los valores totales obtenidos en cada escala con el nivel de significación, resultando tener todos los instrumentos significación estadística con respecto a la unidad (tabla 17). Se compararon las unidades, dos a dos, para buscar diferencias de las respuestas emitidas por los profesionales a los cuestionarios (tabla 18).

Se detalló en cada instrumento las respuestas obtenidas con diferencias significativas. Del cuestionario MBI, que cuenta con 22 preguntas, alcanzaron diferencias significativas 12 preguntas (54.54%). En la escala NWI, con 31 preguntas, las preguntas con significación estadística fueron 15 (48.38%). La escala NSS, que cuenta con 34 preguntas, obtuvo cambios significativos en 15 preguntas (44.11%). El cuestionario GC, de 10 preguntas, obtuvo diferencias en 4 preguntas (40%) (tabla 19).

Tabla 17: Valores totales de MBI, NWI, NSS y GC por unidades							
Valor total	Medicina Interna	Cardiología	Neumología	Cirugía	Urología/ ORL	Kruska-ll-Wallis	Pvalor
MBI*	65.5(20)	63(26)	59(19)	58(19.5)	54(20)	27.111	0.0001
NWI*	88(21)	70(17)	72(13)	75(16)	78(20)	39.747	0.0001
NSS*	38(15)	49(18)	37.5(21)	39.5(18)	38(16)	44.103	0.0001
GC*	31(6)	29(9)	33(7)	34(8)	34(7)	24.804	0.0001

Los valores descriptivos que se muestran son Mediana (IQR). NSS: Nursing Stress Scale; NWI: Nursing Work Index; GC: G-Clinic; MBI: Maslach Burnout Inventory; Pvalor: Significación estadística.

**Se llevaron a cabo comparaciones post-hoc mediante el test de Dunn aplicando corrección de Bonferroni, encontrándose diferencias estadísticamente significativas dos a dos.*

Tabla 18: Comparaciones múltiples de los valores totales de MBI, NWI, NSS y GC por unidades

	1 vs 3: pvalor	1 vs 5: pvalor	1 vs 7: pvalor	1 vs 9: pvalor	3 vs 5: pvalor	3 vs 7: pvalor	3 vs 9: pvalor	5 vs 7: pvalor	5 vs 9: pvalor	7 vs 9: pvalor
MBI Total	1.0000	0.2593	0.0016	0.0003	0.0191	0.0000	0.0000	1.0000	0.3987	0.3987
NWI Total	0.0000	0.0008	0.0001	0.0152	0.3250	0.0504	0.0052	1.0000	1.0000	1.0000
NSS Total	0.0000	1.0000	1.0000	1.0000	0.0001	0.0000	0.0000	1.0000	1.0000	0.8612
GC Total	0.3186	0.7645	0.2293	0.2397	0.0060	0.0001	0.0002	1.0000	1.0000	1.0000

*Medicina Interna (1); Cardiología (3); Neumología (5); Cirugía (7); Urología/ ORL (9); Pvalor: Significación estadística *Se llevaron a cabo comparaciones post-hoc mediante el test de Dunn aplicando corrección de Bonferroni, encontrándose diferencias estadísticamente significativas dos a dos.*

Tabla 19: Preguntas con significación estadística en cada escala (IBM, NWI, NSS y GC) por unidades

	Medicina Interna	Cardiología	Neumología	Cirugía	Urología/ ORL	Kruskal-Wallis	Pvalor
Escala Nursing Stress Scale (NSS)							
NSS1 "Interrupciones frecuentes en la realización de sus tareas"	3(1)	3(0)	2.5(1)	2(1)	3(1)	26.454	0.0001
NSS2 "Recibir críticas de un médico"	1(1)	1(0.5)	0(1)	1(1)	1(1)	19.951	0.0005
NSS4 "Sentirse imponente en el caso de un paciente que no mejora"	1(1)	2(1)	1(1)	1(1)	1(2)	26.298	0.0001
NSS9 "Problemas con uno o varios médicos"	0(1)	0(1)	0(0)	0(1)	0(1)	17.531	0.0015
NSS10 "Miedo a cometer un error en los cuidados de enfermería de un paciente"	1(1)	1(1)	1(1)	1(1)	1(0)	26.131	0.0001
NSS17 "Recibir información insuficiente del médico acerca del estado clínico de un paciente"	1(0)	2(1)	2(1)	2(1)	1(1)	21.115	0.0003
NSS20 "Pasar temporalmente a otros servicios con falta de personal"	1(1)	1(2)	1(2)	1(1)	0(1)	48.860	0.0001

NSS22" Dificultad para trabajar con uno o varios compañeros de otros servicios"	0(1)	1(1)	0(1)	1(1)	1(1)	0(1)	41.202	0.0001
NSS25" Personal y turno imprevisible"	1(0)	2(2)	1(1)	1(1)	1(1)	1(1)	28.036	0.0001
NSS26" El médico prescribe un tratamiento que parece inapropiado para el paciente"	1(1)	1(1)	1(1)	1(1)	1(1)	0(1)	21.853	0.0002
NSS29" Dificultad para trabajar con uno o varios compañeros del servicio"	0(1)	1(1)	0(1)	1(1)	1(1)	0(1)	47.674	0.0001
NSS30" No tener tiempo suficiente para realizar todas mis tareas de enfermería"	2(1)	2(2)	2(1)	1(1)	1(1)	1(1)	19.691	0.0006
NSS31" El médico no está presente en una urgencia médica"	1(1)	1(1)	1(1)	1(1)	1(1)	1(1)	24.896	0.0001
NSS33" No saber bien el manejo y funcionamiento de un equipo especializado"	1(1)	1(1)	1(1)	1(0)	1(0)	1(0)	21.337	0.0003
NSS34" Falta de personal para cubrir adecuadamente el servicio"	1(1)	3(1)	2(2)	2(1)	1(1)	1(1)	51.254	0.0001
Maslach Burnout Inventory (MBI)								
MBI1" Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo"	4(3)	4(2)	3(3)	3(3)	2(3)	2(3)	40.089	0.0001
MBI2" Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío"	1(3)	2(3)	1(3)	1(2)	1(2)	1(2)	36.453	0.0001
MBI6" Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa"	2(3)	2(2)	1(3)	1(3)	1(3)	1(3)	19.406	0.0007
MBI8" Siento que mi trabajo me está desgastando"	4(4)	3(4)	2.5(4)	2(2)	2(2)	2(2)	39.199	0.0001
MBI12" Me siento con mucha energía en mi trabajo"	5(3)	3(2)	4(4)	5(3)	4(3)	4(3)	27.210	0.0001
MBI13" Me siento frustrado en mi trabajo"	1(3)	2(3)	1(3)	1(3)	1(2)	1(2)	17.658	0.0014
MBI16" Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa"	1(3)	2(2)	1(3)	1(2)	1(2)	1(3)	17.169	0.0018
MBI18" Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes"	5(2)	4(2)	5(3)	5(2)	5(3)	5(3)	20.849	0.0003
MBI19" Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo"	5(2)	3(3)	4(3)	5(3)	5(3)	5(3)	34.862	0.0001

<i>MBI20" Me siento como si estuviera al limite de mis posibilidades"</i>	2(4)	2(3)	2(2)	1(3)	2(2)	1(3)	1(3)	17.457	0.0016
<i>MBI21" Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada"</i>	3(3)	2(2)	3(4)	3(3)	3(4)	3(3)	3(3)	26.779	0.0001
<i>MBI22" Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas"</i>	1(3)	2(2)	1(2)	1(3)	1(2)	1(3)	1(2)	34.560	0.0001
Cuestionario G_Clinic (GC)									
<i>GC5" La relación con mis jefes/as es poco cordial"</i>	4(1)	4(2)	4(2)	4(2)	4(2)	4(2)	4(2)	16.545	0.0024
<i>GC6" Las relaciones con mis compañeros/as son poco cordiales"</i>	5(1)	4(2)	4(1)	4(2)	4(1)	4(2)	5(1)	21.377	0.0003
<i>GC7" En mi trabajo me encuentro muy poco satisfecho"</i>	3(1)	3(2)	4(1)	4(2)	4(1)	4(2)	4(2)	36.489	0.0001
<i>GC8" Generalmente, el reconocimiento que obtengo por mi trabajo es poco reconfortante"</i>	3(2)	2(2)	3(2)	3(2)	3(2)	3(2)	4(1)	27.121	0.0001
Nursing Work Index (PES-NWI)									
<i>NWI4" La Dirección escucha y da respuesta a los asuntos de sus enfermeras"</i>	2(1)	1(1)	2(2)	2(1)	2(2)	2(1)	2(1)	26.773	0.0001
<i>NWI5" El/la directora/a de enfermería es accesible y fácilmente "visible"</i>	2(1)	1(1)	1(2)	2(2)	1(2)	2(2)	2(1)	18.159	0.0011
<i>NWI7" Los gestores enfermeros consultan con las enfermeras los problemas y modos de hacer del día a día"</i>	3(2)	2(1)	2(1)	2(1)	2(1)	2(1)	2(2)	20.820	0.0003
<i>NWI8" Las enfermeras de plantilla tienen oportunidades para participar en las comisiones del centro, tales como comisión de investigación, de ética, de infecciones..."</i>	2.5(1)	2(1)	2(1)	2(1)	2(1)	2(1)	2(1.5)	20.519	0.0004
<i>NWI9" Los directivos enfermeros están al mismo nivel en poder y autoridad que el resto de los directivos del centro"</i>	2.5(1)	2(1)	2(2)	2(1)	2(2)	2(1)	1(1)	20.356	0.0004
<i>NWI10" Se usan los diagnósticos enfermeros"</i>	4(1)	3(1)	3(1)	3(1)	3(1)	3(1)	3(2)	17.994	0.0012

NWI11" Hay un programa activo de garantía y mejora calidad"	3.5(1)	2(1)	3(1)	3(1)	3(1)	3(1)	21.226	0.0003
NWI15" Hay una filosofía común de Enfermería, bien definida, que impregna el entorno en el que se cuida a los pacientes"	3(1)	2(1)	3(1)	3(1)	3(1)	3(1)	21.115	0.0003
NWI16" Existe un plan de cuidados estricto y actualizado para cada paciente"	3(1)	2(1)	2(1)	2(1)	2(1)	2.5(1)	21.942	0.0002
NWI25" Hay suficiente plantilla de empleados para realizar adecuadamente el trabajo"	2(1.5)	1(1)	2(2)	2(1)	2(1)	2(1)	29.853	0.0001
NWI26" Hay suficiente número de enfermeras diplomadas para proveer cuidados de calidad"	2(2)	2(1)	2(1)	2(1)	2(1)	2(1)	22.035	0.0002
NWI28" Hay tiempo suficiente y oportunidad para discutir los problemas de cuidados con las otras enfermeras"	2(1)	1.5(1)	2(1)	2(0)	2(1)	2(1)	21.212	0.0003
NWI29" Se realiza mucho trabajo en equipo entre médicos y enfermeras"	3(1)	2(2)	2(2)	2(2)	2(1)	2(1)	51.143	0.0001
NWI30" Entre los médicos y las enfermeras se dan buenas relaciones de trabajo"	3(1)	3(1)	3(0)	2(1)	2(1)	3(0)	45.814	0.0001
NWI31" La práctica entre enfermeras y médicas está basada en una colaboración apropiada"	3(1)	2(1)	2(1)	2(1)	2(1)	3(1)	54.034	0.0001

Los valores descriptivos que se muestran son Mediana (IQR). NSS: Nursing Stress Scale; NWI: Nursing Work Index; GC: G-Clinic; IBM: Maslach Burnout Inventory; Pvalor: Significación estadística.

Capítulo VI.

Discusión

VI. Discusión

VI.1. Describir el proceso de implantación del programa CCEC/BPSO® puesto en marcha por el HUVN aplicando el modelo KTA

Este trabajo describe de forma detallada el proceso de implantación de GPC en una institución sanitaria. La descripción puede servir de guía para aquellas instituciones que se planteen participar en futuras convocatorias del programa CCEC/BPSO®, ya que aporta una representación pormenorizada de todos los aspectos tenidos en cuenta a la hora de llevar a cabo la implantación.

El proceso de análisis de la situación y de la planificación estratégica llevados a cabo han resultado satisfactorios, al ser seleccionada esta institución para formar parte del programa CCEC/BPSO® en la cohorte 2015-2017. La metodología utilizada ha demostrado tener un impacto positivo, al igual que en las organizaciones sanitarias que lo están implantando (González et al., 2020).

Utilizar una metodología para la implantación de GPC ha ayudado a identificar una amplia gama de barreras y diseñar estrategias de apoyo adecuadas. Este proyecto se ha desarrollado atendiendo al contexto en el que se iba a ejecutar, a las características específicas de la población a la que se atendía, identificando las diferentes barreras y facilitadores que condicionan su utilización, y valorando los recursos disponibles a la hora de diseñar estrategias concretas que facilitasen su puesta en práctica, como sugiere la literatura consultada (Graham et al., 2006) (MacDermid & Graham, 2009) (Jordan et al., 2018) (Ortuño et al., 2020).

Pero no se tienen garantías de que, aun habiendo tenido en cuenta todos los factores críticos en el proceso de implantación, éste sea una medida global que facilita la transferencia del conocimiento a la práctica asistencial. Una revisión sistemática (Wolfenden et al., 2020) analizó los efectos de las estrategias puestas en marcha para mejorar la implantación de políticas, prácticas o programas relacionados con la promoción de la alimentación saludable, la actividad física y/o la prevención de la obesidad de los niños. Se examinó una variedad de estrategias que incluían reuniones y materiales educativos, auditorías y comentarios, líderes de opinión, pequeños incentivos o subvenciones, visitas de divulgación educativa o detalles académicos, recordatorios e intervenciones personalizadas. Sus hallazgos sugieren que las estrategias de apoyo a la implantación tienen efecto sobre los servicios y sobre el personal con un nivel de evidencia moderada. Sin embargo, no parecen tener una repercusión directa en resultados sobre la salud de la población, obteniendo un nivel de evidencia baja-moderada.

En otro estudio de revisión sistemática (Cahill et al., 2020), tampoco fue posible obtener una estimación confiable del efecto de estrategias sobre la adherencia de los profesionales sanitarios a la práctica basada en la evidencia, tras analizar las estrategias e implantación más efectivas para la rehabilitación de pacientes con un accidente cerebrovascular.

Un aspecto esencial para tener en cuenta a la hora de introducir cambios en la práctica sanitaria es el garantizar la sostenibilidad de este tipo de programas y mantener las mejoras a medio y largo plazo. Este trabajo plantea la sostenibilidad como una etapa más dentro del proceso de implantación y detalla las diferentes acciones puestas en marcha para garantizarla dentro de la institución. La literatura consultada refleja que apenas existen estudios que describan estrategias para ayudar a mantener las mejoras alcanzadas en salud en el tiempo (Fleiszer et al., 2016), aspecto que se aborda en este proyecto dada la necesidad de conocer qué estrategias de implantación son las más efectivas.

Para la evaluación del desarrollo del programa no se establece que las instituciones adheridas tengan que llegar a unos estándares mínimos prefijados con anterioridad, ya que el hecho de realizar una evaluación continua de la práctica asistencial diaria y el realizar una retroalimentación a las partes implicadas presupone una mejora asistencial. La evaluación basal realizada antes de la implantación de cada guía permitió comparar los resultados con la situación de partida y la monitorización de los indicadores orientará a la hora de introducir modificaciones.

Las limitaciones de este estudio podrían estar relacionadas con el hecho de no hacer un buen análisis del contexto para la adaptación de las guías a lo local, al estar éstas producidas en un contexto muy diferente al nuestro. Otro factor que puede limitar el éxito de este proyecto, y al que hay que prestar especial atención, es la valoración del clima laboral previo, ya que un clima laboral negativo puede impedir el progreso en la implantación. Otro elemento que puede coartar la continuidad de este tipo de proyectos son los cambios en la dirección de los centros o en las políticas institucionales de la CCAA. De cara a garantizar la sostenibilidad del programa es necesario planificar desde el inicio acciones concretas como las que se describen en el apartado sobre sostenibilidad.

La mayor parte de estudios sobre la traslación del conocimiento a la práctica clínica se han focalizado en el estudio de los factores que intervienen en la utilización de la investigación (Graham et al., 2006) (MacDermid & Graham, 2009) (Khalil, 2017) (Jordan et al., 2018) (Porrit et al., 2020). En aquellos factores, de los individuos, de las organizaciones y de las innovaciones que influyen en el proceso, y en menor medida, en el estudio de las estrategias de intervención para favorecer el uso de la investigación (Wolfenden et al., 2020) (Ortuño et al., 2020) (Cahill et al., 2020). Este trabajo se suma al conjunto de estudios de intervención que abordan la mejora y el mantenimiento de programas de prácticas basadas en la evidencia en enfermería, y en los servicios de salud en general.

VI.2. Nivel de adherencia de los profesionales a las recomendaciones de la guía de RNAO® “Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión”

Se pretendía analizar el éxito del programa CCEC/BPSO® revisando el nivel de adherencia de los profesionales a las recomendaciones de la guía de la RNAO® “Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión”, en función del tipo de unidad de hospitalización dónde se apliquen esas buenas prácticas, para constatar el impacto del proceso de implantación.

Los resultados, de la monitorización de cuatro años, indican que se redujo la prevalencia de este tipo de lesiones (8,4%) en este centro hospitalario. Resultados acordes con los reportados por un estudio multicéntrico de cuatro hospitales pertenecientes al programa CCEC/BPSO® donde se redujo un 5,5% (Lorente-Granados et al., 2020).

Este proceso de implantación no ha incidido por igual en toda la institución. Se observó que los profesionales se han adherido de forma heterogénea a determinadas buenas prácticas. Fue el caso de dos recomendaciones de buenas prácticas sobre la valoración del nivel de riesgo en las 24 horas del ingreso del paciente y sobre la utilización de superficies de aire, que han ido aumentando durante los años analizados. El adherirse a unas determinadas recomendaciones y no a otras ha sido objeto de estudio (Moya et al., 2018) (Chaboyer et al., 2017) (Latimer et al., 2016), llegando a resultados y conclusiones distintas. Una investigación nacional (Moya et al., 2018) concluyó que la intervención de enfermería sobre prevención tuvo un impacto positivo en la prevalencia de lesiones de categoría 3 y 4 y sobre el registro del riesgo al ingreso del 87,7%.

Otro trabajo realizado en hospitales suecos obtuvo una prevalencia del 14,9% aplicando como intervenciones clave la valoración del riesgo y la utilización de superficies para el manejo de presión (Gunningberg et al., 2011). Sin embargo, otros estudios que evaluaban el cumplimiento de las pautas de prevención concluyeron que los pacientes no estaban recibiendo estrategias de prevención de manera constante durante su estancia en el hospital (Chaboyer et al., 2017) (Latimer et al., 2016). Por lo que se debe seguir trabajando para que los profesionales integren aquellas recomendaciones no consolidadas, como por ejemplo la revaloración del riesgo.

La evaluación del riesgo mediante una escala clinimétrica es una práctica asentada. Estudios recientes han cuestionado su efecto, utilizando la escala Braden sobre la incidencia de LPP, en comparación con el entrenamiento y la evaluación de riesgos utilizando el juicio clínico (Moore & Patton, 2019). Otros estudios concluyeron que el valor obtenido en la escala Braden junto con el cuidado de la piel fueron las intervenciones efectivas que demostraron reducciones significativas de LPP, actuando como predictores (Mallah et al., 2015) (Gadd & Morris, 2014).

Con relación a la frecuencia de aplicación de SEMP para pacientes con riesgo, nuestro estudio obtuvo un 60,8%, siendo superior al de otros estudios que oscilan entre el 29,7% y el 44% (Bredesen et al., 2015) (Gunningberg et al., 2011) (Chaboyer et al., 2017) (Latimer et al., 2016) (Stephen-Haynes, 2006).

En este sentido, estudios relacionados muestran que el grado de concienciación de los profesionales influye en el uso de esta medida concreta. Si se distingue por tipo de unidad de hospitalización, los porcentajes alcanzados de disponibilidad de superficies están por encima de los datos que aporta el 5ª Estudio Nacional de Prevalencia (Pancorbo-Hidalgo, 2019). Las unidades médicas obtienen porcentajes del 67,9% frente al 33,6% en superficies estáticas o 40,8% en superficies dinámicas, del estudio nacional; las quirúrgicas del 60,2% frente al 7,1% en superficies estáticas o 85,7% en superficies dinámicas, del mismo estudio y la UCI del 92,1% frente al 17,1% en superficies estáticas o 76,9% en superficies dinámicas.

La prevalencia de LPP sigue siendo un problema importante en la atención aguda. Los datos obtenidos durante estos 4 años reflejaron un descenso del 8,4%, aunque con una tendencia en ascenso en el último año, semejante al 8,7% obtenido por un estudio coetáneo nacional (Pancorbo-Hidalgo, 2019). Una investigación australiana que estudió los cambios de prevalencia durante 6 años consiguió una disminución del 7% en el porcentaje de pacientes con LPP (Smith et al., 2018). Otro trabajo obtuvo una reducción de la prevalencia del 12,6%, tras dos años de implantar un programa de prevención, y de un 2,6% seis años después de su inicio (Barker et al., 2013).

Algunos estudios sostienen que una mayor adherencia a las recomendaciones no siempre se traduce en una disminución en las cifras de prevalencia (Soban et al., 2011), ya que se debe analizar todo el proceso de atención de enfermería para buscar aquellas condiciones que favorecen o dificultan la implantación de las nuevas prácticas.

Las LPP producidas durante la estancia hospitalaria son elevadas y existe gran variación entre unidades, siendo más frecuentes en unidades quirúrgicas y en UCI. Las unidades médicas aun teniendo prevalencias más elevadas, debido a que ingresan muchos pacientes con este tipo de lesiones previas, tienen menos LPP nosocomiales con categorías más bajas. Al analizar situaciones como ésta algunos autores (Bredesen et al., 2015) advierten que las diferencias organizacionales de las unidades, dentro de un mismo centro sanitario, pueden influir en este tipo de situaciones y deben ser revisadas.

Se evidencia que los entornos donde se implantan las recomendaciones influyen en el éxito de la implantación, encontrándose diferentes niveles de adherencia a las buenas prácticas en función del tipo de unidad. Las unidades médicas y UCIs han incorporado las recomendaciones en mayor medida que las unidades quirúrgicas, pudiendo estar influido por estar más familiarizadas con el perfil de pacientes de riesgo. A estas mismas conclusiones apunta un estudio que analiza cómo el contexto en el que se realiza la atención sanitaria se relaciona con el grado de adherencia de los profesionales a las recomendaciones implantadas (Beeckman et al., 2013).

Otro factor para tener en cuenta es el tiempo que lleva cada unidad implantando las recomendaciones. Las unidades quirúrgicas han sido las últimas a reclutar y han estado menos tiempo trabajando con las recomendaciones, pudiendo influir esta situación en la adherencia de los profesionales a las nuevas prácticas de prevención. Por lo que es necesario continuar analizando la sostenibilidad de este proceso de implantación a lo largo de los años para lograr consolidar en toda la institución trabajar con este tipo de programas que reduzcan la variabilidad asistencial.

VI.3. Evolución de los indicadores de proceso y de resultados de la guía RNAO® “Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión”: basal, implantación y sostenibilidad

Este estudio viene a aportar evidencia sobre la efectividad de la implantación del programa CCEC/BPSO® para reducir las LPP producidas en un hospital de agudos en España.

Los resultados sugieren que la monitorización de la valoración del riesgo, su revaloración y el uso de superficies especiales para el manejo de presión, en un período de seis años, han sido prácticas habituales incorporadas por los profesionales de enfermería para prevenir las LPP de los pacientes. Por lo tanto, aplicar el programa CCEC/BPSO® que utiliza una metodología estructurada y alineada a la práctica basada en la evidencia consigue cambios en la práctica en un contexto clínico concreto de forma progresiva.

El porcentaje de pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y fueron identificados de riesgo (44%) fue menor al encontrado en el estudio realizado por Chaboyer (2017) en 4 hospitales de agudos (56.9%), pero mayor al que describe Lorente-Granados (2020) que, obtuvo un 33.6% de pacientes con riesgo de LPP en 4 centros del programa CCEC/BPSO®. En el caso del estudio de Chaboyer (2017) se trató de un ensayo clínico en el que se utilizó una muestra de pacientes de riesgo seleccionados con criterios más amplios (mayor de 18 años, estancia hospitalaria esperada mayor de 48 horas y presencia de movilidad reducida) que pudo propiciar un mayor número de pacientes de riesgo. El porcentaje alcanzado por Lorente-Granados (2020) puede estar relacionado con la inclusión de la población pediátrica en su muestra de estudio.

Las variables sociodemográficas de los pacientes como la edad y el sexo pueden ayudar a determinar el riesgo de sufrir una LPP. Al comparar la edad media en la población de estudio (63.61 años) y la de los pacientes incluidos (72.29 años), se observó un incremento de 8.68 años de media en aquellos pacientes identificados como pacientes de riesgo. Estos resultados son acordes al trabajo realizado por Kayser, VanGilder and Lachenbruch, (2019) que determinó que, por cada 10 años adicionales de edad, el riesgo de desarrollar LPP aumenta casi un 20% ($p < 0,001$). Con relación al sexo, este mismo estudio indica que los hombres tienen un 40% más de posibilidades de desarrollar LPP ($p < 0,001$), aspecto concordante con nuestro estudio al ser más elevado el porcentaje total de hombres (53.67%) de la muestra que el de mujeres (46.32%).

■ **Proceso de cuidados.**

La valoración del riesgo al ingreso, su revaloración y el uso de SEMP, se han ido incrementando durante los años analizados, hasta alcanzar diferencias significativas en comparación con el periodo basal. En concreto, comparando el periodo basal (T0) con el período de sostenibilidad (T2), la valoración del riesgo se incrementó en más de un 25% (53.9% a 79.5%), la revaloración un 32% (4.9% a 37.5%) y el uso de superficies un 60% (19.6% a 79.7%). Al comparar los resultados con los obtenidos por Scovil et al. (2019), que implanta un programa de medidas preventivas a lo largo de 5 años, se observa un incremento mayor en la valoración del riesgo (48 puntos) que el obtenido en nuestro estudio (25 puntos). Esta situación puede estar justificada como refiere (López et al., 2017) por una falta de formación de los profesionales de las unidades incorporadas en el último período del proceso. Este escenario se produjo en nuestra investigación, debido a que el proceso de reclutamiento de nuevas unidades y profesionales se realizó de forma progresiva hasta finalizar el período de implantación.

En nuestro estudio, además de la utilización de las dos herramientas validadas, se utilizó el juicio clínico para determinar la inclusión de los pacientes en la muestra del estudio. Entendemos que es una fortaleza, y como concluye (Moore & Patton, 2019) el uso de herramientas de evaluación del riesgo de LPP estructuradas y sistemáticas no reducen por sí solo la incidencia de estas lesiones, siendo necesario apoyarse en el juicio clínico.

La revaloración del riesgo de LPP con regularidad para identificar cambios en la situación del paciente es una recomendación avalada internacionalmente. Si bien, la frecuencia óptima de esa revaloración, no se ha establecido en la literatura (Kottner et al., 2019). Estudios como el de Lorente-Granados (2020) aportaron porcentajes de cumplimiento de revaloración del riesgo mientras que otros los integran en la valoración del riesgo (Scovil et al., 2019; Smith et al., 2018), sin posibilidad de compararlos. En este trabajo se partió de porcentajes muy bajos de revaloración del riesgo (4.9%) que se han incrementado hasta el 37.5%, acercándose al alcanzado por Lorente-Granados (2020) 42.1%, que no describe datos basales.

Las últimas recomendaciones de buenas prácticas aplican unos criterios amplios para la revaloración del riesgo y la dejan a juicio del profesional, sin establecer una frecuencia mínima para la revaloración (Kottner et al., 2019; RNAO, 2011). Por lo que estamos de acuerdo con los estudios de (Scovil et al., 2019; Smith et al., 2018) que insisten en la necesidad de la formación de los profesionales en aspectos concretos de la valoración integral del riesgo y en la identificación de los factores clave en los cambios de situación de salud del paciente. Sin embargo, hay evidencia que la formación como única estrategia no garantiza que se reduzca la incidencia de LPP ni que mejore la prevención. Siendo necesarias estrategias de intervención multimodales como la realización de auditorías y el feedback de resultados (Porter-Armstrong et al, 2018).

El factor de riesgo intrínseco más importante a la hora de aplicar medidas preventivas es la inmovilidad. Siendo necesarias medidas específicas a aplicar como los cambios posturales, las movilizaciones tempranas y el uso de superficies de apoyo que reduzcan la presión en zonas de riesgo (Kottner et al., 2019; RNAO, 2011). Esta investigación analizó una medida concreta, como es la frecuencia de aplicación de SEMP en los pacientes de riesgo, obteniéndose mejoras significativas durante el período de estudio (19.6% - 79.7%). Estas cifras son superiores a las de otros estudios que llegan a cifras máximas del 68% (Chaboyer et al., 2017; Latimer et al., 2016; Lorente-Granados et al., 2020; Scovil et al., 2019). Sin bien, alguno de los estudios consultados monitoriza otras medidas preventivas, además de la aplicación de SEMP (Chaboyer et al., 2017; Latimer et al., 2016; Scovil et al., 2019).

■ **Resultados en salud.**

En relación con la presencia de LPP, este estudio ha encontrado un aumento desde el periodo basal (T0) hasta el periodo de implantación (T1) y de sostenibilidad (T2) (1.5%, 8.3% y 7.8%). No obstante, la inclusión de pacientes fue progresiva desde 389 en el período T0 hasta 3816 en T1 y 2172 en T2. Estos resultados apoyan la efectividad del programa, ya que el aumento de la capacitación del personal ha provocado un aumento en su sensibilización para el registro, cuestión que diferentes estudios identificaban como una barrera principal (Crunden, et al., 2022). Cuando se incluyeron más

pacientes en la fase T1 y T2, la prevalencia de LPP (8.3% y 7.8%) se aproximó a la prevalencia nacional que se sitúa en un 8.7% (Pancorbo-Hidalgo et al., 2019).

Además de intervenir en la capacitación del personal para aplicar prácticas basadas en la evidencia, Padula et al., (2016) propone que se debe intervenir en el liderazgo del hospital, fomentando la participación en programas de mejora de la calidad. Es una de las metas que pretende conseguir el programa CCEC/BPSO®, por estar basado en un ciclo de mejora continua y querer impactar en el liderazgo de las enfermeras a nivel institucional. Aun así, puede resultar difícil medir el impacto directo de la capacitación del personal en los resultados clínicos conseguidos en los pacientes, como concluye la revisión sistemática realizada por (Wu et al., 2018).

Es posible que aún no haya pasado el tiempo suficiente para que la incorporación de estas recomendaciones preventivas consiga una reducción objetiva de estas lesiones, siendo necesario continuar monitorizando durante un período largo de tiempo para que se consoliden (Fleischer et al., 2016).

Aunque nuestro objetivo principal no fue reducir la presencia de LPP, es viable que, aplicando medidas para mejorar la organización de las unidades, además de las aplicadas a los pacientes, se podría conseguir. Concordamos con (Bredesen et al., 2015) que resalta la necesidad de estudiar los efectos que tienen los factores organizacionales sobre las probabilidades de desarrollar LPP además de los factores de riesgo del paciente.

VI.4. Describir y comparar entre años y unidades el entorno de práctica clínica en el que se ha desarrollado el programa

Uno de los propósitos planteados por esta investigación fue describir el entorno laboral en el que se llevó a cabo la implantación del programa CCEC/BPSO®. Para ello se han monitorizado a enfermeras y TCAEs que participaron en este programa después de concluir la fase de implantación durante un periodo de 3 años (2017-2019). Durante este período se valoraron aspectos prioritarios del entorno laboral como son el nivel de estrés, la satisfacción, el desgaste emocional y el ambiente laboral de una muestra de profesionales.

La muestra analizada es una muestra homogénea en la que están representadas unidades médicas y unidades quirúrgicas en la misma proporción. La feminización que caracteriza a la profesión de enfermería también está presente en este estudio (Rey, 2020). El perfil de los profesionales entrevistados refleja esa realidad con un 88.29% de mujeres en la muestra y una madurez profesional, demostrada por la media de edad elevada y una dilatada experiencia profesional. Evidenciándose un porcentaje elevado de profesionales sin contrato fijo, que permanecen en situación de interinidad o de eventualidad durante muchos años de vida laboral. Algunos autores argumentan que, debido a esta situación de feminización de la profesión, se producen dificultades para la gestión de los recursos humanos del personal de enfermería, en aspectos de contratación y retención, generando en los países avanzados déficits de profesionales que se agravarán en los próximos años (Següel et al., 2015).

Las cuestiones relacionadas con la feminización y con el género pueden explicar los resultados obtenidos con relación al bajo nivel académico y a la acreditación profesional. El porcentaje de enfermeras que han desarrollado estudios tipo máster (2.7%) o de doctorado (0.18%) es muy bajo. Un tercio de los profesionales con opción a la acreditación profesional no tenían intención de hacerla.

Se evidencia que la mayoría de las profesionales de enfermería mujeres, terminando su jornada laboral, continúan con las labores en el hogar y el cuidado de hijos que aumenta la sobrecarga de trabajo. Desde este punto de vista, están obligadas a conciliar estos dos espacios, lo doméstico y lo público, bajo condiciones de mayor sobrecarga que los profesionales de enfermería hombres, situación que le repercute en negativo a nivel académico y de acreditación profesional. Por lo que se debe prestar atención a esta situación, ya que los roles que deben cumplir las mujeres en el ambiente laboral y en la vida les pueden provocar desgaste, frustración y síndromes patológicos físicos y psíquicos, en mayor medida (Següel et al., 2015). No debemos olvidar que el programa CCEC/BPSO[®], siendo consciente de estas cuestiones relacionadas con la feminización de la profesión, ha sido concebido como una estrategia para generar cambios y mejoras en la percepción del entorno laboral actual, y lograr un mayor desarrollo académico, promoviendo la investigación de las enfermeras y generando un movimiento social a gran escala que pueda cambiar la situación (Grinspun, 2020).

Podemos afirmar que los profesionales de enfermería del HUVN, tras la finalización de la implantación del programa, se sienten satisfechos (69.55%) y valoran el ambiente laboral como adecuado (61.36%). Si bien, el porcentaje de profesionales que están estresados (42.34%), que tienen desgaste emocional (43.78%) y que se plantean dejar este trabajo (46.67%) es relevante como para plantearse medidas correctoras futuras. Un estudio que recopiló datos de 1351 enfermeras, en 5 hospitales, dónde se evaluó la asociación entre el ambiente de trabajo y la insatisfacción laboral, el desgaste emocional y la intención de abandonar el trabajo. Concluyó que el entorno laboral es una característica importante que contribuye a la retención de los profesionales, siendo necesario desarrollar acciones coordinadas respecto a la formulación de políticas sanitaria que aborden la gestión de los recursos humanos que eviten el éxodo de los profesionales (Nantsupawat et al., 2017).

No disponemos de datos sobre entorno laboral previos a la implantación del programa CCEC/BPSO[®] con los que poder comparar la situación anteriormente descrita y valorar los posibles cambios producidos. Por tanto, no podemos saber si el programa ha influido en la mejora del entorno laboral durante estos años.

Los valores medios alcanzados con relación a la satisfacción, desgaste emocional y ambiente laboral, medidos con escala numérica de 0 a 10, reflejaron unas cifras moderadas 6.66, 5.3 y 6.63, respectivamente. Es necesario seguir monitorizando estas variables para identificar límites críticos en alguna de ellas y poder notificar a los responsables de la institución para aplicar medidas correctoras. Como ocurre con el desgaste emocional que se asocia con un empeoramiento de la seguridad y la calidad de la atención, con una disminución de la satisfacción del paciente y con una disminución en el compromiso organizacional y en la productividad de los profesionales de enfermería. Demostrándose que cuando las enfermeras manifestaban niveles altos de desgaste, tenían más probabilidades

de obtener puntuaciones más bajas en términos de seguridad del paciente y calidad de la atención en sus unidades, independientemente de sus características demográficas o condiciones de trabajo (Jun et al., 2021).

Revisando las puntuaciones medias de los cuestionarios NSS (41.78), NWI (76.76), GC (31.9) e MBI (60.95). Observamos que los profesionales de enfermería del HUVN no están estresados, ya que el rango de puntuación va desde 0 a 102 puntos, lo que supone asignar un mayor nivel de estrés a puntuaciones altas, no siendo ésta la situación descrita. En el caso del ambiente laboral, para alcanzar el valor máximo de puntuación (140 puntos) que corresponde con una mejor percepción del ambiente laboral, los valores obtenidos reflejaron una amplia posibilidad para la mejora. El nivel de satisfacción de los profesionales se encuentra casi dos puntos por encima del punto de corte establecido en 30 puntos. Lo que significa que, si bien no es significativo, se debe tener en cuenta al estar relacionada con el resto de las variables que se han monitorizado para evaluar el entorno laboral. Los valores obtenidos en el MBI se situaron en el rango de puntuación media. No podemos olvidar que estos resultados se corresponden con un corte transversal, siendo relevante poder recopilar datos longitudinales para garantizar que el desgaste emocional y sus consecuencias se aborden por completo con el tiempo.

A la hora de interpretar los resultados del análisis realizado a los cuestionarios (NSS, NWI, GC y MBI) teniendo como variable el tiempo. El único instrumento que experimentó cambios significativos en el período 2017-2019 fue el Inventario de Burnout de Maslach (MBI), evidenciándose un incremento en el puntaje sin variación en el rango de puntuaciones medias del instrumento. Lo que significa que hubo cambios en las características principales del burnout, descritas como cansancio y desgaste emocional vivido como pérdida de energía, despersonalización en la relación con los clientes, con actitudes de agresividad, impaciencia, cinismo, e intolerancia y pérdida del sentimiento de competencia profesional en los profesionales a lo largo de este período (Maslach, 1981).

Los resultados obtenidos con significación estadística identificaron 9 ítems (1, 2, 3, 5, 8, 10, 11, 13, 20) que han sufrido cambios en el tiempo. De los cuales, 6 ítems (1, 2, 3, 8, 13, 20) se corresponden con la subescala de agotamiento emocional, 3 ítems (5, 10, 11) con la subescala de despersonalización, no viéndose alterada la subescala de realización personal. En las dos primeras subescalas, las puntuaciones altas corresponden a fuertes sentimientos de estar “quemado”. A la misma conclusión llegó la revisión sistemática de Jun et al. (2021) que examinó el agotamiento entre las enfermeras que trabajaban en hospitales como una variable independiente, encontrando que el agotamiento emocional fue la subescala más estudiada, mientras que la despersonalización y el logro profesional se examinaron menos. Esta revisión avanza que el desgaste podría potencialmente predecir la seguridad del paciente y la calidad de la atención mejor que las características demográficas u organizativas, pero la evidencia para tal conclusión es limitada.

Una revisión integradora de la literatura, realizada por de Oliveira (2019) sobre las intervenciones preventivas aplicadas para el burnout que han resultado más efectivas, destaca los programas grupales de entrenamiento de la resiliencia, a través del entrenamiento en habilidades de afronta-

miento y las técnicas de control del estrés, al existir una relación directa entre estrés y agotamiento. Esta situación puede explicar las diferencias significativas encontradas en 2 ítems (4, 10) de los 34 ítems que tiene la escala NSS, no siendo concluyentes a la hora de identificar cambios en el comportamiento de los profesionales con relación al estrés percibido, y que pueden ser síntoma de desgaste emocional.

Al comparar los instrumentos utilizados (NSS, NWI, GC y MBI) con la variable unidad las diferencias son significativas para todas las escalas. En las unidades del área quirúrgica (urología/orl y cirugía general) la percepción de los profesionales sobre el desgaste emocional y el estrés mejora con relación al valor medio.

Cardiología destaca al presentar mejor valoración de la escala de satisfacción (GC) con 29 puntos y a la vez tener puntuación elevadas en la escala de estrés (NSS) con 49 puntos y una valoración baja del ambiente laboral (NWI) con 70 puntos. Por lo que es necesario identificar los estresores laborales que influyen en esta unidad y abordarlos, observándose en este caso una relación entre mayor estrés y mayor satisfacción que no se da entre otras unidades. Estudios realizados sobre el tema, no han encontrado relación entre la satisfacción y la exposición a estresores laborales y concluyen que el personal de enfermería identifica como causas principales de estrés laboral, aquellos factores relacionados con el sufrimiento del paciente, la muerte y la sobrecarga de trabajo. Siendo las enfermeras las que están expuestas de forma significativa a un mayor nivel de estresores laborales que las TCAE. Además de identificarse la juventud y la inseguridad en el puesto de trabajo como factores que aumentan la exposición a estresores laborales (Simón García, 2015).

Medicina Interna presenta valores más elevados que el resto de las unidades con respecto a MBI y NWI. Perciben un ambiente laboral mejor que otras unidades y sin embargo tienen mayor desgaste emocional. Esta situación puede estar propiciada por características adversas de esta unidad como es la alta carga de trabajo debido al nivel de dependencia que tienen los pacientes ingresados, los bajos niveles de personal en los fines de semana y por la sensación de poco control sobre su trabajo y la poca libertad de decisión que tienen los profesionales. Si bien, la percepción del ambiente de trabajo es buena debido a las buenas relaciones personales que hay en la unidad y el liderazgo que ejerce el cargo intermedio. Al consultar trabajos que examinaron las asociaciones entre el agotamiento y los entornos de práctica identificaron 91 estudios, en su mayoría estudios transversales que en los que se identificaron altas cargas de trabajo, incongruencia de valores, bajo control sobre el trabajo, baja libertad de decisión, un clima social con apoyo deficiente y bajas recompensas como predictores de agotamiento (Dall`Ora, 2020).

Ante los datos expuestos, es necesario revertir la situación de agotamiento de los profesionales y debe ser una prioridad para las instituciones ya que los resultados de esta situación repercuten directamente al paciente con una mala calidad de la atención, mala seguridad clínica, mayor número de eventos adversos y experiencias propias negativas (Zarei, 2016).

El interés por monitorizar el entorno laboral de las profesiones de enfermería participantes en la implantación del programa radica en saber si determinadas acciones específicas, llevadas a cabo

en estos años, dirigidas al empoderamiento de este colectivo para que asuman roles más activos en los asuntos hospitalarios, habían tenido algún efecto. Asumíamos que estas acciones aumentarían la satisfacción y mejorarían el entorno laboral de estos profesionales, ya que hay estudios que apuntan a ello (Al Sabei et al., 2020).

No podemos afirmar que gracias al programa CCEC/BPSO® el entorno laboral en esta institución haya mejorado. Sin embargo, gracias a estar trabajando en la línea de la PBE se ha identificado como prioritario saber en qué situación se encuentran los profesionales de enfermería en su práctica laboral. Esteban-Sepúlveda (2019) achaca a este programa la condición de poder actuar como motor de cambio en el comportamiento de los profesionales de enfermería, y podría ser considerado como un elemento clave para generar mejores resultados en salud, actuando tanto directamente sobre el paciente como indirectamente sobre el personal de enfermería.

Por tanto, para transformar los cuidados de enfermería y la prestación de los servicios de salud a nivel de las organizaciones sanitarias. Es necesario, además de trabajar con los profesionales para que cumplan con las PBE, mejorar esos entornos laborales en los que se aplican esas prácticas de cuidados. Mejorando las condiciones de trabajo y creando una cultura institucional que trabaje por la salud laboral de sus trabajadores.

Sería deseable que iniciativas del tipo del programa CCEC/BPSO® resultasen efectivas para mejorar estos temas. Para que, de esa forma, los gestores sanitarios se interesasen más por este tipo de programas por conseguir un triple impacto que repercuta en la forma en que trabajan las enfermeras aplicando evidencias, en la percepción que tienen éstas de los entornos de práctica y en los resultados de salud de los pacientes.

Para futuras investigaciones pretendemos enfocar los esfuerzos en identificar acciones que mejoren la satisfacción laboral de los profesionales. Es prioritario que los entornos laborales estén preparados previamente para que sean más flexibles y propicios para trabajar con este tipo de programas de forma continuada. La evidencia ha demostrado que los entornos que están abiertos a los cambios pueden tener más posibilidades de implantar y mantener nuevas prácticas de cuidados basados en la evidencia (Cassidy et al., 2021).

Capítulo VII. Limitaciones

VII. Limitaciones

1. Al tratarse de un diseño longitudinal retrospectivo, en dos de los componentes de diseño de estudio, basado en la cantidad de repeticiones de un fenómeno (la aplicación de las recomendaciones de buenas prácticas sobre prevención de LPP por las enfermeras) es observado (quedando registrado en la HC), existe una dependencia entre el número de veces que se repite el fenómeno y la unidad observada. Por lo que se convierte el número de repeticiones en el principal criterio de explicación del fenómeno que estamos estudiando, como es la efectividad del programa.
2. Al recoger la información a través de datos de las historias clínicas depende de la precisión de la documentación clínica y puede no reflejar en su totalidad la realidad de la práctica del cuidado llevando a una infraestimación de algunas variables.
3. El muestreo no fue aleatorio, pero al incluir a los pacientes con un calendario predefinido, después de cumplir los criterios de inclusión y un tamaño de la muestra elevado ayuda a reducir la presencia del error aleatorio debido al efecto de la muestra.
4. Otra limitación para tener en cuenta es el hecho de que este estudio analiza un tipo de lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia, como son las lesiones por presión, y deja fuera otros tipos de lesiones, por lo que no estamos describiendo la realidad global de la situación del hospital.
5. Otra dificultad fue el hecho de que la herramienta electrónica utilizada no disponía de un apartado específico en el que detallar la variable SEMP, lo que ha dificultado la recogida de este dato, pudiendo provocar también un infra registro.
6. No se ha analizado si la dotación de personal de enfermería influye en mejores resultados de prevención de LPP existiendo estudios que informan de esta asociación.
7. Es posible que no se haya evaluado alguna intervención preventiva más eficaz, dentro del conjunto de medidas monitorizadas, que pudiesen afectar a la efectividad de este programa, ya que se ha demostrado que son más efectivos programas de intervención múltiple que medidas aplicadas de forma aislada para prevenir las LPP.
8. Con relación a la muestra de profesionales, no se ha podido garantizar que fuese la misma durante todo el período de estudio (2017-2019). Si bien en estos años no ha habido grandes movimientos de plantilla en las unidades evaluadas, se han producido bajas que se han tenido que cubrir con profesionales de nueva incorporación.
9. Es posible que se haya producido un sesgo de selección a la hora de realizar la elección de unidades donde se obtuvo la muestra de profesionales. Fueron 5 unidades las que se seleccionaron de un total de 22 unidades en las que se implantó el programa, quedando 17 unidades sin representación.

10. Otro sesgo que se ha podido producir está relacionado con el procedimiento de encuesta, al no disponer de suficiente tiempo para completar las preguntas de la encuesta. Lo que ha producido que los participantes contesten a medias algunas preguntas, lo que no refleja con exactitud sus percepciones.
11. Otro sesgo del mismo tipo es utilizar a profesionales que se ven obligados a participar, aunque no quieran hacerlo y contestan sin interés. Estos profesionales suelen estar más desmotivados y estresados.
12. No se ha podido contar con datos basales de los profesionales sobre entorno laboral (NSS, MBI, GC, NWI) previo a la implantación del programa para poder comparar.

Capítulo VIII.

Prospectiva

VIII. Prospectiva

Este estudio se suma a lo aportado por otros trabajos que indagan sobre el impacto de programas de implantación de evidencia, en el ámbito de los cuidados de enfermería, para la formulación de políticas de seguridad clínica y de calidad asistencial en las organizaciones sanitarias (Gaspar et al., 2019; Ruzafa-Martínez et al., 2021), y requiere continuar investigando sobre cómo de sostenibles son estos programas dentro de las organizaciones a largo plazo. Por tal motivo, nuestra intención es continuar monitorizando los avances futuros en función de los resultados en salud de los pacientes y de los resultados con los profesionales.

Creemos necesario continuar analizando la influencia del contexto de práctica, de las características organizativas o de la falta de competencias sobre PBE para el éxito de programas de implantación de buenas prácticas de cuidados enfermeros. Sabemos que además de la formación estructurada de las enfermeras sobre PBE, se ha visto necesario crear entornos laborales con espacios específicos que la favorezcan, en los que se disponga de recursos y sin que resulte una sobrecarga para el profesional para poder mejorar la realidad actual. Nuestro propósito es realizar un estudio, desde un abordaje cualitativo, para explorar a través de las perspectivas vividas por las personas involucradas en el proceso de implantación de la guía. Identificar diferencias en la participación en la implantación según el rol o perfil del profesional y el grado de compromiso con el proceso de implantación e identificar qué aspectos se deben reforzar y cuáles han mejorado en esta institución, desde que se inició la implantación del programa.

Además de la puesta en marcha de un programa de implantación de guías de práctica clínica., se ha visto que existen variables sociodemográficas y de categorización de enfermeras como nivel de estudios (en la actualidad hay enfermeras y enfermeros diplomados, grados con diferentes especialidades, formación de posgrado, etc.), tipo de contrato, tiempo de antigüedad, entorno laboral, burnout, nivel de estrés, encontramos en la literatura que influyen en los resultados en salud de los pacientes y en el éxito de este tipo de programas de implantación de evidencia. Conocer todas estas variables y tenerlas controladas, nos ayudará a dar una respuesta más específica y adelantarnos a los problemas que puedan surgir con futuros proyectos de mejora que se puedan llevar a cabo en el centro.

Los resultados que se presentan en este trabajo de tesis han sido publicados en tres artículos científicos en diferentes revistas de impacto, como la revista Española de Salud Pública y la revista *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. En relación con las futuras investigaciones derivadas de esta línea de investigación pensamos que son susceptibles de ser publicadas en revistas de alto impacto como las anteriores al ser de un tema prioritario que recientemente ha despertado un gran interés en las organizaciones sanitarias y en la comunidad científica.

Esta tesis aborda la efectividad del programa CCEC/BPSO® monitorizando una de las guías que el HUVN ha implantado. Para futuras investigaciones se plantea realizar el mismo estudio de efecti-

vidad con el resto de las guías del proyecto de implantación global del centro (lactancia materna y valoración del riesgo suicida).

Durante los años 2018 y 2019, en el HUVN se ha implantado otra nueva guía que complementase a la guía de valoración del riesgo y prevención de LPP, denominada “Valoración y manejo de las lesiones por presión para equipos interprofesionales” (RNAO, 2016). Con resultados publicados recientemente en la revista *Metas de Enfermería* y que refuerzan el impacto que este programa está consiguiendo con relación a la mejora de la formación de los profesionales de enfermería y en la reducción de las LPP nosocomiales y de la variabilidad de la práctica clínica. Por lo que nuestra pretensión es seguir monitorizando la efectividad de este programa a largo plazo con la incorporación de nuevas guías.

En resumen, pretendemos que estos resultados puedan contribuir a una mejora en la calidad asistencial hospitalaria con mayor efectividad y eficiencia, a través de la implantación del programa CCEC/BPSO[®], contribuyendo así a la mejora de la calidad asistencial y a la seguridad clínica. Este tipo de programas pueden reducir los costes relacionados con reingresos, estancias prolongadas, lesiones por presión, infecciones nosocomiales, etc. Para futuras investigaciones se hace necesario realizar un análisis de costes.

Así como, seguir investigando sobre el impacto de este tipo de programas en la mejora de los entornos de práctica. No se ha podido demostrar con este estudio de tesis que este programa ayude a mejorar el entorno laboral, ya que los profesionales lo ven óptimo. Es la primera vez en el centro que se realiza este acercamiento a las percepciones de los profesionales sobre esta materia dentro del proceso de implantación del programa de implantación de GPC. Se ha visto necesario que este análisis se hubiese hecho previo a la implantación del programa. Para futuras investigaciones nos puede servir como situación de partida y correlacionar el entorno con el nivel de adherencia de los profesionales a las recomendaciones de las GPC.

Capítulo IX.

Conclusiones

IX. CONCLUSIONES

1. La implantación del programa CCEC/BPSO® ha aumentado la valoración de los pacientes con riesgo de presentar lesiones por presión, ha mejorado la aplicación de medidas de prevención y ha puesto en valor la necesidad de monitorizar el ambiente laboral de las instituciones que implantan este programa. Organizaciones que quieran apoyar este tipo de programas, conseguirán mejorar el nivel competencial de sus profesionales y fomentar el compromiso profesional por unos cuidados seguros y de calidad.
2. El modelo KTA de implantación del programa CCEC/BPSO® ha demostrado una buena efectividad en la adherencia a las recomendaciones de las unidades participantes. A la luz de los hallazgos de este trabajo de tesis, es razonable considerar que es necesario aplicar una metodología sistemática y rigurosa a la hora de aplicar cambios en la práctica clínica.
3. La implantación del programa CCEC/BPSO® en un hospital de agudos contribuye a una mayor identificación y seguimiento de los pacientes en riesgo de LPP, y a una mayor aplicación de medidas preventivas para evitar nuevas LPP, pero no de forma homogénea. Existen diferencias en el grado de adherencia de los profesionales a las recomendaciones en función del tipo de unidad dónde se aplican. Destacando unidades médicas y UCI con mayor nivel de valoración del riesgo, de utilización de superficies de gestión de la presión y mayor efectividad en la disminución de la prevalencia de LPP.
4. No se ha producido una disminución de las LPP durante los años de estudio, pero sí se han incrementado los registros, lo cual indica un aumento de la sensibilización de los profesionales. Sería recomendable una monitorización a largo plazo de este tipo de programas, para que las mejoras producidas en el proceso de cuidados repercutan en resultados de salud de los pacientes.
5. En relación con los años de implantación, se aprecian cambios en la percepción del entorno laboral de los profesionales de enfermería con respecto al burnout. Por unidades, cardiología presenta puntuaciones más positivas a la satisfacción en contraposición con los valores negativos relacionados con el estrés, el desgaste emocional y el entorno de práctica. Medicina interna es la unidad con mayor desgaste emocional, si bien tiene una valoración más positiva del entorno de práctica que el resto de las unidades.

Capítulo X. Bibliografía

X. BIBLIOGRAFÍA

- Adriaenssens, J., De Gucht, V., & Maes, S. (2015). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: a systematic review of 25 years of research. *International journal of nursing studies*, 52(2), 649–661. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.004>
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T., & Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *The Journal of nursing administration*, 38(5), 223–229. <https://doi.org/10.1097/01.NNA.0000312773.42352.d7>
- Al Sabei, S. D., Labrague, L. J., Miner Ross, A., Karkada, S., Albashayreh, A., Al Masroori, F., & Al Has-hmi, N. (2020). Nursing Work Environment, Turnover Intention, Job Burnout, and Quality of Care: The Moderating Role of Job Satisfaction. *Journal of nursing scholarship: an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 52(1), 95–104. <https://doi.org/10.1111/jnu.12528>
- Argimón, J. M., & Jiménez, J. (2019). *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. Elsevier España, (5a ed). Madrid, España.
- Asociación Americana de Enfermeras. Ambiente de Trabajo Saludable. (2018). Disponible en línea en: <https://www.nursingworld.org/practice-policy/work-environment/> (Consultado el 29 de diciembre de 2022)
- Baatiema, L., Otim, M. E., Mnatzaganian, G., de-Graft Aikins, A., Coombes, J., & Somerset, S. (2017). Health professionals' views on the barriers and enablers to evidence-based practice for acute stroke care: a systematic review. *Implementation science: IS*, 12(1), 74. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0599-3>
- Barker, A. L., Kamar, J., Tyndall, T. J., White, L., Hutchinson, A., Klopfer, N., & Weller, C. (2013). Implementation of pressure ulcer prevention best practice recommendations in acute care: an observational study. *International wound journal*, 10(3), 313–320. <https://doi.org/10.1111/j.1742-481X.2012.00979.x>
- Beeckman, D., Clays, E., Van Hecke, A., Vanderwee, K., Schoonhoven, L., & Verhaeghe, S. (2013). A multi-faceted tailored strategy to implement an electronic clinical decision support system for pressure ulcer prevention in nursing homes: a two-armed randomized controlled trial. *International journal of nursing studies*, 50(4), 475–486. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.09.007>
- Braden, B., & Bergstrom, N. (1994). Predictive validity of Braden scale for pressure sore risk in a nursing home population. *Research in Nursing & Health's*, 17(6), 459–470. <https://doi.org/10.1002/nur.4770170609>
- Bredesen, I. M., Bjørro, K., Gunningberg, L., & Hofoss, D. (2015). The prevalence, prevention and multilevel variance of pressure ulcers in Norwegian hospitals: a cross-sectional study. *International journal of nursing studies*, 52(1), 149–156. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.005>
- Cahill, L. S., Carey, L. M., Lannin, N. A., Turville, M., Neilson, C. L., Lynch, E. A., McKinstry, C. E., Han, J. X., & O'Connor, D. (2020). Implementation interventions to promote the uptake of

- evidence-based practices in stroke rehabilitation. *The Cochrane database of systematic reviews*, 10(10), CD012575. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012575.pub2>
- Cassidy, C. E., Flynn, R., & Shuman, C. J. (2021). Preparing Nursing Contexts for Evidence-Based Practice Implementation: ¿Where Should We Go From Here? *Worldviews on evidence-based nursing*, 18(2), 102–110. <https://doi.org/10.1111/wvn.12487>
- Chaboyer, W., Bucknall, T., Gillespie, B., Thalib, L., McInnes, E., Considine, J., Murray, E., Duffy, P., Tuck, M., & Harbeck, E. (2017). Adherence to evidence-based pressure injury prevention guidelines in routine clinical practice: a longitudinal study. *International wound journal*, 14(6), 1290–1298. <https://doi.org/10.1111/iwj.12798>
- Chuang, C. H., Tseng, P. C., Lin, C. Y., Lin, K. H., & Chen, Y. Y. (2016). Burnout in the intensive care unit professionals: A systematic review. *Medicine*, 95(50), e5629. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000005629>
- Clark, M., Semple, M. J., Ivins, N., Mahoney, K., & Harding, K. (2017). National audit of pressure ulcers and incontinence-associated dermatitis in hospitals across Wales: a cross-sectional study. *BMJ open*, 7(8), e015616. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015616>
- Codina Jiménez, A. (2011). DEFICIENCIAS EN EL USO DEL FODA CAUSAS Y SUGERENCIAS. *Revista Ciencias Estratégicas*, 19(25), 89-100. [Consultado: 2 de diciembre de 2022]. ISSN: 1794-8347. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=151322413006>
- Coster, S., Watkins, M., & Norman, I. J. (2018). What is the impact of professional nursing on patients' outcomes globally? An overview of research evidence. *International journal of nursing studies*, 78, 76–83. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.10.009>
- Crunden, EA., Schoonhoven, L., Coleman, SB., & Worsley, PR. (2022). Reporting of pressure ulcers and medical device related pressure ulcers in policy and practice: A narrative literature review. *Journal of tissue viability*, 31(1), 119–129. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2021.10.010>
- Dall'Ora, C., Ball, J., Reinius, M., & Griffiths, P. (2020). Burnout in nursing: a theoretical review. *Human resources for health*, 18(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00469-9>
- Dawes, M., et al. (2005) Declaración de Sicilia sobre la práctica basada en la evidencia. *Educación Médica BMC*, 5, 1.
- Delmore, B., Ayello, E. A., Smart, H., Tariq, G., & Sibbald, R. G. (2019). Survey Results from the Gulf Region: NPUAP Changes in Pressure Injury Terminology and Definitions. *Advances in skin & wound care*, 32(3), 131–138. <https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000553108.70752.f6>
- de Oliveira, S. M., de Alcantara Sousa, L. V., Vieira Gadelha, M. D. S., & do Nascimento, V. B. (2019). Prevention Actions of Burnout Syndrome in Nurses: An Integrating Literature Review. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, 15, 64–73. <https://doi.org/10.2174/1745017901915010064>
- Donabedian A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>
- Donabedian A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>

- Eccles, M., & Mittman, B.S. (2006). Welcome to Implementation Science. *Implementation Science*, 1, 1 - 1.
- Estabrooks, C.A. (1999) Modeling the individual determinants of research utilization. *Western Journal of Nursing Research*, 21, 758–772
- Esteban-Sepúlveda, S., Moreno-Casbas, M.T., Fuentelsaz-Gallego, C., & Ruzafa-Martínez, M. (2019). The nurse work environment in Spanish nurses following an economic recession: from 2009 to 2014. *Journal of nursing management*.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2019). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA. <https://www.epuap.org/pu-guidelines/>
- Fernández-de- Maya, J., & Richart-Martínez, M. (2012), “Variabilidad de la práctica clínica en enfermería, una revisión integradora.” *Acta Paulista de Enfermagem*, 25 (5), 809-816. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307026618014>
- Fleiszer, A. R., Semenic, S. E., Ritchie, J. A., Richer, M. C., & Denis, J. L. (2016). A unit-level perspective on the long-term sustainability of a nursing best practice guidelines program: An embedded multiple case study. *International journal of nursing studies*, 53, 204–218. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.09.004>
- Flodgren, G., O’Brien, M. A., Parmelli, E., & Grimshaw, J. M. (2019). Local opinion leaders: effects on professional practice and healthcare outcomes. *The Cochrane database of systematic reviews*, 6(6), CD000125. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000125.pub5>
- Forsetlund, L., Bjørndal, A., Rashidian, A., Jamtvedt, G., O’Brien, M. A., Wolf, F., Davis, D., Odgaard-Jensen, J., & Oxman, A. D. (2009). Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2009(2), CD003030. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003030.pub2>
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30: 159-165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Fuentelsaz-Gallego, C., Moreno-Casbas, M. T., & González-María, E. (2013). Validation of the Spanish version of the questionnaire Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *International journal of nursing studies*, 50(2), 274–280. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.08.001>
- Gadd, M. M., & Morris, S. M. (2014). Use of the Braden Scale for pressure ulcer risk assessment in a community hospital setting: the role of total score and individual subscale scores in triggering preventive interventions. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing: official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, 41(6), 535–538. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000066>
- García-García, J. A., López-Alvarenga, J. C., Jiménez-Ponce, F., Ramírez-Tapia, Y., Lino-Pérez, L., & Reding-Bernal, A. (2014). Metodología de la investigación, bioestadística y bioinformática en ciencias médicas y de la salud. 2ª Ed. Mc Graw Hill Education

- García-Molina, P., Balaguer-López, E., García-Fernández, F. P., Ferrera-Fernández, M., Blasco, J. M., & Verdú, J. (2018). Pressure ulcers' incidence, preventive measures, and risk factors in neonatal intensive care and intermediate care units. *International wound journal*, 15(4), 571–579. <https://doi.org/10.1111/iwj.12900>
- Gaspar, S., Peralta, M., Marques, A., Budri, A., & Gaspar de Matos, M. (2019). Effectiveness on hospital-acquired pressure ulcers prevention: a systematic review. *International wound journal*, 16(5), 1087–1102. <https://doi.org/10.1111/iwj.13147>
- Geerligs, L., Rankin, N. M., Shepherd, H. L., & Butow, P. (2018). Hospital-based interventions: a systematic review of staff-reported barriers and facilitators to implementation processes. *Implementation science: IS*, 13(1), 36. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0726-9>
- González-María, E., Moreno-Casbas, MT., Albornos-Muñoz, L., Grinspun, D. & Grupo de Trabajo del Programa de implantación de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®. (2020). Implantación de Guías de Buenas Prácticas en España a través del Programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®. *Enfermería Clínica*, 30(3), 136-44. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.09.018>.
- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W., & Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: time for a map. *The Journal of continuing education in the health professions*, 26(1), 13–24. <https://doi.org/10.1002/chp.47>
- Gray, M., & Giuliano, K. K. (2018). Incontinence-Associated Dermatitis, Characteristics and Relationship to Pressure Injury: A Multisite Epidemiologic Analysis. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing: official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, 45(1), 63–67. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000390>
- Gray-Toft, P., & Anderson, J.G. (1981). The Nursing Stress Scale: Development of an instrument. *Journal of Behavioral Assessment* 3, 11–23. <https://doi.org/10.1007/BF01321348>
- Grimshaw, J. M., Thomas, R. E., MacLennan, G., Fraser, C., Ramsay, C. R., Vale, L., Whitty, P., Eccles, M. P., Matowe, L., Shirran, L., Wensing, M., Dijkstra, R., & Donaldson, C. (2004). Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health technology assessment (Winchester, England)*, 8(6), iii–72. <https://doi.org/10.3310/hta8060>
- Grindrod, K. A., Patel, P., & Martin, J. E. (2006). What interventions should pharmacists employ to impact health practitioners' prescribing practices?. *The Annals of pharmacotherapy*, 40(9), 1546–1557. <https://doi.org/10.1345/aph.1G300>
- Grinspun D. Bajnok I. & Sigma Theta Tau International. (2018). *Transforming nursing through knowledge: best practices for guideline development implementation science & evaluation*. Sigma Theta Tau International.
- Grinspun, D., Wallace, K., Li, S. A., McNeill, S., & Squires, J. E. (2020). Leading change through social movement. *Registered Nurse Journal*, 32 (1),15. <https://rnao.ca/leading-change-toolkit>
- Grinspun, D., Wallace, K., Li, S. A., McNeill, S., Squires, J. E., Bujalance, J., D'Arpino, M., De Souza, G., Farshait, N., Gabbay, J., Graham, I. D., Hutchinson, A., Kinder, K., Laur, C., Mah, T., Moore, J. E., Plant, J., Ploquin, J., Ruitter, P., St-Germain, D., ... Zhao, J. (2022). Exploring social movement concepts and actions in a knowledge uptake and sustainability context:

- A concept analysis. *International journal of nursing sciences*, 9(4), 411–421. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2022.08.003>
- Grol R., Wensing M., Eccles M. (2013). *Improving Patient Care: The implementation of Change in Clinical Practice*. Elsevier; 2nd Edition. DOI:10.1002/9781118525975
- Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Actualización del Manual Metodológico [Internet]. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2016. [consultado: septiembre 2022]. Disponible en:https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/manual_gpc_completo.pdf
- Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS Nº 2006/01. [consultado 24/08/2022]. Disponible en: <http://portal.guiasalud.es/emanuales/elaboracion/index-02.html>
- Gunningberg, L., Stotts, N. A., & Idvall, E. (2011). Hospital-acquired pressure ulcers in two Swedish County Councils: cross-sectional data as the foundation for future quality improvement. *International wound journal*, 8(5), 465–473. <https://doi.org/10.1111/j.1742-481X.2011.00818.x>
- Hakkennes, S., & Dodd, K. (2008). Guideline implementation in allied health professions: a systematic review of the literature. *Quality & safety in health care*, 17(4), 296–300. <https://doi.org/10.1136/qshc.2007.023804>
- Handler, J., & Lackland, D. T. (2011). Translation of hypertension treatment guidelines into practice: a review of implementation. *Journal of the American Society of Hypertension: JASH*, 5(4), 197–207. <https://doi.org/10.1016/j.jash.2011.03.002>
- Hibbs P. (1988). The economics of pressure ulcer prevention. *Decubitus*, 1(3), 32–38.
- Huang, C., Ma, Y., Wang, C., Jiang, M., Yuet Foon, L., Lv, L., & Han, L. (2021). Predictive validity of the braden scale for pressure injury risk assessment in adults: A systematic review and meta-analysis. *Nursing open*, 8(5), 2194–2207. <https://doi.org/10.1002/nop2.792>
- Institute of Medicine (US) Committee on Clinical Practice Guidelines, Field, M. J., & Lohr, K. N. (Eds.). (1992). *Guidelines for Clinical Practice: From Development to Use*. National Academies Press (US).
- Ivers, N., Jamtvedt, G., Flottorp, S., Young, J. M., Odgaard-Jensen, J., French, S. D., O'Brien, M. A., Johansen, M., Grimshaw, J., & Oxman, A. D. (2012). Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *The Cochrane database of systematic reviews*, (6), CD000259. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000259.pub3>
- Jiang, Q., Li, X., Qu, X., Liu, Y., Zhang, L., Su, C., Guo, X., Chen, Y., Zhu, Y., Jia, J., Bo, S., Liu, L., Zhang, R., Xu, L., Wu, L., Wang, H., & Wang, J. (2014). The incidence, risk factors and characteristics of pressure ulcers in hospitalized patients in China. *International journal of clinical and experimental pathology*, 7(5), 2587–2594.

- Jordan, Z., Lockwood, C., Munn, Z., & Aromataris, E. (2018). Redeveloping the JBI Model of Evidence Based Healthcare. *International journal of evidence-based healthcare*, 16(4), 227–241. <https://doi.org/10.1097/XEB.000000000000139>
- Jun, J., Ojemeni, M. M., Kalamani, R., Tong, J., & Crecelius, M. L. (2021). Relationship between nurse burnout, patient and organizational outcomes: Systematic review. *International journal of nursing studies*, 119, 103933. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103933>
- Kayser, SA., VanGilder, CA., & Lachenbruch, C. (2019). Predictors of superficial and severe hospital-acquired pressure injuries: A cross-sectional study using the International Pressure Ulcer Prevalence™ survey. *International journal of nursing studies*, 89, 46–52. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.09.003>
- Khalil H. (2017). The triple C (consultation, collaboration and consolidation) model: a way forward to sustainability of evidence into practice. *International journal of evidence-based healthcare*, 15(2), 40–42. <https://doi.org/10.1097/XEB.000000000000110>
- Khamisa, N., Peltzer, K., & Oldenburg, B. (2013). Burnout in relation to specific contributing factors and health outcomes among nurses: a systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 10(6), 2214–2240. <https://doi.org/10.3390/ijer-ph10062214>
- Kieft, R. A., de Brouwer, B. B., Francke, A. L., & Delnoij, D. M. (2014). How nurses and their work environment affect patient experiences of the quality of care: a qualitative study. *BMC health services research*, 14, 249. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-249>
- Kitson, A., Harvey, G., & McCormack, B. (1998). Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework. *Quality in health care: QHC*, 7(3), 149–158. <https://doi.org/10.1136/qshc.7.3.149>
- Kottner, J., Cuddigan, J., Carville, K., Balzer, K., Berlowitz, D., Law, S., Litchford, M., Mitchell, P., Moore, Z., Pittman, J., Sigaudou-Roussel, D., Yee, C. Y., & Haesler, E. (2019). Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: The protocol for the second update of the international Clinical Practice Guideline 2019. *Journal of tissue viability*, 28(2), 51–58. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2019.01.001>
- Kramer, M., & Hafner, L. P. (1989). Shared values: impact on staff nurse job satisfaction and perceived productivity. *Nursing research*, 38 (3), 172–177.
- Lake E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Research in nursing & health*, 25(3), 176–188. <https://doi.org/10.1002/nur.10032>
- Lang, E. S., Wyer, P. C., & Haynes, R. B. (2007). Knowledge translation: closing the evidence-to-practice gap. *Annals of emergency medicine*, 49(3), 355–363. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2006.08.022>
- Latimer, S., Chaboyer, W., & Gillespie, B. (2016). Pressure injury prevention strategies in acute medical inpatients: an observational study. *Contemporary nurse*, 52(2-3), 326–340. <https://doi.org/10.1080/10376178.2016.1190657>
- Leal-Felipe, M., Arroyo-López, M., Robayna-Delgado, M., Gómez-Espejo, A., Perera-Díaz, P., Chiñea-Rodríguez, C.D., ...Jiménez-Sosa, A. (2018). Predictive ability of the EVARUCI scale

- and COMHON index for pressure injury risk in critically ill patients: A diagnostic accuracy study. *Australian critical care: official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 31(6), 355–361. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2017.11.003>
- Li, Z., Lin, F., Thalib, L., & Chaboyer, W. (2020). Global prevalence and incidence of pressure injuries in hospitalised adult patients: A systematic review and meta-analysis. *International journal of nursing studies*, 105, 103546. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103546>
- Likhterov, I., Tuttle, R. M., Haser, G. C., Su, H. K., Bergman, D., Alon, E. E., Bernet, V., Brett, E., Cobin, R., Dewey, E. H., Doherty, G., Dos Reis, L. L., Klopper, J., Lee, S. L., Lupo, M. A., Machac, J., Mechanick, J. I., Milas, M., Orloff, L., Randolph, G., ... Urken, M. L. (2016). Improving the adoption of thyroid cancer clinical practice guidelines. *The Laryngoscope*, 126(11), 2640–2645. <https://doi.org/10.1002/lary.25986>
- Lim, F. (2011). Por qué Florence Nightingale sigue siendo importante. *Enfermería 2011 Cuidados Críticos*, 6(3), 46-47.
- Lockwood C., Porritt K., McArthur A., & Munn Z. (2019). An introduction to evidence implementation. In: Porritt K, McArthur A, Lockwood C, Munn Z (Editors). *JBI Handbook for Evidence Implementation*. JBI. Available from: <https://implementationhandbook.joannabriggs.org>
- López López, R., Camps Herrero, C., Khosravi-Shahi, P., Guillem Porta, V., Carrato Mena, A., García-Foncillas, J., Cruz Hernández, J. J., Gascón Vilaplana, P., Antón Torres, A., Díaz-Rubio, E., Feyjoo Saus, M., & Aranda Aguilar, E. (2018). Oncologist's knowledge and implementation of guidelines for breakthrough cancer pain in Spain: CONOCE study. *Clinical & translational oncology: official publication of the Federation of Spanish Oncology Societies and of the National Cancer Institute of Mexico*, 20(5), 613–618. <https://doi.org/10.1007/s12094-017-1756-5>
- López, M., Jiménez, JM., Peña, I., Cao, MJ., Simarro, M., & Castro, MJ. (2017). Ongoing nursing training influence on the completion of electronic pressure ulcer records. *Nurse education today*, 52, 22–27. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.02.006>
- Lorente-Granados, M. G., Quiñoz-Gallardo, M. D., Teixiné-Martín, A., Arza-Alonso, N., Suarez, M. D., Arias-Arias, Á. J., et al. (2020). Implantación de la Guía de buenas prácticas en prevención de lesiones por presión: desarrollo, resultados y sostenibilidad. *Enfermería Clínica*, 30(3), 198–211. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.04.001>.
- MacDermid, J. C., & Graham, I. D. (2009). Knowledge translation: putting the “practice” in evidence-based practice. *Hand clinics*, 25(1), 125–viii. <https://doi.org/10.1016/j.hcl.2008.10.003>
- Maher, L., Gustafson, F., & Evans, A. (2010). NHS sustainability model and guide. London, UK: National Health Service Institute for Innovation and Improvement
- Mallah, Z., Nassar, N., & Kurdahi Badr, L. (2015). The effectiveness of a pressure ulcer intervention program on the prevalence of hospital acquired pressure ulcers: controlled before and after study. *Applied nursing research: ANR*, 28(2), 106–113. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2014.07.001>
- Maric, J., Childs, J.T., & Esterman, A.J. (2019). Barriers and facilitators to the implementation of clinical practice guidelines in sonography. *Sonography*, 6, 65 - 79.

- Martín Fernández, M., Martínez Lara, C., Barrientos Trigo, S., & Porcel Gálvez, AM. (2022). Uso del cuestionario g_Clinic para valorar satisfacción laboral en el personal de Enfermería de hospitales públicos. *Metas Enferm*, 25(7), 58-64. Doi: <https://doi.org/10.35667/Metas-Enf.2022.25.1003081973>
- Maslach C, Leiter M. (2016). Burnout. In: Fink G, editor. London, UK: Academic Press: 351-7 p.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *J. Organiz. Behav.*, 2: 99-113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Melnyk, B. M., Gallagher-Ford, L., Long, L. E., & Fineout-Overholt, E. (2014). The establishment of evidence-based practice competencies for practicing registered nurses and advanced practice nurses in real-world clinical settings: proficiencies to improve healthcare quality, reliability, patient outcomes, and costs. *Worldviews on evidence-based nursing*, 11(1), 5–15. <https://doi.org/10.1111/wvn.12021>
- Melnyk, B. M., Gallagher-Ford, L., Zellefrow, C., Tucker, S., Thomas, B., Sinnott, L. T., & Tan, A. (2018). The First U.S. Study on Nurses' Evidence-Based Practice Competencies Indicates Major Deficits That Threaten Healthcare Quality, Safety, and Patient Outcomes. *Worldviews on evidence-based nursing*, 15(1), 16–25. <https://doi.org/10.1111/wvn.12269>
- Melnyk, BM., & Fineout-Overholt, E. (2015). Making the case for evidence-based practice and cultivating a spirit of inquiry. *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice* (3rd ed., pp. 6-7). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
- Monsalve-Reyes, C. S., San Luis-Costas, C., Gómez-Urquiza, J. L., Albendín-García, L., Aguayo, R., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2018). Burnout syndrome and its prevalence in primary care nursing: a systematic review and meta-analysis. *BMC family practice*, 19(1), 59. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0748-z>
- Moore, Z. E., & Patton, D. (2019). Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers. *The Cochrane database of systematic reviews*, 1(1), CD006471. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006471.pub4>
- Morales, JM., Gonzalo, E., Martín, F., Morilla, JC., Terol, J., & Ruiz, C. (2003). Guías de práctica clínica: ¿Mejoran la efectividad de los cuidados? *Enfermería clínica*, 13, 41–7.
- Morris, Z. S., Wooding, S., & Grant, J. (2011). The answer is 17 years, what is the question: understanding time lags in translational research. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 104(12), 510–520. <https://doi.org/10.1258/jrsm.2011.110180>
- Moya-Suárez, A. B., Canca-Sánchez, J. C., Enríquez de Luna-Rodríguez, M., Aranda-Gallardo, M., & Morales-Asencio, J. M. (2018). Factors associated with variability in the prevention of pressure ulcers. *Journal of tissue viability*, 27(4), 211–216. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2018.10.006>
- Mulhall, A. (1995). Nursing research: what difference does it make? *Journal of advanced nursing*, 21(3), 576–583. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1995.tb02743.x>
- Murad, M. H. (2017). Clinical Practice Guidelines: A Primer on Development and Dissemination. *Mayo Clinic proceedings*, 92(3), 423–433. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2017.01.001>

- Nantsupawat, A., Kunaviktikul, W., Nantsupawat, R., Wichaikhum, O. A., Thienthong, H., & Poghosyan, L. (2017). Effects of nurse work environment on job dissatisfaction, burnout, intention to leave. *International nursing review*, 64(1), 91–98. <https://doi.org/10.1111/inr.12342>
- National Pressure Ulcer Advisory Panel. NPUAP announces a change in terminology from pressure ulcer to pressure injury and updates the stages of pressure injury. <https://www.npuap.org/national-pressure-ulcer-advisory-panel-npuap-announces-a-change-in-terminology-from-pressure-ulcer-to-pressure-injury-and-updates-the-stages-of-pressure-injury/>
- Nilsen, P. (2015). Making Sense of Implementation Theories, Models and Frameworks. *Implementation Science*, 10, 53. <http://dx.doi.org/10.1186/s13012-015-0242-0>
- Nursing Organizations Alliance. Elements of a Healthful Practice Environment. Available online at: <https://www.aonl.org/principles-and-elements-healthful-practicework-environment> (Consultado el 29 de diciembre de 2022)
- Ortuño-Soriano, I., Muñoz-Jiménez, D., Moreno-Casbas, T., Albornos-Muñoz, L., González-María, E., & en nombre del Grupo de Trabajo del Programa de implantación de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados® (2020). Evaluation of implementation strategies of the Best Practices Spotlight Organisations (BPSO) Project in Spain. *Enfermería clínica (English Edition)*, 30(3), 222–230. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.10.027>
- Padula, W. V., Mishra, M. K., Makic, M. B., & Sullivan, P. W. (2011). Improving the quality of pressure ulcer care with prevention: a cost-effectiveness analysis. *Medical care*, 49(4), 385–392. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31820292b3>
- Pancorbo Hidalgo, P. L., García Fernández, F. P., Pérez López, C., & Soldevilla Ágreda, J. J. (2019). Prevalencia de lesiones por presión y otras lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en población adulta en hospitales españoles: resultados del 5º Estudio Nacional de 2017. *Gerokomos: Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica*, 30 (2), 76-86.
- Pancorbo-Hidalgo, P. L., García-Fernández, F. P., Torra i Bou, J.-E., Verdú Soriano, J., & Soldevilla-Agreda, J. J. (2014). Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4.º Estudio Nacional de Prevalencia. *Gerokomos*, 25(4), 162–170.
- Pedro Gómez, J. D., Morales Asencio, J. M., Sesé Abad, A., Bennasar Veny, M., Pericàs Beltrán, J., & Artigues Vives, G. (2009). Validación y adaptación al español de la escala del entorno de práctica enfermera del Nursing Work Index. *Metas Enferm*, 65-73.
- Peiró, S., & Meneu, R. (1998). Variaciones en la práctica médica: implicaciones para la práctica clínica y la política sanitaria. *Gaceta Sanitaria*, 12(2), 55-58. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(98\)76445-3](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(98)76445-3)
- Pericas-Beltrán, J., González-Torrente, S., De Pedro-Gómez, J., Morales-Asencio, J. M., & Bennasar-Veny, M. (2014). Perception of Spanish primary healthcare nurses about evidence-based clinical practice: A qualitative study. *International Nursing Review*, 61(1), 90-98. <https://doi.org/10.1111/inr.12075>
- Pfadenhauer, L. M., Gerhardus, A., Mozygemba, K., Lysdahl, K. B., Booth, A., Hofmann, B., Wahlster, P., Polus, S., Burns, J., Brereton, L., & Rehfuess, E. (2017). Making sense of complexity in

- context and implementation: the Context and Implementation of Complex Interventions (CICI) framework. *Implementation science: IS*, 12(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0552-5>
- Pfadenhauer, L. M., Gerhardus, A., Mozygemba, K., Lysdahl, K. B., Booth, A., Hofmann, B., Wahlster, P., Polus, S., Burns, J., Brereton, L., & Rehfuess, E. (2017). Making sense of complexity in context and implementation: the Context and Implementation of Complex Interventions (CICI) framework. *Implementation science: IS*, 12(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0552-5>
- Porcel-Gálvez, A. M., Barrientos-Trigo, S., Bermúdez-García, S., Fernández-García, E., Bueno-Ferrán, M., & Badanta, B. (2020). The Nursing Stress Scale-Spanish Version: An Update to Its Psychometric Properties and Validation of a Short-form Version in Acute Care Hospital Settings. *International journal of environmental research and public health*, 17(22), 8456. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228456>
- Porcel-Gálvez, AM (IP). Validación de un modelo de asignación de recursos enfermeros, ajustados por niveles de dependencia en cuidados de pacientes hospitalizados evaluados con INICIARE, para la mejora de los Staff Outcomes y la reducción de eventos adversos, en el Sistema Sanitario Público Andaluz. Estudio multicéntrico Nursing_INICIARE_Patient (NIP 3.0). PI-0045-2016 2016. Fundación Progreso y Salud. Consejería de Salud. (2017-2020).
- Porcel-Gálvez, A.M., Martínez-Lara, C., Gil-García, E., & Grao-Cruces, A. (2014). Construcción y validación del cuestionario G_Clinic para medir la satisfacción laboral en profesionales de enfermería de las unidades de gestión clínica. *Revista Española de Salud Pública*, 88 (3), 419-428. <https://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272014000300011>
- Porritt, K., Mearthar, A., Lockwood, C., & Munn, Z. (2020). JBI Handbook for Evidence Implementation. 10.46658/JBIH-19-01. Available from: <https://implementationmanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMEI-20-01>
- Porter-Armstrong, A. P., Moore, Z. E., Bradbury, I., & McDonough, S. (2018). Education of health-care professionals for preventing pressure ulcers. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5(5), CD011620. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011620.pub2>
- Quiñoz-Gallardo, M. D., Rodríguez-Soberado, P., González-María, E., Albornos-Muñoz, L., Gutiérrez-Martínez, M. M., Harillo-Acevedo, D., Cutanda-Carrión, B., Del Rio-Martínez, P., Lozano-Díaz, D., Maestre-García, M. Á., Cabrera-Cabrera, M. Á., Gómez-Martín, I., & Pino-Morales, E. (2020). Nursing mothers satisfaction with the promotion of breastfeeding and professionals adherence to the recommendations. Multi-center study. *Revista española de salud pública*, 94, e202012152.
- Quiñoz-Gallardo, MD., Barrientos-Trigo, S., & Porcel-Gálvez, AM. (2021a). Effect of the guideline implementation “Risk assessment and prevention of pressure ulcers” of the Registered Nurses’Association of Ontario (RNAO). *Revista española de salud pública*, 95, e202109126.
- Quiñoz-Gallardo, MD., Gonzalo-Jiménez, E., Barrientos-Trillo, S., & Porcel-Gálvez, AM. (2021b). Implementation of the “Best Practice Spotlight Organization” Program at the Virgen de las Nieves University Hospital. *Revista Española de Salud Pública*, 95, e202110128.

- Ramos-Morcillo, A. J., Fernández-Salazar, S., Leal-Costa, C., & Ruzafa-Martinez, M. (2021). Evidence-based practice nurses' competency: Spanish national survey and establishment of a scale of the EBP-COQ-Prof©. *Journal of nursing management*, 29(4), 794–804. <https://doi.org/10.1111/jonm.13220>
- Real Academia de la Lengua Española, «Diccionario de la Lengua Española,» España, 2022.
- Rebbeck, T., Macedo, L. G., & Maher, C. G. (2013). Compliance with clinical guidelines for whiplash improved with a targeted implementation strategy: a prospective cohort study. *BMC health services research*, 13, 213. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-213>
- Registered Nurses Association of Ontario. (2018). Lactancia materna. Fomento y apoyo al inicio, la exclusividad y la continuación de la lactancia materna en recién nacidos, lactantes y niños pequeños. Guía de Buenas Prácticas Clínicas. Tercera edición. Toronto, Canadá: RNAO. [consultado 20 Mar2022]. https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/translations/BPG_Lactancia_Materna.pdf
- Registered Nurses' Association of Ontario [consultado 16 Nov 2022]. Disponible en: <https://rnao.ca/>
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2005). Recursos para el docente. Toronto, Canadá: Author. [consultado 10 Oct 2022]. Disponible en: <https://rnao.ca/bpg/resources/recursos-para-el-docente>
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2009). Valoración y cuidado de adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida. Guía de buenas prácticas en Enfermería. Toronto, Canadá: RNAO. [consultado 20 Mar2022]. https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2014_BPG_Suicidio_MAR2014.pdf
- Registered Nurses' Association of Ontario (2016). Valoración y manejo de las lesiones por presión para equipos interprofesionales. Guía de buenas prácticas en Enfermería. Toronto, Canadá: RNAO. [consultado 10 Oct2022]. https://www.bpsso.es/wp-content/uploads/2020/01/D0027_Manejo_LPP_2016_final_compressed.pdf
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2011). Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión. Guía de buenas prácticas en Enfermería. Toronto, Canadá: RNAO. [consultado 20 Mar2022]. https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/D0025_UlcerasPresion_spp_01052015.pdf
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2012). Toolkit: Implementation of best practice guidelines (2nd ed.). Toronto, Canadá: Author. [consultado 10 Oct 2022]. Disponible en: <https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Toolkit en15.pdf>
- Rey, Séverine. (2020). Mixité, trajectoires professionnelles et division sexuée du travail dans les équipes infirmières. *Soins*. 65. 40-42. 10.1016/S0038-0814(20)30084-0.
- Rice, W. R. (1989). Analyzing Tables of Statistical Tests. *Evolution*, 43(1), 223–225. <https://doi.org/10.2307/2409177>
- Rogers, E.M., Simon, & Schuster (2003). *Diffusion of Innovations*, 5th Edition.
- Ruzafa-Martinez, M., Harillo-Acevedo, D., & Ramos-Morcillo, A. J. (2021). Monitoring of the Implementation of a Breastfeeding Guideline for 6 Years: A Mixed-Methods Study Using an

- Interrupted Time Series Approach. *Journal of nursing scholarship: an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 53(3), 358–368. <https://doi.org/10.1111/jnu.12636>
- Rycroft-Malone, J., Kitson, A., Harvey, G., McCormack, B., Seers, K., Titchen, A., & Estabrooks, C. (2002). Ingredients for change: revisiting a conceptual framework. *Quality & safety in health care*, 11(2), 174–180. <https://doi.org/10.1136/qhc.11.2.174>
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ (Clinical research ed.)*, 312(7023), 71–72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- Sadeghi-Bazargani, H., Tabrizi, J. S., & Azami-Aghdash, S. (2014). Barriers to evidence-based medicine: a systematic review. *Journal of evaluation in clinical practice*, 20(6), 793–802. <https://doi.org/10.1111/jep.12222>
- Salvagioni, D. A. J., Melanda, F. N., Mesas, A. E., González, A. D., Gabani, F. L., & Andrade, S. M. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLoS one*, 12(10), e0185781. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185781>
- Saunders, H., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2016). The state of readiness for evidence-based practice among nurses: An integrative review. *International journal of nursing studies*, 56, 128–140. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.10.018>
- Scovil, CY., Delparte, JJ., Walia, S., Flett, HM., Guy, SD., Wallace, M... & Wolfe, DL. (2019). Implementation of Pressure Injury Prevention Best Practices Across 6 Canadian Rehabilitation Sites: Results from the Spinal Cord Injury Knowledge Mobilization Network. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 100(2), 327-335. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2018.07.444>
- Següel Palma, F., Valenzuela Süazo, S., & Sanhueza Alvarado, O. (2015). EL TRABAJO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA: REVISIÓN DE LA LITERATURA. *Ciencia y Enfermería*, 21(2), 11–20. <https://doi.org/10.4067/s0717-95532015000200002>
- Selanders, L.C., Crane, P.C. (2012). La voz de Florence Nightingale en la defensa. *Revista en línea de temas de enfermería*, 17(1).
- Shiffman, R. N., Dixon, J., Brandt, C., Essaihi, A., Hsiao, A., Michel, G., & O'Connell, R. (2005). The GuideLine Implementability Appraisal (GLIA): development of an instrument to identify obstacles to guideline implementation. *BMC medical informatics and decision making*, 5, 23. <https://doi.org/10.1186/1472-6947-5-23>
- Simón García, M. J., Blesa Malpica, A. L., Bermejo Pablos, C., Calvo Gutierrez, M. A., & Gómez De Enterría Pérez, C. (2015). Estresores laborales y satisfacción en la enfermería de una unidad de críticos [Job stressors and satisfaction in the nursing staff of a critical unit]. *Enfermería intensiva*, 16(1), 3–14. [https://doi.org/10.1016/s1130-2399\(05\)73380-0](https://doi.org/10.1016/s1130-2399(05)73380-0)
- Sinn, C. L., Tran, J., Pauley, T., & Hirdes, J. (2016). Predicting Adverse Outcomes After Discharge From Complex Continuing Care Hospital Settings to the Community. *Professional case management*, 21(3), 127–E4. <https://doi.org/10.1097/NCM.000000000000148>

- Smit, I., Harrison, L., Letzkus, L., & Quatrara, B. (2016). What Factors Are Associated With the Development of Pressure Ulcers in a Medical Intensive Care Unit? *Dimensions of critical care nursing: DCCN*, 35(1), 37–41. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000153>
- Smith, S. K., Ashby, S. E., Thomas, L., & Williams, F. (2018). Evaluation of a multifactorial approach to reduce the prevalence of pressure injuries in regional Australian acute inpatient care settings. *International wound journal*, 15(1), 95–105. <https://doi.org/10.1111/iwj.12840>
- Soban, L. M., Hempel, S., Munjas, B. A., Miles, J., & Rubenstein, L. V. (2011). Preventing pressure ulcers in hospitals: A systematic review of nurse-focused quality improvement interventions. *Joint Commission journal on quality and patient safety*, 37(6), 245–252. [https://doi.org/10.1016/s1553-7250\(11\)37032-8](https://doi.org/10.1016/s1553-7250(11)37032-8)
- Squires, J. E., Estabrooks, C. A., Gustavsson, P., & Wallin, L. (2011). Individual determinants of research utilization by nurses: a systematic review update. *Implementation science: IS*, 6, 1. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-1>
- Straus, S.E., Tetroe, J.M., & Graham, I.D. (2009). Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice.
- Sving, E., Högman, M., Mamhidir, A. G., & Gunningberg, L. (2016). Getting evidence-based pressure ulcer prevention into practice: a multi-faceted unit-tailored intervention in a hospital setting. *International wound journal*, 13(5), 645–654. <https://doi.org/10.1111/iwj.12337>
- Theeranut, A., Ninbanphot, S., & Limpawattana, P. (2021). Comparison of four pressure ulcer risk assessment tools in critically ill patients. *Nursing in critical care*, 26(1), 48–54. <https://doi.org/10.1111/nicc.12511>
- Warshawsky, N. E., & Havens, D. S. (2011). Global use of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Nursing research*, 60(1), 17–31. <https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e-3181ffa79c>
- Wennberg, J., & Gittelsohn (1973). Small area variations in health care delivery. *Science (New York, N.Y.)*, 182(4117), 1102–1108. <https://doi.org/10.1126/science.182.4117.1102>
- Wennberg, J., & Gittelsohn, A. (1982). Variations in medical care among small areas. *Scientific American*, 246(4), 120–134. <https://doi.org/10.1038/scientificamerican0482-120>
- WHO Regional Office for Europe. (2016). Lessons from transforming health services delivery: Compendium of initiatives in the WHO European Region. [Consultado 7/jun/2022]. Disponible en <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-services-delivery/publications/2016/lessons-from-transforming-health-services-delivery-compendium-of-initiatives-in-the-who-european-region-2016>
- Wolfenden, L., Barnes, C., Jones, J., Finch, M., Wyse, R. J., Kingsland, M., Tzelepis, F., Grady, A., Hoddler, R. K., Booth, D., & Yoong, S. L. (2020). Strategies to improve the implementation of healthy eating, physical activity and obesity prevention policies, practices or programmes within childcare services. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2(2), CD011779. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011779.pub3>

- Woo, T., Ho, R., Tang, A., & Tam, W. (2020). Global prevalence of burnout symptoms among nurses: A systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, 123, 9–20. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.12.015>
- World Health Organization. Regional Office for Europe. (2015). European strategic directions for strengthening nursing and midwifery towards Health 2020 goals. En World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Wu, Y., Brettell, A., Zhou, C., Ou, J., Wang, Y., & Wang, S. (2018). Do educational interventions aimed at nurses to support the implementation of evidence-based practice improve patient outcomes? A systematic review. *Nurse education today*, 70, 109–114. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.08.026>
- Zarei, E., Khakzad, N., Reniers, G.L., & Akbari, R. (2016). On the relationship between safety climate and occupational burnout in healthcare organizations. *Safety Science*, 89, 1-10.

X.I. Índice de tablas

Tabla 1. Manuales metodológicos 2009 y 2016. Diferencias en su estructura	35
Tabla 2. Teoría/Modelo/Marco de Implementación	37
Tabla 3. Clasificación de las lesiones por presión (NPUAP,2016)	51
Tabla 4. Descripción de variables, tipo y valores.....	71
Tabla 5. Estrategias puestas en marcha en la implantación del programa	90
Tabla 6. Indicadores de evaluación utilizados durante el proceso de implantación	92
Tabla 7. Evolución en la implantación de las medidas. Comparativa por años 2015-2018 de las variables de estudio	95
Tabla 8. Categorías de LPP en función de su procedencia (presentes en el momento del ingreso/desarrolladas durante el ingreso)	96
Tabla 9. Comparativa de cada variable en función del tipo de unidad (médica, quirúrgica y cuidados intensivos)	97
Tabla 10: Resultados demográficos de T0 (basal), T1 (implantación) y T2 (sostenibilidad)	98
Tabla 11: Resultados del proceso de cuidados y de resultados de salud, comparación entre los periodos T0 (basal) T1 (implantación) y T2 (sostenibilidad).....	99
Tabla 12: Distribución de profesionales de enfermería en función de las unidades.....	99
Tabla 13: Distribución de profesionales de enfermería encuestados por años	100
Tabla 14: Variables cuantitativas referidas a profesionales de enfermería	101
Tabla 15: Valores totales de la mediana del MBI, NMI, NSS y GC por años. Entre paréntesis se muestra el índice intercuartil (IQR).....	101
Tabla 16: Comparación de la mediana del MBI con respecto al período de estudio. Entre paréntesis se muestra el índice intercuartil (IQR).....	103

Tabla 17: Valores totales de MBI, NMI, NSS y GC por unidades.....	104
Tabla 18: Comparaciones múltiples de los valores totales de MBI, NMI, NSS y GC por unidades	105
Tabla 19: Preguntas con significación estadística en cada escala (IBM, NMI, NSS y GC) por unidades	105

X.II. Índice de figuras

Figura 1. Flujograma resumen marco teórico	31
Figura 2. Modelos de traslación del conocimiento más utilizados en la disciplina enfermera	41
Figura 3. Marco de conocimiento a la acción (Knowledge to Action Framework)	43
Figura 4. Red nacional de centros comprometidos con la excelencia en cuidados-BPSO 2022	45
Figura 5. Marco de conocimiento para la acción revisado	47
Figura 6. Selección de la muestra, criterios de inclusión y evaluación.....	67
Figura 7. Diagrama de flujo del proceso de reclutamiento diseño observacional transversal retrospectivo.....	69
Figura 8. Diagrama de flujo del proceso de reclutamiento diseño cuasiexperimental	70
Figura 9. Análisis DAFO.....	85
Figura 10. Representación gráfica del análisis estratégico	86
Figura 11. Organigrama de estructura del equipo de implantación.....	88

X.III. Glosario de abreviaturas

ACSA: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

AONL: Organización Americana para el Liderazgo en Enfermería

BPSO: Best Practice Spotlight Organizations

CarEvid: Care Evaluation Indicators

CCAA: Comunidades Autónomas

CCEC: Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados

EBE: Enfermería Basada en la Evidencia

et al.: Y otros

GBP: Guías de Buenas Prácticas

GC: Cuestionario G_Clinic

GPC: Guías de Práctica Clínica

HC: Historia Clínica

HIP: Hoja de Información al participante

HUVN: Hospital Universitario Virgen de las Nieves

IC: Intervalo de confianza

IQR: Rango intercuartílico

KTA: Marco del Conocimiento para la Acción

LPP: Lesión por presión

Max: Máximo

MBE: Medicina basada en la evidencia

MBI: Maslach Burnout Inventory

Min: mínimo

N: Muestra

NQUIRE: Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation

NSS: Nursing Stress Scale

NWI: Nursing Work Index

OMS: Organización Mundial de la Salud

ORL: Otorrinolaringología

PBE: Práctica basada en la evidencia

PES-NWI: Practice Environment Scale of the Nursing Work Index

Pvalor: Significación estadística

RNAO[®]: Registered Nurses' Association of Ontario

Sd: Desviación estándar

SEMP: Superficie especial para el manejo de la presión

SMA: Marco de Acción de Movimiento Social

SNS: Sistema Nacional de Salud

TCAE: Técnico de cuidados auxiliares de enfermería

UPP: Úlcera por presión

χ^2 : Chi-cuadrado

Capítulo XI.

Anexos

XI.1. ANEXO I. Calendario de evaluación 2014-2019

Días que evaluar en periodo de implantación Total 5 días al mes	
Días que evaluar en periodo de sostenibilidad Total 5 días al trimestre	

2014 (Basal)							
MES	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Diciembre	15	16	17	18	19		

2015 (Implantación)							
MES	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Enero	26	27	28	29	30		
Febrero	23	24	25	26	27		
Marzo	23	24	25	26	27		
Abril	20	21	22	23	24		
Mayo	25	26	27	28	29		
Junio	22	23	24	25	26		
Julio	27	28	29	30	31		
Agosto	24	25	26	27	28		
Septiembre	21	22	23	24	25		
Octubre	26	27	28	29	30		
Noviembre	23	24	25	26	27		
Diciembre	14	15	16	17	18		

2016 (Implantación)							
MES	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Enero	25	26	27	28	29		
Febrero	22	23	24	25	26		
Marzo	14	15	16	17	18		
Abril	25	26	27	28	29		
Mayo			25	26	27		
	30	31					

Junio					24		
	27	28	29	30			
Julio					22		
		26	27	28	29		
Agosto				25	26		
			29	30	31		
Septiembre	26	27	28	29	30		
Octubre	24	25	26	27	28		
Noviembre				24	25		
	28	29	30				
Diciembre	12	13	14	15	16		

2017 (Implantación)							
MES	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Enero			25	26	27		
	30	31					
Febrero			22	23	24		
	27	28					
Marzo	27	28	29	30	31		
Abril	24	25	26	27	28		
Mayo				25	26		
	29	30	31				
Junio	26	27	28	29	30		
Julio	24		26	27	28		
	31						
Agosto					25		
	28	29	30	31			
Septiembre	25	26	27	28	29		
Octubre			25	26	27		
	30	31					
Noviembre					24		
	27	28	29	30			
Diciembre	11	12	13	14	15		

2018 (Sostenibilidad)							
MES	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Enero							
Febrero							
Marzo	19	20	21	22	23		
Abril							
Mayo							
Junio	25	26	27	28	29		
Julio							
Agosto							
Septiembre	24	25	26	27	28		
Octubre							
Noviembre							
Diciembre	17	18	19	20	21		

2019 (Sostenibilidad)							
MES	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Enero							
Febrero	26	27	28	29	30		
Marzo							
Abril							
Mayo							
Junio	25	26	27	28	29		
Julio							
Agosto							
Septiembre	24	25	26	27	28		
Octubre							
Noviembre	26	27	28	29	30		
Diciembre							

XI.2. ANEXO II. Escala Braden

ESCALA DE RIESGO DE UPP - BRADEN

Población diana: Población general hospitalizada. Se trata de un cuestionario heteroadministrado que consta de 6 ítems. Cada ítem se puntúa de 1 (menos deseable) a 4 (más deseable), excepto el ítem “Fricción y rozamiento” que puntúa de 1 a 3. El rango de puntuación oscila entre 6 y 23. Una puntuación de 16 o inferior indica un mayor riesgo de lesiones por presión. Los autores sugieren tener en cuenta también otros factores como la edad y el estado funcional.

Puntos	1	2	3	4
Percepción sensorial	Completamente limitada	Muy limitada	Levemente limitada	No alterada
Humedad	Constantemente húmeda	Muy húmeda	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda
Actividad	En cama	En silla	Camina ocasionalmente	Camina con frecuencia
Movilidad	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
Nutrición	Muy pobre	Probablemente inadecuada	Adecuada	Excelente
Fricción y deslizamiento	Es un problema	Es un problema potencial	Sin problema aparente

XI.3. ANEXO III. Índice Comhon

	NIVEL DE CONCIENCIA	MOVILIDAD	HEMODYNAMICA	OXIGENACION	NUTRICION
1	Despierto y alerta (RASS 0, +1)	Independiente. Deambula con ayuda	Sin soporte hemodinámico	Respiración espontánea y FiO ₂ < 40%	Dieta oral completa
2	Agitado. Inquieto. Confuso (RASS > +1)	Limitada. Actividad cama-sillón	Con expansores Plasmáticos	Respiración Espontánea y FiO ₂ >40%	N. Enteral N. Parenteral
3	Sedado con respuesta a estímulos. (RASS -1,...-3)	Muy limitada, pero tolera cambios posturales	Con perfusión de Dopamina o Noradrenalina o con BCIA	Ventilación Mecánica No Invasiva	Dieta oral Líquida. Ingesta incompleta de alimentos
4	Coma. Sedado sin respuesta a estímulos. (RASS -4, -5)	No tolera cambios posturales. Decúbito Prono	Con más de dos apoyos hemodinámicos de los anteriores	Ventilación mecánica Invasiva	Dieta absoluta
RIESGO LEVE: 5 – 9 RIESGO MODERADO: 10 – 13 RIESGO ALTO: 14 – 20					

Definición de los constructos:

NIVEL DE CONCIENCIA:

Despierto y alerta: Paciente consciente y orientado en tiempo y espacio, obedece órdenes, responde y reconoce cualquier estímulo de su entorno. RASS: 0, +1

Agitado. Inquieto. Confuso: Consciente, desorientado parcial o intermitentemente en tiempo y/o espacio. Respuesta inadecuada a estímulos. RASS: >+1

Sedado con respuesta a estímulos: Paciente comatoso con GCS: 9 -13, o con sedación con RASS: -1 a -3

Coma. Sedado sin respuesta a estímulos: Paciente comatoso con GCS: < 9 o sedado con RASS: -4 o -5.

MOVILIDAD:

Independiente/ Deambula con Ayuda: Paciente que camina solo o precisa algún sistema de apoyo para mantener el equilibrio.

Limitada/ Actividad Cama- Sillón: Paciente encamado que se moviliza el solo. Alterna periodos de reposo en cama con periodos de reposo en sillón. Puede mantenerse en pie con o sin ayuda.

Muy limitada, pero tolera cambios posturales: Paciente encamado que no se moviliza por sí sólo, pero al que se le pueden realizar cambios posturales sin repercusión hemodinámica ni respiratoria.

No tolera cambios posturales / Decúbito Prono: Paciente encamado que no se moviliza el solo ni existe posibilidad de cambios posturales. Paciente en decúbito prono.

HEMODINÁMICA:

Sin soporte hemodinámico: Paciente sin drogas vasoactivas, ni expansores plasmáticos ni dispositivos mecánicos de apoyo hemodinámico (Balón de Contrapulsación Intraaórtico).

Con expansores plasmáticos: Paciente que precisa de administración de hemoderivados, coloides o cristaloides para el mantenimiento de su hemodinámica.

Con perfusión de Dopamina o Noradrenalina o Balón de Contrapulsación Intraaórtico: Paciente que precisa una de estas drogas en perfusión continua para el mantenimiento de la hemodinámica.

Con más de dos apoyos de los anteriormente descritos: Paciente que precisa de las dos drogas en perfusión continua para el mantenimiento de la hemodinámica.

RESPIRATORIO:

Respiración espontánea y baja FiO₂ (<40%): Paciente que respira por sí solo que no precisa aporte extra de O₂ o que precisa aporte de O₂ <40%.

Respiración espontánea y alta FiO₂ (>40%): Paciente que respira por sí solo que no precisa aporte extra de O₂ o que precisa aporte de O₂ ≥40%.

Ventilación Mecánica No Invasiva: Ventilación mecánica no invasiva.

Ventilación Mecánica Invasiva: Ventilación mecánica invasiva.

XI.4. ANEXO IV. The Nursing Stress Scale

0= nunca. 1= a veces. 2= frecuentemente. 3= muy frecuentemente.

The Nursing Stress Scale	Nunca	Alguna vez	Frecuentemente	Muy frecuentemente
1. Interrupciones frecuentes en la realización de sus tareas.	0	1	2	3
2. Recibir críticas de un médico.	0	1	2	3
3. Realización de cuidados de enfermería que resultan doloroso a los pacientes.	0	1	2	3
4. Sentirse impotente en el caso de un paciente que no mejora.	0	1	2	3
5. Problemas con un supervisor.	0	1	2	3
6. Escuchar o hablar con un paciente sobre su muerte cercana.	0	1	2	3
7. No tener ocasión para hablar abiertamente con otros compañeros enfermeros/as y/o auxiliares de enfermería del servicio sobre problemas en el servicio.	0	1	2	3
8. La muerte de un paciente.	0	1	2	3
9. Problemas con uno o varios médicos.	0	1	2	3
10. Miedo a cometer un error en los cuidados de enfermería de un paciente.	0	1	2	3
11. No tener ocasión para compartir experiencia y sentimientos con otros compañeros enfermeros/as y/o auxiliares de enfermería del servicio.	0	1	2	3
12. Muerte de un paciente con quien has llegado a tener una relación estrecha.	0	1	2	3
13. El médico no está presente cuando un paciente se está muriendo.	0	1	2	3
14. Estar en desacuerdo con el tratamiento de un paciente.	0	1	2	3
15. Sentirse insuficientemente preparado para ayudar emocionalmente a la familia del paciente.	0	1	2	3
16. No tener ocasión para expresar a otros compañeros del servicio mis sentimientos negativos hacia los pacientes (ej. Pacientes conflictivos, hostilidad, etc)	0	1	2	3

17. Recibir información insuficiente del médico acerca del estado clínico de un paciente.	0	1	2	3
18. No disponer de una contestación satisfactoria a una pregunta hecha por un paciente.	0	1	2	3
19. Tomar una decisión sobre un paciente cuando el médico no está disponible.	0	1	2	3
20. Pasar temporalmente a otros servicios con falta de personal.	0 1	1	2	3
21. Ver a un paciente sufrir.	0	1	2	3
22. Dificultad para trabajar con uno o varios compañeros de otros servicios.	0	1	2	3
23. Sentirse insuficientemente preparado para ayuda emocionalmente al paciente.	0	1	2	3
24. Recibir críticas de un supervisor.	0	1	2	3
25. Personal y turno imprevisible.	0	1	2	3
26. El médico prescribe un tratamiento que parece inapropiado para el paciente.	0	1	2	3
27. Realizar demasiadas tareas que no son de enfermería (Ej. Tareas administrativas).	0	1	2	3
28. No tener tiempo suficiente para dar apoyo emocional al paciente.	0	1	2	3
29. Dificultad para trabajar con uno o varios compañeros del servicio.	0	1	2	3
30. No tener tiempo suficiente para realizar todas mis tareas de enfermería.	0	1	2	3
31. El médico no está presente en una urgencia médica.	0	1	2	3
32. No saber qué se debe decir al paciente o a su familia sobre su estado clínico y tratamiento.	0	1	2	3
33. No saber bien el manejo y funcionamiento de un equipo especializado.	0	1	2	3
34. Falta de personal para cubrir adecuadamente el servicio.	0	1	2	3

XI.5. ANEXO V. Cuestionario G_Clinic

1. Muy de acuerdo. 2. De acuerdo. 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo. 4. En desacuerdo
5. Muy en desacuerdo.

G-CLINIC	1	2	3	4	5
1. Con frecuencia tengo la sensación de que me falta tiempo para realizar mi trabajo					
2. Creo que mi trabajo es excesivo, no doy abasto con las cosas que hay que hacer					
3. Con frecuencia siento no tener recursos suficientes para hacer mi trabajo tan bien como sería deseable					
4. Muchas veces mi trabajo en el hospital perturba mi estado de ánimo, o a mi salud, o a mis horas de sueño					
5. La relación con mis jefes/as es poco cordial					
6. Las relaciones con mis compañeros/as son poco cordiales					
7. En mi trabajo me encuentro muy poco satisfecho					
8. Generalmente, el reconocimiento que obtengo por mi trabajo es poco reconfortante					
9. Tengo muy poco interés por las cosas que realizo en mi trabajo					
10. Tengo la sensación de que lo que estoy haciendo no vale la pena					

XI.6. ANEXO VI. Inventario de Burnout de Maslach

0 = nunca. 1= pocas veces al año o menos. 2= una vez al mes o menos. 3= unas pocas veces al mes. 4= una vez a la semana. 5= pocas veces a la semana. 6= todos los días.

Inventario de Burnout de Maslach								
1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	0	1	2	3	4	5	6
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	0	1	2	3	4	5	6
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	0	1	2	3	4	5	6
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	0	1	2	3	4	5	6
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	0	1	2	3	4	5	6
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	0	1	2	3	4	5	6
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	0	1	2	3	4	5	6
11	Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente	0	1	2	3	4	5	6
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
13	Me siento frustrado en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	0	1	2	3	4	5	6
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	0	1	2	3	4	5	6
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	0	1	2	3	4	5	6
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	0	1	2	3	4	5	6
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	0	1	2	3	4	5	6

XI.7. ANEXO VII. Practice Environment Scale- Nursing Work Index

Administrada a enfermeras. Desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 4 (absolutamente de acuerdo).

Practice Environment Scale-Nursing WorkIndex				
Participación de la enfermera en asuntos del centro:				
1. Las enfermeras de plantilla están formalmente involucradas en la gestión interna del centro (juntas, órganos de decisión).	1	2	3	4
2. Las enfermeras del centro tienen oportunidades para participar en las decisiones que afectan a las distintas políticas que desarrolla el mismo.	1	2	3	4
3. Existen muchas oportunidades para el desarrollo profesional del personal de Enfermería.	1	2	3	4
4. La Dirección escucha y da respuesta a los asuntos de sus enfermeras.	1	2	3	4
5. El/la directora/a de enfermería es accesible y fácilmente "visible".	1	2	3	4
6. Se puede desarrollar una carrera profesional o hay oportunidades de ascenso en la carrera clínica.	1	2	3	4
7. Los gestores enfermeros consultan con las enfermeras los problemas y modos de hacer del día a día.	1	2	3	4
8. Las enfermeras de plantilla tienen oportunidades para participar en las comisiones del centro, tales como comisión de investigación, de ética, de infecciones...	1	2	3	4
9. Los directivos enfermeros están al mismo nivel en poder y autoridad que el resto de directivos del centro.	1	2	3	4
Fundamento enfermero de la calidad de los cuidados:				
10. Se usan los diagnósticos enfermeros.	1	2	3	4
11. Hay un programa activo de garantía y mejora calidad.	1	2	3	4
12. Existe un programa de acogida y tutelaje de enfermeras de nuevo ingreso.	1	2	3	4
13. Los cuidados de las enfermeras están basados en un modelo enfermero, más que en un modelo biomédico.	1	2	3	4
14. La asignación de pacientes a cada enfermero existente favorece la continuidad de los cuidados (p.ej. la misma enfermera cuida al paciente a lo largo del tiempo).	1	2	3	4
15. Hay una filosofía común de Enfermería, bien definida, que impregna el entorno en el que se cuida a los pacientes.	1	2	3	4

<p>16. Existe un plan de cuidados estricto y actualizado para cada paciente.</p> <p>17. Los gestores del centro se preocupan de que los enfermeros proporcionen cuidados de alta calidad.</p> <p>18. Se desarrollan programas de formación continuada para las enfermeras.</p> <p>19. Las enfermeras del centro tienen una competencia clínica adecuada.</p>	1	2	3	4
	1	2	3	4
	1	2	3	4
	1	2	3	4
<p>Capacidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de los gestores enfermeros:</p>				
20. La supervisora/coordinadora es una buena gestora y líder.	1	2	3	4
21. La supervisora/coordinadora respalda a la plantilla en sus decisiones, incluso si el conflicto es con personal médico.	1	2	3	4
22. La supervisora/coordinadora utiliza los errores como oportunidades de aprendizaje y mejora, no como crítica.	1	2	3	4
23. La supervisora/coordinadora es comprensiva y asesora y da apoyo a las enfermeras.	1	2	3	4
24. Se reconoce y elogia el trabajo bien hecho.	1	2	3	4
<p>Dimensión de la plantilla y adecuación de los recursos humanos:</p>				
25. Hay suficiente plantilla de empleados para realizar adecuadamente el trabajo.	1	2	3	4
26. Hay suficiente número de enfermeras diplomadas para proveer cuidados de calidad.	1	2	3	4
27. Los servicios de apoyo (celadores, administrativos...) son adecuados y facilitan estar más tiempo con los pacientes.	1	2	3	4
28. Hay tiempo suficiente y oportunidad para discutir los problemas de cuidados con las otras enfermeras.	1	2	3	4
<p>Relaciones entre médicos y enfermeras:</p>				
29. Se realiza mucho trabajo en equipo entre médicos y enfermeras.	1	2	3	4
30. Entre los médicos y las enfermeras se dan buenas relaciones de trabajo.	1	2	3	4
31. La práctica entre enfermeras y médicas está basada en una colaboración apropiada.	1	2	3	4

XI.8. ANEXO VIII. Guía de evaluación del programa BPSO.



Guía de Evaluación del Programa CCEC®

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

Índice:

1. Objetivo
2. “Qué” se evalúa
 - 2.1 Diccionarios de evaluación
 - 2.1.1 Indicadores
3. “Cómo” se evalúa
 - 3.1 Plan de evaluación de la institución
 - 3.2 Tipo de formularios
 - 3.3 Variables
 - 3.4 Proceso
 - 3.4.1 Medición de datos excluidos
 - 3.5 Herramienta de recogida de datos CarEVID +®
4. “Cuándo” se evalúa
 - 4.1 Periodo de recogida de datos
 - 4.2 Mediciones de Guías clínicas y envío de informes
 - 4.2.1 Medición basal
 - 4.2.2 Medición preimplantación
 - 4.2.3 Medición de la implantación
 - 4.3 Calendarios de evaluación
 - 4.3.1 Selección de pacientes para la evaluación
5. Aspectos de calidad, éticos y de confidencialidad



1. OBJETIVOS

El objetivo General de esta guía es estandarizar el método de evaluación del Equipo de Evaluación del HUVN para así facilitar la evaluación de los indicadores de las diferentes Guías de la RNAO.

Los objetivos específicos son:

- Identificar a los responsables de la evaluación del programa.
- Diseñar un plan de evaluación que incluya qué se evalúan, cómo se evalúan y cuándo se evalúan cada una de las guías que implanta esta institución.
- Especificar los aspectos de calidad, éticos y de confidencialidad que se deben de tener en cuenta.

2. "QUÉ" SE EVALÚA

La evaluación sigue el Modelo conceptual de Donabedian:

- Indicadores de estructura: aportan información sobre las características de la institución, población a la que presta servicios, cargas de trabajo y temporalidad, así como características de los profesionales que prestan servicios.
- Indicadores de proceso: monitorizan la calidad del proceso de atención que recibe el paciente.
- Indicadores de resultados: miden el impacto de la utilización de la evidencia en resultados clínicos.

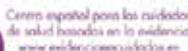
Los diferentes indicadores se han definido en diccionarios que especifican en qué consiste cada uno de ellos. Esta información se recoge en la plataforma internacional NQUIRE y en la plataforma del programa en España CarEVID +.

2.1 Diccionarios de evaluación

Los diccionarios de evaluación de cada una de las Guías **contienen el mínimo común de datos**, definidos en el marco del Programa BPSO® en base a la evidencia científica internacional y nacional, estableciéndose un sistema común de evaluación.

Los diccionarios se estructuran en:

- Fuente – Nombre de la Guía de buenas prácticas.
- BPG Clasificación, con la siguiente estructura: código RNAO de la Guía – Código CarEVID de la guía_año de actualización de la guía. Por ejemplo, 05-10_2018.
- Versión / Fecha de Publicación o última actualización del diccionario.
- Historial de cambios NQUIRE-CarEVID (si procede): cambios respecto al diccionario anterior.
- Ámbito de aplicación: tipo de instituciones en las que se aplica la implantación, según establezca la GBP.
- Criterios de inclusión de la guía: pacientes para quienes es aplicable la guía, en base a las características de pacientes incluidas en las preguntas de revisión sistemática de la guía.
- Definiciones relevantes de la guía de buenas prácticas para la medición de indicadores.
- Tabla Resumen de indicadores que se incluyen en el diccionario.
- Comparabilidad con otras encuestas o sistemas de evaluación.
- Notas especiales que señalan algún aspecto a tener en cuenta en la evaluación (si procede).
- Indicadores de estructura, proceso y resultados (apartado 2.1.1)
- Bibliografía



2.1.1 Indicadores

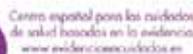
Los indicadores incluidos en cada diccionario son los mínimos propuestos, adaptados de las guías de la Registered Nurses' Association of Ontario.

Los indicadores se estructuran en:

- Nombre del indicador y código, formado por:
 - Tipo de indicador: de estructura, proceso o resultados.
 - Recomendaciones de la GBP de donde procede
- Definición operacional: se corresponde con el cálculo que se realizará en la fase de análisis.
- Categorización: si es un indicador nuevo, clave o específico de un sector.
- Numerador y Denominador: se corresponden con los datos a recoger en la institución y permiten el cálculo del indicador reflejado en el campo "indicador" o "descripción de los cálculos".

Puede incluir:

- Definición y notas adicionales, la definición de la intervención y algunos términos específicos
- **Criterios de inclusión de numerador y/o denominador** (si procede): características específicas que deben cumplir los pacientes para ser incluidos en la evaluación del indicador (criterios de inclusión).
- **Criterios de exclusión de numerador y/o denominador** (si procede): criterios específicos de los pacientes que, en caso de cumplirse, hace que ese paciente no se incluya en la evaluación del indicador.
- **Criterios de calidad para el cumplimiento del indicador** (si procede): aspectos específicos que deben cumplirse respecto a la aplicación de las recomendaciones de la guía para considerar el indicador cumplido.
- Elementos de datos/ Estratificación: datos adicionales a recoger con el fin de analizar la información estratificada por subgrupos.
- Frecuencia de recogida de datos.
- Descripción del cálculo del indicador.
- Interpretación de los resultados del indicador.
- Procedimiento de muestro: remite a la información contenida en la guía de evaluación.
- Incluye la información del método para otros BPSO internacionales.
- Alineación con otros indicadores: incluye información sobre otros indicadores con los que se relaciona, internacionales, nacionales y/o de diccionarios previos de la misma guía.
- Validez (en diccionarios posteriores a 2017): información procedente del proceso de validación externa respecto al porcentaje de acuerdo con los siguientes aspectos del indicador propuesto:
 - Relevancia
 - Factibilidad
 - Comprensión
 - Usabilidad



3. "CÓMO" SE EVALÚA

3.1 Plan de Evaluación:

3.1.1 Responsables de la evaluación

Los evaluadores son los siguientes:

- M^a Dolores Quiñoz, M^a Ángeles Toledo y Beatriz Ramírez evalúan la guía de Prevención de UPP
- Rosario Fernández y M^a Dolores Quiñoz evalúan la guía de Manejo de las UPP
- Carmen Ariza y Josefa Fenoll evalúan la guía de Lactancia Materna
- Ángela Ruiz evalúa la guía de Prevención del Riesgo Suicida

3.1.2 Objetivos a alcanzar con la implantación de las guías:

- Prevención de las UPP: Reducir la incidencia de las UPP.
- Promoción de la LM: Incrementar las tasas de LME al alta.
- Prevención del Riesgo Suicida: Prestar cuidados efectivos para reducir el riesgo de suicidio.
- Manejo de las UPP: Reducir la variabilidad en la práctica clínica relacionada con el tratamiento de las UPP en el entorno asistencial.

3.1.3 Ámbito de aplicación

El ámbito de aplicación es aquel que se establece en cada una de las guías que implanta esta institución. Cada guía tiene definidas el ámbito de aplicación en función de las unidades, pacientes, y/o procesos en los que se ha planificado la implantación.

3.1.4 Pacientes a los que va dirigido

Los pacientes que se evaluarán serán aquellos del ámbito de aplicación, y que cumplan criterios de inclusión generales y específicos del indicador, y no cumplan los criterios de exclusión.

Identificar los pacientes a evaluar y verificar que cumple los criterios de inclusión y no cumple los criterios de exclusión.

3.1.5 Manual de evaluación por guías: Ver Anexo 1

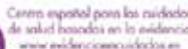
3.2 Tipos de formularios

Se definen 3 tipos de formularios para la recogida de información:

- **Formularios de datos estructurales**, que se componen de:
 - ✓ Formulario con los datos que permitirán desglosar la información por tipo de institución, tipo de unidad, y personal de la institución.
 - ✓ Formulario de indicadores estructurales específicos de las guías (cuando procede).

Se evalúan con carácter semestral o anual.

- **Formularios de guías clínicas**: se componen de las variables para realizar los cálculos de los indicadores del diccionario de datos NQuIRE®-CarEVID® de cada guía. El proceso de evaluación incluye 3 fases. Todas se realizan de forma retrospectiva, con el mismo procedimiento, indicadores, etc., referidas a indicadores de proceso y de resultados.
- **Formularios de datos de contexto**: se componen de datos particulares de contexto que pueden influir en la obtención y/o interpretación de los resultados (cambios en aplicativos informáticos, cambios organizativos y de estructura, etc.). Estos datos se recogen en el anexo excel que forma parte de las memorias cuatrimestrales o semestrales.



3.3 Variables

Los datos pueden ser variables numéricas y variables categóricas, que son listas de respuesta única o múltiple. Las respuestas sobre procesos normalmente corresponden con lista de respuesta única:

- **Sí:** se cumple el criterio especificado (cumplimiento y registro).
- **No: se tiene constancia de que no se cumple el criterio** (p.ej. se registra que no se realiza una valoración) **o no se tiene constancia de que se cumpla el criterio** (no hay un registro, o existiendo un registro no está registrado)
- **No aplicable:** el criterio no es del ámbito de aplicación de la implantación establecido (se incluye lista cerrada de posibles valores). Los valores no aplicables en variables de tipo lista se marcarán seleccionando la opción "no aplicable", y en el caso de variables numéricas indicando "no dispongo del dato". El valor presenta una pequeña diferencia conceptual entre variables de proceso o variables de resultado: el valor no aplicable en variables de proceso se refiere a datos que se excluyen porque realmente no tienen que ser medidos, mientras que en las variables de resultado además de datos no medidos también un dato perdido sería un no aplicable. **El valor "no aplicable" no contabiliza en el análisis.**

Ejemplos de NO APLICABLE:

- Si no se ha registrado que a la madre se le ha realizado una evaluación posnatal (proceso) sería un "no" (porque el cumplimiento del indicador exige que esté registrado). Sin embargo, si no se tuviera el registro de si el niño recibió lactancia materna exclusiva a los 6 meses, sería un "no aplicable" (equivalente a un dato perdido, ya que no se puede asumir sí o no).
- Las situaciones en las que el proceso no tiene que ser medido se facilitan con las categorías indicadas en las variables "motivo del no aplicable". La mayoría de estos motivos pueden ser transversales entre guías, aunque alguna guía puede tener motivos concretos.
- Los motivos pueden deberse a que no se cumple con los criterios de medida del indicador, por ejemplo la revaloración del riesgo de UPP no puede medirse si el paciente no es de riesgo. Para establecer estas relaciones lógicas siempre que ha sido posible se han incluido filtros de condicionamiento lógico, para evitar mediciones, pero en algunos casos no es posible.
- También, si el proceso se lleva a cabo fuera del ámbito de implantación de la guía (por ejemplo, en unidades que no están implantado la guía); es decir, donde no se está llevando a cabo la intervención.
- En resumen los motivos indicados son: traslado a otro centro o unidad; exitus; el proceso se llevó a cabo en otro centro/unidad que no implanta la guía (dentro de mi institución); el proceso se llevó a cabo en otro centro (en mi área de influencia); el proceso se llevó a cabo en otro centro (en un centro privado); no acude a cita programada; no cumple los criterios de inclusión de la guía; no cumple con los criterios de medida del indicador; no cumple con el ámbito de actuación establecido (p.ej. población seleccionada para la implantación); otro.

3.4 Proceso

- Seguir el manual de evaluación de la institución.
- Conocer bien el diccionario y las variables de cada guía, los criterios de inclusión y exclusión de guía y los criterios de inclusión, exclusión y calidad de cada indicador.
- Realizar una formación con el centro Host con el equipo evaluador.
- Tener identificados los centros y unidades en las que se evaluará la implantación.



- Comprobar que las fechas de recogida de la información coinciden con la establecida en el calendario de evaluación para cada guía y unidad.
- Identificar los pacientes a evaluar y verificar que cumple los criterios de inclusión y no cumple los criterios de exclusión.
- Tras realizar la evaluación de los indicadores, se realizará feedback al equipo de impulsores de cada guía **con carácter trimestral**. Se encargará de dicho feedback el equipo responsable de evaluación de cada guía.
- Las unidades piloto recibirán reporte de la evaluación de indicadores **con carácter trimestral**. Se encargará de dicho feedback el equipo responsable de evaluación de cada guía, a través de la supervisora de la Unidad.
- Se procederá al reporte de evaluación de indicadores a la Dirección de Enfermería/ Dirección Gerencia **con carácter anual**.

3.4.1 Medición de datos excluidos

En algunos casos se puede plantear medir de forma adicional datos que no cumplen con los requisitos de inclusión de la guía, o los establecidos en la delimitación del ámbito de aplicación del centro. Ejemplo de datos adicionales que se pueden plantear:

- Medición en unidades que no están incluidas en la implantación según el plan de la institución, para plantear estudios adicionales.
- Medición de poblaciones no contempladas por la guía, por ejemplo, la población incluida en la guía de lactancia materna es la díada madre-bebé para hijos nacidos sanos y dados de alta con la madre tras el nacimiento, pero se quieren medir las intervenciones de promoción de lactancia materna realizadas en la población de prematuros que precisan ingreso en cuidados neonatales.
- Medición en ámbitos no contemplados por la guía, por ejemplo, la guía de prevención de obesidad infantil recoge evidencia de pacientes en el ámbito de atención primaria y salud pública, pero se quiere medir en hospital.
- Otras situaciones.

3.5 Herramienta de recogida de datos CarEVID +®

Para la fase de evaluación, está disponible la herramienta CarEVID +® de recogida de datos online. Esta herramienta se basa en una colección de formularios, que corresponden a las variables indicadas en los diccionarios de datos de indicadores NQuIRE® - CarEVID® de las guías y a datos e indicadores estructurales. Dichos formularios permiten unificar la forma de recogida de datos. La plataforma CarEVID +® permite generar informes automáticos de los indicadores a nivel de institución y unidad.

Para más información, véase el manual CarEVID+® – evaluación BPSO® España.

4. "CUÁNDO" SE EVALÚA

4.1 Período de recogida de datos



Formularios de datos estructurales:

- De la institución: mensual, siempre que sea posible; en su defecto, semestral o anual.
- Específicos de guías: anual siempre que sea posible; en su defecto semestral o mensual.

Formulario de datos de contexto: El diccionario de datos de contexto se completará a demanda cuando se produzcan cambios y/o incidencias que tengan que reflejarse por su influencia en el análisis e interpretación de los datos. Se incluirán en el anexo Excel de la memoria.

Formularios de Guías clínicas: El proceso de evaluación incluye 3 fases. Todas se realizan de forma retrospectiva, con el mismo procedimiento, indicadores, etc., referidas a indicadores de proceso y de resultados de la guía correspondiente.

4.2 Medición de guías clínicas y envío de informes

4.2.1 Medición basal

La medición basal se realizará **en todas las unidades** en los que se planifique la implantación en los tres años de proyecto y en los dos años del ciclo de sostenibilidad.

La medición Basal será retrospectiva y corresponderá con los días: **15, 16, 17, 18 y 19 de diciembre de 2014**, para las guías de Prevención de UPP, Promoción de la LM y Prevención del Suicidio.

En guías con poca prevalencia, como la de Prevención del suicidio se pueden seleccionar a todos los pacientes del mes. Esta medición basal hay que hacerla antes del **30 de septiembre de 2015**. Para guías que empiezan a implantarse, se corresponde con la medición de los días establecidos en el calendario (ver punto 4.3. Calendarios) del mes anterior al inicio oficial como BPSO candidato o del mes anterior al inicio del ciclo de sostenibilidad.

Para guías implantadas en un ciclo anterior y que se expanden a otras unidades en un nuevo ciclo, la medición basal en dichas unidades toma como fecha de referencia la primera medición basal de inicio de implantación en la institución.

Al ser una medición previa a la implantación, los procesos que **no estén puestos en marcha o de los que no haya registro se medirán igualmente**, teniendo en cuenta que debe indicarse "NO" en cualquiera de estas situaciones:

- Proceso no realizado.
- Existiendo un registro para el proceso, proceso no registrado.
- No existiendo un registro para el proceso, proceso no registrado.

4.2.2 Medición preimplantación

Esta medición se refiere a una medición previa al inicio de la implantación, pero una vez iniciado el proyecto. Estos datos se referirán al mes de junio de 2015 y hay que mecanizarlos antes del **30 de septiembre de 2015**. Al tener la plataforma en período de prueba, estos datos no se incluirán.

4.2.3 Medición de la implantación

El **número de días** que se utilizan como base para establecer la muestra de pacientes a evaluar está en función de la fase en que se encuentra la institución (candidata o designada), y de si es una guía nueva cuya implantación comienza o es una guía en expansión que se implantó en el periodo anterior, según las pautas que se muestran en la tabla 1. **Varía entre 5 días cada mes hasta 5 días al trimestre.**

En el caso de las unidades de **hospitalización**, se recogen datos de todos los pacientes que **cumplan los criterios de inclusión** y sean **dados de alta** en los 5 días/mes o 3 días/mes o 5 días/trimestre, según proceda, establecidos en el calendario de medición facilitado por el Centro Coordinador. Excepto cuando se haya decidido que se van a recoger a todos los pacientes, como es el caso de la guía de Prevención del Suicidio.



El tiempo máximo para reportar los datos es el trimestre. Se aconseja tener una pauta de recogida mensual para no acumular las mediciones.

Tabla 1. Nº de días de evaluación para indicadores de proceso y resultado en guías clínicas.

<p>EVALUACIÓN PARA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CCEC CANDIDATOS • CCEC DESIGNADOS EN CASO DE GUÍA NUEVA, Y UNIDADES NUEVAS PARA UNA GUÍA YA IMPLANTADA EN EL PERIODO ANTERIOR <p>5 DÍAS / mes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guías a implantar en periodo de candidatura • Guías nuevas a implantar en periodo de sostenibilidad • Unidades nuevas a las que se expande en periodo de sostenibilidad una guía ya implantada en el periodo anterior, solo durante primer año de expansión <p style="text-align: right;">Color azul</p>
<p>EVALUACIÓN SOSTENIBILIDAD (SOLO CCEC DESIGNADOS) – 1er Periodo</p> <p>3 DÍAS / mes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guías ya implantadas en unidades donde ya se ha implantado en el periodo anterior, y actualmente en primer año de sostenibilidad • Unidades a las que se expandió en periodo de sostenibilidad una guía implantada en el periodo anterior, y actualmente en segundo año de expansión <p style="text-align: right;">Color morado</p>
<p>EVALUACIÓN SOSTENIBILIDAD SOLO CCEC DESIGNADOS – 2º Periodo en adelante</p> <p>5 DÍAS / TRIMESTRE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guías ya implantadas en unidades donde ya se ha implantado en el periodo anterior, a partir del segundo año de sostenibilidad • Unidades a las que se expandió en periodo de sostenibilidad una guía implantada en el periodo anterior, y a partir del tercer año de expansión <p style="text-align: right;">Color verde</p>
<p>EVALUACIÓN CENTROS SOCIO SANITARIOS O CENTROS DE LARGA ESTANCIA – independientemente de la fase en que se encuentre el centro</p> <p>5 DÍAS / TRIMESTRE</p> <p style="text-align: right;">Color verde</p>

A continuación, se muestran ejemplos de los días de evaluación que corresponden a guías que se implantan desde el inicio de la cohorte y guías nuevas en sostenibilidad:

Guías	Candidatos			Sostenibilidad 1		Sostenibilidad 2		Sostenibilidad 3	
	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Año 6	Año 7	Año 8	Año 9
Guía 1	Un1	Un1	Un1	Un1	Un1	Un1	Un1	Un1	Un1
	1	1,2,3	1,2,3,4	1,2,3,4	1,2,3,4	1,2,3,4	1,2,3,4	1,2,3,4	1,2,3,4
Guía 2 (nueva guía en sostenibilidad)				Un1	Un1	Un1	Un1	Un1	Un1
				1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8
				Un1	Un1	Un1	Un1	Un1	Un1
				8	8	8	8	8	8
					Un1	Un1	Un1	Un1	Un1
					2,3	2,3	2,3	2,3	2,3

Un1.=Unidad

4.3 Calendarios de evaluación

El Centro Coordinador proporciona anualmente los días a los que se refiere la evaluación que corresponden a cada cohorte. Los días son laborables según el calendario nacional.

En caso de tener que evaluar coincidiendo con un día festivo para algún centro (local o autonómico), ese día de evaluación no se sustituye; si hubiera pacientes que cumplen los criterios para ser evaluados respecto a ese festivo, se evalúan retrospectivamente. En caso de que ningún paciente cumpla criterios para evaluar y por tanto, aparecerá un día sin datos de



evaluación, debe reflejarse como incidencia en el formulario correspondiente de Excel que se entrega con las memorias.

4.3.1 Selección de pacientes para la evaluación

Hospital: todos los pacientes que cumplan los criterios de inclusión y sean dados de alta en los 5 días/mes o 3 días/mes o 5 días/trimestre, según proceda, establecidos en el calendario de medición facilitado por el centro coordinador, o que acudan a consultas externas en los 5 días/mes o 3 días/mes o 5 días/trimestre establecidos.

Tener en cuenta las siguientes excepciones:

- Casos poco prevalentes
- Imposibilidad de obtener el listado de pacientes atendidos o dados de alta, o de conocer si cumplen los criterios de inclusión, o volumen muy elevado de pacientes que cumplen los criterios de inclusión en una unidad. Se utilizarán días aleatorios o se aleatorizarán los pacientes. Se recomienda una pauta de al menos 30 pacientes/unidad en el periodo de evaluación.

5. ASPECTOS DE CALIDAD, ÉTICOS Y DE CONFIDENCIALIDAD

La información será registrada en cada institución en una base de datos diseñada específicamente por el Centro Coordinador para este fin, garantizando que nunca figurarán datos identificativos del paciente, como número de historia clínica, etc.).

Si se incorporan nuevos investigadores deberán firmar el acuerdo de confidencialidad y explotación de los datos.

Se desarrollarán mecanismos de control de calidad tanto a nivel de los centros participantes, como central, con el objetivo de garantizar en todo momento que la información se recoge de acuerdo a lo establecido en el protocolo del estudio y que se siguen en todos los procesos las normas establecidas:

- Todas las personas encargadas de la recogida de información dispondrán de toda la información de definición de los indicadores y proceso de evaluación, con el fin de garantizar que se siguen los mismos procedimientos en todos los centros.
- El líder del proyecto realizará el seguimiento del estudio y convocará las reuniones periódicas. Además tendrá un correo electrónico y un teléfono de contacto a disposición de las personas que están involucradas en el estudio.
- El líder del proyecto realizará una auditoría anual de las historias clínicas para comprobar la calidad de los datos.

Se revisarán periódicamente los datos para controlar posibles errores, desde la institución y desde el Centro Coordinador. Todos los participantes se comprometen a seguir en todo momento las normas de Buena Práctica Clínica, respetando la LOPD.



GUÍA: VALORACIÓN DEL RIESGO DE UPP

Se recogerán datos de los pacientes dados de alta en las 22 unidades de hospitalización de HG, HNTR y de HMI (Ginecología) donde se implanta esta guía, según los siguientes periodos:

- Medición basal: los días 15, 16, 17,18 y 19 de diciembre de 2015.
- Monitorización de mediciones: Durante los años 2015, 2016, 2017 2018 y 2019 se ha seguido el calendario de evaluación establecido por el Centro Coordinador.
- En el año 2020: se realiza medición de los siguientes meses (febrero 5 días, junio 3 días y octubre 3 días).

EXPLORACION DE DATOS DE PACIENTES:

La explotación se realizará a través de DAH Clínica.

Se solicita a José Donaire (TICs) los pacientes dados de alta en los días que se establece por calendario de evaluación.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

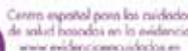
- Criterios de inclusión: el ámbito de aplicación de la guía es para personas de 18 o más años. Debe cumplir dos criterios de los siguientes:
 - Paciente que en valoración de enfermería al ingreso tenga riesgo de UPP. Se observa en la necesidad de higiene y estado de la piel que aparece registrado "Riesgo de UPP": SI
 - Paciente con Barthel < 60
 - Alteración de 3 necesidades valoradas al ingreso que requieran ayuda.
 - Edad del paciente >=75 años
- Criterios de Exclusión: Se excluyen los pacientes cuyo tiempo de ingreso es inferior a 24 horas (pacientes que van a ser trasladados, etc.).

TABLA RESUMEN DE INDICADORES

ID	Nombre del indicador	Frecuencia de la recogida de datos
GRP 02 - Valoración del riesgo y prevención de las lesiones por presión		
ulcerprev_pro01	Valoración de las lesiones por presión al inicio de los cuidados	Según Guía de evaluación
ulcerprev_pro02	Revaloración del riesgo de lesiones por presión	Según Guía de evaluación
ulcerprev_pro03	Prevención de lesiones por presión con superficies de apoyo	Según Guía de evaluación
ulcerprev_out01	Lesiones por presión asociadas a los cuidados de salud	Según Guía de evaluación
ulcerprev_out02	Incidencia de las lesiones por presión	Según Guía de evaluación
previnj_out03_2018	Incidencia de las lesiones por presión	Según Guía de evaluación
ulcermgt_sue02_b_es	Incidencia de las lesiones por presión en el último año	Según Guía de evaluación

Consideraciones específicas de la guía:





- ✓ Todas las guías cuentan con un código interno (para conocer el origen de los datos, sólo en la institución) para ayuda del evaluador, **en el caso de la prevención de lesiones por presión es opcional**. Sólo en caso de que se repita un mismo paciente en varias unidades relativas a la misma medición mensual, se indicará en este código interno.
- ✓ Los indicadores de **valoración al ingreso (ulcerprev_pro01) y revaloración del riesgo (ulcerprev_pro02)** de desarrollar lesiones por presión incluyen el momento de la valoración, referido a la pauta utilizada en función del paciente
- ✓ En la variable **ulcerprev_out01_num** solo se recogerán las categorías de las lesiones por presión nuevas desarrolladas durante el ingreso (no las que se encontraban presentes en el momento del ingreso)
- ✓ En el diccionario de datos, para calcular el numerador de los indicadores de resultado **ulcerprev_out01 y ulcerprev_out02** solo se tendrán en cuenta si se han desarrollado lesiones por presión nuevas durante el ingreso en categoría de II a IV, sin embargo en la plataforma se permite recoger como información adicional, si ha habido alguna lesión desarrollada en categoría I, no clasificable (profundidad desconocida) o lesión por presión en tejidos profundos
- ✓ Se añade el indicador de resultado **pressinj_out02_2016**, de la guía actual de valoración y manejo de las lesiones por presión (2016) que mide la incidencia de lesiones independientemente de las categorías y por estancias/días visita. Aunque es un nuevo indicador no es necesario crear una variable nueva para el numerador puesto que los datos se pueden obtener con las variables que están actualmente.
- ✓ Se añade el indicador **ulcermgt_out02_b_es** de incidencia de lesiones por presión en el último año. Es para seguimiento en Atención Primaria, no se debe registrar (No aplicable).
- ✓ El inicio de los cuidados coincide con la apertura del episodio (en atención primaria el inicio de los cuidados puede no estar asociado directamente a cada consulta/visita, ya que puede haber varias consultas/visitas que estén asociados a un mismo cuidado)

INDICADOR:

Valoración de las lesiones por presión al inicio de los cuidados (ulcerprev_pro01): Porcentaje de personas que fueron valoradas de riesgo de desarrollar lesiones por presión al inicio de los cuidados utilizando una herramienta de valoración del riesgo de lesiones por presión estructurada, válida y fiable.

Fuente: DAH Estación Clínica. Resumen de Cuidados.

Fórmula: $\frac{\text{Número total de personas con valoración del riesgo de lesiones por presión con Braden/Comhon al inicio de los cuidados}}{\text{Número total de personas}} \times 100$

Revaloración del riesgo de lesiones por presión (ulcerprev_pro02): Porcentaje de personas que fueron revaloradas del riesgo de desarrollar lesiones por presión en los plazos indicados según el protocolo del lugar donde se realiza la valoración del riesgo. Repetir la valoración del riesgo de lesión tan frecuente como lo requiera el estado del paciente, y siempre que se produzca un cambio relevante en su estado.

Fuente: DAH Estación Clínica. Resumen de Cuidados.

Fórmula: $\frac{\text{Número total de personas con revaloración del riesgo de lesiones por presión con Braden/Comhon al alta- traslado a otra planta-cambio de estado del paciente}}{\text{Número total de personas a las que se les ha realizado una valoración del riesgo de lesiones al inicio de los cuidados y que han recibido cuidados}} \times 100$

Criterios de inclusión y exclusión:

Incluir personas que fueron valoradas del riesgo de lesiones por presión al inicio de los cuidados.



Otras evidencias recomiendan lo siguiente:

- ✓ La valoración ha de realizarse al inicio de los cuidados, y de forma periódica
- ✓ Si la persona no tiene riesgo, reevaluar semanalmente y especialmente si sufre intervención quirúrgica mayor a 10 horas, isquemia por cualquier causa, hipotensión, disminución de la movilidad, anemia, pruebas diagnósticas que requieran reposo durante al menos 24 horas o cambio en las condiciones del estado de la persona y su entorno.
- ✓ Se debe incluir una valoración exhaustiva de la piel, como parte de toda valoración del riesgo de lesión, para evaluar cualquier alteración de la misma, y esta información debe documentarse.
- ✓ El seguimiento del riesgo dependerá de los servicios o unidades de la institución sanitaria donde esté el paciente y de su nivel de riesgo individual.
- ✓ Revalorar siempre antes del alta.

Prevención de lesiones por presión con superficies de apoyo (ulcerprev_pro03): Porcentaje de personas "en riesgo de lesiones por presión" que han utilizado una superficie de control de la presión (p.ej. colchones y sobrecolchones de espuma, colchones y camas de alta tecnología de alivio de presión), y está registrado en su plan de cuidados.

Fuente: DAH Estación Clínica. Observaciones de Enfermería.

Fórmula: Número total de personas identificadas "en riesgo de lesiones por presión" a las que se les aplica una superficie de control de la presión y está registrada en el plan de cuidados / Número total de personas "en riesgo de lesiones por presión" X 100

Opciones de respuesta:

Si) Bajo riesgo de UPP siempre se utiliza Viscolástica (no hace falta que esté registrado en DAE Cuidados)

Riesgo medio o alto siempre se utiliza SEMP y debe quedar registrado en DAE Cuidados, en observaciones o en el plan de cuidados marcando prevención de UPP (intervención) y Utilizar camas y colchones especiales, si procede (actividad)

No) Cuando con riesgo medio o alto no está registrado el tipo de SEMP utilizada.

No aplicable.

Lesiones por presión asociadas a los cuidados de salud (ulcerprev_out01): El número total de personas que **presentan una o más lesiones por presión** en categoría de II a IV después del inicio de los cuidados, como un porcentaje del número de personas valoradas con lesiones por presión. Las lesiones por presión se clasifican según el Sistema de clasificación de las lesiones por presión del National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP 2016).

Fuente: DAH Estación Clínica. Resumen de cuidados.

Fórmula: Número total de personas que desarrollan una o más lesiones por presión en categoría de II a IV* después del ingreso o inicio de los cuidados / Número total de personas con lesiones por presión en el periodo de medición X 100.

Criterios de inclusión y exclusión:

Incluir las lesiones por presión clasificadas como categoría II, III o IV. Contar el número de personas (no el número de lesiones por presión) que presentan una o más lesiones por presión durante su ingreso o cuidados.

Excluir lesiones por presión clasificadas como lesiones por presión en categoría I o inclasificables.

Notas: El indicador ulcerprev_out01 (Lesiones por presión asociadas a los cuidados de salud) NO es equivalente al indicador ulcerprev_out02 (Incidencia de lesiones por



Centro español para los cuidados de salud basados en la evidencia
www.evidenciaincuidados.es



presión). Busca el número de pacientes con lesiones por presión en los estadios II-IV que no tenían en el momento del ingreso o inicio de los cuidados (p.ej. de todas las personas que en un mes tienen lesiones por presión, cuántos no tenían lesiones por presión al ser ingresados) **La diferencia clave reside en el denominador.**

Incidencia de las lesiones por presión (ulcermgt_out02): El número total de personas que desarrollan una o más lesiones por presión en categoría de II a IV después del inicio de los cuidados, por 1000 pacientes-día, clasificadas en 4 estadios según el sistema de clasificación de las lesiones por presión (NPUAP 2016).

Fuente: DAH Estación Clínica. Resumen de cuidados.

Fórmula: Número total de personas que desarrollan una o más lesiones por presión en categoría de II a IV / Número total de personas valoradas X 100.

Criterios de inclusión y exclusión:

Incluir las lesiones por presión clasificadas como categoría II, III o IV. Contar el número de personas (no el número de lesiones por presión) que presentan una o más lesiones por presión durante su ingreso o cuidados.

Excluir lesiones por presión clasificadas como lesiones por presión en categoría I o inclasificables.

Notas: Este indicador busca el número de personas que han desarrollado una nueva lesión en los estadios II-IV durante su ingreso o inicio de los cuidados, de entre todas las personas que han recibido cuidados en ese mismo tiempo (p.ej. de todas las personas que han recibido cuidados en ese periodo, cuántos han desarrollado una lesión por presión nueva).

Incidencia de las lesiones por presión (pressin_out02_2016): Tasa de personas que desarrollaron una LP nueva por 1000 estancias/visitas día.

Fuente: DAH Estación Clínica. Resumen de cuidados.

Fórmula: Número de personas que han desarrollado una LP nueva/ Número total de estancias (días)/visitas día de las personas que reciben los cuidados X 1000

Criterios de inclusión y exclusión:

Las LP nuevas incluyen:

- ✓ Cualquier LP desarrollada después del inicio de los cuidados (y desarrollada durante el periodo de evaluación correspondiente (es decir el mes, trimestre, ...según la Guía de evaluación))
- ✓ Categorías I, II, III, IV, no clasificable o en tejidos profundos

Las estancias se medirán para aquellos pacientes hospitalizados. Se calcularán el nº de camas ocupadas por día en la unidad/centro para un periodo de tiempo.

Los días de alta/exitus no se incluyen.

TABLA DE VARIABLES DE CAREVID:

(Unidad Funcional): Poner código de la unidad que se está evaluando ver Anexo 1

(ulcerprev_event_date): Fecha de recogida de datos

(ulcerprev_cod_Interno): No es necesaria su inclusión. No poner datos identificativos del paciente.X

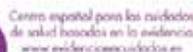
(ulcerprev_genre): Género

(ulcerprev_age): Edad en años

(ulcerprev_pro01_num) Indique si se ha realizado valoración completa del riesgo de úlceras por presión, al ingreso, con una herramienta validada y fiable, y está registrado.

Opciones de respuesta:

SI: Cuando hay Braden/ Comhon



No: no se ha aplicado escala

No aplicable

{na_ulcerprev_pro01_num} En caso de que {ulcerprev_pro01_num} sea no aplicable indicar el/los motivo/s: traslado a otro centro o unidad; proceso se llevo a cabo en otro centro; no cumple los criterios de inclusión de la guía: Los definidos por el grupo evaluador; otros,etc

Nota aclaratoria: Inclusión como persona de riesgo:

Si cumple criterios de inclusión, y con dos valores de la Variable:

- ✓ Tiene Valoración del Riesgo de UPP con escala validada
- ✓ No tiene Valoración del Riesgo con escala validada
- ✓ No aplicable, por no cumplir los criterios de inclusión. O bien por Éxitus antes de las primeras 48 horas, tras el Ingreso.

{ulcerprev_pro01_tool} Indique la herramienta utilizada en la valoración del riesgo al inicio de los cuidados: Opciones de respuesta: 1=Braden; 2=Norton; 3=Waterlow; 4=Emina; 5=Escala Comhon; 888=Otro; -1=No aplicable.

{ulcerprev_pro02_num} Indique si la persona fue revalorada del riesgo de desarrollar lesiones por presión según los momentos establecidos en los protocolos, y está registrado.

Nota aclaratoria:

- ✓ Sólo se cumplimentará a aquellos usuarios que tenga realizada la valoración del riesgo de UPP ({ulcerprev_pro01_num})
- ✓ Si nos encontramos con una valoración del riesgo, posterior, a las 48 horas del alta, no se considerará como revaloración. Se considerará valoración inicial e inclusión del paciente de riesgo si Braden = riesgo UPP.

{na_ulcerprev_pro02_num} En caso de que {ulcerprev_pro02_num} sea no aplicable indicar el/los motivo/s.

{ulcerprev_pro02_tool} Indique la herramienta utilizada en la revaloración del riesgo de lesiones por presión.

{ulcerprev_pro02_policy} Indique el momento de revaloración del riesgo de lesiones por presión según la política organizativa establecida

Nota aclaratoria:

Las revaloraciones deben de cumplir los siguientes criterios:

- ✓ En UCI cada 72 horas
- ✓ En plantas de hospitalización, y con estancias inferiores a 10 días, se considerará el óptico a los 7 / 10 días o al alta.
- ✓ En estancias superiores a 15 días, las revaloraciones se deberán de realizar cada 15 días.

{ulcerprev_pro03_denom} Indique si la persona está en riesgo de desarrollar lesiones por presión.

Nota aclaratoria: Se obtiene del Juicio Clínico realizado por el profesional en la Valoración Inicial (apartado Riesgo UPP=si/no).

{ulcerprev_out01_denom} Indique si la persona ha tenido lesiones por presión (presentes al inicio de los cuidados o prestación de cuidados durante el periodo de medición)

Nota aclaratoria: Considerar todas las lesiones por presión, tanto activas como las no activas.

{ulcerprev_out01_time} Indique cuándo se han desarrollado las lesiones por presión:

Nota aclaratoria: Considerar todas las lesiones por presión, tanto activas como las no activas.

{ulcerprev_out01_cat_num} Indique las categorías de las lesiones por presión preexistentes al inicio de los cuidados.

Nota aclaratoria: Considerar todas las lesiones por presión, tanto activas como las no activas.

{ulcerprev_out01_newcat_num} Indique las categorías de las lesiones nuevas desarrolladas durante la prestación de cuidados.

Nota aclaratoria: Considerar todas las lesiones por presión, tanto activas como las no activas.



(pressinj_out02_caredays_2016_denom) (INCIDENCIA POR PACIENTE) Indique la suma de los días (estancias) en los que la persona ha recibido los cuidados en el periodo de medición
 Nota aclaratoria: Se contabilizará la **estancia completa para los que no hayan desarrollado nuevas lesiones por presión durante toda la estancia y para los que hayan desarrollado lesiones por presión nuevas hasta el día que se produzca la primera lesión por presión** (independientemente de si se han producido una o varias).
 El periodo de evaluación será el mes/trimestre (según la Guía de evaluación). Si la prestación de cuidados es mayor que el periodo de evaluación solo contabilizará los días correspondientes al periodo de evaluación.

XI.9. ANEXO IX. Informe dictamen favorable proyecto investigación biomédica

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

DICTAMEN ÚNICO EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA

D/D^a: CRISTINA LUCIA DAVILA FAJARDO como secretario/a del CEIM/CEI Provincial de Granada

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado la propuesta del promotor/investigador (No hay promotor/a asociado/a) para realizar el estudio de investigación titulado:

TÍTULO DEL ESTUDIO: Impacto de la implementación de guías de buenas prácticas en cuidados sobre valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión
 Protocolo, Versión: versión2
 HIP, Versión:
 CI, Versión:

Y que considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y se ajusta a los principios éticos aplicables a este tipo de estudios.

La capacidad del/de la investigador/a y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Están justificados los riesgos y molestias previsibles para los participantes.

Que los aspectos económicos involucrados en el proyecto, no interfieren con respecto a los postulados éticos.

Y que este Comité considera, que dicho estudio puede ser realizado en los Centros de la Comunidad Autónoma de Andalucía que se relacionan, para lo cual corresponde a la Dirección del Centro correspondiente determinar si la capacidad y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Lo que firmo en Granada a 26/02/2020

D/D^a. CRISTINA LUCIA DAVILA FAJARDO, como Secretario/a del CEIM/CEI Provincial de Granada



Código Seguro De Verificación:	d2c0c2812b3550bb09f687868f1e99270393d824	Fecha	26/02/2020	
Normativa	Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.			
Firmado Por	Cristina Lucia Davila Fajardo			
Url De Verificación	https://www.juntadeandalucia.es/salud/portaldeetica/xhtml/ayuda/verificarFirmaDocumento.iface/code/d2c0c2812b3550bb09f687868f1e99270393d824	Página	1/3	

XI.10. ANEXO X. Hoja de información al participante y consentimiento informado

HOJA DE INFORMACION AL PARTICIPANTE (H.I.P.)

Título del estudio: Efectividad del programa de implantación de guías de práctica CCEC/ BPSO® sobre la valoración del riesgo y la prevención de las lesiones por presión.

Usted va a participar en un estudio que se está realizando en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada, dentro del trabajo de campo de una tesis doctoral. Con el fin de mejorar nuestra comprensión sobre la prevención de lesiones por presión producidas durante el proceso de hospitalización en los pacientes que atendemos. Nos interesa evaluar el entorno hospitalario donde se prestan los cuidados que evitan que se produzcan esas lesiones por presión y por ello necesitamos valorar una serie de aspectos relacionados con éste a través de una entrevista con los profesionales de enfermería. Los resultados obtenidos son importantes para avanzar en el conocimiento científico relacionado con la implantación de guías de práctica clínica de cuidados y los entornos laborales en los que se aplican.

Para ello, se le pedirá que mantenga una entrevista en la que se le preguntará sobre su entorno de trabajo y el grado de conocimiento sobre buenas prácticas de cuidados relacionados con la prevención de las úlceras por presión. A continuación, cumplimentará varios cuestionarios que incluirán una serie de preguntas en las que no existen respuestas correctas o incorrectas. La persona que le realizará la entrevista estará disponible para aclarar cualquier duda que pueda surgir.

Su **participación es voluntaria** y tendrá la posibilidad de revocar su consentimiento, en cualquier momento, y sin necesidad de tener que dar explicaciones.

Los datos personales que se le requieren (p.ej. edad, sexo, etc) son los necesarios para cubrir los objetivos del estudio.

Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento. Poniéndose en contacto con la investigadora principal, a través de llamada telefónica o por correo electrónico (se adjunta número de contacto y correo electrónico de la investigadora principal).

Tendrá derecho a retirar el consentimiento prestado: mediante el mismo procedimiento.

Tendrá derecho a reclamar ante la Autoridad de Control.

A partir del 25 de mayo de 2018 es de plena aplicación la nueva legislación en la Unión Europea (UE) sobre datos personales. En concreto el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Establecen que en ninguno de los informes del estudio aparecerá su nombre, y su identidad no será revelada a persona alguna salvo para cumplir con los fines del estudio, y en el caso de urgencia médica o requerimiento legal. Cualquier información de carácter personal que pueda ser identificable será conservada y procesada por medios informáticos en condiciones de seguridad.

El acceso a dicha información quedará restringido al personal autorizado que estará obligado a mantener la confidencialidad de la información. Los resultados del estudio podrán ser comunicados a las autoridades sanitarias y, eventualmente, a la comunidad científica a través de congresos y/o publicaciones.

Los datos serán utilizados para los fines específicos de este estudio y en todo caso si fuese necesario podrán ser también utilizados con otros fines de tipo docente o carácter científico. De acuerdo con la ley vigente, tiene usted derecho al acceso de sus datos personales; asimismo, y si está justificado, tiene derecho a su rectificación y cancelación. Si así lo desea, deberá solicitarlo al entrevistador que le atiende en este estudio.

M^a Dolores Quiñoz Gallardo

Tlfno: 654783744

Correo electrónico: mariad.quinoz.sspa@juntadeandalucia.es

En GRANADA, a 4 de febrero de 2020

CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DEL PACIENTE

Título del estudio: Efectividad del programa de implantación de guías de práctica CCEC/BPSO® sobre la valoración del riesgo y la prevención de las lesiones por presión.

Yo, (nombre y apellidos)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con.....

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1. Cuando quiera**
- 2. Sin tener que dar explicaciones**
- 3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos**

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Los datos obtenidos en este estudio solo serán utilizados para los fines específicos del mismo.

Fecha

Firma de la persona

Fecha

Firma del Investigador y DNI

APARTADO PARA LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, (nombre y apellidos).....

revoco el consentimiento de participación en el estudio, arriba firmado, con fecha

Firma _____

