

MARZO DE 2000

# Herramienta



*de implantación de las  
guías de práctica clínica*



# Miembros del equipo de traducción de las guías

## Coordinación

**Maria Teresa Moreno Casbas, RN, MSc, PhD**

Coordinadora científica

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

**Esther González María, RN, MSc, PhD candidate**

Coordinadora científica

*Centro colaborador del Instituto Joanna Briggs, Australia*

**Cintia Escandell García, DUE, PhD candidate**

Coordinadora técnica

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

## Equipo de traducción

**Marta López González**

Coordinadora de traducción

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

**María Nebreda Represa**

Coordinadora de traducción

*Licenciada en Traducción e Interpretación Universidad de Valladolid*

**Paula García Manchón**

Traductora responsable de proyectos

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

**Juan Diego López García**

Traductor responsable de proyectos

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

## Colaboración externa de traducción

**Elena Morán López**

*Lda. en Traducción e Interpretación  
Universidad Pontificia Comillas de Madrid*

**Clara Isabel Ruiz Ábalo**

*Lda. en Traducción e Interpretación  
Universidad Pontificia Comillas de Madrid*

**Jaime Bonet**

*Ldo. en Traducción e Interpretación  
Universidad Complutense de Madrid*

**Carmen Martínez Pérez-Herrera**

*Lda. en Traducción e Interpretación  
Universidad Complutense de Madrid*

**Francisco Paredes Maldonado**

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

**Aimón Sánchez**

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

**Tamara Suquet, DUE**

*Gerens Hill International*

**Inés Castilla**

*Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrona)*

**Pilar Mesa, DUE**

*Facultad de Enfermería,  
Universidad de Córdoba*

**Juan Carlos Fernández**

*Fisioterapeuta  
Universitat de les Illes Balears*

## Grupo de revisión

**Cintia Escandell García, DUE, PhD candidate**  
*Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería, Investén-isciii. Instituto Carlos III, España*

**Pablo Uriel Latorre, DUE**  
*Enfermero de Investigación Clínica  
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña,  
A Coruña, España*

**Montserrat Gea Sánchez,  
DUE, PhD candidate**  
*Hospital de Santa Maria. Gestió de Serveis Sanitaris. Lleida, España*

**Ana Craviotto Vallejo, DUE**  
*Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid,  
España*

**Raquel Sánchez, DUE**  
*Hospital Universitario de Getafe, Madrid,  
España*

**Iosune Salinas**  
*Fisioterapeuta  
Universitat de les Illes Balears, España*

## Acercas de la traducción

Para realizar la versión española de las guías de la RNAO se ha contado con la coordinación técnica de un equipo de traductores especializados, licenciados en Traducción e Interpretación, con años de experiencia en el campo de la salud, con los conocimientos culturales y lingüísticos necesarios y todos ellos con el español como lengua materna. A su vez, la revisión ha corrido a cargo de profesionales del cuidado experimentados y conocedores de ambas culturas, y dicha revisión ha sido evaluada de forma independiente. Durante el proceso se han utilizado las más modernas herramientas informáticas de asistencia a la traducción a fin de garantizar la coherencia conceptual y terminológica. Asimismo, se ha realizado la adaptación cultural de los contenidos pertinentes para reflejar la realidad de los países hispanohablantes. Así podemos garantizar una traducción precisa y fluida que cumple los objetivos fijados en la cultura de destino.

# *herramienta*

## de implantación de las guías de práctica clínica

### Copyright

A excepción de aquellos fragmentos del documento en los que conste una prohibición o limitación específica de reproducir una copia, el resultado de esta herramienta puede ser reproducido y publicado sólo en su totalidad, en cualquier formato, incluyendo en formato electrónico, con fines educativos o no comerciales, sin que se requiera el permiso o el consentimiento de la Asociación de Enfermeras de Ontario, siempre que se haga constar la referencia o créditos válidos en el trabajo copiado, como se establece a continuación.

Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (2002). Herramienta: Implantación de guías de práctica clínica. Toronto, Canadá: Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario.

### Registered Nurses Association of Ontario

Proyecto de Buenas prácticas de enfermería

111 Richmond Street, Suite 1208

Toronto, Ontario

M5H 2G4

[www.rnao.org](http://www.rnao.org)

### Registered Nurses Association of Ontario

Head Office

438 University Avenue, Suite 1600

Toronto, Ontario

M5G 2K8



# Tabla de contenidos

## Introducción

Establecer el contexto ..... 5

## Capítulo 1

Paso 1: Selección de la guía de Práctica Clínica ..... 13

## Capítulo 2

Paso 2: Identificar, analizar, y comprometerse con sus  
colaboradores ..... 23

## Capítulo 3

Paso 3: Evaluación de la preparación del entorno ..... 39

## Capítulo 4

Paso 4: Decisión sobre sus  
estrategias de implantación ..... 47

## Capítulo 5

Paso 5: Evaluación del éxito ..... 57

## Capítulo 6

Paso 6: ¿De qué recursos disponemos? ..... 65

Resumen ..... 75

Bibliografía ..... 80

## Anexos

A: Revisión y actualización de la herramienta ..... 83

B: Glosario ..... 84

## Equipo de desarrollo de la herramienta

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

**Alba DiCenso, RN, PhD**

**Chair**

CHSRF/CIHR/MOHLTC

Nursing Chair

Professor, Nursing & Clinical

Epidemiology and Biostatistics

*McMaster University*

*Hamilton, Ontario*

**Irmajean Bajnok, RN, PhD**

Director, Centre for Professional

Nursing Excellence

*Registered Nurses Association of Ontario*

*Toronto, Ontario*

**Elizabeth Borycki, RN, MN**

Application Specialist

*Mount Sinai Hospital*

Former BPG Resource Nurse

*Toronto, Ontario*

**Barbara Davies, RN, PhD**

Associate Professor

School of Nursing, *University of Ottawa*

Career Scientist,

*Ontario Ministry of Health &*

*Long-Term Care*

*Ottawa, Ontario*

**Ian Graham, PhD**

Senior Social Scientist

Clinical Epidemiology Unit

*Health Research Institute*

Associate Professor, Medicine

*University of Ottawa*

*Ottawa, Ontario*

**Margaret Harrison, RN, PhD**

Associate Professor

School of Nursing

*Queen's University*

*Kingston, Ontario*

Nurse Scientist, *Ottawa Hospital and*

*OHRI Clinical Epidemiology Unit*

*Ottawa, Ontario*

**Jo Logan, RN, PhD**

Associate Professor

School of Nursing

*University of Ottawa*

*Ottawa, Ontario*

**Lynn McCleary, RN, PhD**

Clinical Scientist, Nursing

*Children's Hospital of Eastern Ontario*

*Research Institute*

*Ottawa, Ontario*

**Michael Power, BA, MIM**

Director, Regional Planning

Administration

*Northwestern Regional Cancer Clinic*

*Thunder Bay, Ontario*

**Julia Scott, RN, MBA**

Project Manager

Recruitment and Retention Project

*Registered Nurses Association of Ontario*

*Toronto, Ontario*



## Equipo para el desarrollo de la herramienta

Tazim Virani, RN, MScN .....	Director de proyecto
Anne Tait, RN, BScN .....	Coordinador de proyecto
Heather McConnell, RN, BScN, MA(Ed) .....	Coordinador de proyecto
Carrie Scott .....	Asistente de proyecto
Elaine Gergolas, BA .....	Asistente de proyecto

3

La herramienta fue desarrollada y conceptualizada por el equipo al completo. Si bien el liderazgo sobre capítulos específicos fue proporcionado según consta a continuación:



estableciendo el contexto: .....	Tazim Virani
capítulo 1: .....	Ian Graham, Tazim Virani
capítulo 2: .....	Irmajean Bajnok, Elizabeth Borycki
capítulo 3: .....	Irmajean Bajnok, Julia Scott
capítulo 4: .....	Ian Graham, Margaret Harrison, Jo Logan, Lynn McCleary
capítulo 5: .....	Barbara Davies, Alba DiCenso
capítulo 6: .....	Michael Power, Tazim Virani
resumen: .....	Tazim Virani
panorama: .....	Elizabeth Borycki, Lynn McCleary

Visite la página web de la RNAO [www.rnao.org](http://www.rnao.org) para realizar un pedido de esta herramienta.

## Reconocimientos

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

### Bunny Alexander

Chief Nursing Officer  
Niagara Health System  
Welland, Ontario

### Susan Bailey

Palliative Clinician  
Former BPG Resource Nurse  
Thunder Bay Regional Hospital  
Thunder Bay, Ontario

### Marilyn Deachman

Clinic Nurse Consultant  
Abbott Laboratories  
Toronto, Ontario

### Maureen Dobbins

Assistant Professor  
McMaster University  
Hamilton, Ontario

### Doris Grinspun

Executive Director  
RNAO  
Toronto, Ontario

### Doris Howell

Director of Research and Development  
Interlink  
Toronto, Ontario

### Linda Johnston

Palliative Care Coordinator  
Former BPG Resource Nurse  
Royal Victoria Hospital  
Barrie, Ontario

### Susan Mills-Zorzes

Enterostomal Nurse  
St. Joseph's Hospital  
Thunder Bay, Ontario

### Verna Ortghieses

Clinical Educator  
St. Joseph's Hospital  
Thunder Bay, Ontario

### Marg Poling

Palliative Care Advisor  
Victorian Order of Nurses  
Former BPG Resource Nurse  
Thunder Bay Regional Hospital  
Thunder Bay, Ontario

### Karen Ray

Project Consultant  
Former BPG Resource Nurse  
Saint Elizabeth Health Care  
Toronto, Ontario

### Josie Santos

Clinical Nurse Specialist  
Former BPG Resource Nurse  
Humber River Regional Hospital  
Toronto, Ontario

### Kathy Sirrs

Assistant Administrator Clinical Services  
Chief Nursing Officer  
North Bay Psychiatric Hospital  
North Bay, Ontario

### Selinah Sogbein

Assistant Chief Nursing Officer  
Coordinator of Clinical Services  
North Bay Psychiatric Hospital  
North Bay, Ontario

### Karima Velji

Advance Practice Nurse  
Radiation Oncology  
Princess Margaret Hospital  
Toronto, Ontario

## Estableciendo el contexto

Las guías de práctica clínica (GPC) son conocidas habitualmente como: declaraciones sistemáticamente desarrolladas de las mejores prácticas recomendadas en un área clínica específica, diseñadas para proporcionar una directrices a los clínicos en su práctica. Las GPC son implantadas para facilitar el cumplimiento de uno o más de los siguientes objetivos:

- Proporcionar un cuidado eficiente basado en la evidencia actual.
- Resolver un problema en el ámbito clínico (p.ej.: mal manejo del dolor).
- Conseguir la excelencia en el cuidado proporcionado reuniendo o sobrepasando los estándares de calidad.
- Introducir una innovación (p.ej.: un nuevo tratamiento efectivo o una prueba).

A pesar de que el número de GPC desarrollados se va incrementando, continúa existiendo una variabilidad en la práctica del cuidado de la salud, en general, y específicamente en los cuidados enfermeros. Más allá, existe la preocupación de que las GPC no se utilicen de manera completa por el personal sanitario si su introducción, soporte e implantación no se realizan de una manera, eficaz. Existe un fuerte apoyo a estas GPC en la literatura, a pesar de algunos estudios a gran escala centrados en los médicos, que indican un uso inadecuado de las GPC bien conocidas (*Bero, Grilli, Grimshaw, Harvey, Oxman & Thomson, 1998; Davis & Taylor-Vaisey, 1997; Oxman, Thomson, Davis, & Haynes, 1995; Thomas, Cullum, McColl, Rousseau, Soutter, & Steen, 1999; Wensing, Van der Weijden, & Grol, 1998*).

## Herramienta: Implantación de guías de práctica clínica

Esta herramienta se ha diseñado para ayudaren los ámbitos sanitarios a maximizar el potencial de las GPC, a través de su implantación sistematizada y bien planificada. También éste se diseñó para acompañar a las guías de buenas prácticas en enfermería desarrolladas por la Asociación Profesional de Enfermerasde Ontario (RNAO) para facilitar su implantación.

La probabilidad de éxito en la implantación de las GPC se ve incrementada cuando:

- Se utiliza un proceso sistematizado para identificar una GPC bien desarrollada y basada en la evidencia;
- Se han identificado a los colaboradores apropiados y comprometidos.
- Se ha realizado una evaluación de la preparación del contexto para la implantación de la GPC.
- Se utilizan estrategias de implantación basadas en la evidencia dirigidas a los aspectos planteados durante la evaluación de la preparación del entorno.
- Se planifica y realiza una evaluación de la implantación.
- Se tienen en consideración de manera adecuada las implicaciones que conlleva el desarrollo de estas actividades.


6

Este capítulo de la herramienta para la implantación está dirigido a cuatro cuestioness:

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

### ¿Para quién está diseñada?

Entre los usuarios de la herramienta de implantación se incluirán las enfermeras y otros profesionales sanitarios. Esta herramienta resultará particularmente valioso, para las personas que tengan la responsabilidad de implementarlas GPC en sus organizaciones. Los organismos que deseen implantar las GPC deberían identificar a una o más personas que se responsabilizarían de facilitar los procesos de planificación implantación, y evaluación. Un enfoque interdisciplinar es normalmente un factor importante para las actividades de planificación, implantación y evaluación.



A las personas identificadas para llevar a cabo el proceso de implantación de las GBP se les puede llamar facilitadores, administradores de proyectos o jefes de proyecto. Los grupos encargados de la implantación de una actividad principal se les puede denominar Comité de implantación, Comité de directivo o Equipo de Proyecto.

## ¿Cómo se diseñó la herramienta?

La RNAO, con la financiación del Ministerio de Sanidad y de cuidados a pacientes crónicos de Ontario (MOHLTC por sus siglas en inglés) inició un proyecto de varios años para desarrollar, realizar un seguimiento, evaluar y difundir las guías de buenas prácticas en enfermería. La RNAO constituyó un equipo de enfermeras e investigadores para desarrollar una herramienta que guiara a los organismos que lo desearan en la implantación de GPC, incluyendo aquellas desarrolladas como parte del Proyecto de guías de buenas prácticas en enfermería. El trabajo del equipo se condujo de manera independiente a cualquier influencia o sesgo por parte del Ministerio de Sanidad de Ontario (MOH por sus siglas en inglés).

El equipo de desarrollo determinó, a través de un proceso de consenso, el alcance de la herramienta.



Siempre que fue posible, el equipo utilizó una jerarquía de evidencia que asignaba niveles de evidencia. Se identificó la evidencia a través de las revisiones sistemáticas disponibles, estudios primarios sólidos, y la opinión de los miembros del equipo como expertos.

7

La herramienta fue desarrollada como un recurso de fácil manejo para facilitar la identificación e implantación sistematizada de las GPC. Dado que el contenido está basado en el conocimiento actualizado disponible, se realizarán revisiones y actualizaciones de manera periódica as como se ha señalado en el [Anexo A](#).

## Precaución

### ¿Cuáles son las limitaciones de la herramienta?

La investigación en el ámbito de la implantación de las GPC está en una etapa temprana. La mayoría de la investigación se ha realizado con grupos de médicos y muy poca con la enfermería y otros grupos de profesionales sanitarios. Es por ello que se aconseja considerar cuidadosamente la idoneidad o adecuación entre un organismo y las recomendaciones y directrices proporcionadas en esta herramienta.



### ¿Cómo utilizar este manual?

La herramienta ha sido conceptualizado utilizando un modelo desarrollado por el equipo (Ver Figura 1). El modelo describe seis componentes esenciales para la implantación de las GPC :Identificación de GPC (1); Identificación, evaluación y compromiso de los colaboradores (2); preparación del entorno(3); Utilización de estrategias eficaces de implantación (4); evaluación de la implantación de la GPC (5); e identificación de los recursos requeridos (6). Cada capítulo está organizado para que se corresponda con uno de los seis componentes. Aunque los componentes de la implantación de las GPC se organizan en capítulos diferenciados, es importante señalar que para cada componente, existen unos requisitos en cuanto a recursos y unas implicaciones respecto a los colaboradores. Al final de cada capítulo se señalan las implicaciones respecto a los principales recursos y a los colaboradores.

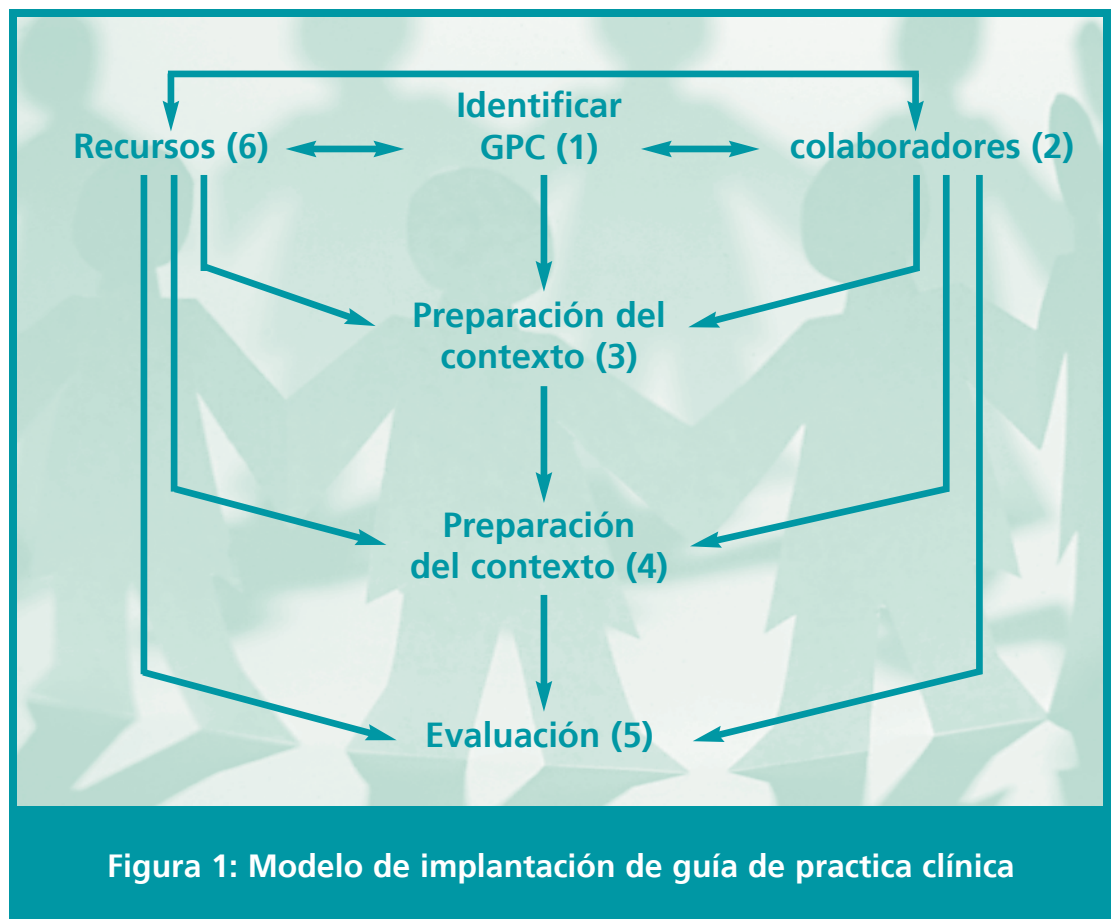


Figura 1: Modelo de implantación de guía de práctica clínica

## ¿Qué buscar durante la lectura de los capítulos?

Cada capítulo está organizado bajo los siguientes subtítulos:

1. Revisión del capítulo anterior
2. ¿De qué trata el capítulo?
3. Principales definiciones
4. HECHOS
5. Hacerlo posible en la práctica
6. Implicaciones a considerar antes de proceder al siguiente capítulo
  - a) Implicaciones para los colaboradores
  - b) Implicaciones de recursos
  - c) Implicaciones del plan de acción
7. Escenario (aplicación del contenido de cada capítulo)
8. Referencias

## Visión global de los contenidos del capítulo




Capítulo	Contenido	Plantillas (ver disco adjunto)
<b>Introducción</b>	Establecer el escenario.	Plantilla para el plan de acción.
<b>Capítulo 1</b>	Criterios para la identificación de una GPC bien desarrollada y basada en la evidencia.	Instrumento para informar de una manera crítica sobre las guías de práctica clínica existentes. Ir a: <a href="http://www.agreecollaboration.org">www.agreecollaboration.org</a>
<b>Capítulo 2</b>	Compromiso de los colaboradores. Se proporcionan las directrices para la identificación de los colaboradores y para involucrarlos como colaboradores de la implantación.	Plantilla para la evaluación de los colaboradores.
<b>Capítulo 3</b>	Un marco para la realización de una evaluación de la preparación del entorno.	Plantilla para la evaluación de la preparación del contexto.

Resumen del contenido del capítulo (continuación)

Capítulo	Contenido	Plantillas (ver disco adjunto)
Capítulo 4	Estrategias específicas para la implantación GPC.	
Capítulo 5	Evaluación de la implantación y el impacto de una GPC. Se identifican los indicadores clave.	Plantilla de identificación de indicadores.
Capítulo 6	Se proporciona una directriz general para la determinación de los recursos humanos y financieros para la identificación, implantación y evaluación de las GPC.	Hojas de presupuesto.
Capítulo 7	Los pasos de la herramienta se han resumido y se han proporcionado los instrumentos para la gestión y seguimiento de la implantación de GPC.	Plantilla del plan de acción.

10

Iconos en los que fijarse durante el uso de esta herramienta:

	<b>Recursos implicados</b>		<b>Colaboradores</b>
	<b>Plantilla</b>		<b>Plan de acción</b>



## Plan de acción



A medida que se comience el ejercicio de planificación, se recomienda que se utilice el plan de acción. La plantilla para el plan de acción y las plantillas en blanco se proporcionan en el disco adjunto.

Las plantillas pueden ser utilizadas de manera inmediata insertando la información adecuada en las hojas de datos. A medida que se avanza en los capítulos, se encontrarán una o más hojas de datos que sirven de soporte para la puesta en práctica del material aprendido en ese capítulo. Se incluyen las principales definiciones en cada capítulo, y se proporciona un glosario completo en el [Anexo B](#).

11

### Implicaciones del Plan de acción:



- Familiarizarse con la plantilla del plan de acción.
- Identificar las cronologías firmemente basadas para el proyecto de implantación y evaluación de la GPC.
- Comenzar el desarrollo del plan de acción inmediatamente mientras se avanza con el siguiente capítulo.

### Implicaciones respecto a los recursos:



- La(s) persona(s) que han sido identificadas para liderar el proceso de implantación de la GPC en el organismo o institución deberán poseer habilidades para el manejo de proyectos, manejo de los cambios, la facilitación, y el trabajo con las demás personas y su compromiso y disponer de los recursos suficientes.
- Debe comprenderse desde el comienzo del proceso que la implantación de la GPC requiere recursos ,por ejemplo dedicación de tiempo para la planificación el liderazgo, la planificación y la implantación del proyecto, tiempo para la formación, etc. Los detalles más específicos sobre los recursos requeridos se detallan en el Capítulo 6. Sin embargo, igual que la evaluación de los financiadores, la valoración de los recursos necesarios debería comenzar en una etapa temprana y desarrollarse a través del proceso de planificación. Utilice las plantillas a medida que va avanzando en los capítulos para identificarlas implicaciones en el presupuesto para la implantación de una GPC.



Se proporcionan plantillas en un disco adjunto. Utilice las hojas de datos a medida que avanza en los capítulos.

## Escenario

**En el cierre de cada capítulo** se incluye un escenario para ilustrar cómo se puede identificar, implementar y evaluar la implantación de una GPC. A continuación se incluye una breve descripción del escenario, el cual será desarrollado para reflejar el contenido cubierto en cada capítulo. Usted es una Enfermera que trabaja en cuidados paliativos en un hospital general. Durante su primer año en este puesto, ha estado trabajando con pacientes en el programa de cuidados paliativos y consultando con las enfermeras del hospital sobre el manejo del dolor en general. En los últimos meses, usted ha estado reflexionando sobre el nivel de control del dolor y sobre las prácticas para el manejo del dolor en su hospital. Usted es consciente de que la satisfacción del paciente y su familia con el manejo del dolor es inferior en su organización que en otras organizaciones similares. Usted sabe que algunos de sus compañeros están interesados en mejorar el manejo del dolor. Ha comentado sus preocupaciones con su supervisora y con la directora de enfermería de su organización. Las tres deciden que sería una buena idea buscar una guía de práctica clínica sobre el manejo del dolor para utilizarla en su organización.

12

## Referencias

Bero, A. L., Grilli, R., Grimshaw, M. J., Harvey, E., Oxman, D. A., & Thomson, M. A. (1998). Closing the gap between research and practice: An overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *British Medical Journal*, *317*, 465-468.

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

Oxman, D. A., Thomson, M. A., Davis, A. D., & Haynes, R. B. (1995). No magic bullets: A systematic review of 102 trials of interventions

to improve professional practice. *Canadian Medical Association Journal*, *153*, 1423-1431.

Thomas, L., Cullum, N., McColl, E., Rousseau, N., Soutter, J., & Steen, N. (1999). Guidelines in professions allied to medicine. (Cochrane Review) In: *The Cochrane Library, Issue 3*. Oxford: Update Software.

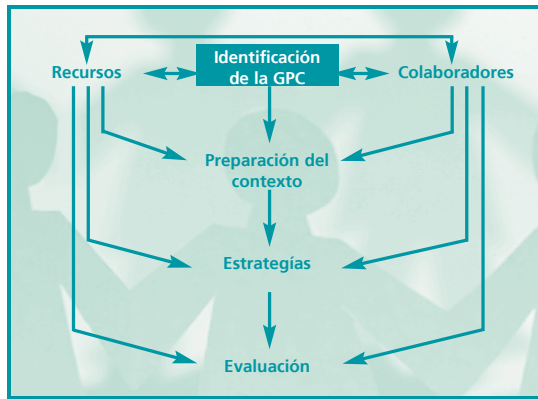
Wensing, M., Van der Weijden, T, & Grol, R. (1998). Implementing guidelines and innovations in general practice: Which interventions are effective? *British Journal of General Practice*, *48*, 991-997.

## Paso 1

# Selección de la guía de práctica clínica

**Preámbulo:** El primer paso para utilizar las guías de práctica clínica (GPC) en su organización es el de decidir qué GPC se va a introducir. El elevado número de GPC sobre el mismo tema o área han traído como resultado la costosa y difícil tarea de acceder y seleccionar las GPC de mayor calidad. A las guías de práctica clínica se puede acceder a través de numerosas fuentes, como las publicaciones en la literatura, páginas de Internet, y organizaciones. Las Guías varían en el nivel de rigor metodológico utilizado para su desarrollo, la fortaleza de su evidencia que apoye recomendaciones específicas, su claridad y su formato. Existe un creciente consenso entre los implicados en el desarrollo de GPC de que existe la necesidad de seguir unos estándares globalmente establecidos para el desarrollo de GPC. Muchas guías se quedan cortas en el seguimiento de estos estándares metodológicos en todas las áreas del desarrollo de las mismas --especialmente en la identificación, evaluación, y síntesis de la evidencia científica (*Cluzeau, Littlejohns, Grimshaw, Feder & Moran, 1999; Graham, et al., 2001; Grilli, Magrini, Penna, Mura & Liberati, 2000; and Shaneyfelt, Mayo-Smith & Rothwangl, 1999*).

## ¿De qué trata este capítulo?



En este capítulo, usted se familiarizará con la forma de evaluar la calidad de una GPC utilizando una guía como instrumento de valoración. También revisaremos el proceso que un grupo puede utilizar para facilitar la adopción o adaptación de una guía ya existente para su uso local.

Se irá indicando el proceso mediante el cual se puede valorar de una manera crítica las guías existentes, junto con las estrategias y las herramientas. El primer paso para la implantación de cualquier GPC es encontrar la mejor GPC para implantar.

La información de este capítulo está basada principalmente en las siguientes fuentes: *Graham, Harrison & Browsers (2001)* y la experiencia del proyecto de la RNAO De Guías de buenas prácticas en enfermería, 2001.

## Definiciones clave

### Guías de práctica clínica o guías de buenas prácticas

“Declaraciones desarrolladas de una manera sistematizada(basadas en la mejor evidencia disponible) para ayudar al clínico y al paciente en la toma de decisiones sobre el cuidado adecuado de la salud en circunstancias clínicas (prácticas)” (*Field & Lohr, 1990*).

### Consenso de la opinión de los expertos

Un proceso para la toma de decisiones sobre recomendaciones, y no un método científico para la creación de nuevos conocimientos. Como máximo el desarrollo del consenso simplemente conduce al mejor uso de la información disponible, sea ésta proveniente de datos científicos o de la sabiduría colectiva de los participantes” (*Black, Murphy, Lamping, McKee, Sanderson & Askham, 1999*).

### Evidencia

“Una observación, hecho, o cuerpo organizado de información disponible para apoyar o justificar las inferencias o supuestos para la demostración de alguna proposición o asunto en cuestión” (*Madjar & Walton, 2001*).

### Atención

Buscar GPC que estén basadas en la evidencia de la mejor calidad disponible

### Práctica basada en la evidencia

La aplicación sistematizada de la mejor evidencia disponible en la evaluación de las opciones y en la toma de decisiones para el manejo clínico y el establecimiento de directrices (*National Forum on Health, 1997*).

### Niveles de evidencia

Una jerarquía de la evidencia, normalmente variando entre la más sólida y la más débil.

### Recursos

Requisitos, financieros, humanos o en especie necesarios para alcanzar los objetivos que se resumen en el plan de acción.

### Colaboradores

Un individuo, grupo y organización con un interés creado en la decisión de implantar una GPC. Como colaboradores se incluyen a los individuos o grupos que estarán directa o indirectamente implicados en la implantación de una GPC.

### Revisión sistemática

La aplicación de un enfoque científico riguroso para consolidar la evidencia de investigación sobre un tema específico. "Las revisiones sistemática establecen cuándo los efectos del cuidado de la salud son consistentes y los resultados de la investigación pueden ser aplicados en diferentes ámbitos, poblaciones, y diferencias en el tratamiento (por ejemplo dosis); y dónde los efectos pueden variar de manera significativa. La utilización de métodos explícitos y sistemáticos en las revisiones limita los sesgos (errores sistemáticos) y reduce los efectos del azar, proporcionando de esta manera resultados más fiables sobre los que establecer conclusiones y tomar decisiones" (*Clarke & Oxman, 1999*).



## HECHOS

**Para seleccionar una GPC, se necesitan los criterios para** tomar decisiones, como instrumento para la evaluación crítica específicamente diseñado para evaluar GPC. *Graham, Calder, Hebert, Carter y Tetroe (2000)* realizaron una comparación de los instrumentos de evaluación crítica de GPC. Los autores concluyeron que si bien se podía identificar un amplio número de instrumentos para la evaluación crítica, ninguno de ellos podía ser recomendado de una manera exclusiva. Sin embargo, se destacó el instrumento de Cluzeau por poseer la evaluación más extensa.

16

El instrumento de Cluzeau se sometió a revisiones y evaluaciones posteriores y fue renombrado como el AGREE (por sus siglas en inglés: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation; Valoración de las pautas para la investigación y la evaluación) instrumento basado en el nombre de un grupo internacional establecido para mejorar el desarrollo y la eficiencia de las GPC. El instrumento AGREE es el instrumento más actual y rigurosamente probado para la evaluación de las GPC disponible en estos momentos. Se recomienda que se visite de manera regular la página web de AGREE para obtener la versión más actualizada de dicho instrumento: [www.agreecollaboration.org](http://www.agreecollaboration.org).

## Haciéndolo posible en la práctica

### ¿Cómo se selecciona una guía de práctica clínica?

#### Paso 1:

Identificar si algún autor u organismo ha realizado ya una evaluación actualizada de las GPC en el área de interés. Organizaciones como la RNAO han utilizado un proceso sistemático a para la evaluación crítica de muchas GPC en diferentes áreas temáticas. Si existe dicha evaluación, determinar si el autor o la organización utilizaron un proceso de evaluación de las guías riguroso y sistemático, usando un instrumento de validación válido. Más allá, sería deseable conocer quién ha estado implicado en el proceso de evaluación y cuales son las limitaciones con la GPC identificada.

#### Paso 2:

Si no hay ninguna revisión de la GPC disponible, buscar de manera sistemática todas las GPC disponibles sobre el área temática elegida:

- Comenzar por la búsqueda sistemática de GPC a través de internet. Muchas páginas web proporcionan acceso a guías ya desarrolladas. Conviene destacar que dichas guías varían en su rigor y en su calidad. Adicionalmente, muchas de las páginas web no evalúan sistemáticamente la calidad de las guías que albergan en sus bases de datos. Es altamente recomendable la realización de una búsqueda rigurosa sistemática a través de internet.
- Con la ayuda de un bibliotecario cualificado o de un experto en búsquedas bibliográficas, buscar en las bases de datos más habituales especializadas en los cuidados de la salud las GPC en el área temática en cuestión. Una búsqueda cuidadosa incluye la documentación detallada de la estrategia de búsqueda utilizada. Los términos de búsqueda deben ser cuidadosamente identificados por los clínicos más familiarizados en el área clínica de contenidos. Por ejemplo, la terminología utilizada para la búsqueda de GPC en el área del dolor podría incluir: dolor, manejo del dolor, alivio del dolor, guía(s) práctica(s), guía(s) de práctica clínica, estándares, guías basadas en la evidencia, guías de buenas prácticas. Se recomienda encarecidamente realizar la búsqueda en más de una base de datos (Medline, CINAHL, Embase, etc.).
- Las GPC son desarrolladas frecuentemente por organizaciones, grupos de organizaciones y/o asociaciones y pueden no estar publicadas en la literatura. Puede entrevistarse a los patrocinadores para averiguar su conocimiento sobre GPC no publicadas.

### Paso 3:

Asegurarse de que se ha tenido acceso completo a todas las GPC. Una lectura rápida a menudo señala documentos técnicos, monografías u otros documentos asociados que describen en detalle el desarrollo de la guía, así como la evidencia en la que se apoya. Debería mantenerse un registro riguroso de las guías a las que se ha tenido acceso.

### Paso 4:

Cuando se tiene acceso a un gran número de GPC, pueden utilizarse criterios de búsqueda o filtrado para obtener listado abreviado de los documentos. Los criterios de búsqueda deben asegurar que el desarrollo de la Guía estuvo basado en evidencia. Los criterios de búsqueda pueden incluir también: GPC escritas en inglés (si no se dispone de la capacidad para la traducción), redactadas dentro de un período de tiempo determinado, enfocadas en un área temática más específica, etc.

## ¿Qué se hace una vez que se ha identificado una serie de GPC?

### Paso 1:

Utilizar el instrumento AGREE para evaluar de manera crítica da una de las GPC incluidas en la lista abreviada. Esta herramienta permite la evaluación en seis dimensiones principales: alcance y misión; implicación de los patrocinadores; rigor de desarrollo; claridad y presentación; aplicabilidad; e independencia editorial. Identificar un grupo de cuatro a seis miembros para revisar y evaluar las guías de manera independiente. Es preferible que entre los miembros del grupo sean expertos o tengan experiencia en el área clínica del tema de interés, tengan algún conocimiento sobre el proceso de investigación, y dispongan de orientación para la utilización del instrumento AGREE. Se pueden desarrollar tablas y gráficas de barras con la puntuación en el AGREE de cada GPC para resumir las puntuaciones y permitir la comparación entre las diferentes GPC.

18

El proceso de evaluación crítica de las guías permite identificar la o las guías que usted o su organización está considerando implantar. Si se identifican más de una, el equipo de implantación puede decidir que se utilice exclusivamente una de ellas o bien adoptar recomendaciones de una o más de las guías, basándose en los niveles de evidencia, claridad, etc.

### Paso 2:

La mayoría de las GPC contendrán una serie de recomendaciones. El equipo de implantación debe identificar las recomendaciones para la implantación. El proceso de decisión puede implicar la consideración de las siguientes cuestiones:

1. Existen ciertas recomendaciones que estén basadas en niveles de evidencia superiores a los del resto?
2. ¿Existen recomendaciones específicas en la GPC dirigidas a las necesidades de su organización?
3. ¿Existen recomendaciones que ya estén siendo implantadas?
4. ¿Hay alguna que haya sido implantada sólo parcialmente? ¿No hay ninguna?
5. ¿Hay alguna recomendación que deba ser implantada antes que otras?
6. Hay alguna recomendación que pueda ser implantada en el acto?
7. ¿Hay algunas recomendaciones que requerirán más tiempo para su implantación?
8. ¿Existe alguna barrera para la implantación de alguna de las recomendaciones que implique o bien un mayor tiempo para superarla o que requiera muchos recursos? (por ejemplo tiempo, dinero, habilidades específicas).



Las decisiones tomadas en esta etapa proporcionarán información del alcance de la implantación de la GPC, así como de la cantidad de recursos requeridos. Utilizar colaboradores claves, tales como supervisoras de enfermería y enfermeras clínicas trabajando en el área específica y datos que aseguren la calidad para responder a las cuestiones mencionadas anteriormente.

**Antes de proceder con el siguiente capítulo, debe considerarse lo siguiente:**

**Implicaciones con los colaboradores:**



- Los colaboradores clave están implicados de manera temprana en el proceso, p.ej. siendo parte del proceso de evaluación de la GPC.
- Los patrocinadores disponen de fuentes importantes de información, tales como: la extensión o importancia del problema, las necesidades no cubiertas y la motivación necesaria para dirigir el tema.

**Implicaciones respecto a los recursos:**



- Considerar los recursos para: las búsquedas de GPC en internet y en la literatura; el tiempo para la evaluación crítica de las GPC; y el espacio y el tiempo para que el equipo o el comité se reúnan regularmente.
- La RNAO dispone de sesiones de trabajo disponibles sobre los siguientes temas que podrían ayudar en el desarrollo de habilidades (ver [www.rnao.org](http://www.rnao.org)):
  - a) Evaluación de la investigación - módulo de e-learning
  - b) Talleres específicos sobre las áreas de pensamiento crítico, la práctica basada en la evidencia, el trabajo en equipo, el manejo del cambio, la negociación, etc. – llamar al Centro de la RNAO para la excelencia profesional en enfermería, 416.599.1925, 235

**Implicaciones respecto al plan de acción:**



- Establecer un plan de acción e incluir las acciones específicas requeridas en la organización para identificar una guía específica, las recomendaciones específicas, etc.
- Especificar las responsabilidades para las tareas como las búsquedas en Internet, búsquedas bibliográficas, evaluación de las guías, recopilación de los datos, etc.



### Escenario

**Usted es una enfermera** que ha sacado a la luz el tema del manejo del dolor en su organización. Su primera tarea es la de encontrar una GPC para el manejo del dolor adecuada. Usted ha asumido el liderazgo, con el apoyo de su supervisora de enfermería, para formar un equipo de colaboradores interesados también en el tema del dolor. El comité para la implantación de una GPC sobre el dolor se compone de tres enfermeras, una supervisora una enfermera educadora, un médico, un farmacéutico, y una profesora universitaria de enfermería.

Dos miembros del comité están de acuerdo en realizar una búsqueda de GPC relacionadas con el manejo del dolor. Consultan a un bibliotecario y buscan en la bibliografía de enfermería, médica, y sanitaria, y en Internet. Todos los miembros del comité utilizan sus contactos personales y profesionales para la búsqueda de trabajos no publicados o guías “en progreso”.

El equipo identifica diez GPC relacionadas con la evaluación y el manejo del dolor:

1. Royal College of Nurses: The Recognition and Assessment of Acute Pain in Children
2. AHCPR: Acute Pain Management in Adults: Operative or Medical and Trauma;
3. AHCPR: Management of Cancer Pain in Adults;
4. American Pain Society: Quality Improvement Guidelines for the Treatment of Acute and Cancer Pain;
5. American Geriatric Society: The Management of Chronic Pain in Older Persons;
6. College of Physicians and Surgeons of Alberta: Guidelines for the Management of Chronic Non-Malignant Pain;
7. Canadian Pain Society: Guidelines for the Management of Chronic Non-Malignant Pain;
8. University of Iowa Gerontological Interventions Research Center: Research Based Protocol: Acute Pain Management;
9. American Society of Anaesthesiologists: Practice Guidelines for Chronic Pain Management; y
10. Health Canada: The Management of Chronic Pain in Patients with Breast Cancer.

Dos miembros del comité evalúan las guías identificadas, utilizando los siguientes criterios:

1. La Guía está disponible y accesible para ser recuperada en su totalidad.
2. La Guía está basada en la evidencia, por ejemplo: contiene referencias, descripción de la evidencia, fuentes de la evidencia.
3. La guía está en inglés (sólo tienen acceso revisores de habla inglesa).
4. La Guía está fechada a partir de 1995.
5. La Guía trata estrictamente sobre el área temática (una lectura rápida por parte de dos miembros confirma si la guía se dirige al tema).

Cada miembro del comité se lee las guías. Para la identificación de las guías relevantes y de calidad, el comité divide las tareas de evaluación crítica de las 10 GPC. Para cada GPC, existen evaluaciones formales, utilizando el AGREE.

Las puntuaciones de de cada evaluador y la evaluación global están resumidas para la revisión por parte del comité. El comité identifica las tres guías siguiente que cumplen con los criterios de calidad del mismo a partir de las cuales se adoptarán las recomendaciones:

- 1) AHCPR: Acute Pain Management in Adults: Operative or Medical and Trauma.
- 2) AHCPR: Management of Cancer Pain in Adults.
- 3) Royal College of Nurses: The Recognition and Assessment of Acute Pain in Children.

El comité compara las recomendaciones específicas de las tres guías y concluye que la mayoría de las recomendaciones están basadas en la misma evidencia. En algunos casos, las recomendaciones están mejor expresadas y la evidencia está descrita de manera más clara. El comité decide implantar las recomendaciones para las cuales existe la mejor evidencia en su investigación. También seleccionan las recomendaciones para la implantación basadas en el alcance de los objetivos y metas del comité.

## Referencias

AGREE Collaboration (2000). Appraisal of guidelines for research and evaluation (AGREE) instrument. [on-line] Available: [www.agreecollaboration.org](http://www.agreecollaboration.org).

Black, N., Murphy, M., Lamping, D., McKee, M., Sanderson, C., & Askham, J. (1999). Consensus development methods: A review of the best practice in creating clinical guidelines. *Journal of Health Services Research & Policy*, 4, 236-248.

Clarke, M, Oxman, A.D, (eds) (1990). *Cochrane Reviewers's handbook 4.0* (Updated July 1999). In Review Manager (Rev Man) (Computer Program). Version 4.0 Oxford, England: The Cochrane Collaboration, 1999.

Cluzeau, F., Littlejohns, P., Grimshaw, J., Feder, G., & Moran, S. (1999). Development and application of a generic methodology to assess the quality of clinical guidelines. *International Journal for Quality in Health Care*, 11(1), 21-28.

Field, M.J. & Lohr, K.N (eds). (1990) *Guidelines for clinical practice: directions for a new program*. Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, DC.

Graham, I., Beardall, S., Carter, A., Glennie, J., Hebert, P., Tetroe, J. McAlister, F.A., Visentin, S. & Anderson, A.M. (2001). What is the quality of drug therapy clinical practice guidelines in Canada? *Canadian Medical Association Journal*, 165(2), 157-163.

Graham, D. I., Calder, A. L., Hebert, C. P., Carter, O. A., & Tetroe, M. J. (2000). A comparison of clinical practice guideline appraisal instruments. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 16(4), 1024-1038.

Graham D.I., Harrison M.B, & Brouwers, M. (2001). Evaluating and adapting practice guidelines for local use: a conceptual framework. In: Pickering S, Thompson J, editors. *Clinical Governance in Practice*. London: Harcourt, (In Press).

Graham, D.I., Lorimer, K., Harrison, M.B., & Pierscianowski, T. (2000). Evaluating the quality and content of international clinical practice guidelines for leg ulcers: Preparing for Canadian adaptation. *Canadian Association of Enterostomal Therapy Journal*, 19(3), 15-31.

Grilli, R., Magrini, N., Penna, A., Mura, G., & Liberati, A. (2000). Practice guidelines developed by specialty societies: The need for a critical appraisal. *Lancet*, 355, 103-106.

Madjar, I. & Walton, J. A. (2001). What is problematic about evidence? In J. M. Morse, J. M. Swanson, A. J. Kuzel. *The Nature of Qualitative Evidence*. (pp. 28-45). Thousand Oaks: Sage.

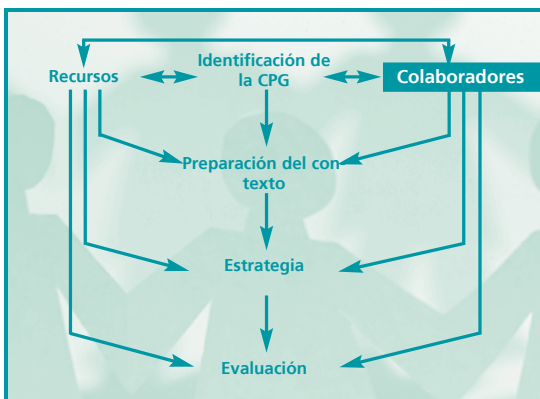
National Forum on Health. (1997). *Canada health action: Building the legacy. Synthesis reports and papers. Creating a culture of evidence-based decision-making*. Ottawa: Health Canada.

Shaneyfelt, T., Mayo-Smith, M., & Rothwangl, J. (1999) Are guidelines following guidelines? The methodological quality of clinical practice guidelines in the peer-reviewed medical literature. *JAMA*, 281(20), 1900-1905.

## Paso 2

# Identificación, análisis, e implicación de los colaboradores

**Revisión del capítulo anterior:** Una vez identificada y seleccionada una guía de práctica clínica (CPG) o las recomendaciones provenientes de varias GPC para ser utilizadas en un ámbito determinado, llega el momento de buscar colaboradores.



### ¿De qué trata este capítulo?

Este capítulo evalúa el papel de los colaboradores (por ejemplo: individuos, grupos y organizaciones) que puedan tener un interés demostrado en la decisión de implantar GPC y que pueden intentar influir en las decisiones y acciones relacionadas con el desarrollo de los planes de implantación (Baker, Ogden, Prapaipanich, Keith, Beattie, & Nickleson 1999).

Usted y su equipo necesitan:

1. Identificar a los colaboradores.
2. Analizar sus intereses.
3. Determinar su grado de apoyo e influencia relacionados con los planes.
4. Desarrollar estrategias para involucrar a los colaboradores clave.

Este capítulo desarrollará paso a paso este proceso.

Los colaboradores pueden apoyar, u obstaculizar la implantación de la GPC, o incluso pueden permanecer neutrales a lo largo del proceso de implantación. Este capítulo tratará sobre cada uno de estos tipos de colaboradores, y cómo un equipo puede trabajar con los colaboradores para implantar con éxito una GPC.

Las recomendaciones incluidas en este capítulo están basadas en las siguientes fuentes principales:

- *Shields* (1994)-- evaluación del apoyo de los colaboradores.
- *Varvasovszky & Brugha* (2000)-- análisis de los colaboradores.
- *Baker et al.*, (1999), *Fottler, Blair, Whitehead, Laus & Savage* (1989) y *Blair & Whitehead* (1988)-- demostración de la utilidad del análisis de los colaboradores en las fusiones hospitalarias.
- *Pollack* (1994)-- ejemplo de un análisis de los colaboradores en el desarrollo de programas.

## Definiciones clave

### Colaboradores

Un colaborador es un individuo, grupo u organización con un interés creado en la decisión de implantar una GPC. Los colaboradores incluyen a los individuos o grupos que se verán afectados directa o indirectamente por la implantación de una GPC.

Colaboradores que influenciarán en la implantación; colaboradores internos externos o mixtos. La categorización de los colaboradores permitirá la identificación de:

1. Colaboradores que influenciarán en la implantación.
2. Grupos de “posibles” colaboradores.

Esto le ayudará a usted y a su equipo a encontrar las formas más efectivas de implicar a los colaboradores.

Los colaboradores pueden también categorizarse de acuerdo a su respuesta positiva, negativa o neutra a la implantación de la GPC. Esta categorización normalmente se define mientras se está realizando un análisis de los colaboradores.

### Colaboradores internos

Los colaborador es provienen de dentro de la organización y pueden incluir las enfermeras, la directora de enfermería, las enfermeras clínicas especialistas, los médicos y otros.

### Colaboradores externos

Los colaborador es externos actúan fuera de la organización y pueden incluir organizaciones como la RNAO, organismos de acreditación, y varios grupos de interés incluyendo grupos de pacientes y de consumidores y otros.

### Colaboradores intermedios

Los colaboradores mixtos operan a lo largo de las fronteras de la organización, y del entorno. Éstos incluyen a personas tales como miembros de la dirección de la organización, personal con puestos interrelacionados, y otras personas similares.

Habitualmente se puede establecer la categorización cuando se identifican inicialmente a los colaboradores.

### Análisis de los colaboradores

El análisis de los colaboradores constituye un medio para generar información sobre individuos, grupos y organizaciones. Un análisis de los colaboradores le ayudará a usted y su equipo a comprender el comportamiento de los mismos, sus planes, relaciones y sus intereses. De la misma manera, les ayudará a determinar la influencia y los recursos que los colaboradores aportarán para soportarla.

### Manejo e implicación de los colaboradores

El manejo de los colaboradores describe la manera de trabajar e implicar a los mismos. El objetivo de implicar a los colaboradores es compatibilizar sus intereses con los objetivos del proyecto. La implicación de los colaboradores utiliza varios enfoques que pueden mejorar la congruencia o al menos minimizarlas consecuencias de no tener objetivos compatibles.

La gestión de los colaboradores es un término neutro dado que incluye las maneras de trabajar tanto con colaboradores positivos como negativos. Siempre que sea adecuado, se utilizará la palabra "implicación de los colaboradores" en lugar de "gestión de los colaboradores".

### Triaje de los colaboradores

El triaje de los colaboradores constituye una forma de implicación de los mismos. Le ayudará a usted y su equipo a:

1. Dirigir las energías hacia los colaboradores basadas en su postura positiva, negativa y neutral.
2. Determinar la cantidad de energía y el tipo de recursos a utilizar con cada tipo de colaborador.
3. Decidir a qué grupo de colaboradores dirigirse primero.
4. Decidir sobre los objetivos para la implicación de los colaboradores.





## HECHOS

**Existe escasa investigación que apoye** un enfoque en particular para la identificación, análisis e implicación de los colaboradores. Recientemente, la bibliografía sobre políticas sanitarias ha incorporado un enfoque de "estudio de caso" para compartir la manera en la que se debería dirigir a los colaboradores, dentro de un contexto con tipos de proyectos variables (véase por ejemplo, *Varvasovszky and Brugha, 2000*).

- Tener claros los componentes del proyecto y del proceso de implantación y estar familiarizado con los aspectos relacionados contribuirá a la identificación del grupo inicial de colaboradores. A continuación, se puede utilizar una técnica de bola de nieve. Con esta técnica, se solicita a cada colaborador. Que identifique a otros colaboradores relevantes, y entonces se realiza una encuesta estructurada donde se solicita a los participantes que identifiquen y califiquen la importancia de varios colaboradores.
- La utilización de enfoques tanto cualitativos como cuantitativos para la identificación de los colaboradores facilitará la creación de un listado y base de datos de los mismos.
- El análisis de los colaboradores es una manera de **a)** identificar a los individuos que pueden tener un impacto sobre un cambio propuesto; **b)** Realizar una evaluación de la posible reacción de un colaborador, basada en su posición respecto al cambio; **c)** Determinar posibles maneras de implicar los intereses de los colaboradores. Los objetivos del análisis de los colaboradores son dobles:
  - Maximizar la congruencia entre los intereses de los colaboradores y los objetivos del proyecto.
  - Controlar o minimizar los riesgos asociados con la falta de apoyo de los colaboradores.
- Como parte del análisis de los colaboradores, se les debe evaluar 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.



- El análisis de los colaboradores incluye la evaluación del tipo de colaborador (por ejemplo: interno, externo o mixto); la naturaleza de los intereses creados; y los factores que motivarán la aceptación de los colaboradores. Esto posibilitará que el equipo determine el nivel de influencia y apoyo del colaborador. A partir de este momento, se pueden desarrollar las estrategias apropiadas para la implicación de los colaboradores. Es importante reevaluar regularmente cada colaborador y su posición correspondiente. Las estrategias pueden requerir ser revisadas a medida que surgen nuevos colaboradores y /o que algunos cambien sus posiciones a lo largo del tiempo. Puede requerirse la adopción de diferentes estrategias para implicar a los colaboradores, dependiendo de los cambios en el apoyo y la influencia de los colaboradores.
- Otros aspectos a tener en cuenta para el análisis de los colaboradores incluyen el interés en la materia, la implicación con la materia, y el impacto de la misma sobre el colaborador.
- Puede contarse con que aquellos que tengan una alta influencia y que supongan un gran apoyo ejercerán una mayor influencia en la diseminación y en la adopción de las GPC. Tales colaboradores requieren una gran cantidad de atención para permitirles continuar con su apoyo a la iniciativa, y se les debe mantener continuamente informados.
- Aquellos que ejercen una gran influencia y disponen de poco apoyo requieren la mayor cantidad de atención para mantenerles en el equipo.
- Aquellos que ejercen escasa influencia pero ofrecen mucho apoyo requieren alguna atención para prevenir que se conviertan en neutros o negativos hacia el cambio.
- Aquellos que ejercen escasa influencia y ofrecen poco apoyo pueden estar los últimos la lista de prioridades; sin embargo, es mejor implicar a este grupo hasta, al menos, con seguir una posición neutral que minimice cualquier efecto negativo.
- El triaje de los colaboradores, es determinante para elegir la estrategia a utilizar con qué tipo de colaboradores y cuando, permite un uso más eficaz de la energía y de los recursos en la implantación del proyecto.

- Una buena correspondencia entre los colaboradores y la estrategia obtiene como resultado una congruencia entre los colaboradores y los objetivos del proyecto. Un desajuste puede tener como resultados:
  - Pérdida de energía (se presta excesiva atención a los colaboradores que ejercen una baja influencia).
  - Pérdida de oportunidades (fracaso en la implicación de colaboradores que prestan su apoyo). Esto puede poner en riesgo a la organización, porque se fracasa en la anticipación y defensa contra los colaboradores que no prestan su apoyo.

## Haciéndolo posible en la práctica

29

Usted está preparado ahora para realizar un análisis de los colaboradores paso a paso. Esto ayudará a su organización a apoyarla implantación de la GPC.

### La claridad supone un primer paso crítico

#### Paso 1:

Ser muy preciso sobre el proyecto de GPC, cuál es su unidad diana por ejemplo: la organización entera, un área, un programa, una unidad) y qué es lo que exactamente se pretende conseguir. Señalar cómo proporciona el cuidado en la actualidad y quién está implicado. Señalar cómo se proporcionará el cuidado utilizando la GPC y quién estará implicado. Utilizar el equipo al completo para explicar esto claramente en forma de gráfico. Todos aquellos implicados en el antes y el después serán los colaboradores. Este trabajo servirá también como comienzo para su plan de acción.

### Convocar a todos los colaboradores

#### Paso 2:

Trabajar de nuevo con todo el equipo y continuar identificando a los colaboradores clave para la implantación del proyecto. Recordarla utilización de las categorías de colaboradores, como internos, externos y mixtos. Recordar la consideración de enfermeras, enfermeras docentes, otros profesionales sanitarios, personal responsable de la calidad, supervisoras de enfermería, enfermeras investigadoras, y pacientes y sus familias. Para la identificación de los colaboradores considerar también:

- Cómo es la toma de decisiones en la institución.
- Quién está implicado en la toma de decisiones.
  - Aquellos que tomarán las decisiones (p.ej.: Directores de Operaciones, aquellos que establecen las directrices, etc).
  - Aquellos que pueden influir en las decisiones.
  - Aquellos que ejercen influencia en la implantación (por ejemplo: Enfermeras, supervisoras, otros profesionales de la salud, médicos, departamento de suministros, aquellos que establecen las directrices, familias, etc.).
  - Aquellos que defenderán la decisión e implantación(p.ej.: Director de Operaciones, Directoras de enfermería, etc.).
  - Aquellos que liderarán y defenderán (apoyarán) aspectos de la implantación; (p.ej. Enfermeras, directores, otros profesionales sanitarios, médicos, departamento de suministros, gobernantas, etc.).
  - Aquellos que implantarán y utilizarán las recomendaciones.
- Tipos de cooperación.
  - Aquellos que prestan apoyo.
  - Aquellos que no prestan apoyo.
  - Aquellos que son neutrales.

### Es el momento de recoger los datos

#### Paso 3:

Una vez se dispone de una lista de colaboradores, debe trabajarse en equipo para recopilar información para conocer a los colaboradores. Para esto, se puede optar por realizar una encuesta a personal clave, establecer grupos de discusión, o realizar entrevistas con informadores clave. Utilizar un guión específico para describir el proyecto de la GPC para que cada colaborador reciba la misma información.

Para completar el análisis de los colaboradores, la información sobre cada uno de ellos debe provenir de las fuentes (encuestas, grupos de discusión, o entrevistas con informadores clave) o, por lo menos, de lo más cercano posible a ésta. La información sobre los colaboradores proveniente de fuentes secundarias debería ser validada a medida que los colaboradores se van implicando en el proyecto.

La obtención de la información sobre grandes grupos de colaboradores, como el personal de enfermería, puede suponer todo un reto; sin embargo, el trabajo con los colegios profesionales, los representantes de enfermería, utilizando cuestionarios escritos, y foros abiertos, puede facilitar la obtención de las aportaciones sobre este importante grupo de colaboradores.

Utilice la hoja de evaluación de los colaboradores (véase el disco que acompaña) como guía para recopilar esos datos. En esta recopilación de datos, no olvide pedir a los colaboradores que identifiquen a otros que piensen que se deben tener en cuenta.

La información del enfermo y la familia puede obtenerse directamente de los enfermos y sus familias, y de los grupos de la comunidad y de consumidores.

### Organizar y analizar

#### Paso 4:

A partir de este momento, los datos deben ser analizados y deben realizarse juicios en relación al apoyo e influencia de los colaboradores, así como del potencial de cooperación o de amenaza para la implantación. El análisis de los colaboradores puede completarse por un equipo o de manera individual. Habitualmente se prefiere el enfoque grupal para maximizar los recursos y proporcionar un análisis equilibrado, especialmente a la hora de realizar evaluaciones de las posiciones de los colaboradores y su influencia. El consenso será la principal estrategia para la toma de decisiones a medida que el equipo realiza un análisis exhaustivo de los colaboradores.

31

Recordar que el análisis de los colaboradores es siempre sensible al tiempo. Algunos colaboradores pueden parecer no ejercer una alta influencia en un principio, pero ésta puede incrementar sea medida que el proyecto va desarrollándose. Por ejemplo, el personal de enfermería puede no tener una alta influencia inicialmente a la hora de obtener los recursos para impulsar el proyecto, sin embargo, serán unos colaboradores clave en las fases de planificación e implantación del proyecto.

### Implicar para un ajuste óptimo

#### Paso 5:

Trabajando todavía sobre el análisis de los colaboradores, utilizar el modelo de la Figura 2 (página siguiente) para identificar las estrategias que se utilizarán para implicar a los colaboradores. Evaluar de manera cuidadosa y precisa los intereses y la influencia de los colaboradores, La información proveniente del análisis de los colaboradores será de utilidad a lo largo de las fases de planificación, implantación, y evaluación del proyecto.

### Revisar

#### Paso 6:

Recordar que se debe volver de manera regular al análisis de los colaboradores para revisar la lista de los colaboradores clave y determinar si sus posiciones han variado, basándose en las estrategias de implicación, en dónde se está en el proyecto, o en otros cambios específicos de los colaboradores.

### Analizar y revisar

#### Paso 7:

Revisar las estrategias de implicación de los colaboradores necesarias para incrementar la congruencia entre los requerimientos de los colaboradores y los objetivos del proyecto. Esto reducirá el riesgo para la organización y para el proyecto, y permitirá que la organización utilice los recursos de la mejor manera.

Figura 2: Influencia de los colaboradores, apoyo y estrategias para la acción

		alta — influencia de los colaboradores — baja	
baja — influencia de los colaboradores — alta	alta apoyo alta influencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Afectará de manera positiva la diseminación y la adopción.</li> <li>Requieren una gran cantidad de atención e información para mantenerles implicados.</li> </ul> <p><b>Estrategias</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Colaborar.</li> <li>Implicar y proporcionar oportunidades donde puedan proporcionar apoyo.</li> <li>Apoyar y cuidar.</li> <li>Favorecer la retroalimentación.</li> <li>Prepararse para el manejo del cambio.</li> <li>Capacitar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pueden afectar de manera positiva la diseminación y la adopción si se les presta atención.</li> <li>Precisan de atención para mantener el compromiso y prevenir el desarrollo de la neutralidad.</li> </ul> <p><b>Estrategias</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Colaborar.</li> <li>Favorecer la retroalimentación.</li> <li>Capacitar a través del estatus profesional.</li> <li>Favorecer la participación.</li> <li>Prepararse para el manejo del cambio.</li> <li>Implicarles hasta cierto nivel.</li> </ul>
	bajo apoyo alta influencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pueden influir negativamente en la difusión y la adopción.</li> <li>Requieren una gran cantidad de atención para conseguir y mantener la neutralidad y trabajar hacia el compromiso.</li> </ul> <p><b>Estrategias</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Consenso.</li> <li>Construir relaciones.</li> <li>Reconocer necesidades.</li> <li>Utilizar colaboradores y consultores externos.</li> <li>Implicarles hasta cierto nivel.</li> <li>Insistir en cómo está desarrollada la GPC.</li> <li>No provocar la acción.</li> <li>Monitorizar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los que tienen menos posibilidades de influir en la difusión y la adopción.</li> <li>Podrían tener un impacto negativo por lo que deben monitorizarse.</li> <li>Debe prestarse algo de atención para conseguir la neutralidad y trabajar hacia su compromiso.</li> </ul> <p><b>Estrategias</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Consenso.</li> <li>Construir relaciones.</li> <li>Reconocer necesidades.</li> <li>Utilizar colaboradores y consultores externos.</li> <li>Implicarles hasta cierto nivel.</li> <li>Monitorizar.</li> </ul>
	bajo apoyo baja influencia		

Antes de proceder con el siguiente capítulo, debe considerarse lo siguiente:

#### Implicaciones respecto a los recursos:



- Acceder a la planilla de presupuesto del disco adjunto.
- Completar según lo indicado.

#### Implicaciones respecto al plan de acción:



- Extraer la plantilla del plan de acción.
- Añadir las actividades relacionadas con la identificación, análisis e implicación de los colaboradores.

33

### Escenario

A continuación se presenta un escenario para implantar una GPC para la evaluación y el manejo del dolor, la cual se ha venido siguiendo en esta herramienta. El caso continúa ahora, enfocado en la identificación, análisis, y manejo de los colaboradores. Todo esto se resume en el análisis completo de los colaboradores siguiendo al escenario.

Antes de planificar cómo proceder a la implantación de las recomendaciones sobre el dolor seleccionadas de la GPC, se recopila información sobre los colaboradores utilizando la hoja de trabajo para el análisis de los colaboradores. Los hallazgos revelan lo siguiente:

- Su organización no dispone de ningún programa establecido para el manejo y evaluación del dolor, y el uso del manejo del dolor basado en la evidencia por parte del personal varía entre las diferentes unidades. Por ejemplo, en las dos unidades de cuidados paliativos, se ha desarrollado con éxito un grupo interesado en el manejo del dolor. Este grupo revisa la literatura de manera mensual y se discute sobre las maneras de implantar nuevos procesos de manejo del dolor. Han comenzado a trabajar en un nuevo estándar sobre el manejo del dolor por parte de enfermería.
- El grupo ha identificado una serie de barreras para la mejora del manejo del dolor que incluyen la falta de apoyo para la documentación y las diferencias entre las enfermeras respecto a sus actitudes ante el dolor y su conocimiento sobre el manejo del dolor.

- También se acude al educador a menudo para que asesore sobre el manejo del dolor en los casos difíciles en otras dos unidades de su institución compuesta por doce unidades.
- Por otro lado, existe una unidad donde el personal proporciona cuidados a pacientes con SIDA en fase terminal. Gran parte del personal es nuevo y no está familiarizado con la evidencia sobre el manejo del dolor. La supervisora de enfermería de la unidad no considera que el manejo del dolor sea el tema que más presión le supone. Ya ha mencionado en numerosas ocasiones que le preocupan más las competencias de su personal relacionadas con la evaluación y el manejo de las necesidades físicas y emocionales de los pacientes con SIDA.
- En sus paseos por la institución también ha conocido a un oncólogo que trabaja con la mayoría de los pacientes ambulatorios de la institución. Como médico que atiende a muchos de sus pacientes, ella apoya su papel dentro de la institución. Ella le ha pedido su colaboración en el manejo del dolor en el hospital de día de su institución. Actualmente ve un gran número de pacientes de cuidados paliativos en el hospital de día que acuden para manejo del dolor.
- Hablando con otros médicos de las unidades, le cuentan que están esencialmente satisfechos con el nivel actual de la práctica enfermera. Indican que apoyarán cualquier cambio en el manejo del dolor por parte de la enfermería, siempre que la práctica actual no se deteriore.
- Los anestesiólogos de su institución poseen conocimientos específicos sobre el manejo del dolor. Sin embargo, están saturados de trabajo y no tienen tiempo para colaborar en la planificación.



La valoración inicial de su institución se presenta con muchos retos pero también con oportunidades para mejorar el cuidado del paciente y la práctica profesional. Usted está deseando comenzar el proceso. De difusión de las recomendaciones indicadas en las GPC sobre el dolor que selección ó en el capítulo 1.

Usted ha obtenido los conocimientos sobre los colaboradores clave y ha completado la tabla de información sobre los colaboradores que se muestra a continuación. Más aún, usted ha realizado una lluvia de ideas y ha decidido las estrategias clave para implicar a sus colaboradores. Usted y su equipo deciden volver de manera periódica a su análisis de los datos sobre los colaboradores para revisar las estrategias de implicación de los colaboradores así como para añadir a nuevos colaboradores.

Tras completar su evaluación de los colaboradores, usted se da cuenta de que tiene mucho trabajo por hacer. Se da cuenta también de que sus colaboradores ejercerán grados variables de influencia a lo largo del tiempo y que necesitará asegurarse de que busca un nivel de apoyo adecuado. Por ejemplo, al inicio del proceso de implantación, las enfermeras ejercerán menor influencia en la implantación de guía que en las etapas posteriores del proyecto. Al comienzo de la implantación, usted y su equipo deciden implicar a unas pocas enfermeras de cada unidad en el desarrollo de la estrategia de implantación. Cuando lanza las guías, usted y su equipo se dan cuenta de que existe una necesidad de influir en todas las enfermeras de cada una de las unidades, dado que tendrán un gran impacto sobre el si y el cómo la guía es implantada en el trabajo del día a día.

**HOJA DE TRABAJO DEL ESCENARIO** A continuación se muestra el resultado del análisis de los colaboradores:

Colaborador clave	Naturaleza del interés creado	Influencia y apoyo del colaborador (alta y baja)	Estrategias de manejo	Revisar	
		Influencia	Apoyo		
<b>Administración de la Institución</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mejorar la calidad de los servicios clínicos.</li> <li>Mejorar la práctica profesional.</li> <li>Coste-efectividad y eficiencia de los servicios.</li> </ul>	Alta.	Alta.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Obtener la aprobación de las actividades clave del proyecto (por ejemplo: aprobación del programa del dolor).</li> <li>Preparar para implicar en el manejo del cambio.</li> </ul>	
<b>Directora de Enfermería</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ser los “mejores” proveedores de servicios para la comunidad.</li> </ul>	Alta.	Alta.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Colaborar en las actividades clave de proyecto (p.ej. Reuniones del Comité directivo del dolor).</li> <li>Preparar para implicar en el manejo del cambio.</li> </ul>	
<b>Directivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mejorar la calidad de los servicios clínicos.</li> <li>Mejorar la práctica profesional.</li> <li>Ser los “mejores” proveedores de servicios para la comunidad.</li> </ul>	Alta.	Alta para uno de los dos directivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Colaborar en actividades clave del proyecto (por ejemplo: presentaciones en las unidades y en las reuniones del comité de dirección).</li> <li>Preparar para implicar en el manejo del cambio.</li> </ul>	
<b>Educador Sanitario</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mejorar la calidad de los servicios para el manejo del dolor en los pacientes.</li> <li>Mejorar la práctica profesional.</li> </ul>	Alta.	Alta.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Colaborar en actividades clave del proyecto (p.ej. “extensión” educativa del personal).</li> <li>Preparar para implicar en el manejo del cambio (por ejemplo: seguimiento, junto con el personal del entorno de la práctica clínica, revisando los planes de cuidados).</li> </ul>	
<b>Grupo para el estudio del manejo del dolor por parte de la enfermería</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mejorar la calidad de los servicios para el manejo del dolor en los pacientes.</li> <li>Mejorar la práctica profesional.</li> <li>Mantener la independencia profesional.</li> <li>Mantener la satisfacción laboral.</li> </ul>	Baja.	Alta.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implicar a través del trabajo en equipo en las actividades clave del proyecto (p.ej. como parte del equipo para el manejo del dolor que proporcionará servicios de consultoría a las unidades).</li> <li>Construir el consenso (p.ej. enfatizar la importancia de las guías para cambiar positivamente la práctica, revisar las investigaciones adicionales).</li> <li>Implicar en la evaluación de la implantación de la GPC.</li> </ul>	

Colaborador clave	Naturaleza del interés creado	Influencia y apoyo del colaborador (alta y baja)		Estrategias de manejo	Revisar
		Influencia	Apoyo		
<b>Enfermeras</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mejorar la calidad de los servicios para el manejo del dolor en los pacientes.</li> <li>Mantener la independencia de la práctica profesional.</li> <li>Mantener la satisfacción laboral.</li> </ul>	Baja.	Baja.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitorizar las actividades inicialmente.</li> <li>Implicar el cuidado a largo plazo a cierto nivel, gradualmente al principio durante el desarrollo del programa y posteriormente durante la implantación tanto como sea posible.</li> <li>Construir el consenso global (por ejemplo: instruir sobre las guías, sobre la investigación reciente y desarrollar instrumentos de ayuda que mejorarán la práctica clínica, planes de cuidados estandarizados).</li> </ul>	
<b>Oncólogos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mejorar la calidad de los servicios para el manejo del dolor en los pacientes.</li> </ul>	Alto.	Alto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implicarse en las actividades clave del proyecto, (p.ej. programa del dolor y procedimiento para revisar y desarrollar las directrices).</li> <li>Hacer hincapié en cómo se han desarrollado las guías (p.ej. describir a los expertos implicados en su desarrollo).</li> </ul>	
<b>Anestesiastas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mantener la calidad de los servicios para el manejo del dolor en los pacientes.</li> </ul>	Alto.	Baja.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Colaborar en actividades clave del proyecto (p.ej. solicitar que se revise el programa y las normas y los procedimientos para el dolor).</li> <li>Incidir sobre cómo se ha desarrollado el programa globalmente (p.ej. mencionar los tipos de estudios realizados en las guías).</li> </ul>	
<b>Otros médicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mantener la calidad de los servicios para el manejo del dolor en los pacientes.</li> </ul>	Baja.	Baja.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implicarse en actividades clave del proyecto por ejemplo: programa del dolor y revisión de las políticas y los procedimientos.</li> <li>Implicarse en la implantación del programa para el control del dolor.</li> </ul>	
<b>Pacientes y familiares</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elegir un cuidador (hospitalario o profesional sanitario) que pueda ayudarle a controlar su dolor de la manera más eficaz.</li> </ul>	Alto.	Alto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hacer hincapié en cómo el programa se ha desarrollado (p.ej. proporcionar folletos informativos que describan las guías).</li> </ul>	

## Referencias

Baker, C., Ogden, S., Prapaipanich, W., Keith, C. K., Beattie, L.C., & Nickleson, L. (1999). Hospital consolidation: Applying stakeholder analysis to merger life-cycle. Journal of Nursing Administration, 29(3), 11-20.

Blair, J. D., & Whitehead, C. J. (1988). Too many on the seesaw: Stakeholder diagnosis and management for hospitals. Hospital and Health Services Administration, 33(2), 153-166.

Brugha, R. & Varvasovszky, Z. (2000). Stakeholder analysis. A Review. Health Policy and Planning, 15(1), 239-243.

Fottler, M. D., Blair, J. D., Whitehead, C. J., Laus, M. D. & Savage, G. T. (1989). Assessing key stakeholders: Who matters to hospitals and why? Hospital and Health Services Administration, 34(4), 525-546.

Pollack, C. (1994). Planning for success: The first steps in new program development. Journal of School Nursing, 10(3), 11-15.

Shields, K. (1994). In the tiger's mouth: An empowerment guide for social action. Gabriola Island, British Columbia: New Society Publishing Company.

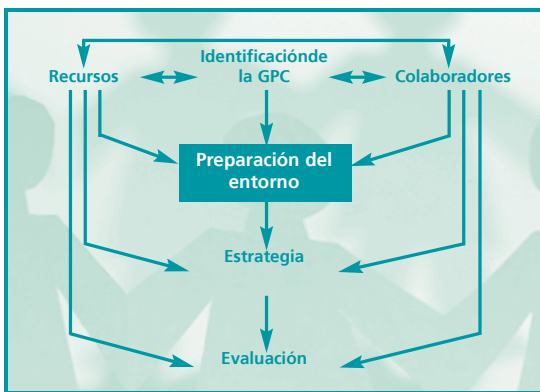
Varvasovszky, Z. & Brugha, R. (2000). How to do (or not to do) a stakeholder analysis. Health Policy and Planning, 15(3), 338-345.



## Paso 3

# Evaluación de la preparación del entorno

**Revisión del capítulo anterior:** Hasta el momento, ha identificado la GPC clave o las recomendaciones que quiere implantar en su área de práctica y se ha examinado el papel de los colaboradores.



### ¿De qué trata este capítulo?

Para asegurar una implantación fluida de las recomendaciones de las GPC, es fundamental evaluar el entorno y desarrollar su plan de implantación basado en sus resultados. En este capítulo, se revisarán ocho elementos que se cree apoyan la implantación de las GPC y se sugieren algunas cuestiones para ayudarle en la valoración de su entorno.

## Definiciones clave

### Estructura

Aquellos aspectos de la infraestructura e organizacional que tienen algo que ver con la manera en la que se toman las decisiones, con las prácticas del personal, con patrones de carga de trabajo, instalaciones, y disponibilidad de recursos (p.ej, ¿Existen foros para resolver aspectos clínicos? ¿Cómo se toman las decisiones respecto a los recursos clínicos? ¿Cuáles son los patrones generales del personal relacionados con la el personal mixto?).

### Cultura laboral

La naturaleza global de la organización: a) cómo pensamos deben hacerse las cosas; b) qué es lo que se considera importante como para centrarse en ello, y asignarle unos recursos; y c) en qué aspiramos basar la filosofía, valores, visión y misión, tal y como se expresan en las actividades diarias, (por ejemplo: ¿se tiene confianza en la excelencia de la práctica clínica? ¿Existe un deseo expresado de centrarse en la práctica basada en la evidencia? ¿Existe un movimiento para ser líderes en la excelencia enfermera?).

### Sistemas de comunicación

Todos los procesos formales e informales instaurados para permitir el intercambio de la información (por ejemplo: ¿qué sistemas de comunicación formal existen para tratar los temas clínicos? ¿Y para iniciar el cambio a nivel clínico? ¿Existen foros y lugares de reunión disponibles para se lleven a cabo las discusiones informales relacionadas con los aspectos clínicos? ¿Llegan a algún sitio los resultados de estas discusiones?).

### Apoyo de los líderes

El grado de preparación de la dirección a todos los niveles y de otras personas con capacidad de influencia para permitir cambios en el sistema relacionados con temas de la práctica clínica y con la calidad de los cuidados (por ejemplo: ¿expresa la dirección a cualquier nivel el deseo de promover la práctica basada en la evidencia? ¿Existen personas con influencia reconocida en la organización que hayan hablado a favor de la calidad y la excelencia clínica?).

### Conocimientos, habilidades y actitudes del potencial grupo diana

Los conocimientos habilidades, visión global y creencias del potencial grupo diana en relación al cambio, a la práctica basada en la evidencia y a la excelencia clínica en enfermería. Esto afectará a la motivación para la adopción de nuevas ideas y de nuevas prácticas (por ejemplo: ¿posee el personal los conocimientos y las habilidades necesarias? ¿Posee el personal una actitud positiva ante nuevas iniciativas? ¿Resulta fácil hablar sobre el cambio al personal? ¿Se ha apoyado con éxito al personal durante los cambios en el pasado?).

**Recursos**

Requerimientos financieros, humanos o materiales necesarios para la consecución de los objetivos que están descritos en el plan de acción.

**Relaciones interdisciplinarias**

Los comportamientos, tipos de interacciones y formas de tomar decisiones demostradas entre diferentes disciplinas implicadas en o afectadas por la GPC (p.ej. ¿Existen equipos de profesionales provenientes de una variedad de disciplinas que trabajen juntos sobre algún tema de manera regular?).

## HECHOS

41

**El contexto de la organización tiene** un efecto significativo en la implantación de la investigación. Las recomendaciones de este capítulo se basan en los siguientes trabajos:

1. *Kitson, Harvey, y McCormack (1998)* defienden que la exitosa implantación de la investigación es una función de la interacción entre tres elementos fundamentales: El nivel y la naturaleza de la evidencia, el contexto o ambiente donde la investigación va a implantarse, y el método o manera en la que se facilita el proceso. Identifica tres dimensiones de contexto: la cultura, los roles de liderazgo y el enfoque de la organización ante la medida. Concluyen que la implantación de la investigación es más exitosa cuando la evidencia es sólida, el contexto es receptivo al cambio con cultura comprensiva y monitorización y mecanismos de retroalimentación adecuados, y cuando existe una facilitación adecuada del cambio.
2. *Dobbins, Ciliska y DiCenso (1998)* destacan que las características de la organización tales como: el tamaño, la complejidad, la disponibilidad de recursos, la cultura, los canales de comunicación y los procesos de toma de decisiones están asociados de una manera significativa con la utilización de la investigación y explican considerablemente mejor que cualquier otro factor la variación en la utilización de la investigación.
3. *Logan y Graham (1998)* establecen que el ambiente de la práctica ejerce una poderosa serie de influencias sobre los profesionales que puede fomentar o impedir el proceso de transferencia y utilización de la investigación. Identifican factores estructurales, sociales y relacionados con el paciente. Los factores estructurales incluyen características como la estructura para la toma de decisiones, la carga de trabajo y los recursos disponibles. Los factores sociales incluyen variables como las políticas y las personas implicadas y la cultura y creencias existentes. Los factores relacionados con el paciente incluyen la voluntad o habilidad del paciente para cumplir con las recomendaciones basadas en la evidencia.

4. Solberg et al (2000) indican que la capacidad de la organización es crítica para el cambio planificado, incluyendo el apoyo sólido y el interés a todos los niveles de liderazgo, junto con una infraestructura bien desarrollada y una capacidad y una cultura para la mejora continua de la calidad y el manejo del cambio.

## Haciéndolo posible en la práctica

42

**Con la ayuda del equipo de implantación** realizar una evaluación de “la preparación del entorno” de la práctica o de la organización respondiendo a las preguntas en la hoja de trabajo que se incluye en el disco adjunto. Puede ser deseable consultar a otras personas o colaboradores importantes mientras se está llevando a cabo la evaluación.

Dada la complejidad de la mayoría de las organizaciones y los entornos de la práctica clínica, posiblemente no sea posible o exacto contestar simplemente con un “sí” o un “no.” En su lugar, identificar los elementos facilitadores y las barreras en la tabla adjunta al final de este capítulo. El plan de implantación debe diseñarse para aprovechar los elementos facilitadores y enfrentarse a las barreras. Algunas barreras deberían poder compensarse a través del diseño de las intervenciones (ver Capítulo 4) y el plan de comunicación a los colaboradores (ver Capítulo 2).

Utilizar la plantilla para la evaluación de la preparación del entorno. Hay que tener en cuenta que, aunque existen herramientas válidas y fiables de investigación disponibles, no existe un enfoque sencillo para la evaluación de la preparación del entorno.

### Antes de proceder con el siguiente capítulo, debe considerarse lo siguiente:

#### Implicaciones con los colaboradores:



- La evaluación de la preparación del entorno debe implicar a los colaboradores clave.
- Los colaboradores clave identificados hasta este momento precisarán estar informados e implicados en los procesos de planificación.

#### Implicaciones respecto a los recursos:



- La realización de una evaluación de la preparación del entorno supone un esfuerzo que implica un consumo de tiempo. Debería asignarse un tiempo para este ejercicio y prestarse la debida atención a esta evaluación. Un concienzudo entendimiento de las barreras y de los elementos facilitadores potenciará las estrategias de implantación.





### Implicaciones respecto al plan de acción:

- Extraer la planilla del plan de acción.
- Añadir las estrategias para la realización de una evaluación de la preparación del entorno.

### Escenario

**Usted ha aprendido cómo realizar** una evaluación de la preparación ambiental o del entorno, Ahora decide compartir este aprendizaje con el comité para la implantación de la GPC sobre el dolor. Como equipo, el comité decide realizar una evaluación de la preparación ambiental del hospital. Esto tiene evaluación se desarrolla al mismo tiempo que la de los colaboradores.

Primeramente, basándose en la lectura de la GPC sobre el dolor, el comité decide que será posiblemente más eficiente la implantación de la GPC en todo el hospital, en lugar de parcialmente, sólo en algunas unidades. Por ejemplo, el comité reconoce que posiblemente la documentación variará como parte de la de la implantación. En su hospital no es posible cambiar el sistema de documentación en una unidad, sin cambiar todos los sistemas de documentación de todo el hospital. Esto significa que el entorno para la implantación en el hospital entero.

Los miembros del comité comparten información entre ellos sobre cómo es el manejo del dolor en el hospital. También comparten información sobre los factores en el hospital que pueden ayudar o dificultar la implantación de la GPC. El decide que el director de calidad sería la persona adecuada para consultar durante esta fase de su trabajo. El director de calidad posee una amplia experiencia sobre la mejora de los cuidados al paciente y está muy familiarizado con las estructuras y sistemas de gestión en el hospital. Estos sistemas son el centro de la evaluación del entorno, por lo que tiene sentido contar con la participación del director de calidad en el comité para esta fase.

El comité completa la evaluación sobre la preparación del entorno durante un periodo de dos semanas. Evalúan las barreras y los elementos facilitadores para identificar las estrategias de intervención apropiadas. Las discusiones del comité se resumen en la plantilla a continuación.

## Herramienta: Implantación de guías de práctica clínica



### Plantilla del Escenario

El resultado de la exploración del entorno es el siguiente:

Elemento	Pregunta	Facilitadores	Barreras
<b>Estructura</b>	¿Hasta qué punto está descentralizada la toma de decisiones? ¿Hay suficiente personal para apoyar el proceso de cambio?	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Unidades Clínicas mayoritariamente gestionadas de manera autónoma.</li> <li>■ Programa de gestión de la calidad global para todo el hospital y para cada unidad.</li> <li>■ Educadores clínicos multidisciplinares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Anestesiistas infratados y sin disponibilidad de tiempo para acudir a las uniones del comité.</li> <li>■ Algún personal nuevo.</li> </ul>
<b>Cultura del ámbito laboral</b>	¿Hasta qué punto la GPC es coherente con los valores, actitudes y creencias del entorno de la práctica? ¿Cuál es el grado de apoyo al cambio de la cultura y del valor de la evidencia ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ El manejo del dolor está valorado.</li> <li>■ Las actividades para la mejora de la calidad están valoradas.</li> <li>■ La existencia de una vía clínica se valora como algo positivo por parte del personal.</li> <li>■ Afiliación con una escuela de enfermería donde existen investigadores clínicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Existencia de algunos profesionales sanitarios cínicos o escépticos sobre la mejora de la calidad.</li> <li>■ Escaso conocimiento sobre las GPC.</li> <li>■ Preocupación con respecto a si las GPC limitarán la autonomía de la práctica profesional.</li> </ul>
<b>Comunicación</b>	Existen sistemas de comunicación adecuados (formales e informales) que apoyen el intercambio de información sobre las GPC y sus procesos de implantación?	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Los vehículos para la comunicación con el personal incluyen: actualizaciones mensuales del Gerente vía e-mail, boletines periódicos de la Directora de enfermería para las enfermeras, boletines informativos cuatrimestrales para el personal, reuniones del personal de la unidad, libros de comunicación, rondas tablon de información.</li> <li>■ Medicina preventiva.</li> <li>■ Los líderes de la práctica multidisciplinar disponen de formalismos comunicativos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Oportunidades de comunicación interdisciplinar limitadas.</li> </ul>
<b>Liderazgo</b>	¿Hasta qué punto los líderes dentro del entorno de la práctica apoyan (de manera visible o no) la implantación de la GPC?	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ El gerente y la dirección apoyan activamente.</li> <li>■ Un miembro de la dirección pertenece al comité de implantación de la GPC sobre el dolor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ El manejo del dolor no es una prioridad para la dirección de cuidados paliativos.</li> </ul>

Elemento	Pregunta	Facilitadores	Barreras
<p><b>Conocimientos, habilidades y actitudes del grupo diana</b></p>	<p>¿El personal tiene los conocimientos y las habilidades necesarias? ¿Qué potencial grupo diana está abierto al cambio y a las nuevas ideas? ¿Hasta qué punto están motivados para la implantación de la GPC?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Enfermeras del hospital formándose sobre el manejo del dolor, becadas a través del programa de becas clínicas de la RNAO.</li> <li>■ Direcciones de farmacia y de calidad proporcionan un elevado apoyo.</li> <li>■ Una unidad tiene un comité sobre el dolor.</li> <li>■ Clubes de revisión de revistas en algunas unidades.</li> <li>■ Formación continua de la enfermería.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Puede ocurrir una sobrecarga de información y la subsecuente resistencia al cambio.</li> <li>■ Ideas equivocadas entre el personal sobre la pertinencia de una serie de estrategias para el manejo del dolor.</li> <li>■ No existencia de énfasis previo en las actualizaciones sobre el manejo del dolor para el personal.</li> </ul>
<p><b>Compromiso para la gestión de la calidad</b></p>	<p>¿Existen sistemas y procesos para la mejora de la calidad para medir los resultados de la implantación?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Programa establecido de gestión de la calidad.</li> <li>■ Sistema informático para medir la carga de trabajo de la enfermería.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Recursos para mediciones adicionales limitados.</li> <li>■ El sistema de medición de las cargas de trabajo no permite la medir la carga de trabajo relacionada con el manejo del dolor.</li> <li>■ Las tasas de respuesta a las encuestas de los pacientes y familiares han sido bajas.</li> </ul>
<p><b>Disponibilidad de los recursos</b></p>	<p>¿Están disponibles los recursos humanos, físicos y financieros necesarios para apoyar la implantación?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Los miembros del comité pueden participar.</li> <li>■ Programa de becas clínicas de la RNAO.</li> <li>■ Tiempo dedicado por parte del bibliotecario del hospital.</li> <li>■ Conexión con una universidad local.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Insuficientes Bombas de analgesia controlada por el paciente (PCA).</li> <li>■ Competitividad entre las prioridades para la utilización del tiempo del educador que se dedica a la formación.</li> <li>■ Habilidad local para el manejo del dolor.</li> <li>■ Recursos limitados a nivel global.</li> </ul>
<p><b>Relaciones interdisciplinares</b></p>	<p>¿Existen relaciones positivas entre las disciplinas que estarán implícitas en la GPC?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Buenas relaciones personales entre los miembros del comité.</li> <li>■ Relaciones de colaboración activa con el miembro del profesorado de la universidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Oportunidades de comunicación interdisciplinar limitadas.</li> <li>■ Experiencia limitada en la existencia de equipos multidisciplinarios.</li> <li>■ Falta de claridad entre las disciplinas sobre los roles relacionados con el manejo del dolor.</li> </ul>

## Referencias

Dobbins, M., Ciliska, D., & DiCenso, A. (1998). Dissemination and use of research evidence for policy and practice by nurses: A model of development and implementation strategies. Working paper prepared for the Dissemination and Utilization Advisory Committee for the Canadian Nurses Association. [On-line] Available: [www.cna-nurses.ca/](http://www.cna-nurses.ca/)

Kitson, A., Harvey, G., & McCormack, B. (1998). Enabling the implementation of evidence-based practice: A conceptual framework. *Quality in Health Care, 7*(3), 149-158.

Logan, J., & Graham, I.K. (1998). Towards a comprehensive interdisciplinary model of health care research use. *Science Communication, 20*(2), 227-246.

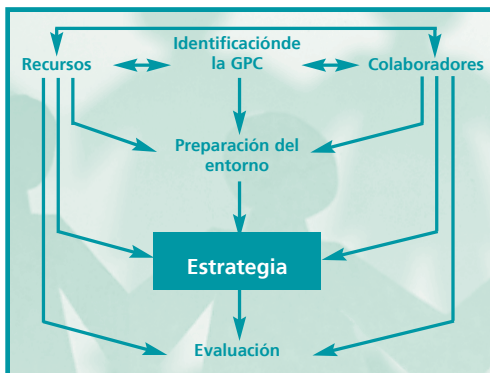
Solberg, I. L., Brekke, L. M., Fazio, J. C., Jacobsen, N. D., Fowles, J., Kottke, E. T., Mosser, G., & O'Connor, J. P. (2000). Lessons from experienced guideline implementers: Attend to many factors and use multiple strategies. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement, 26*(4), 171-188.



## Paso 4

# Decidir sobre las estrategias de implantación

**Repaso del capítulo anterior:** Una vez que se ha identificado una GPC a implantar, se ha considerado el apoyo de los colaboradores del entorno y se ha evaluado el grado de preparación del entorno para la implantación de la GPC seleccionada, es hora de poner en práctica la GPC, ¿Cómo se hace esto?



### ¿De qué trata este capítulo?

Las estrategias de implantación deben estar basadas en la evaluación del entorno de la práctica y en la evidencia sobre lo que funciona.

Este capítulo le ayudará a decidir como implantar una GPC en su entorno. Proporciona un resumen de todo lo que se conoce sobre la eficiencia de varias estrategias

para implementar guías de práctica.

Se facilita una lista de potenciales estrategias categorizadas como generalmente eficaces, ocasionalmente eficaces, y con escaso efecto o nulo. Una vez que se haya seleccionado una o más estrategias, se deberían planificar de forma específica las maneras de implantarlas en su entorno particular de la práctica. No existe evidencia de investigación suficiente para poder establecer de manera categórica qué estrategias específicas funcionan mejor en un contexto en particular, por lo que se debe ser flexible y estar dispuesto a la experimentación.

## Definiciones clave

48

### **Auditoría y retroalimentación**

Resúmenes de las funciones profesionales (p.ej. basados en revisiones de las gráficas o en la observación individual de la práctica clínica) utilizados para aumentar la concienciación del grupo diana sobre su práctica y la de otros.

### **Intervenciones centradas en el paciente**

Implicación de los pacientes para influir en los profesionales de la salud.

### **Líderes de opinión locales**

Profesionales respetados, académicos y clínicos, que pueden influir en otros para que cambien comportamientos.

### **Marketing**

El proceso de gestión responsable de la identificación, anticipación y satisfacción de las demandas del cliente de manera lucrativa. Esto incluye todas las funciones de desarrollo, investigación, planificación, diseño, establecimiento de precios, empaquetado, publicidad y promoción de relaciones públicas, ventas, distribución y servicio postventa.

### **Materiales de formación**

Distribución, para la formación, de material no interactivo impreso, audiovisual o para versiones de ordenador.

### **Procesos de consenso local**

Inclusión en las discusiones de profesionales participantes para asegurarse de que están de acuerdo con que el problema clínico elegido es importante y de que el enfoque sugerido es el adecuado.

### Recordatorios

Recordatorios manuales e informatizados para provocar el cambio de comportamientos.

### Reuniones formativas didácticas

Clases con poca o sin interacción.

### Reuniones formativas interactivas

Implicación del alumno a través de la discusión y la participación activa (por ejemplo, tareas grupales en grupo, aprendizaje basado en problemas, etc.).

### Visitas educativas

Visitas individualizadas con enfermeras facilitadoras, farmacéuticos, investigadores u otro personal para que la persona explique al personal en cambio deseado.

## HECHOS

### Atención

Las estrategias de implantación que funcionan con otros profesionales pueden no ser eficaces en la enfermería

**A pesar de que se han realizado numerosos** estudios para evaluar la eficacia de las estrategias de implantación, éstas se han centrado en la práctica médica y no en la enfermera. Existen varias diferencias muy importantes entre la práctica médica y la enfermera que pueden influir en la transferencia de una intervención eficaz, en términos médicos, o la práctica enfermera. Por ejemplo, el nivel de autonomía en la toma de decisiones clínica de las enfermeras del hospital está altamente relacionado con y dirigido por las políticas y los procedimientos de la organización. Es por ello que, las estrategias que resultan exitosas con los médicos pueden no ser eficaces con las enfermeras.

Las recomendaciones en este capítulo están basadas en tres revisiones sistemáticas publicadas:

1. A review of systematic reviews of interventions in medicine to promote the implementation of research findings published to 1998 (*Bero et al., 1998*).
2. A systematic review of rigorous evaluations of CPGs in medicine (*Grimshaw, et al., 1995; Grimshaw & Russell, 1993*).
3. A review of guidelines in professions allied to medicine published to 1995 (*Thomas et al., 1999*). Diecisiete de los 18 estudios incluidos en esta revisión evaluaban guías destinadas a enfermeras.

Esta investigación indica:

- La simple distribución, por ejemplo, enviar información por correo a un grupo específico, normalmente resulta insuficiente para cambiar la práctica profesional;
- Las intervenciones formativas que requieren la participación de los profesionales— incluyendo seminarios específicos, visitas formativas externas e implicación de los líderes de opinión -- tienen más posibilidades de promover un cambio en el comportamiento;
- Las visitas formativas de alcance son eficaces para influir en la prescripción. La opinión de los líderes es eficaz también, pero precisa una mayor investigación antes de extender su uso en la implantación de la GPC;
- Las estrategias de implantación tienen más posibilidades de éxito cuando se centran directamente en el profesional y en el paciente (p.ej., reestructuración de los registros del paciente, recordatorios específicos del paciente, intervenciones mediadas por el paciente);
- Las estrategias de implantación cercanas al usuario final e integradas en el proceso de atención sanitaria tienen mayor posibilidad de ser efectivas ;
- Las intervenciones polifacéticas enfocadas a diferentes barreras frente al cambio tiene más posibilidades de ser efectivas que las intervenciones aisladas; y
- Las intervenciones basadas en una evaluación de las posibles barreras frente al cambio tienen más posibilidades de ser efectivas.

## Evidencia sobre las estrategias de implantación

### Generalmente efectivas

- Visitas formativas de alcance
- Recordatorios
- Sesiones formativas interactivas
- Intervenciones polifacéticas incluyendo dos o más de las siguientes:
  - Auditoría y retroalimentación
  - Recordatorios
  - Procesos de consenso local
  - Marketing

### A veces efectivas

- Auditoría y retroalimentación
- Opinión de los líderes locales
- Procesos de consenso local
- Intervenciones centradas en el paciente

### Escaso o nulo efecto

- Materiales formativos
- Sesiones didácticas formativas



## Haciéndolo posible en la práctica

**Será más fácil la implantación** de la GPC en su entorno si se tiene a alguien del equipo con habilidades de gestión. Utilizar sus recursos sobre la planificación de proyectos para establecer un plan detallado de cada paso de la implantación y para planificar el presupuesto, Diseñar la estrategia para superar las barreras y construir sobre los elementos facilitadores de su ámbito.



Llegados a este punto, es una buena idea considerar las ideas de evaluación, por si acaso se necesita recoger cualquier información antes de comenzar con la implantación.

51

Básicamente, se debería:

1. Utilizar los resultados del estudio del contexto y del análisis de los colaboradores para identificar las barreras y los factores facilitadores.
2. Elaborar una lista con los apoyos locales e incluir a aquellos con la autoridad para ayudar en el aprovisionamiento de recursos.
3. Considerar cuidadosamente las estrategias para su entorno específico, de aquellas que la investigación ha demostrado que tienen alguna efectividad.
4. Seleccionarlas estrategias de implantación que aprovechen los recursos y apoyos disponibles.
5. Cuando sea posible, escoger un punto de partida con una alta probabilidad de éxito para pilotar la implantación.
6. Estar abierto a ajustar las estrategias de implantación a la realidad de la práctica. Implicar a los colaboradores locales en esta tarea.
7. Proporcionar monitorización y apoyo continuos durante el período de prueba para proporcionar asistencia a los usuarios a lo largo de la curva de aprendizaje.

**Antes de proceder con el siguiente capítulo, debe considerarse lo siguiente:**

### Implicaciones con los colaboradores:



- Dependiendo del análisis de los colaboradores y de las barreras y los elementos facilitadores, una serie de estrategias de implantación podrían involucrar a grupos de colaboradores diana específicos. En esta etapa, las habilidades para la gestión de los colaboradores incluyen: buenos sistemas de comunicación, mensajes claros, así como la habilidad para escuchar e implicar a los otros. Mantener la implicación de los colaboradores puede requerir de tiempo.



**Implicaciones respecto a los recursos:**

- El huevo o la gallina. Normalmente la selección de las estrategias de implantación dependerá de la cantidad total de recursos disponibles para el proyecto, Otras veces las estrategias de implantación identificadas pueden dirigirlos recursos necesarios. Habitualmente existe límites fijados sobre cuánto se puede gastar un equipo de implantación y otros colaboradores, en términos de dinero y de tiempo.



**Implicaciones respecto al plan de acción:**

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

**Escenario**

**El comité para la implantación de la GPC** sobre el dolor debate sobre las posibles estrategias para la implantación de la guía sobre el dolor. Basándose en la evaluación de la preparación del entorno que indica que no existen ni los conocimientos ni el tiempo suficiente y que reconoce que se precisa una implicación por parte del oncólogo, el anestesista, y la directora de enfermería, el comité decide comenzar con múltiples intervenciones de la lista de las estrategias generalmente efectivas y ocasionalmente efectivas.

Toman en consideración si las estrategias tienen posibilidades de ser factibles en su entorno (por ejemplo, implicaciones respecto a recursos humanos y otros). Pronto se descartan algunas posibles estrategias porque sería difícil conseguirlos recursos para implantarlas. Por ejemplo, debido a la insuficiencia de recursos, deciden no utilizar la auditoría ni la retroalimentación, si bien el comité piensa que la observación individualizada de la práctica clínica con retroalimentación inmediata podría ayudar a las enfermeras a adoptar las nuevas prácticas. El comité está investigando la posibilidad de probar la auditoría y la retroalimentación a través de una sociedad de investigación con un profesor de la universidad.

El comité selecciona una serie de estrategias, incluyendo sesiones formativas, recordatorios, cambios en la documentación, marketing, y materiales educativos para pacientes. A cada miembro del comité se le asigna la tarea de planificación de un componente del plan de implantación. Como miembro directivo del comité, y dado que se tiene experiencia en gestión de proyectos, se está de acuerdo en recoger las piezas de cada uno y juntarlas en un plan global.

Su plan polifacético incluye las siguientes estrategias:

## Estrategias de implantación

### Construir el consenso local

- Formar un comité de representantes de enfermería de todas las áreas del cuidado del paciente para planificar el cambio. Además del personal de enfermería, el comité debería incluir a un farmacéutico, un coordinador de cuidados paliativos, un director, un profesor de universidad, una enfermera investigadora, un educador sanitario, una enfermera, y un anestesiista. Consultar con el Director de Calidad. Asegurarse que el comité identifica áreas de mejora, está de acuerdo con las prioridades, revisa la bibliografía de investigación, está de acuerdo con una guía de práctica específica para la implantación, y diseña el programa.
- Extender el comité para incluir a otras disciplinas del hospital. Utilizar la retroalimentación de los médicos y otros miembros del equipo sanitario para modificar las hojas de registro para incluir la información que sería de utilidad para el equipo multidisciplinar.

53

### Establecer un calendario de sesiones formativas interactivas

- Presentar un día formativo para la formación de los recursos enfermeros de las unidades. Entre los presentadores se podrían incluir a miembros del comité para la implantación de la GPC sobre el dolor, a un profesor de la universidad, a un director, a un farmacéutico, y a enfermeras que tengan conocimientos sobre el manejo del dolor. Enfocar las sesiones en la guía sobre el manejo del dolor y en el desarrollo de habilidades para el manejo del cambio. Solicitar a la RNAO becas clínicas para tres recursos enfermeros que desarrollen habilidades para la transferencia de conocimientos y para la implantación de GPC.
- Presentar un medio día formativo para todo el personal de enfermería y otro personal relacionado que esté interesado.
- Diseñar las sesiones formativas con las aportaciones de los formadores clínicos del hospital. Incluir actividades para implicar a las enfermeras, por ejemplo:
  - Cuestionarios sobre el conocimiento y actitud es ante el dolor y sobre sus propias experiencias con el dolor.
  - Diseñar escenarios basados en problemas para unidades específicas.
- Proporcionar formación al paciente y la familia.

## Estrategias de implantación

### Planificar visitas formativas de alcance

- Animar a las enfermeras interesadas en el dolor de cada unidad a que proporcionen asesoramiento individualizado continuo, retroalimentación y motivación al personal de enfermería.
- Llevar a cabo visitas individualizadas entre los miembros del comité para la implantación de la GPC para el dolor y las enfermeras dedicadas al manejo del dolor.

### Recordatorios

- Desarrollar un nuevo registro para el historial del dolor e incluirlo en la gráfica de enfermería como recordatorio para que lo cumplimenten las enfermeras en el momento de la admisión. Asegurarse de que el documento refleja los nuevos estándares para el manejo del dolor.
- Colocar en cada unidad un tablón con el boletín sobre el dolor, para recordar a todo el personal el nuevo programa.
- Colocar la gráfica de evaluación del dolor a los pies de la cama junto con la gráfica de los signos vitales, para recordar a las enfermeras que deben cumplimentarla y documentar su evaluación del dolor cuando tomen los signos vitales.
- Colocar una versión plastificada de las herramientas para la evaluación del dolor en las paredes de todas las habitaciones de pacientes de las unidades de urgencias para recordar a las enfermeras, pacientes, y familiares que evalúen el dolor de manera rutinaria.

### Desarrollar un plan de marketing

Es conveniente que el comité pida asesoramiento al responsable de comunicación del hospital para desarrollar el plan. El plan debería incluir:

- En todas las unidades.
- Presentaciones a los líderes multidisciplinares.
- Presentación a la enfermería, pediatría, cirugía, y grupos de investigación.
- Creación de un logo y distribución de distintivos a la enfermería y al personal multidisciplinar.
- Sesiones informativas en la cafetería.
- Publicación de información en los boletines informativos del hospital.
- Creación de tableros de anuncios en todas las unidades de cuidados.
- Distribución de distintivos para la concienciación sobre el dolor obtenidas de una compañía farmacéutica.
- Una presentación a la junta directiva del hospital y a los directores.
- Actualizaciones vía correo electrónico a todo el personal de enfermería.
- Publicidad en agencias de noticias locales.

## Estrategias de implantación

### Seleccionar a los líderes de opinión locales

- Seleccionar a las enfermeras de la unidad encargadas de los recursos para defereder el cambio.
- Seleccionar a las enfermeras de la unidad encargadas de los recursos por su interés y experiencia clínica y por el respeto que les tienen sus compañeros.

### Proporcionar al paciente intervenciones mediadas

- Proporcionar folletos sobre el programa del manejo del dolor a los pacientes y sus familiares. Los folletos deberán incluir información sobre lo que pueden esperar en términos de valoración del dolor y manejo del dolor y estar disponible en los idiomas más importantes de los pacientes de su hospital.
- Publicar hojas de flujo de dolor a pie de cama, donde los pacientes y sus familias documentan el dolor, y una herramienta de valoración del dolor en las habitaciones de pacientes en el servicio de urgencias.



## Referencias

Bero, L.A., Grilli, R., Grimshaw, J.M., Harvey, E., Oxman, A.D., & Thomson, M.A. (1998). Closing the gap between research and practice: An overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *British Medical Journal*, *317*, 465-468.

Grimshaw, J., Freemantle, N., Wallace, S., Russell, I., Hurwitz, B., Watt, I., Long, A., & Sheldon, T. (1995). Developing and implementing clinical practice guidelines. *Quality in Health Care*, *4*(1), 55-64.

Grimshaw, J. & Russell, I. (1993). Effect of clinical guidelines on media practice: A systematic review of rigorous evaluations. *Lancet*, *242*, 1317-1322.

Grimshaw, J., Shirran, L., Thomas, R., Mowat, G., Fraser, c., Bero, L. Grilli, R., Harvey, E., Oxman, A. & O'Brien, M.A. (2001). Changing provider behaviour: An overview of systematic reviews of interventions. *Medical Care*, *39* (8 Suppl.2), I12-45.

NHS Centre for Reviews and Dissemination (1999). *Effective health care: Getting evidence into practice*. The University of York, *5*(1), 1-16.

Thomas L., Cullum, N., McColl, E., Rousseau, N., Soutter, J., & Steen, N. (1999). Guidelines in professions allied to medicine (Cochrane Review). In *The Cochrane Library*, Issue 3. Oxford: Update Software.



## Paso 5

### Evaluación del éxito

**Revisión del capítulo anterior:** Llegados a este punto, hemos identificado la GPC que nos gustaría implantar, hemos empezado a identificar y colaborar con los colaboradores, hemos realizado una valoración del entorno para identificar los elementos facilitadores y las barreras, y hemos elegido las estrategias Implantación para difundir la GPC. Antes de seguir avanzando con las estrategias de implantación, conviene asegurarse de que se ha establecido un plan de evaluación para recoger datos básicos.



#### ¿De qué trata este capítulo?

Una vez que se ha elegido su CPG o las recomendación de varias GPCs para implementar, lo importantes conseguir datos para determinar si la GPC ha sido exitosa en como dirigirse en nuestras razones para implantarla, El objetivo de este capítulo es describir estrategias para evaluar la implantación de la GPC y los resultados.

La introducción de una GPC puede ser considerada un programa, y los principios de un programa de evaluación debe ser considerado en la avaluación de su implantación.

## Definiciones clave

### Evaluación del programa

Recogida, análisis y comunicación sistemática de los datos sobre un programa para ayudar en la toma de decisiones (*Porteous, Sheldrik & Stewart, 1997*).

### Evaluación de la estructura

Evalúa los marcos y los instrumentos disponibles y utilizados para proporcionar los cuidados. Incluyendo las instalaciones, suministros, y equipamiento y también puede incluirla estructura de la organización y el número y calificación del personal de la institución sanitaria. Indica las propiedades y los recursos utilizados para proporcionar cuidados y la forma en la que están organizados. Responde a la pregunta: "¿Están disponibles los recursos humanos y físicos necesarios para implementar las recomendaciones de la GPC?".

### Evaluación del proceso

Evalúa cómo está funcionando el programa. Se centra en lo que hace el programa y para quién lo hace. Responde a la pregunta: "¿Es la implantación coherente con la manera en la que se planificó el programa?" y "¿Cómo puede mejorarse el programa?".

### Ventas, distribución y servicio-postventa

Evalúa el impacto del programa. Estudia los cambios ocurridos como resultado del programa y si el programa está teniendo el efecto que se pretendía. Responde a la pregunta: "¿Cuáles son los resultados de este programa?" También puede responder a la pregunta: "¿Merecen la pena los resultados del programa con respecto a los costes?" (*Porteous et al., 1997*).

## HECHOS

■ **Realización de una evaluación del programa.** Dado que la implantación de las recomendaciones de una GPC implicará cambios en la práctica, la mayoría de las unidades están interesadas en evaluar el impacto del cambio en su programa. Buscar los procesos utilizados en la organización sanitaria para la evaluación de programas. Algunas organizaciones denominan al proceso de evaluación del cuidado como garantía de calidad, mejora de la calidad o mejora continua de la calidad (CQI por sus siglas en inglés). Si existen un comité o personas con experiencia en la evaluación de programas, solicitarles su consejo y su ayuda.



- **Desarrollo del plan de evaluación.** Mantener el plan de evaluación sencillo. Incluir en la estructura del plan, indicadores de proceso y de resultados. Considerar detenidamente la utilización de las herramientas y datos existentes. Identificar o desarrollar herramientas de recogida de datos que no consuman mucho tiempo, La utilización de los datos que son recogidos de manera rutinaria nos proporcionará un punto de partida y mantendrá bajos los costes.
- **La medición de los resultados estructurales y de procesos.** Es sólo una pieza del plan de evaluación. Existen factores estructurales (p.ej. instalaciones físicas y equipamiento) y factores del proceso por ejemplo, conocimientos y habilidades) que puedan ser importantes. Por ejemplo, una evaluación de un programa del manejo del dolor que depende de la analgesia controlada por el paciente requiere una evaluación de si existe un número suficiente de bombas de analgesia disponibles (estructura) y de si las enfermeras han recibido formación para incrementar su concienciación y conocimientos sobre el manejo del dolor(proceso). Los datos sobre la estructura y el proceso pueden ayudar a explicar los hallazgos negativos en los resultados. Por ejemplo, si no se consigue una reducción de los niveles de dolor, los datos estructurales pueden indicar que efectivamente no había un número suficiente de pacientes con control de analgesia en la unidad o, los datos del proceso pueden indicar que el programa formativo no fue eficaz para incrementar la concienciación y los conocimientos de las enfermeras sobre el manejo del dolor.
- **Medición de los resultados.** Los resultados, o los objetivos hacia el paciente, son normalmente fáciles de identificar. Seleccionar un grupo pequeño (2 a 3) de objetivos importantes. En la tabla de indicadores potenciales hay muchos resultados listados en categorías que se relacionan con la unidad, el personal sanitario, el paciente y los costes. Búsqueda de datos existentes sobre los resultados. Esto tiene dos ventajas. Primero, se pueden comparar los cambios previos y posteriores a la implantación. Segundo, los criterios para la selección de los datos ya han sido establecidos y probados.

## Haciéndolo posible en la práctica

Existen una serie de etapas para facilitar la recogida de datos en el ámbito de la práctica:

### Paso 1:

Identificar recursos expertos que colaboren en proceso de evaluación (p.ej., personal de garantía de calidad y manejo de riesgos, enfermeras especialistas, epidemiólogos, profesorado de la universidad).

### Paso 2:

Diseñar un plan de evaluación que señale:

- Objetivos a alcanzar con la implantación de la GPC.
- Grupo diana (p.ej., enfermeras y pacientes en la unidad de cuidados paliativos).
- Objetivos estructurales e indicadores.
- Objetivos de proceso e indicadores.
- Objetivos de resultados e indicadores.
- Recursos necesarios.

### Paso 3:

Considerar aspectos relacionados con la recogida de datos:

- ¿Qué pacientes familiares serán seleccionados para su inclusión en la evaluación del programa?
- ¿Es viable la recogida de datos de estas personas (muestra) dentro del marco temporal?  
Recomendamos que se siga de manera sencilla el plan de muestreo y que se identifique una muestra que se obtenga fácilmente.
- ¿Cuáles son las medidas estructurales, de proceso, y de resultados que se quieren registrar?  
(Ver tabla en la página 63).
- ¿Cuáles son los métodos disponibles para la recogida de datos? Las auditorías de las gráficas se utilizan de manera habitual. Otras posibilidades incluyen cuestionarios autocumplimentados, entrevistas y discusiones grupales enfocadas a pacientes o al personal.
- ¿Quién introducirá en el ordenador los datos recogidos y quién realizará el análisis? Se recomienda encarecidamente que se hable con estas personas antes de recoger cualquier dato para asegurarse de que el análisis que se quiere realizar es viable.
- ¿Se puede anticipar qué factores podrían entorpecer o afectar a la recogida de los datos?  
Planificar un estudio piloto para resolver aspectos de viabilidad. Por ejemplo, pilotar la herramienta de auditoría de las gráficas con 10 casos antes de realizar ninguna más.
- ¿Quién redactará el informe sobre la evaluación del programa y presentará las conclusiones?
- Planificar el tiempo suficiente para la redacción del informe. Esta fase puede durar más tiempo del que se pensó.

**Paso 4:**

Desarrollar una cronología realista basada en la cantidad de tiempo necesaria para asegurarse de que los recursos necesarios están disponibles, para identificar o desarrollar herramientas de recogida de datos, para recoger los datos, para introducirlos y analizarlos, y para redactar y presentar las conclusiones.

**Paso 5:**

Averiguar quién debe aprobar el plan:

**Administración:** Es importante que los supervisores de las unidades revisen el plan de evaluación, incluyendo los objetivos y los resultados. Puede ser necesaria, además, la revisión por parte de los responsables de las disciplinas afectadas (p.ej. dietética, medicina). Incluso aunque no sea necesaria, es una buena idea. Probablemente otros profesionales interesados tengan sugerencias útiles.

61

**Comisión de ética en la investigación:** Aunque la evaluación del programa y la garantía de calidad pueden no ser consideradas como investigación en su ámbito de la práctica, pueden existir aspectos éticos. ¿Cuál es la naturaleza de los datos recogidos? Por ejemplo, en algunas instituciones la recogida de información sensible requiere una revisión por parte de la comisión de ética en la investigación. Las encuestas de satisfacción de los pacientes habitualmente no requieren un consentimiento escrito, pero sí precisan adjuntar una carta informativa. Los pacientes necesitan conocer el propósito de la encuesta y cómo se va a proteger su anonimato y su confidencialidad. Los números de historia y la información identificativa no deberían incluirse en los registros de datos. Debería utilizarse un sistema de códigos en su lugar.

**Foros de pacientes o grupos representativos de consumidores:** Algunas instituciones sanitarias han establecido un proceso para la revisión de los programas y de las nuevas iniciativas por parte de foros de cuidados de pacientes o de consumidores. Resulta valiosa la obtención de aportaciones directas de las personas o representantes que reciben el servicio sanitario. Probablemente se reciban cometarios útiles relacionados con el contenido y la viabilidad del plan de evaluación.

**Paso 6:**

Preparar un presupuesto que incluya el coste de la recogida y análisis de datos y asegurarse de que los recursos o la financiación (por ejemplo, el personal) estén disponibles.



### Aspectos a tener en cuenta:

- Considerar tanto los métodos de recogida de datos cualitativos como los cuantitativos, dependiendo de la naturaleza de la meta y de los objetivos. Completar los datos de la revisión cuantitativa de las historias con la información y las aportaciones de las entrevistas con los pacientes o el personal proporciona una buena información contextual para la interpretación de los resultados.
- Siempre que sea posible, realizar una recogida de datos inicial antes de la implantación de la GPC para realizar una comparación con los datos recogidos tras la implantación de la GPC.
- Las bases de datos nacionales o provinciales (por ejemplo, la información del Instituto Canadiense de Salud) pueden estar disponibles para su comparación con los datos de la institución antes y después de la implantación de la GPC.
- Utilizar procesos locales de monitorización y herramientas de control de calidad siempre que sea posible.
- Utilizar las herramientas existentes de recogida de datos (por ejemplo, herramientas para la abstracción de datos de historias clínicas, cuestionarios de satisfacción para pacientes, calendarios de entrevistas) cuando sea posible.
- Planificar estrategias para favorecer la tasa de respuesta en la recogida de datos de los participantes. Para disponer de datos representativos de los pacientes y de las enfermeras, es importante disponer de una buena tasa de respuesta. Lo ideal sería alcanzar una tasa de respuesta de un 80%, pero es muy habitual en los cuestionarios conseguir una tasa de respuesta de alrededor de un 50%. Si han respondido menos de la mitad de los participantes, será difícil conocer el grado de representatividad o significatividad de los resultados. Las estrategias para fomentarla respuesta pueden depender de los incentivos proporcionados a los miembros de la unidad. Disponer del tiempo suficiente para completar los cuestionarios y cubrir las responsabilidades con los pacientes con otro personal pueden resultar de ayuda. La comida puede resultar un incentivo (por ejemplo una comida) para el personal y para los pacientes y familiares. Intentar que los cuestionarios sean los más sencillos y cortos posible para favorecer la tasa de respuesta y la calidad de los datos. Pocas personas son capaces de mantener su atención con un cuestionario largo y complejo y puede comprometerse la validez de las respuestas.
- Identificar los factores que puedan influir en la recogida de datos. Por ejemplo, en un diseño “pre y post”, otros cambios que sucedan en el entorno al mismo tiempo que la implantación de la GPC (por ejemplo, reestructuración de la unidad) podrían influir en el proceso y en los resultados, haciendo difícil determinar si la GPC fue la única responsable de los cambios en el proceso o en los resultados. Los cambios durante la evaluación del programa deberían ser mínimos. Deben indicarse aquellos que no puedan evitarse para que puedan tenerse en cuenta como factores potenciales que influyeron en las conclusiones.



## Posibles Indicadores para la evaluación de la implantación de las guías de práctica clínica (GPC)

Categoría	Estructura (Qué se necesita tener)	Proceso (Cómo se va a realizar)	Resultado (Resultado)
<b>Objetivos</b>	Identificar los objetivos de evaluación		
<b>Organización/ Unidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabilidad institucional.</li> <li>• Cultura y apoyo para el cambio.</li> <li>• Mecanismos de garantía de calidad.</li> <li>• Políticas y procedimientos.</li> <li>• Sistema de cuidados de enfermería.</li> <li>• Instalaciones físicas.</li> <li>• Equipamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo/modificación de políticas y procedimientos.</li> <li>• Historiales clínicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consecución de objetivos sobre la mejora de los resultados en los pacientes.</li> <li>• Consecución de objetivos sobre condiciones específicas.</li> </ul>
<b>Proveedor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cantidad y cualificación del personal.</li> <li>• Proporción de personal por paciente.</li> <li>• Roles, responsabilidades, colaboración multidisciplinar.</li> <li>• Programa formativo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grado de concienciación y de actitudes ante la GPC.</li> <li>• Nivel de conocimientos y habilidades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asistencia al programa formativo.</li> <li>• Adherencia a la GPC.</li> <li>• Número y grado de cumplimentación de las evaluaciones realizadas.</li> <li>• Número y ámbito de los tratamientos adecuados.</li> <li>• Satisfacción del proveedor.</li> </ul>
<b>Paciente / Familia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Características de los pacientes (Demográficas y nivel de riesgo).</li> <li>• Enfoque centrado en el paciente.</li> <li>• Implicación en las decisiones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concienciación y actitud del paciente ante la GPC.</li> <li>• Aceptación de la familia y la comunidad.</li> <li>• Conocimientos del paciente y la familia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultados físicos, psicológicos y sociales en el paciente.</li> <li>• Salud familiar.</li> <li>• Satisfacción con los cuidados.</li> <li>• Acceso a los cuidados.</li> </ul>
<b>Costes financieros</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Costes de personal adicional y de los recursos físicos necesarios.</li> <li>• Equipamiento nuevo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Costes de las estrategias de implantación.</li> <li>• Formación del personal.</li> <li>• Formación del paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incremento de costes de la innovación, incluyendo los costes de productos y fármacos.</li> <li>• Ingresos/crecimiento del servicio.</li> <li>• Duración de la estancia.</li> <li>• Número de pruebas diagnósticas, intervenciones.</li> <li>• Visitas a Urgencias, tasas de reingresos.</li> </ul>

### Antes de proceder con el siguiente capítulo, debe considerarse lo siguiente:

#### Implicaciones con los colaboradores:



- Los colaboradores que tendrán un papel en la evaluación incluyen los administradores, que querrán saber si se han garantizado los recursos para la implantación de la GPC, y todos aquellos implicados en la implantación de la GPC –incluyendo a los pacientes y la familia.

#### Implicaciones respecto a los recursos:



- El plan de evaluación dependerá de la cantidad de recursos disponibles. Los recursos incluirán expertos para ayudar en la formulación y conducción de la evaluación, recolectores de información y personas que introduzcan los datos y realicen su análisis, Los recursos también incluirán los costes relacionados con la adquisición o la impresión de los instrumentos para la recogida de datos.



**Implicaciones respecto al plan de acción:**

- Añadir las estrategias de evaluación seleccionadas al plan de acción.

**Escenario**

**Uno de los objetivos que se querrán conseguir** con la implantación de la GPC sobre el dolor es la mejora de la satisfacción del paciente respecto al manejo del dolor. Es poco probable que se mejore la satisfacción del paciente (un indicador de resultados) si uno no se asegura previamente que todo el equipamiento necesario incluido en la GPC (p.ej. bomba de analgesia) está en su lugar dentro de la unidad.

- El primer paso de la evaluación es pedir a las enfermeras que realicen un registro durante dos semanas, anotando cada vez que el equipamiento o los suministros relacionados con el control del dolor no estén disponibles cuando se necesiten (medida de estructura).
- Tampoco es probable que se mejore la satisfacción del paciente si las estrategias de implantación no son efectivas transfiriendo a las enfermeras los conocimientos necesarios sobre el control del dolor, Para evaluar esto, facilitar un cuestionario a las enfermeras de la unidad antes y después de la implantación de la GPC. El cuestionario debería evaluar sus conocimientos sobre el control del dolor (medidas de procesos).
- Una vez que nos hemos asegurado de que se han alcanzado los objetivos de estructura y de procesos, estamos preparados para evaluar la satisfacción del paciente. Contratar a una persona que recoja los datos que no esté implicado en el cuidado del paciente para facilitar un cuestionario a los pacientes que evalúe sus percepciones sobre el control del dolor en la unidad (medida de resultado). Idealmente, estos datos se recogen antes y después de la implantación de GPC, para que se puedan estudiar los cambios en la satisfacción del paciente. Decidir qué cuestionarios utilizar (se puede necesitar ayuda en este área). Supervisar las fases de recogida, entrada y análisis de datos; e identificar la asistencia adecuada (si se precisa) con la interpretación de los resultados.

**Referencias**

Dwyer, J.J.M., & Makin, S. (1997). Using a program logic model that focuses on performance measurement to develop a program. Canadian Journal of Public Health, 88, 421-425.

Porteous, N.L., Sheldrick, B.J., & Stewart, P.J. (1997). Program evaluation toolkit: A blueprint for public health management. Ottawa: Ottawa-Carleton Health Department, Public Health Research, Education and Development Program.

Rossi, P.H, Freeman H.E, & Lipsey, M.W. (1999). Evaluation: A Systematic Approach, 6th Edition. Newbury Park: Sage Publications.

Rush, B., & Ogborne, A. (1991). Program logic models: Expanding their role and structure for program planning and evaluation. The Canadian Journal of Program Evaluation, 6(2), 95-106.

Wholey, J.S., Hatry, H.P., & Newcomer, K.E. (1994). Handbook of Practical Program Evaluation. San Francisco: Jossey-Bass.

**Páginas Web:**

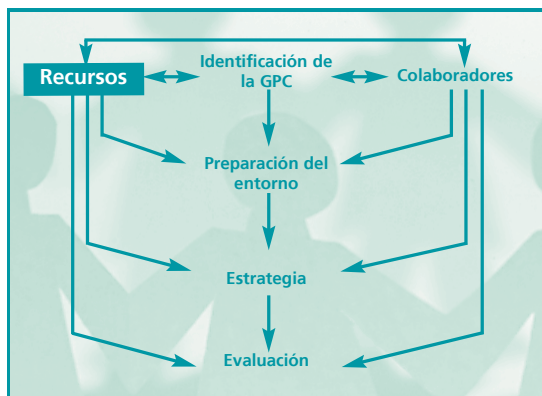
A Basic Guide to Program Evaluation written by Carter McNamara defines program evaluation and provides an overview of methods to collect information, ethics issues, analysis and interpretation of information, reporting of results, contents of an evaluation plan, pitfalls to avoid, additional resources as well as links to specific details about developing questionnaires, conducting interviews and focus groups and developing case studies. The Guide can be found at the following website: <http://www.mapnp.org/library/evaluatn/>

## Paso 6

### ¿Cuáles son los recursos?

#### Revisión del capítulo anterior:

- Identificada la GPC o las recomendaciones de varias GPC que se quieren implantar.
- Realizado un análisis de los colaboradores para identificar las barreras y los factores facilitadores para la implantación de la guía.
- Completada la evaluación de la preparación del entorno.
- Considerados los recursos y los apoyos disponibles.



- Seleccionadas cuidadosamente las estrategias de implantación.
- Desarrollado un plan de evaluación.
- Se puede también haber recogido información sobre implicaciones sobre los recursos necesarios.

Ahora estamos preparados para preparar un presupuesto para la implantación y evaluación de las recomendaciones de la GPC.

### ¿De qué trata este capítulo?

1. La creación del presupuesto necesario para financiar la implantación y la evaluación de la GPC en la institución.
2. Estrategias para ayudarnos a persuadir a la administración para contribuir con los recursos necesarios para implantar y evaluar de manera efectiva la GPC en la institución.

## Definiciones clave

66

### Recursos

Requisitos financieros, humanos o materiales, necesarios para alcanzar los objetivos señalados en el plan de acción.

## HECHOS

**Para implantar de manera efectiva una GPC**, un plan de acción bien desarrollado y redactado debería especificar los pasos para alcanzar los objetivos de la GPC. Los objetivos del proyecto deben ser específicos, medibles, y alcanzables. Esto puede parecer una tarea fácil, pero en la práctica no lo es. Las organizaciones e instituciones sanitarias tienden a establecer sus objetivos en términos amplios como “mejorar la calidad de vida de los pacientes” pero debido a que éstos son generalmente inespecíficos, también resulta imposible medirlos. Los objetivos específicos y medibles también nos permitirán **(a)** evaluar el comportamiento y las acciones del grupo diana y **(b)** determinar cuál es el nivel de gasto necesario para alcanzarlos objetivos.

El plan de acción incluye probablemente una variedad de enfoques incluyendo una combinación de medios, comunidad, pequeños grupos y actividades individuales. Cuando se repite el mensaje, sencillo y claro, en muchos lugares y en muchos formatos en la totalidad de la comunidad del grupo diana, es más probable que se vea y se recuerde. La variedad de enfoques utilizados dependerá del presupuesto del programa y de lo que sea más efectivo con la audiencia a la que va destinado.



En el capítulo 4 de esta herramienta, se describieron las estrategias habitualmente o algunas veces efectivas. Éstas incluyen:

- Visitas de alcance formativo.
- Recordatorios manuales o electrónicos para promover el cambio de comportamientos.
- Reuniones formativas interactivas.
- Auditorías y retroalimentación.
- Opinión de los líderes locales.
- Construcción del consenso local.
- Intervenciones centradas en el paciente.
- Estrategias de marketing (utilizando varios canales y medios para transmitir el mensaje).

67

Debemos definir y seleccionar las estrategias que planificamos utilizar para alcanzar los objetivos del programa. Para ello, se necesita desarrollar un presupuesto que asigne fondos a cada una de las cuatro áreas, a menudo conocidas como las cuatro P's (por sus siglas en inglés):

1. Producto (servicios, formación, y conocimientos ofertados al grupo diana de personal).
2. Precio (del nuevo equipamiento, programas formativos, etc.).
3. Lugar (Place en inglés)(el entorno donde se va a facilitar el producto al grupo diana de personal).
4. Promoción (los medios a través de los cuales se promociona y comunica el producto al grupo diana de personal, a los que toman las decisiones y a otros colaboradores).

El siguiente paso es el de asignar un coste a cada estrategia y asignar el presupuesto según lo establecido, ¿cuánto debería invertirse en los incentivos para la promoción versus las estrategias personales de comunicación? No hay una respuesta fácil. Si supiéramos cómo iban a afectar a la adopción de la GPC cada una de las posibles partidas asignadas, entonces la respuesta se conseguiría fácilmente, Si pudiéramos anticipar los niveles de aceptación del grupo diana, entonces el problema de asignación se solucionaría de manera racional.



## Haciéndolo posible en la práctica

La hoja siguiente puede ayudar a elaborar el presupuesto:

C

Capítulo	Gastos	Costes totales
<b>Estableciendo el contexto</b> — <b>General</b> ■ Organización. ■ Actividades formativas y de relaciones públicas.	■ Director del proyecto. ■ Rueda de prensa. ■ Reuniones del personal. ■ Tiempo de los ponentes. ■ Costes de las reuniones.	
<b>Identificación de la GPC</b> ■ Actividades de búsqueda y evaluación.	■ Apoyo del bibliotecario. ■ Búsquedas bibliográficas y en internet. ■ Requisitos para el análisis de los datos y para los sistemas de información (hardware, software, tiempo de apoyo técnico).	
<b>Colaboradores</b> ■ Actividades de identificación, evaluación e implicación.	■ Gastos para las reuniones (sala, comida y bebida). ■ Grupos de discusión. ■ Reuniones de personal y de departamentos. ■ Seminarios.	
<b>Evaluación de la preparación del entorno</b> ■ Investigación y evaluación de las necesidades.	■ Reuniones. ■ Viajes. ■ Encuestas.	
<b>Implantación</b> ■ Actividades de promoción y de cambio de comportamientos.	■ Presentaciones con diapositivas. ■ Producción de poster. ■ Arte y diseño gráfico. ■ Marketing. ■ Presentaciones en reuniones clave. ■ Artículos en el periódico del hospital. ■ Posters en cada unidad. ■ Publicación en los medios de comunicación.	

Capítulo	Gastos	Gastos totales
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Tiempo de los ponentes.</li> <li>■ Tiempo de reemplazo del personal para que puedan asistir a las sesiones.</li> <li>■ Costes de impresión de los libros de trabajo, etc.</li> <li>■ Reuniones formativas interactivas.</li> <li>■ Sesiones de trabajo.</li> <li>■ Reuniones grupales para el estudio de casos.</li> <li>■ Tiempo de la enfermera clínica especialista.</li> <li>■ Tiempo del especialista en tecnologías de la información.</li> <li>■ Tiempo de formación en tecnología de información.</li> <li>■ Equipamiento y su mantenimiento.</li> <li>■ Desarrollo de herramientas de auditorías.</li> <li>■ Recogida de datos por parte del personal encargado de los registros sanitarios.</li> <li>■ Entrevistador y transcriptor.</li> <li>■ Análisis de los datos y elaboración de informes.</li> <li>■ Presentación al personal, al comité de calidad, al director general.</li> <li>■ Tiempo de reemplazo del personal que necesita asistir a las reuniones.</li> </ul>	
<p><b>Evaluación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Generación de datos, análisis/revisión y elaboración de informes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Tiempo del personal, extracción de un resumen de los datos, de las historias, introducción y análisis de los datos, entrevistas.</li> <li>■ Estipendios o incentivos pagados para incentivar la tasa de respuesta.</li> <li>■ Cintas, grabaciones, y tiempo de secretaria para la transcripción de las grabaciones de las entrevistas y los grupos de discusión.</li> <li>■ Costes de papelería o de publicación (impresión, diseño gráfico, fotocopias).</li> <li>■ Análisis de los datos y elaboración de informes.</li> </ul>	

## Estrategias para ayudar a la consecución de los recursos necesarios del plan de acción

### Paso 1

#### Crear una estrategia para la campaña de la GPC

Un plan de acción bien redactado y desarrollado es la clave para dar el salto a la administración financiera. Un buen plan de acción estará encaminado hacia los resultados y los productos que la institución puede esperar como resultado de la implantación de la campaña.

Adicionalmente, una buena estrategia proporciona metas específicas y puede incluir:

- Una descripción de los públicos objetivos claves.
- Los canales de distribución.
- La postura única de la organización comparada con otras organizaciones similares o “hermanadas”.
- Las razones por las que es única e imprescindible para los pacientes.
- Posibles oportunidades de investigación y desarrollo.
- Potenciales ahorros de costes.

En general, el plan de acción debe posicionar a la organización como líder competidora, seguidora o como lo que ocupa un espacio en el área. La estrategia es comparable a un plan de negocio corporativo utilizado por los dueños de negocios para generar nuevos ingresos.

### Paso 2

#### Generar un plan que atraiga recursos y que utilice los apoyos locales

El intento de persuadir a la administración para que asigne los recursos para la implantación de la GPC y la evaluación del éxito es análoga a los esfuerzos para cambiar la conducta del grupo o el personal diana. Estamos intentando influir en el comportamiento de la gente que tiene el control de los recursos en la institución. Por tanto, debemos dedicar tiempo a generar un plan para atraerlos recursos.

Podemos necesitar dinero, tiempo, recursos humanos, capital político, o posiblemente un poco de cada área. Determinar rápidamente quiénes son los que nos apoyan y hacer uso de ellos (Véase Capítulo 2). Idealmente, el director debe estar en línea con el proyecto y debe ser capaz de atraer la atención de la administración directiva respecto al esfuerzo.

**Paso 3****Unificar recursos y construir asociaciones con los aliados clave**

Igual que el poder de un coro se deriva de la unión de muchas voces, un mensaje convincente requiere que se unan en un esfuerzo coordinado grupos de la toda la comunidad. Las organizaciones afectadas por el asunto pueden cantar la melodía junto con nosotros. Uniendo los recursos con otras organizaciones o entornos de la práctica (unidades, departamentos, etc.), podemos ejercer un mayor impacto así como acceder a nuevas audiencias. Establecer conexiones con personas y organizaciones clave que tienen el potencial de atraer la atención y la credibilidad a nuestra iniciativa. Invitar a negocios que patrocinen el proyecto (considerando cualquier conflicto de intereses) y alinearse con otras asociaciones profesionales, organizaciones locales de servicios y coaliciones existentes en la comunidad.

71

**Antes de proceder con el siguiente capítulo, debe considerarse lo siguiente:****Implicaciones con los colaboradores:**

- Considerar a los colaboradores que nos vayan a ayudar a determinar un presupuesto certero y presentable: personas de los departamentos financiero, de comunicación, de formación, el director, etc.
- Considerar a los colaboradores que vayan a defender la causa, especialmente, el director, otros miembros de la administración, miembros de asociaciones de pacientes (si existe alguna), personal del departamento de calidad, miembros del comité directivo, o cualquier persona que pueda ayudar a construir la causa para la implantación de la GPC.

**Implicaciones respecto al plan de acción:**

- Añadir al plan de acción las estrategias que se utilizarán para identificar los recursos para la implantación y la evaluación de la GPC.



Escenario

**Antes de la aprobación del plan de implantación**, los directores clínicos, el subdirector de los servicios clínicos y de los financieros, piden al comité que elabore un presupuesto para la implantación de la GPC sobre el dolor. Quieren saber cómo se asignarán los recursos para llevar a cabo el plan polifacético de implantación, y quieren saber qué nuevos costes estarán asociados a la implantación. El comité consulta con los expertos en presupuestos del hospital. Deciden que la herramienta de elaboración de presupuesto proporcionará la información que los directivos necesitan.

A medida que el comité prepara el presupuesto, sistemáticamente piensan en los costes asociados a cada estrategia de implantación y se hacen preguntas que les ayudan a desarrollar el presupuesto (Véase la tabla a continuación).

Estrategia	Detalles	Preguntas que se hace el comité mientras preparan el presupuesto
<p><b>1. Contruir el consenso local</b></p>	<p>Formar un comité multidisciplinar.</p> <p>Obtener retroalimentación de los médicos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ¿Cuánto tiempo se necesita para reemplazar al personal?</li> <li>■ ¿Cuánto tiempo se necesita para las personas que se van a reunir con los médicos?</li> </ul>
<p><b>2. Programar sesiones formativas</b></p>	<p>Diseñar las sesiones formativas con la aportación de los formadores clínicos del hospital. Incluirán alguna presentación de información así como actividades para implicar a las enfermeras, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Contestar cuestionarios sobre conocimientos y actitudes ante el dolor y sobre sus propias experiencias sobre el dolor.</li> <li>■ Un enfoque basado en problemas, con escenarios de problemas individualizados para unidades específicas.</li> </ul> <p>Enviar solicitudes a la RNAO para becas clínicas para 3 recursos enfermeros.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ¿Cuáles son los costes asociados a la creación, copiado, y distribución de los cuestionarios?</li> <li>■ ¿Cuánto tiempo necesitarán los formadores clínicos para preparar las sesiones?</li> <li>■ ¿Existe algún otro coste de otros materiales formativos, como cintas de vídeo?</li> <li>■ ¿Cuáles son los costes del tiempo de reemplazo del personal que acuda a las sesiones?</li> <li>■ ¿Se realizarán las sesiones fuera del horario?</li> <li>■ ¿Hay una necesidad de horas extras del personal?</li> <li>■ ¿Se necesita comida o bebida?</li> <li>■ ¿Hay costes de alquiler de la sala?</li> <li>■ ¿Existen costes del apoyo audiovisual?</li> </ul>

Estrategia	Detalles	Preguntas que se hace el comité mientras preparan el presupuesto
		<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ¿Qué recursos serán necesarios para realizar las sesiones formativas? ¿Manuales? ¿Folletos? ¿Gastos indirectos? Especificar el número de folletos necesarios.</li> <li>■ ¿Cuáles son los costes de colaboración con las becas clínicas de la RNAO?</li> <li>■ ¿Cuáles son los costes de la impresión de los materiales formativos para los pacientes y familiares?</li> <li>■ ¿Puede adquirirse material educativo?</li> <li>■ ¿Se requiere algún equipamiento de capital? ¿Existe depreciación o costes de alquiler que la administración necesite conocer?</li> </ul>
<p><b>3. Programar visitas formativas de alcance</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Promover las visitas individualizadas de los miembros del comité con las enfermeras del proyecto.</li> <li>■ Promover la interacción de tú a tú entre las enfermeras del proyecto y el personal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ¿Cuáles son los costes del tiempo de reemplazo del personal?</li> <li>■ Habrá algún coste de parking o de viajes?</li> </ul>
<p><b>4. Recordatorios</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Desarrollar un nuevo documento para el historial del dolor que se incluya en la hoja de admisión, como recordatorio para que lo completen las enfermeras de admisión. El documento debe reflejar los nuevos estándares para el manejo del dolor.</li> <li>■ Colocar un tablón sobre el dolor en cada unidad para recordar al personal el nuevo programa.</li> <li>■ Colocar la gráfica de valoración del dolor a los pies de la cama junto con la gráfica de signos vitales para recordar a las enfermeras que la cumplimenten y documenten cuando toman los signos vitales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ¿Existen costes asociados con el desarrollo y adquisición del documento para la historia del dolor?</li> <li>■ ¿Cuántos documentos se necesita comprar?</li> <li>■ ¿Quién se hará cargo de los costes de formatear la documentación para que cumpla con los estándares del hospital?</li> <li>■ ¿Se necesita una sesión formativa sobre el uso y el almacenamiento del documento de historia del dolor?</li> <li>■ ¿Cuáles son los costes asociados a la creación y colocación (mantenimiento) del tablón para el boletín del dolor?</li> </ul>

Estrategia	Detalles	Preguntas que se hace el comité mientras prepara el presupuesto
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Colocar una versión plastificada de la herramienta para la evaluación del dolor en la pared de todas las unidades de urgencias, unidades de cuidados intensivos, y en las habitaciones de los pacientes de cuidados paliativos para recordar a las enfermeras, pacientes, y familiares que evalúen el dolor de forma rutinaria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Cuáles son los costes asociados con la reproducción y colocación de la gráfica para la valoración del dolor? Número de copias necesarias?</li> <li>¿Cuáles son los costes asociados a la creación y colocación de las herramientas para la valoración del dolor? ¿Fotocopias? ¿Laminado?</li> </ul>
<p><b>5. Evaluar la implantación de la GPC</b></p>	<p>Recoger datos tanto cualitativos como cuantitativos para evaluar si el proceso de implantación se ha realizado con éxito.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Qué sistemas de información y programas de bases de datos se necesitan para completar el proceso de revisión?</li> <li>¿Qué tipos de encuestas se usarán? ¿Existen costes de distribución?</li> <li>¿Se necesitará personal para la producción, análisis y síntesis de los datos?</li> <li>¿Se necesitan estipendios u otros incentivos para potenciar las tasas de respuesta a las encuestas?</li> <li>¿Cuáles son los costes asociados a la producción y presentación del informe final?</li> </ul>

Idealmente, se han tenido en consideración todas las necesidades de recursos y se ha consultado con los representantes financieros y de recursos humanos del equipo directivo de la institución.



Referirse ahora a las hojas desplegadas que se adjuntan en el disco para ver una versión de un presupuesto “completado” para el plan de acción de la GPC para el dolor. También se facilitan hojas de trabajo en blanco.

## Referencias

Lefebvre, R., Flora, J. (Fall 1988). Social marketing and public health Intervention. *Health Education Quarterly*, 15(3): 299-315.

Maibach E., & Holtgrave, D. (1995). Advances in public health communications. *Annual Review of Public Health*, 16, 219-238.

McKenzie-Mohr, D., (2000). Fostering sustainable behaviour through community based social marketing. *American Psychology*, 55(5), 531-7.

Nowak, G., Cole, G., Kirby, S., Freimuth, V., & Caywood, C. (Summer 1998). The application of integrated marketing communications to social marketing and health communication: Organizational challenges and implications. *Social Marketing Quarterly*, 4(4), special issue.

Samuels, J. (1987). Evaluating social persuasion advertising campaigns, In Lovelock, C., & Charles, B. (Eds.). *Public and nonprofit marketing, cases and readings. Evaluating social persuasion advertising campaigns: An overview of recent CQT experiences*, (68-70). Palo Alto, California: The Scientific Press & John Wiley & Sons.

Weinreich, N.K. (2000). What is social marketing? [On-line] Available: Weinreich Communications ([www.social-marketing.com](http://www.social-marketing.com))



### La herramienta para implantar GPC nos ha proporcionado lo siguiente:

1. Una metodología para la evaluación y la identificación de guías de calidad para su implantación.
2. Procesos para identificar, analizar e implicar a los colaboradores que puedan apoyar varias fases de la implantación de la GPC.
3. Un esquema de cómo realizar una evaluación de la preparación del entorno que conduzca a la identificación de barreras específicas y factores facilitadores.
4. La evidencia sobre estrategias de implantación específicas actualmente disponibles.
5. Posibles estrategias para planificar y realizar una evaluación de la implantación y de su impacto.
6. Necesidades de recursos y estrategias para desarrollar un presupuesto convincente que permita la implantación y la evaluación de GPC.

Durante la planificación de la implantación de una GPC, se pueden unificar las actividades o las acciones propuestas en las seis etapas indicadas en esta herramienta, en forma de plan de acción. A continuación se muestra una plantilla del plan de acción. Como las personas responsables de la implantación de una GPC, dicho plan de acción nos supondrá los medios para:

1. Identificar todas las actividades y acciones que se deben realizar.
2. Identificar a las personas, grupos o comités que desarrollarán las actividades.
3. Desarrollar una trayectoria crítica con secuencias de tiempo específicas para completar las actividades.

4. Comunicar el plan y el estado del proyecto de implantación a los colaboradores relevantes.
5. Monitorización del progreso y desarrollo de planes de contingencia si es necesario. También se puede utilizar la plantilla facilitada como una lista para asegurarse de que se han tenido en cuenta todos los elementos clave de la planificación de la implantación, Se precisará añadir acciones específicas según se vayan necesitando.

Durante la implantación de la GPC hay que tener en cuenta lo siguiente:

1. El plan debe ser fluido o adaptable a situaciones inesperadas, como cuando se identifica una nueva barrera.
2. El plan debe implicar a los colaboradores clave a lo largo de todo el ejercicio de planificación. Hay que asegurarse de que están de acuerdo con el plan de acción desarrollado. El equipo de implantación debe entender muy bien el plan de acción y utilizarlo como un medio para monitorizar el progreso.

### Por último, pero no menos importante...

1. Deben destacarse, comunicarse y celebrarse todos los hitos del plan de acción. Por ejemplo, cuando se inician las acciones de implantación, la celebración de un acto para el lanzamiento de la implantación supone un hito motivante. Otros hitos pueden incluir el haber terminado las sesiones de formación, el inicio de una intervención clave específica como la utilización de nuevas bombas para el dolor, y finalmente, por supuesto el haber terminado la implantación formal.
2. Debería estar claro que la implantación de una GPC se convierte en una actividad continua y que la sostenibilidad de su implantación es igualmente importante. Es importante identificar a los comités, grupos o personas que continuarán apoyando, monitorizando y encargándose de los diferentes aspectos de una manera continua, La identificación de políticas y procedimientos, de programas de orientación, de módulos de autoaprendizaje, de programas de reposición del equipamiento, etc. pueden ser vías para asegurar la sostenibilidad.
3. Las guías se van quedando obsoletas. Es importante revisar regularmente la literatura para actualizarlas.
4. El cambio es una constante, sin embargo, ¡hacerlo posible supone un gran reto! ¡Disfruta de tus proyectos de implantación!



### Plantilla para el Plan de Acción:

**Instrucciones:** Utilizar esta plantilla para desarrollar el plan de acción para la implantación. Se necesitará completar las columnas e identificar las actividades específicas bajo cada una de las actividades principales identificadas en la plantilla.

Actividad	Fecha objetivo	Persona responsable	Resultado/ producto	Progreso
<p><b>1.</b> Identificación del director del proyecto, apoyos del grupo que liderará la identificación y la implantación de una GPC.</p> <ul style="list-style-type: none"><li><b>a)</b> Identificar los requisitos de habilidades y de desempeño.</li><li><b>b)</b> Comunicarse y seleccionar a la persona o grupo interesado.</li><li><b>c)</b> Asegurar la participación del director del proyecto.</li><li><b>d)</b> Asegurarse de que el director del proyecto tiene un mandato claro y dispone de los recursos necesarios para comenzar el proceso de planificación.</li></ul>				
<p><b>2.</b> Identificación de una GPC.</p> <ul style="list-style-type: none"><li><b>a)</b> Identificar a los colaboradores que participarán en la identificación, evaluación y selección de una GPC.</li><li><b>b)</b> Acceder a la herramienta AGREE.</li><li><b>c)</b> Asegurar la comprensión y el conocimiento de la utilización de la herramienta AGREE.</li><li><b>d)</b> Buscar y recuperar todas las GPC disponibles en el área temática de interés para la organización.</li><li><b>e)</b> Llevar a cabo el ejercicio de evaluación.</li><li><b>f)</b> Presentar los datos al grupo implicado en el ejercicio de evaluación. Decidirse por una GPC basándose en su calidad y contenido.</li><li><b>g)</b> Comunicar la decisión a los colaboradores relevantes.</li></ul>				

*Herramienta: Implantación de guías de práctica clínica*

Actividad	Fecha objetivo	Persona responsable	Resultado/ producto	Progreso
<p><b>3.</b> Identificación, análisis y compromiso de los colaboradores.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>a)</b> Definir el alcance y extensión de la implantación.</li> <li><b>b)</b> Identificar a los colaboradores —usar un enfoque grupal para la identificación.</li> <li><b>c)</b> Utilizando al equipo, recoger los datos sobre colaboradores— utilizar la plantilla adjunta.</li> <li><b>d)</b> Organizar los datos y analizar—de nuevo utilizando un enfoque grupal— esforzarse por conseguir el consenso.</li> <li><b>e)</b> Determinar las estrategias que se utilizarán para influir, apoyar e implicar a los colaboradores en diferentes capacidades.</li> <li><b>f)</b> Actualizar el plan de acción basándose en las estrategias identificadas.</li> </ul>				
<p><b>4.</b> Inserción de las estrategias y acciones de los colaboradores una vez identificadas.</p>				
<p><b>5.</b> Completar la evaluación de la preparación del entorno.</p>				
<p><b>6.</b> Identificación y planificación de las estrategias específicas de implantación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>a)</b> Identificar las barreras y los facilitadores dentro de la evaluación del entorno.</li> <li><b>b)</b> Implicar a los colaboradores relevantes, seleccionar las estrategias de intervención de entre las estrategias disponibles. Elegir las intervenciones basándose en la información disponible, la eficiencia, y la adecuación con la organización y sus miembros.</li> </ul>				

	Actividad	Fecha objetivo	Persona responsable	Resultado/ producto	Progreso
7.	Actualizar el plan de acción, basándose en las estrategias de implementación identificadas.				
8.	Desarrollo de un plan de evaluación. <b>a)</b> Identificar las fuentes disponibles de apoyo a la evaluación— experiencia, recogida de datos, etc.—, (podría comenzarse por el comité de calidad). <b>b)</b> Desarrollo de un plan de evaluación. <b>c)</b> Hacer operativo el plan.				
9.	Actualizar el plan de acción basándose en los resultados del plan de evaluación.				
10.	Identificación de los recursos necesarios para la implementación. <b>a)</b> Utilizar la hoja de presupuesto adjunta. <b>b)</b> Implicar al equipo de implementación y a los colaboradores relevantes para asegurar el apoyo del presupuesto establecido. <b>c)</b> Desarrollar argumentos sólidos para el presupuesto. <b>d)</b> Identificar maneras de obtener fondos primeramente de fuentes no operacionales — por ejemplo, subvenciones, colaboraciones con vendedores específicos, etc.—, (considerar cualquier conflicto de intereses). <b>e)</b> Presentar el presupuesto y las fuentes de ingresos al responsable a nivel directivo de la organización.				
11.	Identificación de los procesos de monitorización.				
12.	Planificar celebraciones, hitosremarcables.				

## Bibliografía

- AGREE Collaboration (2000). Appraisal of guidelines for research and evaluation (AGREE) instrument [On-line]. Available: ([www.agreecollaboration.org](http://www.agreecollaboration.org)).
- Baker, C., Ogden, S., Prapaipanich, W., Keith, C. K., Beattie, L.C. & Nickleson, L. (1999). Hospital consolidation: Applying stakeholder analysis to merger life-cycle. *Journal of Nursing Administration*, 29(3), 11-20.
- Bero, A. L., Grilli, R., Grimshaw, M. J., Harvey, E., Oxman, D. A., & Thomson, M. A. (1998). Closing the gap between research and practice: An overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *British Medical Journal*, 317, 465-468.
- Black, N., Murphy, M., Lamping, D., McKee, M., Sanderson, C., & Askham, J. (1999). Consensus development methods: A review of best practice in creating clinical guidelines. *Journal of Health Services Research & Policy*, 4, 236-248.
- Blair, J. D. & Whitehead, C. J. (1988). Too many on the seesaw: Stakeholder diagnosis and management for hospitals. *Hospital and Health Services Administration*, 33(2), 153-166.
- Brugha, R. & Varvasovszky, Z. (2000). Stakeholder analysis. A Review. *Health Policy and Planning*, 15(1), 239-243.
- Clarke, M, Oxman, A.D, (eds) (1990). *Cochrane Reviewers's handbook 4.0* (Updated July 1999). In Review Manager (Rev Man) (Computer Program). Version 4.0 Oxford, England: The Cochrane Collaboration, 1999.
- Cluzeau, F., Littlejohns, P., Grimshaw, J., Feder, G., & Moran, S. (1999). Development and application of a generic methodology to assess the quality of clinical guidelines. *International Journal for Quality in Health Care*, 11(1), 21-28.
- Davis, A. D. & Taylor-Vaisey, A. (1997). Translating guidelines into practice: A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical guidelines. *Canadian Medical Association Journal*, 157, 408-416.
- Dobbins, M., Ciliska, D., DiCenso, A. (1998). Dissemination and use of research evidence for policy and practice by nurses: A model of development and implementation strategies. Working paper prepared for the Dissemination and Utilization Advisory Committee for the Canadian Nurses Association. [On-line]. Available: [www.cna-nurses.ca/](http://www.cna-nurses.ca/).
- Dwyer, J.J.M., & Makin, S. (1997). Using a program logic model that focuses on performance measurement to develop a program. *Canadian Journal of Public Health*, 88, 421-425.
- Field, M.J. & Lohr, K.N. (eds). (1990). *Guidelines for clinical practice: directions for a new program*. Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, DC.
- Fottler, M. D., Blair, J. D., Whitehead, C. J., Laus, M. D. & Savage, G. T. (1989). Assessing key stakeholders: Who matters to hospitals and why? *Hospital and Health Services Administration*, 34(4), 525-546.
- Graham, I., Beardall, S., Carter, A., Glennie, J., Hebert, P., Tetroe, J., McAlister, F.A., Visentin, S. & Anderson G.M. (2001). What is the quality of drug therapy clinical practice guidelines in Canada? *Canadian Medical Association Journal*, 165(2), 157-163
- Graham, D. I., Calder, A. L., Hebert, C. P., Carter, O. A., & Tetroe, M. J. (2000). A comparison of clinical practice guideline appraisal instruments. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 16(4), 1024-1038.
- Graham D.I., Harrison M.B, & Brouwers, M. (2001). Evaluating and adapting practice guidelines for local use: A conceptual framework. In: Pickering S, Thompson J, editors. *Clinical Governance in Practice*. London: Harcourt, (In Press).
- Graham, D.I., Lorimer, K., Harrison, M.B., & Pierscianowski, T. (2000). Evaluating the quality and content of international clinical practice guidelines for leg ulcers: Preparing for Canadian adaptation. *Canadian Association of Enterostomal Therapy Journal*, 19(3), 15-31.
- Grilli, R., Magrini, N., Penna, A., Mura, G., Liberati, A. (2000). Practice guidelines developed by specialty societies: The need for a critical appraisal. *Lancet*, 355,103-106.

Grimshaw, J., Freemantle, N., Wallace, S., Russell, I., Hurwitz, B., Watt, I., Long, A. & Sheldon, T. (1995). Developing and implementing clinical practice guidelines. Quality in Health Care, 4(1), 55-64.

Grimshaw, J. & Russell, I. (1993). Effect of clinical guidelines on media practice: a systematic review of rigorous evaluations. Lancet, 242, 1317-1322.

Grimshaw, J. Shirran, L. Thomas, R., Mowatt, A., Fraser, C., Bero, L., Grilli, R., Harvey, E., Oxman, A. & O'Brien, M.A. (2001). Changing provider behaviour: An overview of systematic reviews of interventions-Medical Care, 39(8) (Suppl. 2) I12-45.

Kitson, A., Harvey, G., & McCormack, B. (1998). Enabling the implementation of evidence based practice: A conceptual framework. Quality in Health Care, 7(3), 149-158.

Lefebvre, R., & Flora, J. (Fall 1988). Social Marketing and public health intervention. Health Education Quarterly, 15(3): 299-315.

Logan, J., & Graham, I.K. (1998). Towards a comprehensive interdisciplinary model of health care research use. Science Communication, 20(2), 227-246.

Madjar, I. & Walton, J. A. (2001). What is problematic about evidence? In J. M. Morse, J. M. Swanson, & A. J. Kuzel. The Nature of Qualitative Evidence. (pp. 28-45). Thousand Oaks: Sage.

Maibach E., Holtgrave, D. (1995) Advances in Public Health Communications. Annual Review of Public Health, 16 219-238.

McKenzie-Mohr, D. (May 2000). Fostering sustainable behaviour through community based social marketing. American Psychology, 55(5): 531-7.

National Forum on Health (1997). Canada health action: Building the legacy. Synthesis reports and papers. Creating a culture of evidence-based decision-making. Ottawa: Health Canada.

NHS Centre for Reviews and Dissemination (1999). Effective Health Care: Getting evidence into practice. The University of York, 5(1), 1-16.

Nowak, G., Cole, G., Kirby, S., Freimuth, V., & Caywood, C. (Summer 1998). The application of integrated marketing communications to social marketing and health communication: Organizational challenges and implications. Social Marketing

Quarterly, 4(4), Special Issue.

Oxman, D. A., Thomson, M. A., Davis, A. D., & Haynes, R. B. (1995). No magic bullets: A systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. Canadian Medical Association Journal, 153, 1423-1431.

Pollack, C. (1994). Planning for success: The first steps in new program development. Journal of School Nursing, 10(3), 11-15.

Porteous, N.L., Sheldrick, B.J., & Stewart, P.J. (1997). Program evaluation toolkit: A blueprint for public health management. Ottawa: Ottawa-Carleton Health Department, Public Health Research, Education and Development Program.

Rossi, P.H, Freeman H.E, & Lipsey, M.W. (1999). Evaluation: A Systematic Approach, 6th Edition. Newbury Park: Sage Publications.

Rush, B., & Ogborne, A. (1991). Program logic models: expanding their role and structure for program planning and evaluation. The Canadian Journal of Program Evaluation; 6(2), 95-106.

Sadowsky, D. & Kunzel, C. (1991). The use of direct mail to increase clinician knowledge: An intervention study. American Journal of Public Health, 81, 923-925.

Samuels, J. (1987). Evaluating Social Persuasion Advertising Campaigns, In Lovelock, C. & Charles, B. (Eds.). Public and nonprofit marketing, cases and readings. Evaluating social persuasion advertising campaigns: An overview of recent COI experiences, (68-70). Palo Alto, California: The Scientific Press & John Wiley & Sons.

Shaneyfelt, T., Mayo-Smith, M., Rothwangl, J. (1999) Are guidelines following guidelines? The methodological quality of clinical practice guidelines in the peer-reviewed medical literature. JAMA, 281(20), 1900-1905.

Shields, K. (1994). In the tiger's mouth: An empowerment guide for social action. Gabriola Island, British Columbia: New Society Publishing Company.

Solberg, I. L., Brekke, L. M., Fazio, J. C., Jacobsen, N. D., Fowles, J., Kottke, E. T., Mosser, G., & O'Connor, J. P. (2000). Lessons from experienced guideline implementers: Attend to many factors and use multiple strategies. Journal on Quality Improvement, 26(4) 171-188.

## Herramienta: Implantación de guías de práctica clínica

Thomas, L., Cullum, N., McColl, E., Rousseau, N., Soutter, J., & Steen, N. (1999). Guidelines in professions allied to medicine. (Cochrane Review) In: The Cochrane Library, Issue 3, Oxford: Update software.

Varvasovszky, Z. & Brugha, R. (2000). How to do (or not to do) a stakeholder analysis. Health Policy and Planning, 15, 338-345.

Weinreich, N.K. (2000). "What is Social Marketing?" [On-line] Available: Weinreich Communications [www.social-marketing.com](http://www.social-marketing.com)

Wensing, M., Van der Weijden, T., & Grol, R. (1998). Implementing guidelines and innovations in general practice: which interventions are effective? British Journal of General Practice, 48, 991-997.

Wholey, J.S., Hatry, H.P., & Newcomer, K.E. (1994). Handbook of Practical Program Evaluation. San Francisco: Jossey-Bass.





## Anexo A: Revisión y actualización de la herramienta

*La Asociación profesional de Enfermeras de Ontario propone actualizar la herramienta de implantación como sigue:*

1. La herramienta se revisará según lo establecido tras una fase piloto de implantación de seis meses. En ese momento, se revisará cualquier hallazgo de investigación, recomendaciones y comentarios novedosos realizados en los lugares de implantación. Se harán las revisiones según lo establecido.
2. Tras la difusión, la herramienta será revisada por un equipo de especialistas en el área temática (equipo de revisión) cada tres años, posteriores a la última serie de revisiones.
3. Durante el período de tres años entre el desarrollo y la revisión, el personal del proyecto de guías de buenas prácticas enfermeras de la RNAO (NBPG por sus siglas en inglés) realizará una búsqueda de revisiones sistemáticas y ensayos clínicos aleatorizados controlados) en la materia. Esta revisión se realizará de manera regular.
4. Basándose en los resultados de la revisión regular, el personal del proyecto puede recomendar un período de revisión más corto. Una consulta adecuada a un equipo formado por miembros del equipo original y otros especialistas en la materia ayudará a tomar una decisión informada sobre la revisión de la herramienta antes del hito de los tres años.
5. Tres meses antes del hito de revisión a los tres años, el personal del proyecto NBPG comenzará a planificar el proceso de revisión de la siguiente manera:
  - a. Se invitará a especialistas en la materia a participar en el equipo de revisión de la herramienta. El equipo de revisión estará formado por miembros del equipo original, así como por otros especialistas recomendados.
  - b. Se hará una recopilación de la retroalimentación recibida, las cuestiones planteadas durante la fase de difusión, y los comentarios y experiencias de los espacios de implantación.
  - c. Se recopilarán los conocimientos en la materia, las revisiones sistemáticas, documentos de metaanálisis, revisiones técnicas y ensayos aleatorizados controlados .
  - d. Se establecerá un plan de acción detallado con fechas límites para los resultados o productos.

## Anexo B: Glosario

### Análisis de los colaboradores

Una forma de generar información sobre personas, grupos y organizaciones. Un análisis de los colaboradores nos ayudará a comprender la conducta de los colaboradores sus planes, relaciones y sus intereses. Así mismo, nos ayudará a determinar la influencia y los recursos que los colaboradores aportarán.

### Apoyo de los líderes

El extremo hasta el cual la dirección a todos los niveles y otros con influencia en la organización están preparados para hacer posible los cambios en el sistema relacionados con la práctica clínica y con aspectos de la calidad de los cuidados. (Por ejemplo, ¿La dirección a cualquier nivel expresa la intención de promover la práctica basada en la evidencia? ¿Existen apoyos influyentes conocidos en la organización que defiendan la calidad y la excelencia clínicas?).

### Auditoría y retroalimentación

Resúmenes de las funciones profesionales (por ejemplo, basados en revisiones de las gráficas o en la observación individual de la práctica clínica) utilizados para aumentar la conciencia del grupo diana sobre su práctica y la de otros.

### Colaboradores

Un individuo, grupo y organización con un interés creado en la decisión de implantar una GPC. Los colaboradores incluyen individuos o grupos que serán afectados directa o indirectamente por la implantación de una GPC.

### Colaboradores externos

Los colaboradores externos actúan fuera de la organización y pueden incluir organizaciones como la RNAO, organismos de acreditación, y varios grupos de interés incluyendo grupos de pacientes y de consumidores y otros.

### Colaboradores intermedios

Los colaboradores intermedios operan a lo largo de las fronteras de la organización, y del entorno. Éstos incluyen a personas tales como miembros de la dirección de la organización, personal con puestos interrelacionados, y otras personas similares. Habitualmente se puede establecer la categorización cuando se identifican inicialmente a los colaboradores.

### Colaboradores internos

Los colaboradores provienen de dentro de la organización y pueden incluir a las enfermeras, la directora de enfermería, las enfermeras clínicas especialistas, los médicos y otros.

### Conocimientos, habilidades y actitudes del posible grupo diana

Los conocimientos, habilidades, puntos de vista generales y sistemas de creencias de un posible grupo diana que están relacionados con el cambio la práctica basada en la evidencia, y la excelencia clínica enfermera. Esto afectará a la motivación para la adopción de nuevas ideas y prácticas. (Por ejemplo, ¿tiene el personal los conocimientos y habilidades necesarias? ¿Tiene el personal una actitud positiva ante nuevas iniciativas? ¿Es fácil hablar del cambio con el personal? ¿Ha sido apoyado el personal a través del cambio en el pasado?).

### Consenso de la opinión de los expertos

“Un proceso para la toma de decisiones sobre recomendaciones, y no un método científico para la creación de nuevos conocimientos. Como máximo, el desarrollo del consenso simplemente hace el mejor uso de la información disponible, siendo ésta los datos científicos o la sabiduría colectiva de los participantes”

*(Black et al., 1999).*

### Cultura laboral

La naturaleza global de la organización: **a)** cómo pensamos que las cosas deberían hacerse; **b)** qué es lo que se considera importante para centrarse en ello, y asignarle recursos; y **c)** Sobre qué aspiramos basar la filosofía, los valores, la visión y la misión, tal y como se expresan en las actividades del día a día. (Por ejemplo, ¿se cree en la excelencia en la práctica clínica? ¿Existe el deseo explícito de centrarse en la práctica basada en la evidencia? ¿Existe un movimiento para convertirse en líderes de la excelencia en enfermería?).

### Estructura

Aquellos aspectos de la infraestructura organizacional que tienen que ver con cómo se toman las decisiones, con el dimensionamiento del personal, con patrones de carga de trabajo, instalaciones físicas, y con la disponibilidad de los recursos. (Por ejemplo, ¿existen foros para la resolución de aspectos clínicos? ¿Cómo se toman las decisiones respecto a los recursos clínicos? ¿Cuáles son los patrones generales del personal relacionados con la mezcla del mismo?).

### Evaluación de la estructura

Evalúa los marcos y los instrumentos disponibles y utilizados para proporcionar los cuidados. Esto cubre las instalaciones, materiales y equipamiento y puede incluir también la estructura organizacional y la cantidad y calificaciones de los profesionales de la organización sanitaria. Indica las propiedades y los recursos utilizados para proporcionar cuidados y la forma en la que están organizados. Responde a la pregunta: “¿Están disponibles los recursos físicos y humanos necesarios para implantar las recomendaciones de la GPC?”.

### Evaluación del programa

Recopila, analiza, e informa los datos sistemáticamente sobre un programa para ayudar en la toma de decisiones (*Porteous, Sheldrik & Stewart, 1997*).

### Evidencia

Una observación, hecho, o cuerpo organizado de información ofrecido para apoyar justificar inferencias o creencias en la demostración de alguna proposición o asunto en cuestión (*Madjar & Walton, 2001*).

#### Atención

Buscar las GPC que estén basadas en la evidencia de mayor calidad

### Gestión e implicación de los colaboradores

Un término utilizado para describir la manera en la que se puede trabajar o implicar a los colaboradores. El objetivo de la implicación de los colaboradores es la compatibilidad entre los intereses de los colaboradores y los objetivos propios del proyecto. Esto se consigue empleando varios enfoques que como máximo puedan mejorar la congruencia, o al menos, minimizar las consecuencias de no tener objetivos compatibles.

### Guías de práctica clínica o Guías de buenas prácticas

“Declaraciones desarrolladas de una manera sistematizada (basadas en la mejor evidencia disponible para ayudar al clínico y al paciente en la toma de decisiones sobre el cuidado adecuado de la salud en circunstancias clínicas (prácticas)” (*Field & Lohr, 1990*).

### Intervenciones centradas en el paciente

Implicación de los pacientes para influir en los profesionales de la salud.

### Líderes de opinión locales

Profesionales respetados, académicos y clínicos, que pueden influir en otros para que cambien comportamientos.

### Marketing

El proceso de gestión responsable de la identificación, anticipación y satisfacción de las demandas del cliente de manera lucrativa. Esto incluye todas las funciones de desarrollo, investigación, planificación, diseño, establecimiento de precios, empaquetado, publicidad y promoción de relaciones públicas, ventas, distribución y servicio-postventa.

### Materiales de formación

Distribución, para la formación, de material no interactivo impreso, audiovisual o en para versiones de ordenador.

### Niveles de Evidencia

Una jerarquía de la evidencia, normalmente variando entre la más sólida y la más débil.

### Práctica basada en la evidencia

La aplicación sistemática de la mejor evidencia disponible para la evaluación de las opciones y la toma de decisiones en el manejo clínico y el establecimiento de políticas (*National Forum on Health, 1997*).

### Procesos de consenso local

Inclusión en las discusiones de profesionales participantes para asegurarse de que están de acuerdo con que el problema clínico elegido es importante y de que el enfoque sugerido es el adecuado.

### Recordatorios

Recordatorios manuales e informatizados para provocar el cambio de comportamientos.

### Recursos

Requisitos, financieros, humanos o en especie necesarios para alcanzar los objetivos que se resumen en el plan de acción.

### Relaciones interdisciplinarias

Los comportamientos, tipos de interacciones y formas de tomar decisiones demostradas entre diferentes disciplinas implicadas o afectadas por la GPC (por ejemplo, ¿existen equipos de profesionales provenientes de una variedad de disciplinas que trabajen juntos sobre algún tema de manera regular?).

### Reuniones formativas didácticas

Clases con poca o sin interacción.

### Reuniones formativas interactivas

Implicación del alumno a través de la discusión y la participación activa (p.ej. tareas grupales, aprendizaje basado en problemas, etc.).

### Revisión sistemática

La aplicación de un enfoque científico riguroso para consolidar la evidencia de investigación sobre un tema específico. "Las revisiones sistemáticas establecen dónde son consistentes los efectos de la atención sanitaria y los resultados pueden aplicarse en todas las poblaciones entornos, y diferencias en los tratamientos (por ejemplo, dosis); y dónde los efectos pueden variar de manera significativa. El uso de métodos sistemáticos y explícitos en las revisiones limita los sesgos (errores sistemáticos) y reduce los efectos del azar, proporcionando por tanto resultados más fiables sobre los que establecer conclusiones y tomar decisiones" (Clarke & Oxman, 1999).

### Sistemas de comunicación

Todos aquellos procesos formales e informales que existen para permitir el intercambio de información, (por ejemplo, ¿qué sistemas de comunicación formal, dirigidos a aspectos clínicos, existen? ¿Para iniciar el cambio a nivel clínico? ¿Existen foros y lugares disponibles para que se desarrollen discusiones informales relacionadas con aspectos clínicos? ¿Se llevan los resultados de estas discusiones a algún lado?).

### Triaje de los colaboradores

Una forma de implicar a los colaboradores que nos ayudará a:

1. Dirigir las energías hacia los colaboradores basándose en su posición positiva, negativa o neutra.
2. Determinar cuanta energía y qué tipo de recursos gastar en cada tipo de colaborador.
3. Decidir a qué grupo de colaboradores dirigirse primero.
4. Decidir sobre los objetivos para la implicación de los colaboradores.

### Ventas, distribución y servicio-postventa

Evaluación del impacto del programa. Estudia los cambios ocurridos como resultado del programa y si el programa está teniendo el efecto que pretendía. Responde a la pregunta: "¿Cuáles son los resultados de este programa?". También puede responder a la pregunta: "¿merecen la pena los beneficios del programa respecto a los costes?" (Porteous, Sheldrick, & Stewart, 1997).

### Visitas educativas

Visitas individualizadas con enfermeras facilitadoras, farmacéuticos, investigadores u otro personal para que la persona explique al personal en cambio deseado.