



Universitat
de les Illes Balears

TESIS DOCTORAL
2023

**LA ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA
EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN COMO
FACILITADORA DE PRÁCTICAS BASADAS EN
LA EVIDENCIA**

Sandra Pol Castañeda



Universitat
de les Illes Balears

TESIS DOCTORAL
2023

**Programa de Doctorado en Investigación
Traslacional en Salud Pública y Enfermedades de Alta
Prevalencia**

**LA ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA
EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN COMO
FACILITADORA DE PRÁCTICAS BASADAS EN
LA EVIDENCIA**

Sandra Pol Castañeda

Director: Dr. Joan Ernest de Pedro Gómez

Directora: Dra. Sonia Martínez Andreu

Tutor: Dr. Miquel Bennasar Veny

Doctora por la Universitat de les Illes Balears

*A mis padres, Óscar y Mari
por enseñarme el valor del esfuerzo*

*A mi hermano, Humberto
porque es mi persona favorita*

*A Mauro,
por hacerme sonreír todos los días*

AGRADECIMIENTOS

“Hay que saber a la altura a la que vuelas porque así cuando caes, lo haces desde la altura prevista”

Cuando me adentré en esta aventura que ha sido la tesis doctoral ni siquiera sabía que me había apuntado a una academia de vuelo, ¡cómo iba a saber a la altura a la que volaba! Para cuando me quise dar cuenta de que ya estaba volando, no sabía calcular alturas y ni siquiera cuan alto quería volar. Por supuesto, me caí demasiadas veces, sin embargo, con cada nuevo despegue me hacía más fuerte. Ahora soy capaz de mirar hacia arriba, hacia abajo, hacia todas las direcciones y conozco bien desde dónde vuelo. Sin embargo, lo más enriquecedor de este camino, ha sido conocer a todas las personas que, antes o después, han volado a mi lado.

Tantas veces he pensado en la necesidad que tenía de redactar unas palabras de agradecimiento a todas esas personas que han hecho realidad esta tesis, y ahora que ha llegado el momento, siento que estas líneas no serán suficiente. Es complicadísimo para mí establecer un orden de agradecimientos, así que el orden elegido no altera el nivel de gratitud de ninguno de ellos.

Quiero dar las gracias a mis directores de tesis, por todo el tiempo invertido, por su rigor y por haberme guiado en el que ha sido, por ahora, el mayor de mis retos. Gracias a Joan de Pedro porque, a pesar de que el tiempo de esta tesis ha sido próximo al infinito, desde que decidí empezarla, siempre ha estado presente y ha sido fuente de admiración. Gracias a Sonia Martínez, por aceptar dirigir esta tesis contra todo pronóstico y darle el soplo de aire fresco que ha hecho que hoy, por fin, esté escribiendo estas palabras.

Quiero dar las gracias a José Miguel Morales Asencio, pues tuve la suerte de cruzármelo en mi formación de posgrado. Entiendo que, para él, fue un día cualquiera, pero su pasión por la investigación enfermera y la fuerza de su exposición sobre el paradigma de la práctica basada en la evidencia hicieron que para mí ese día, fuese de los más importantes de mi carrera.

Gracias al Servei de Salut de les Illes Balears, y especialmente gracias a Carlos Villafáfila, por apostar por el proyecto EPAH y hacer realidad el estudio de esta tesis.

Quiero dar las gracias al equipo investigador del proyecto EPAH, Miguel Ángel, Carlos, Ian, Concha, Xisco y Joan, por todo su trabajo, esfuerzo y tiempo invertido. No sólo habéis aportado conocimiento en materia de investigación, sino que habéis arrimado el hombro desde la más compleja tarea de gestión hasta la más monótona como la de picar datos que no acababan. He crecido como investigadora a vuestro lado y habéis formado parte de una etapa muy importante para mí. De cada interacción con vosotros me he llevado un valioso aprendizaje.

Quiero dar las gracias a los equipos de enfermería que han hecho posible el desarrollo de este proyecto, especialmente a Vanesa, Aina, Zaira, Araceli, Marga, Enri, Elena, M^a Ángeles, Ana G., Noemí, Manena, Ana Vanesa, Luís y David, por su tiempo, por su esfuerzo, por su paciencia y sobre todo por las ganas que pusieron desde el primer momento. Gracias por todas y cada una de vuestras contribuciones, gracias por la confianza, por vuestra profesionalidad, pero también por las charlas y las “trobades” infinitas, por convertir un proyecto de investigación, en nuestro proyecto EPAH.

Además, quisiera hacer mención especial a Vanesa, Araceli, Elena, Noemí y Luís, quienes asumieron el gran reto de ser las primeras enfermeras de práctica avanzada de Baleares, en un momento que iniciábamos casi a ciegas, aportando luz en primera persona. Sois unos profesionales admirables.

Gracias a las Direcciones de Enfermería, pues sin su apoyo y visión nada de esto hubiese sido posible. Han demostrado una gran capacidad para identificar el valor de este proyecto y su gestión basada en la evidencia ha sido clave para su implementación exitosa. Además, es muy gratificante que hayan reconocido y valorado la contribución única que cada enfermera de práctica avanzada ha tenido en su centro.

Quiero dar las gracias también a todas las personas que contribuyeron a que el proyecto EPAH creciese. Gracias a Estrella Mesa, Silvia García, Soledad Gallardo, Eva Timonet, Noemí Sansó, Pedro Sastre, José Miguel Morales y Yolanda Cáceres, por haber dado la formación a las EPAH, pues cada una de vuestras

sesiones ayudó a dar forma a la intervención. Habéis aportado claridad, dirección, experiencia, fuerza, coraje y evidencia.

Gracias a Aina Millán, ella no debe ni imaginarse el apoyo que supuso para mí cuando la conocí. Una gran profesional que me dio paz en días de guerra.

Gracias al Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universitat de les Illes Balears, por facilitar aulas y recursos. Sus espacios han sido testigos de la evolución del proyecto EPAH. Asimismo, gracias al Col·legi Oficial d'Infermeria de les Illes Balears, por su apoyo a la profesión y especialmente a la investigación enfermera y hacer posible que proyectos como el de la presente tesis salgan adelante.

Gracias a Ester Sánchez Marimón, por haber sido mi compañera de aventuras cuando comenzó toda esta locura y por haber escuchado todos y cada uno de mis dramas del momento. Eso sí, dramas acompañados de café y risas.

Gracias a mis compañeras de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Especialmente a Rosa Miró, por todo su apoyo en una de las etapas más difíciles de mi carrera profesional. Gracias a Alba Carrero y a Cristina Moreno, porque se han convertido en más que compañeras. Admiro vuestro trabajo, esfuerzo y compromiso en todo lo que hacéis. Gracias por ser “las Kardashian de la investigación”.

Gracias a mis amigas, porque han aguantado todo este proceso de desaparición sin una sola queja, porque han seguido contando conmigo para todo, a pesar del gran riesgo de recibir un “hoy toca tesis” en respuesta al planazo del día. Gracias por seguir a mi lado en las buenas y en las no tan buenas. Sois oro.

Y, por último, gracias a toda mi familia, especialmente a mis padres, a mi hermano y a mi cuñada, y a mi compañero de vida, por ser mi lugar seguro, mi refugio. Soy afortunada de teneros en mi vida.

A todos vosotros, muchas gracias por hacerlo posible.

*“Los líderes pasan el 5% del tiempo pensando en el problema
y el 95% del tiempo pensando en la solución”*

(Tony Robbins)

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

AGHO	Ácidos Grasos Híper Oxigenados
AVP	Accesos Vasculares Periféricos
CC.AA.	Comunidades Autónomas
CIE	Consejo Internacional de Enfermeras
EAD	Enfermera de Atención Directa
EBE	Enfermería Basada en la Evidencia
EBPQ	Evidence-Based Practice Questionnaire
ECA	Ensayos Clínicos Aleatorizados
ECE	Enfermera Clínica Especialista
EGC	Enfermera Gestora de Casos
EGCA	Enfermera Gestora de Competencias Avanzadas
EGEH	Enfermera Gestora de Enlace Hospitalario
EE.UU.	Estados Unidos
EPA	Enfermera de Práctica Avanzada
EPAH	Enfermera de Práctica Avanzada en Unidades de Hospitalización
EPOC	Effective Practice and Organisation of Care
GPC	Guía de Práctica Clínica
HS-EBP	Health Science Evidence Based Practice
IB-Salut	Servei de Salut de les Illes Balears
IECEPA	Instrumento para la Evaluación de Competencias en Enfermeras de Práctica Avanzada
i- PARIHS	Integrated Promoting Action on Research Implementation in Health Services
MBE	Medicina Basada en la Evidencia
MSSSI	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
PARIHS	Promoting Action on Research Implementation in Health Services
PBE	Práctica Basada en la Evidencia
PCBE	Práctica Clínica Basada en la Evidencia
PES-NWI	Practice Environment Scale-Nursing Work Index
SA	Superficies de Alivio de la Presión
SEMP	Superficies Especiales para el Manejo de la Presión
TAR	Teoría de la Acción Razonada
TCAE	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
TCP	Teoría de la Conducta Planificada
UC	Unidad Control
UI	Unidad Intervención
UIB	Universitat de les Illes Balears
UPP	Úlcera Por Presión



Universitat
de les Illes Balears

Dr. Joan Ernest de Pedro Gómez, de la Universitat de les Illes Balears

DECLARO:

Que la tesis doctoral que lleva por título LA ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN COMO FACILITADORA DE PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA, presentada por Sandra Pol Castañeda, ha sido dirigida bajo mi supervisión y que cumple con los requisitos necesarios para optar al título de Doctora por la Universitat de les Illes Balears.

Y para que quede constancia de ello firmo este documento.

Palma de Mallorca, junio 2023



Universitat
de les Illes Balears

Dra. Sonia Martínez Andreu, de la Universitat de les Illes Balears

DECLARO:

Que la tesis doctoral que lleva por título LA ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN COMO FACILITADORA DE PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA, presentada por Sandra Pol Castañeda, ha sido dirigida bajo mi supervisión y que cumple con los requisitos necesarios para optar al título de Doctora por la Universitat de les Illes Balears.

Y para que quede constancia de ello firmo este documento.

Palma de Mallorca, junio 2023

LISTADO DE PUBLICACIONES DERIVADAS DE LA TESIS

1. Moving Evidence into Practice by Advanced Practice Nurses in Hospitalization Wards. Protocol for a Multicentre Quasi-Experimental Study in Three Hospitals in Spain

Autores: Sandra Pol-Castañeda, Miguel Ángel Rodríguez-Calero, Concepción Zaforteza-Lallemand, Carlos Javier Villafáfila-Gomila, Ian Blanco-Mavillard, Francisco Ferrer-Cruz, Joan De Pedro-Gómez

Revista: Internatinal Journal of Environmental Research and Public Health. Año 2020.

Acceso abierto: <https://doi.org/10.3390/ijerph17103473>

2. Impact of advanced practice nurses in hospital units on compliance with clinical practice guidelines: a quasi-experimental study

Autores: Sandra Pol-Castañeda, Miguel Ángel Rodríguez-Calero, Carlos Javier Villafáfila-Gomila, Ian Blanco-Mavillard, Concepción Zaforteza-Lallemand, Francisco Ferrer-Cruz, Joan De Pedro-Gómez

Revista: BMC Nursing. Año 2022.

Acceso abierto: <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01110-x>

3. Beyond the planned: a fine-grained description of knowledge mobilization by Advanced Practice Nurses in five hospital wards

Autores: Concepción Zaforteza-Lallemand, Ian Blanco-Mavillard, Sandra Pol-Castañeda, Carlos Javier Villafáfila-Gomila, Francisco Ferrer-Cruz, Joan De Pedro-Gómez, Miguel Ángel Rodríguez-Calero

Revista: Actualmente en revisión

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ÍNDICE DE TABLAS	XIX
ÍNDICE DE FIGURAS.....	XXI
ÍNDICE DE ANEXOS.....	XXII
RESUMEN	XXIII
RESUM	XXV
ABSTRACT	XXVII
Capítulo 1. INTRODUCCIÓN	29
1.1 Práctica Clínica Basada en la Evidencia	31
1.1.1 Enfermería Basada en la Evidencia	33
1.1.2 Impacto de la Práctica Clínica Basada en la Evidencia en Enfermería	37
1.2 Implementación de prácticas clínicas basadas en la evidencia	44
1.2.1 Barreras y facilitadores para la implementación de la práctica clínica basada en la evidencia	47
1.2.2 Modelo para la PCBE.....	61
1.2.3 Estrategias para mejorar la implementación de PCBE de las enfermeras.....	63
1.3 Teorías, modelos y marcos en la ciencia de la implementación ...	73
1.3.1 Teorías del cambio de conductas.....	77
1.3.2 Marco de implementación de PCBE en ciencias de la salud	94
1.4 Enfermera de Práctica Avanzada (EPA)	105
1.4.1 Introducción a la EPA	105
1.4.2 Modelos de práctica avanzada	112
1.4.3 Competencias de la EPA	117

1.4.4	Impacto de la EPA sobre el cuidado del paciente	120
1.4.5	La EPA como facilitadora de PCBE.....	122
1.4.6	Desarrollo del rol a nivel internacional	126
Capítulo 2. OBJETIVOS		135
2.1	Objetivos	137
Capítulo 3. JUSTIFICACIÓN Y OPERATIVIZACIÓN.....		139
3.1	Justificación.....	141
3.2	Operativización del marco teórico	142
Capítulo 4. METODOLOGÍA		147
4.1	Diseño del estudio.....	149
4.2	Ámbito del estudio y participantes	149
4.2.1	Criterios de inclusión y exclusión	150
4.2.2	Tamaño de la muestra	150
4.3	Intervención.....	151
4.3.1	Selección de las EPAH	152
4.3.2	Selección de las guías de práctica clínica.....	153
4.3.3	Formación y seguimiento de las EPAH	153
4.4	Variables e instrumentos.....	154
4.5	Procedimiento del estudio y recogida de datos	158
4.6	Análisis de datos	160
4.7	Métodos de rigor	161
4.8	Aspectos éticos.....	162
4.8.1	Financiación	163

Capítulo 5. RESULTADOS..... 165

5.1	Características de los grupos de estudio.....	167
5.2	Entorno laboral de las enfermeras.....	169
5.3	Práctica clínica basada en la evidencia.....	172
5.4	Desarrollo competencial de las EPAH.....	175
5.5	Adherencia a las recomendaciones basadas en la evidencia.....	177
5.5.1	Resultados clínicos de la implementación de la guía de UPP.	177
5.5.2	Resultados clínicos de la implementación de la guía de AVP.	184
5.6	Actividades desarrolladas por las EPAH.....	189
5.6.1	Información.....	190
5.6.2	Aumento de habilidades.....	192
5.6.3	Persuasión.....	193
5.6.4	Planificación.....	195
5.6.5	Estímulo/apoyo social.....	198
5.6.6	Establecimiento de metas.....	201
5.6.7	Motivación.....	202
5.6.8	Auto-seguimiento.....	205
5.6.9	Incentivo económico.....	207
5.6.10	Demostración.....	208
5.6.11	Ensayo de habilidades.....	209
5.6.12	Prevención de recaídas.....	211
5.6.13	Derivación.....	213
5.6.14	Otras actividades.....	215

Capítulo 6. DISCUSIÓN	217
6.1 Impacto de la incorporación de la EPAH sobre el entorno laboral 219	
6.2 Cambios en el nivel de PBE del equipo de enfermería.....	223
6.3 Desarrollo competencial de las EPAH	231
6.4 Adherencia del equipo de enfermería a las recomendaciones de las dos guías de práctica clínica	236
6.5 Estrategias de implementación desplegadas por la EPAH.....	242
6.6 Revisión de la operativización del marco teórico	252
6.7 Implicaciones del estudio	255
6.7.1 Implicaciones para las enfermeras	255
6.7.2 Implicaciones para el sistema	255
6.7.3 Implicaciones a nivel político	257
6.8 Limitaciones del estudio.....	258
6.9 Futuras líneas de investigación	260
Capítulo 7. CONCLUSIONES.....	263
Capítulo 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	267
ANEXOS.....	301

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Sistema de clasificación de la jerarquía de evidencias para guiar las intervenciones clínicas. Adaptado de Melnyk et al., 2016	36
Tabla 2. Barreras según su frecuencia de aparición en el ámbito hospitalario e implementación de GPC, según Sadeghi-Bazargani et al., 2014	55
Tabla 3. Facilitadores para la implementación de GPC	60
Tabla 4. Categorías de teorías, modelos y marcos utilizados en la ciencia de la implementación según Nilsen (2015). Elaboración propia.....	77
Tabla 5. Métodos fundamentados en la TAR y la TCP según Kok et al., 2016	90
Tabla 6. Modelos competenciales de EPA. Adaptado de Sastre et al., 2014.....	113
Tabla 7. Elementos para una implementación exitosa según el marco i-PARIHS	144
Tabla 8. Distribución de las unidades incluidas en el estudio	149
Tabla 9. Características sociodemográficas de los grupos	168
Tabla 10. Resultados del instrumento PES-NWI de los grupos intervención y control	169
Tabla 11. Diferencias a los 12 meses de la intervención respecto al momento basal en los grupos intervención y control para el instrumento PES-NWI	170
Tabla 12. Comparación de resultados del instrumento PES-NWI entre el grupo intervención y el grupo EPAH a los 12 meses.....	171
Tabla 13. Resultados del instrumento HS-EBP de los grupos intervención y control	172
Tabla 14. Diferencias a los 12 meses de la intervención respecto al momento basal en los grupos intervención y control para el instrumento HS-EBP	173
Tabla 15. Resultados del HS-EBP en el grupo EPAH	174
Tabla 16. Comparación de resultados del HS-EBP entre el grupo intervención y el grupo EPAH.....	175
Tabla 17. Resultados del instrumento IECEPA en el grupo EPAH	176
Tabla 18. Características sociodemográficas de los pacientes incluidos en la evaluación de UPP.....	177
Tabla 19. Cumplimiento de las recomendaciones de la GPC de prevención y tratamiento de UPP	178

Tabla 20. Diferencias a los 12 meses de la intervención respecto al momento basal en los grupos intervención y control en el cumplimiento de las recomendaciones de la GPC UPP	180
Tabla 21. Resultados del análisis de regresión logística sobre cada una de las recomendaciones de la GPC de UPP	182
Tabla 22. Resultados del análisis de regresión logística sobre el cumplimiento general de las recomendaciones de la GPC de UPP	184
Tabla 23. Pacientes incluidos en la evaluación de AVP	184
Tabla 24. Cumplimiento de las recomendaciones de la GPC de AVP.....	185
Tabla 25. Diferencias a los 12 meses de la intervención respecto al momento basal en los grupos intervención y control en el cumplimiento de las recomendaciones de la GPC AVP.....	186
Tabla 26. Resultados del análisis de regresión logística sobre las recomendaciones ofrecidas por la GPC de AVP	188
Tabla 27. Resultados del análisis de regresión logística sobre el cumplimiento general de las recomendaciones de la GPC de AVP	189
Tabla 28. Información.....	191
Tabla 29. Aumento de habilidades.....	192
Tabla 30. Persuasión	194
Tabla 31. Planificación.....	196
Tabla 32. Estímulo/apoyo social	198
Tabla 33. Establecimiento de metas	201
Tabla 34. Motivación	204
Tabla 35. Auto-seguimiento	206
Tabla 36. Incentivo económico.....	208
Tabla 37. Demostración	208
Tabla 38. Ensayo de habilidades.....	209
Tabla 39. Prevención de recaídas	211
Tabla 40. Derivación.....	213
Tabla 41. Otras actividades.....	215

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Los siete pasos de la PCBE. Elaboración propia, adaptado de Melnyk et al., 2010.....	33
Figura 2. Operacionalización del constructo de PCBE. Fuente Fernández-Domínguez et al., 2016	62
Figura 3. Modelo completo de la “Teoría de la Acción Razonada” de Fishbein y Ajzen. Elaboración propia, traducido y adaptado de Ajzen & Fishbein, 1980, p.84.	81
Figura 4. Teoría de la acción razonada y teoría de la conducta planificada. Elaboración propia, adaptado de Montaña & Kasprzyk, 2008	85
Figura 5. Relaciones de influencia entre las variables de la TCP. Elaboración propia, traducido y adaptado de Michie et al., 2014	87
Figura 6. Fases secuenciales del desarrollo de ensayos controlados aleatorios de intervenciones complejas. Imagen traducida y adaptada de Campbell et al., 2000.	93
Figura 7. Vista iterativa de un ECA de intervenciones complejas. Elaboración propia, traducida y adaptada de Campbell et al., 2000.....	93
Figura 8. Condiciones para la evidencia. Elaboración propia, traducido y adaptado de A. Kitson et al., 1998	96
Figura 9. Condiciones para el Contexto. Elaboración propia, traducido y adaptado de A. Kitson et al., 1998	98
Figura 10. Condiciones para la Facilitación. Elaboración propia, traducido y adaptado de A. Kitson et al., 1998	99
Figura 11. Marco i-PARIHS. Fuente Harvey & Kitson, 2016	104
Figura 12. The Strong Memorial Hospital’ s model of advanced practice nursing Fuente Ackerman et al., 1996	114
Figura 13. Elementos críticos en los entornos de práctica avanzada de enfermería. Fuente Hamric et al., 2019	116
Figura 14. Operativización del constructo teórico. Elaboración propia	145
Figura 15. Evolución de la adherencia a las recomendaciones de la GPC de UPP	181
Figura 16. Evolución de la adherencia a las recomendaciones de la GPC de AVP	187

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Descripción de las guías de práctica clínica	303
Anexo 2. Resolución de la solicitud de acreditación para el curso de formación EPAH	304
Anexo 3. Contenido de la formación de las EPAH.....	306
Anexo 4. Tabla objetivos, variables e instrumentos.....	313
Anexo 5. Instrumento PES-NWI	314
Anexo 6. Instrumento HS-EBP	316
Anexo 7. Instrumento IECEPA	320
Anexo 8. Indicadores derivados de las GPC UPP y AVP	324
Anexo 9. Formulario para la auditoría de UPP	336
Anexo 10. Formulario para la auditoría de AVP	338
Anexo 11. Instrumento para el mapeo de posibles intervenciones	339
Anexo 12. Formato de memoria EPAH.....	355
Anexo 13. Cronograma del Proyecto EPAH.....	356
Anexo 14. Informe del Comité de Ética de la Investigación de las Islas Balears ..	357
Anexo 15. Registro de ensayos clínicos	359
Anexo 16. Resolución y aceptación de la ayuda a Proyectos de Investigación del COIBA.....	364
Anexo 17. Evolución de los indicadores de proceso y resultado derivados de la GPC de prevención y tratamiento de úlceras por presión.....	365
Anexo 18. Evolución de los indicadores de proceso y resultado derivados de la GPC de cuidados de accesos vasculares periféricos	370
Anexo 19. Verbatims extraídos de las memorias de las EPAH	375

RESUMEN

Introducción. La incorporación de la Práctica Clínica Basada en la Evidencia (PCBE) a la toma de decisiones diaria de las enfermeras sigue suponiendo un reto para el sistema sanitario. Los factores contribuyentes suelen estar relacionados con la cultura organizacional, las características del profesional o aquellas intrínsecas a la propia evidencia. Todo ello aumenta la variabilidad en la práctica clínica, pues muchas veces la toma de decisiones se basa únicamente en la experiencia y el juicio de la enfermera. La incorporación de enfermeras de práctica avanzada es una estrategia utilizada por muchos sistemas sanitarios con diversos fines ya que pueden disminuir la variabilidad de la práctica clínica y, por tanto, mejorar los resultados clínicos. El presente estudio pone en marcha una intervención compleja, basada en teorías de probada eficacia para que la incorporación de esta figura en unidades de hospitalización sea un éxito en la mejora de la implementación de PCBE y la mejora de las buenas prácticas.

Objetivo. Evaluar la inclusión de una Enfermera de Práctica Avanzada en unidades de Hospitalización (EPAH) como facilitadora de la PCBE por parte de las enfermeras hospitalarias.

Métodos. Se diseñó un estudio cuasiexperimental en el que se compararon los indicadores clínicos derivados de dos guías de práctica clínica (GPC) que midieron el proceso de cuidado de las enfermeras en unidades con y sin la presencia de EPAH. Asimismo, se evaluaron las condiciones de los entornos laborales con el instrumento PES-NWI, así como las actitudes, las competencias y las percepciones de las enfermeras clínicas en PCBE mediante el uso del instrumento HS-EBP. El estudio también midió el desarrollo competencial de las EPAH con el instrumento IECEPA e identificó las estrategias de implementación utilizadas para lograr un cambio en la práctica clínica. El marco i-PARIHS y la Teoría de la Conducta Planificada (TCP) se utilizaron como marcos teóricos que guiaron la planificación, la ejecución y la evaluación de la intervención propuesta.

Resultados. Se observó un aumento en la adherencia a las recomendaciones de ambas GPC en las unidades con EPAH. La percepción del entorno laboral y de la PCBE del grupo EPAH mejoraron de forma estadísticamente significativa, así

como aumentó su nivel competencial en práctica avanzada. Se identificaron 13 estrategias y 52 técnicas de cambio de conductas utilizadas en el proceso de implementación. Las actividades principales se dirigieron a aumentar los conocimientos y las habilidades de las enfermeras clínicas sobre las GPC, la mentoría y el apoyo en la toma de decisiones, retroalimentación de resultados, la promoción del espíritu crítico de su propia práctica y el trabajo en equipo.

Conclusiones. La incorporación de EPAH a las unidades hospitalarias ha demostrado una clara mejora en la adopción de PCBE, lo que se ha traducido en una mejoría de los indicadores clínicos del cuidado del paciente. El enfoque en dos GPC ilustra los beneficios potenciales de esta figura en términos de implementación de la evidencia y fomento de la adherencia a las GPC entre otros miembros del equipo de enfermería. La diferencia de percepción entre profesionales que ejercen en diferentes categorías muestra una tendencia a valorar más favorablemente los ítems que miden los instrumentos PES-NWI y HS-EBP a medida que aumenta la responsabilidad dentro de la organización. Los buenos resultados en los indicadores clínicos son producto de un proceso real de cambio de conductas de las enfermeras clínicas hacia PCBE, que ha sido facilitado por las EPAH, a través de una intervención estructurada y efectiva que ha implicado el uso de un conjunto de métodos y técnicas de cambio de comportamiento basados en la TCP y diferentes estrategias de implementación.

Palabras clave. Práctica Basada en la Evidencia; Ciencia de la implementación; Enfermeras de Práctica Avanzada; Entorno Laboral; Guías de Práctica Clínica; Úlceras por presión; Accesos Vasculares Periféricos; Estrategias de implementación.

RESUM

Introducció. La incorporació de la pràctica clínica basada en l'evidència (PCBE) a la presa de decisions diària de les infermeres segueix suposant un repte per al sistema sanitari. Els factors contribuents solen estar relacionats amb la cultura organitzacional, les característiques del professional o aquelles intrínseques a la pròpia evidència. Tot això augmenta la variabilitat a la pràctica clínica, ja que moltes vegades la presa de decisions es basa únicament en l'experiència i el judici de la infermera. La incorporació d'infermeres de pràctica avançada és una estratègia que utilitzen molts sistemes sanitaris amb diverses finalitats, ja que poden disminuir la variabilitat de la pràctica clínica i, per tant, millorar els resultats clínics. Aquest estudi posa en marxa una intervenció complexa, basada en teories d'eficàcia provada perquè la incorporació d'aquesta figura en unitats d'hospitalització sigui un èxit en la millora de la implementació i la millora de les bones pràctiques.

Objectiu. Avaluar la inclusió d'una infermera de pràctica avançada en unitats d'hospitalització (IPAH) com a facilitadora de la PCBE per part de les infermeres hospitalàries.

Mètodes. Per això, es va dissenyar un estudi quasiexperimental en què es van comparar els indicadors clínics derivats de dues guies de pràctica clínica (GPC) que van mesurar el procés de cura de les infermeres en unitats amb i sense la presència d'IPAH. Així mateix, es van avaluar les condicions dels entorns laborals amb l'instrument PES-NWI, així com les actituds, les competències i les percepcions de les infermeres clíniques en PCBE mitjançant l'ús de l'instrument HS-EBP. L'estudi també va mesurar el desenvolupament competencial de les IPAH amb l'instrument IECEPA i va identificar les estratègies d'implementació utilitzades per aconseguir un canvi a la pràctica clínica. El marc i-PARIHS i la Teoria del Comportament Planificat (TCP) es van utilitzar com a marcs teòrics que van guiar la planificació, l'execució i l'avaluació de la intervenció proposada.

Resultats. Es va observar un augment en l'adherència a les recomanacions de totes dues GPC a les unitats amb IPAH. La percepció de l'entorn laboral i de la PCBE del grup IPAH va millorar de manera estadísticament significativa i van augmentar el nivell competencial en pràctica avançada. S'hi van identificar 13 estratègies i 52

tècniques de canvi de conductes utilitzades en el procés d'implementació. Les activitats principals es dirigiren a augmentar els coneixements i les habilitats de les infermeres clíniques sobre les GPC, la mentoria i el suport en la presa de decisions, retroalimentació de resultats, la promoció de l'esperit crític de la seva pròpia pràctica i el treball en equip.

Conclusions. La incorporació d'IPAH a les unitats hospitalàries ha demostrat una millora clara en l'adopció de PCBE, fet que s'ha traduït en una millora dels indicadors clínics de la cura del pacient. L'enfocament en dues GPC il·lustra els beneficis potencials d'aquesta figura en termes d'implementació de l'evidència i foment de l'adherència a les GPC entre altres membres de l'equip d'infermeria. La diferència de percepció entre professionals que exerceixen en diferents categories mostra una tendència a valorar més favorablement els ítems que mesuren els instruments PES-NWI i HS-EBP a mesura que augmenta la responsabilitat dins de l'organització. Els bons resultats en els indicadors clínics són el producte d'un procés real de canvi de conductes de les infermeres clíniques cap a PCBE, que ha estat facilitat per les IPAH, a través d'una intervenció estructurada i efectiva que ha implicat l'ús d'un conjunt de mètodes i tècniques de canvi de conductes basats en la TCP i diferents estratègies d'implementació.

Paraules clau. Pràctica Basada en l'Evidència; Ciència de la implementació; Infermeres de Pràctica Avançada; Entorn Laboral; Guies de Pràctica Clínica; Úlceres per pressió; Accessos Vasculars Perifèrics; Estratègies d'implementació.

ABSTRACT

Introduction. The incorporation of Evidence-Based Clinical Practice (EBCP) into daily decision-making of registered nurses continues to be a challenge for the health system. Contributing factors are usually related to the organizational culture, the characteristics of the professional or those intrinsic to the evidence itself. All this increases the variability in clinical practice since many times decision-making is based solely on the experience and judgment of the nurse. The incorporation of advanced practice nurses is a strategy used by many health systems for various purposes since they can reduce the variability in clinical practice and therefore improve clinical results. The present study implements a complex intervention, based on proven effective theories so that the incorporation of this figure in hospitalization units is a success in improving implementation and improving good practices.

Aim. To evaluate the inclusion of an Advanced Practice Hospitalization Nurse (APHN) into hospitalization units as a facilitator of the EBCP by registered nurses.

Methods. A quasi-experimental study was developed in which the clinical indicators derived from two clinical practice guidelines (CPG) that measured the nursing care process in units with and without the presence of APHN were compared. Likewise, the conditions of the work environments were evaluated with the PES-NWI instrument, as well as the attitudes, skills and perceptions of clinical nurses in EBCP through the use of the HS-EBP instrument. The study also measured the competency development of the APHN with the IECEPA instrument and identified the implementation strategies used to achieve a change in clinical practice. The i-PARIHS framework and the Theory of Planned Behavior (TPB) were used as theoretical frameworks that guided the planning, execution, and evaluation of the proposed intervention.

Results. An increase in adherence to the recommendations of both CPG was observed in the units with APHN. The perception of the work environment and the EBCP of the APHN group has improved in a statistically significant way, as well as their level of competence in advanced practice. 13 strategies and 52 behavior change techniques used in the implementation process were identified. The main activities

have been aimed at increasing the knowledge and skills of registered nurses about the CPG, mentoring and support in decision-making, feedback on results, promoting a critical spirit in their own practice and teamwork.

Conclusions. The incorporation of APHN to hospital units has shown a clear improvement in the adoption of EBCP, which has translated into an improvement in clinical indicators of patient care. The focus on two CPG illustrates the potential benefits of this figure in terms of implementing evidence and promoting adherence to the CPG among other members of the nursing team. The difference in perception between professionals who practice in different categories shows a tendency to value more favorably the items that measure the PES-NWI and HS-EBP instruments as responsibility within the organization increases. The good results in the clinical indicators are the product of a real process of behavior change of registered nurses towards EBCP, that has been facilitated by the APHN, through a structured and effective intervention that has implied the use of a set of methods and TPB-based behavior change techniques and different implementation strategies.

Keywords. Evidence-Based Practice; Implementation Science; Advanced Practice Nursing; Work environment; Clinical Practice Guideline; Pressure Ulcer; Vascular Access Devices; Implementation strategies.

Capítulo 1

INTRODUCCIÓN

1.1 Práctica Clínica Basada en la Evidencia

La práctica clínica de los profesionales sanitarios está evolucionando hacia una metodología más rigurosa, fundamentada en información actualizada y de calidad obtenida de estudios científicos. Esta aproximación se conoce como Práctica Clínica Basada en la Evidencia (PCBE) o Práctica Basada en la Evidencia (PBE), y tiene por objeto mejorar la toma de decisiones en la práctica profesional diaria. En consecuencia, la intuición tradicional está dejando paso a una metodología más científica y objetiva en el cuidado de la salud.

En la década de los 90, el grupo de trabajo Evidence Based Medicine Working Group, formado por David Sackett y colaboradores, introdujo el concepto de “Medicina Basada en la Evidencia” (MBE) en un artículo publicado en la revista JAMA. Este nuevo paradigma se presentó como una forma emergente de enseñar y practicar la medicina, basada en la evidencia científica más actual y rigurosa (Sackett & Evidence Based Medicine Working Group, 1992).

La definición por excelencia del concepto es la siguiente: *“La medicina basada en la evidencia es el uso concienzudo, explícito y juicioso de la mejor evidencia actual en la toma de decisiones sobre el cuidado de pacientes individuales. La práctica de la medicina basada en la evidencia significa integrar la experiencia clínica individual con la mejor evidencia clínica externa disponible de la investigación sistemática”* (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, & Richardson, 1996, p. 71). Otros autores señalan que el nuevo concepto de MBE no significa que no se trabajase ya en base a la evidencia, o que exista una medicina no basada en la evidencia, sino que ayudan a entender que el concepto nace en un momento en el que se toma conciencia de la variabilidad de la práctica médica, la preocupación por la efectividad de dichas prácticas, las políticas de contención de costes y la mayor facilidad para acceder a la información (Meneu, Ortún, Peiró, & López Casasnovas, 1998). Como ya explicaban Sackett et al. (1996) la MBE no es “un libro de cocina” que restrinja el uso de la evidencia a ensayos clínicos aleatorizados o metaanálisis, sino que es una forma de responder a nuestras preguntas clínicas basándonos en la mejor evidencia disponible y en nuestra experiencia clínica, siendo ambas por sí solas, insuficientes. Además, explican que debe incorporar también las preferencias del paciente y su caso clínico individual.

Autoras como Estabrooks (1998b) sostienen que la MBE es más que una simple reforma de la práctica médica; es un movimiento social que implica una redistribución del poder en la medicina. Según esta autora, el poder pasaría de los especialistas y subespecialistas clínicos a los proveedores de nuevos conocimientos necesarios para la práctica de la MBE, como los epidemiólogos clínicos. Esta redistribución del poder ha sido objeto de críticas por parte de algunos detractores del movimiento.

Las definiciones del término han evolucionado manteniendo las bases iniciales, pero, poniendo el foco en los valores y las preferencias del paciente a la hora de poner en práctica la evidencia encontrada (Melnik & Fineout-Overholt, 2019).

La importancia de este concepto se fue extendiendo a diferentes profesiones dentro de las ciencias de la salud, mediante la literatura científica, dominada por la medicina y en menor medida por la enfermería, empezándose a hablar entonces de PBE (Colyer & Kamath, 1999). Este paradigma, que se convertiría en una nueva forma de resolver los problemas del día a día de los/las profesionales, originalmente se describió como un proceso de aprendizaje autodirigido de por vida, en el que el cuidado de los pacientes crea la necesidad de información clínica sobre su diagnóstico, pronóstico, terapia y otros problemas clínicos (Sackett, 1997). Estos elementos del cuidado se resolverían siguiendo estos siete pasos (Melnik, Fineout-Overholt, Stillwell, & Williamson, 2010):

1. Cultivar un espíritu de investigación.
2. Transformar la pregunta clínica en formato PICOT (P= población de interés; I=intervención o área de interés; C= grupo comparación; O= resultado; T= tiempo).
3. Buscar y recopilar la mejor evidencia.
4. Valorar críticamente la evidencia (relevancia, validez, confiabilidad y aplicabilidad).
5. Integrar la mejor evidencia con la experiencia clínica y las preferencias y valores del paciente.

6. Evaluar los resultados de la decisión o el cambio de la práctica basándose en la evidencia.
7. Difundir los resultados de la decisión o el cambio de la PCBE.

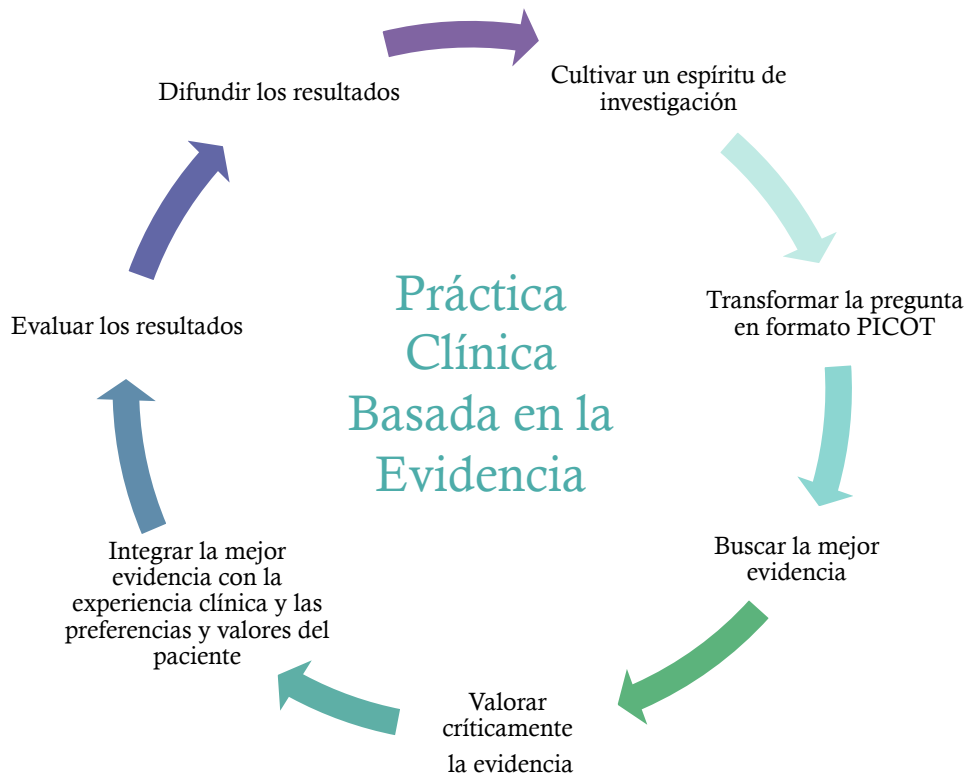


Figura 1. Los siete pasos de la PCBE. Elaboración propia, adaptado de Melnyk et al., 2010.

1.1.1 Enfermería Basada en la Evidencia

La Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) o PBE en Enfermería nace de la influencia de la MBE sobre las ciencias de la salud. Ingersoll adaptó la definición de Sackett de 1996, eliminando la atención al tipo de diseño de investigación en el que basarse (sobre todo ensayos clínicos aleatorizados) e incorpora la importancia de la teoría y la toma de decisiones conjunta entre el paciente y la enfermera:

“La Enfermería basada en la evidencia es el uso consciente, explícito y juicioso de información derivada de la teoría y basada en la investigación para la toma de decisiones sobre la prestación de cuidados a individuos o grupos de pacientes, teniendo en cuenta sus preferencias y necesidades individuales” (Ingersoll, 2000), (traducción propia).

Cuando surgió el concepto de MBE, ya hacía varios años que las enfermeras hablaban del “uso de la investigación” así como del vacío existente entre lo que las enfermeras saben (investigación) y lo que las enfermeras hacen (práctica). En aquel momento ya se pedía a la profesión enfermera salvar esta brecha, al menos desde que autores como Abdellah abordasen el tema en los años setenta (Estabrooks, 1999). Las enfermeras ya tenían más de veinticinco años de experiencia con una de las dimensiones de la PCBE: el uso de la investigación. Ya existían iniciativas como el proyecto “Realización y Utilización de la Investigación en Enfermería” (CURN, por sus siglas en inglés), sin embargo, fue la iniciativa del epidemiólogo Cochrane quien ejerció presión sobre la enfermería para adoptar una posición basada en la evidencia (Estabrooks, 1998b). No fue hasta 1998 cuando apareció la revista *Evidence-Based Nursing*, gracias a la cual, las enfermeras aceleraron sus esfuerzos para avanzar en la PCBE y mejorar así la calidad del cuidado y resultados en los pacientes y sus familias (Melnik, Fineout-Overholt, Stone, & Ackerman, 2000).

Por otro lado, y a pesar de que el término “enfermería basada en la evidencia” no se conocía en el siglo XIX, algunos autores consideran que el libro “Notas de enfermería” de Florence Nightingale podría ser la primera guía de práctica clínica (GPC) en la que las enfermeras de aquel momento pudieron basar su práctica clínica. Tras su conocido trabajo en hospitales militares durante la guerra de Crimea (1853-1856), Nightingale utilizó la evidencia que se había determinado a través de la experimentación y el examen crítico para influir positivamente en los resultados del paciente. Comenzó como una idea para brindar mejores resultados a los pacientes que experimentaron condiciones deplorables e insalubres y se convirtió en una base que la enfermería ha fomentado y mantenido para brindar una atención segura y competente (Mackey & Bassendowski, 2017).

Por lo que se refiere al Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), define la EBE como “*un enfoque de resolución de problemas para la toma de decisiones clínicas que incorpora una búsqueda de la mejor y más reciente evidencia, experiencia clínica y evaluación, y los valores de preferencia del paciente dentro de un contexto del cuidado*” (International Council of Nurses, 2012).

Es importante diferenciar el concepto de “práctica basada en la evidencia” del que hace referencia al “uso de la investigación”. Son términos utilizados indistintamente y cuya falta de comprensión entre éstos fue un factor contribuyente a la lenta progresión de la PCBE, según explica Melnyk (Melnyk et al., 2000). El “uso de la investigación” hace referencia a la inclusión de un aspecto concreto de un estudio en nuestra práctica profesional, que no está relacionado con la intención de su investigación original (Godshall, 2009). El “uso de la investigación” se centraría sólo en el uso riguroso de los pasos de la investigación para evaluar críticamente la evidencia de la investigación e implementar esa evidencia en la práctica (Mackey & Bassendowski, 2017). Para hablar de PCBE sin embargo, no es suficiente basar la toma de decisiones en un estudio, sino que implica tener en consideración la investigación llevada a cabo a través del tiempo, acumulando evidencia sobre un tema particular, por lo que se puede utilizar en diversos grados de la práctica clínica (Polit & Beck, 2008). Implica pues, responder a una pregunta clínica bien definida (Melnyk et al., 2010).

La investigación en enfermería es cada vez más importante. El número de estudios realizados por enfermeras que influye en la toma de decisiones en su propia práctica clínica crece de forma exponencial. Las enfermeras aceptan la necesidad de basar la toma de decisiones en la evidencia, entendiendo que las acciones son apropiadas clínicamente, costo-efectivas, y que trascienden en resultados positivos para los pacientes (Melnyk et al., 2010; Polit & Beck, 2008). Por ello, los gobiernos, las organizaciones y las asociaciones profesionales en todo el mundo respaldan y apoyan tanto la implementación de la EBE como su enseñanza (Consejo Internacional de Enfermeras, 2012; DiCenso, Guyatt, & Ciliska, 2014). Aun así, si atendemos al nivel de evidencia de los estudios que dominan el campo de la enfermería, éstos siguen considerándose de un nivel bajo, siendo estos niveles los que guiarían al profesional en la toma de decisiones. En la Tabla 1 se muestran los niveles de evidencia en los que se basan las intervenciones clínicas (Melnyk, Gallagher-Ford, Fineout-Overholt, & Sigma Theta Tau International, 2016).

Tabla 1. Sistema de clasificación de la jerarquía de evidencias para guiar las intervenciones clínicas. Adaptado de Melnyk et al., 2016

Nivel	Descripción
I	Evidencia de una revisión sistemática o metaanálisis de todos los ECA relevantes
II	Evidencia obtenida de ECA bien diseñados
III	Evidencia obtenida de ensayos controlados bien diseñados sin aleatorización
IV	Evidencia de estudios de cohortes y de casos y controles bien diseñados
V	Evidencia de revisiones sistemáticas de estudios descriptivos y cualitativos
VI	Evidencia de estudios individuales descriptivos o cualitativos
VII	Evidencia de opinión de autoridades y/o informes de comités de expertos

ECA: Ensayos Clínicos Aleatorizados

Desde el inicio del movimiento, autoras como Kitson, Shorten & Wallace o Estabrooks, defendieron que el bajo nivel de la investigación enfermera no debía hacer que las enfermeras fueran excluidas de ese movimiento basado en la evidencia. Explicaban que los criterios de ese momento estaban hechos atendiendo al diagnóstico médico, intervenciones clínicas individualizadas, ensayos clínicos aleatorizados (ECA) y metaanálisis. La investigación cualitativa, predominante en enfermería, era menospreciada según esa categorización del nivel de evidencia. Sin embargo, la necesidad de evaluar el trabajo de las enfermeras en términos de calidad y satisfacción del paciente, y no sólo desde el punto de vista cuantitativo de la disminución de costes, era y sigue siendo necesario para el sistema de salud. El estudio del “cuidado” debe tener su espacio en el marco de la investigación científica y la PCBE puede ayudar a las enfermeras a enfatizar el valor de los aspectos de cuidado de su trabajo (Estabrooks, 1998b; Kitson, 1997; Shorten & Wallace, 1997).

La definición de PCBE ha evolucionado dentro de la profesión enfermera, de modo que inicialmente se describía desde un perfil básicamente de práctica clínica hasta la incorporación de un enfoque más holístico, el cual incluye también otros campos donde este paradigma tiene un impacto. Para mejorar la calidad del cuidado en la salud, es fundamental aplicar el conocimiento profesional basado en la evidencia. De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud (WHO- World Health Organization, 2020), la mejora de la calidad del cuidado implica aumentar la probabilidad de obtener resultados de salud deseados y consistentes con la evidencia científica. Para lograrlo, es necesario aplicar los

conocimientos derivados de la investigación en todas las áreas de la enfermería, incluyendo la práctica clínica, la gestión, la docencia y la investigación (Stevens, 2013). Esto permitirá no sólo mejorar la calidad del cuidado, sino también garantizar que la atención sanitaria sea eficaz y segura para individuos y poblaciones.

La EBE evoluciona a la par que la profesión enfermera. El uso de GPC, la revisión crítica de estudios científicos y la implementación de la evidencia de investigaciones aplicables o el aprovechamiento de los avances tecnológicos, son formas en las que la enfermería avanza como disciplina (Mackey & Bassendowski, 2017).

1.1.2 Impacto de la Práctica Clínica Basada en la Evidencia en Enfermería

Hoy en día, la PBE impregna todos los ámbitos de la enfermería. Si bien inicialmente ese impacto se centró en un cambio en la forma en que las enfermeras tomaban decisiones sobre los cuidados que ofrecían a los pacientes (práctica clínica), pronto se convertiría en una herramienta para crecer en diferentes campos, desde la educación en enfermería hasta la gestión sanitaria.

Desde su inicio, PBE ha dado lugar al desarrollo de teorías, modelos y marcos conceptuales por parte de los expertos en enfermería, que permiten explicar el fenómeno y estructurar el pensamiento y la aplicación de este nuevo paradigma. Estos modelos proporcionan orientación para el diseño e implementación de enfoques destinados a fortalecer la toma de decisiones basadas en la evidencia (Stevens, 2013).

El nacimiento de este nuevo paradigma influyó también en la forma de entender e impartir la docencia, tanto en lo académico como en la práctica. Gobiernos, diferentes organizaciones, asociaciones profesionales y expertos a nivel mundial manifestaron la necesidad de replantear el currículum formativo y de preparar a los y las profesionales de la salud con conocimientos y habilidades en PBE para salvar así, el abismo entre la teoría y la práctica, y asegurar que se brinda al paciente una atención más segura y de la mayor calidad posible (Institute of

Medicine, 2003; International Council of Nurses, 2012; Registered Nurses' Association of Ontario, 2014).

No sólo así se han dispuesto asignaturas centradas directamente en el fenómeno teórico de la PBE, sino que ésta filosofía ha impregnado la academia en general, generando un cambio cualitativo en la forma de impartir docencia y dando lugar a nuevas líneas de investigación dirigidas a profundizar en la educación en EBE (Wakibi, Ferguson, Berry, Leidl, & Belton, 2021).

La variabilidad en la práctica clínica es un fenómeno ampliamente conocido dentro de este paradigma y hace referencia al enfoque heterogéneo que adopta el profesional frente a un mismo caso clínico (Gálvez Toro, 2005). Se entiende que, ante un mismo problema y teniendo en cuenta sus particularidades, existen diversas opciones sobre cómo abordarlo, pero pocas son buenas y basadas en la evidencia. Esta heterogeneidad en la toma de decisiones también es conocida como variaciones injustificadas, ya que no se explican por la base de la enfermedad, los factores de riesgo del paciente o sus preferencias (Corallo et al., 2014; Gabbay & Le May, 2011; Westert et al., 2018). Se puede hablar de la variabilidad en la práctica clínica desde un punto de vista macro, donde se pueden observar inequidades en salud a nivel mundial. Por ejemplo, la atención primaria de la Región de las Américas tiene una baja capacidad resolutoria y el sistema es ineficiente, existiendo un subregistro cercano al 50% de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles. Del 50% restante, sólo la mitad recibe tratamiento y éste sólo es eficaz en uno de cada 10 casos. En países como Haití, Paraguay o Bolivia las posibilidades de recibir la vacuna contra el sarampión entre los niños sólo alcanzaron el 60%, 71% y 86% en 2012, respectivamente, mientras en los países de la unión europea era del 100%. Estos datos siguen indicando una situación de vulnerabilidad por falta de acceso a servicios básicos de salud, pues para lograr una inmunidad colectiva confiable contra el sarampión, es necesario que el 90% de la población esté vacunada (Organización Panamericana de la Salud, 2017). Se puede hablar también de la variabilidad a nivel meso cuando la población de un mismo país sufre desigualdades de acceso a la salud según su condición social. Por ejemplo, en España, a pesar de ser considerado uno de los países más saludables del mundo, existen diferencias de base socioeconómica en la salud dental: la presencia de caries presenta importantes diferencias en función

de factores como el empleo (el 33,7% de las personas en desempleo tienen caries con respecto al 21% de las que trabajan), la clase socioeconómica (el 26,4% de las personas de clase baja tiene caries con respecto al 13,2% de las de clase alta) o el nivel de pobreza (el 32,9% de las personas pobres tiene caries, un 80% más elevado que las registradas entre las personas no pobres) (Llano, 2019). Y también se puede hablar de variabilidad a nivel micro con tan sólo observar la forma en que se aborda el cuidado de una úlcera por presión (UPP) en una planta de hospitalización en función de la enfermera que realice los cuidados en ese turno. Es en este último nivel, donde la variabilidad puede utilizarse como un indicador clínico negativo por falta de criterios clínicos.

Esta variabilidad está condicionada por factores como la incertidumbre al no poseer evidencias concretas, la ignorancia del profesional frente a evidencias específicas, presiones externas al profesional, recursos limitados por los que se carece de medios para aplicar la última evidencia o que las preferencias del paciente sean distintas a las mejores recomendaciones a pesar de haber sido correctamente informado (Gálvez Toro, 2005). Desde el punto de vista del paciente, por tanto, se asume que para poder ser bien atendido se debe tener en cuenta en qué lugar del mundo enfermar, en qué hospital, en qué época del año hacerlo (ya que en verano el profesional más experto suele estar de vacaciones y sería atendido en un sistema de salud con alta rotación de personal y desconocedor de los protocolos del centro) y en qué turno de trabajo de los profesionales hacerlo.

Las variaciones injustificadas en la práctica clínica pueden pasar por la infrautilización de cuidados efectivos, sobreutilización de cuidados inefectivos e ineficientes o acceso desigual a cuidados necesarios. Esta variabilidad, documentada a nivel internacional, se relaciona directamente con la calidad asistencial (Wennberg, 1984) y plantea cuestiones sobre equidad y eficiencia en el reparto y uso de recursos con un aumento de la mortalidad, morbilidad e inequidad en salud (Corallo et al., 2014). Todo ello comporta implicaciones importantes en la atención médica y afecta directamente en las políticas de salud (WHO- World Health Organization, 2020). Si tenemos en cuenta que todas estas cuestiones son prevenibles, que podemos disminuir la mortalidad de los pacientes aplicando cuidados basados en la evidencia,

se convierte moralmente en una prioridad (Jun, Kovner, & Stimpfel, 2016; Pronovost, 2013).

La toma de decisiones basada en la experiencia y el juicio clínico del profesional se ha asumido como una constante, perpetuando las variaciones en la práctica médica (Corallo et al., 2014; Gabbay & Le May, 2016; Westert et al., 2018). El paradigma de la PBE se presenta como una oportunidad para cambiar el estilo de práctica de los profesionales. Este enfoque puede hacer que no sólo la atención sino también la educación y el asesoramiento del paciente sean mucho más fáciles. En el campo del cuidado a otras personas, el uso de un modelo o filosofía compartida, basada en creencias derivadas del conocimiento actual, es una guía para el profesional que lo atiende (Shorten & Wallace, 1997).

Las enfermeras fueron de las primeras profesionales en ciencias de la salud que se sumaron a la iniciativa del movimiento de PBE. Con el objetivo de adaptarse a esa llamada al cambio de paradigma a la hora de ejercer la atención a la salud y enseñarla, han surgido nuevos campos para comprender cómo aumentar la eficacia, eficiencia, seguridad y puntualidad de la atención a la salud. Se ha observado un aumento de estudios que intentan comprender la ciencia de la implementación y de transferencia del conocimiento (Stevens, 2013), lo que ha llevado a las enfermeras a mejorar día a día en el campo de la investigación y al uso de nuevas metodologías (Tappen, 2022). Unal y Teskereci realizan un análisis bibliométrico donde evalúan la investigación relacionada con la PCBE en enfermería durante el período 1970-2021. Observan que el número de publicaciones y citas (anuales y acumuladas) se mantuvo limitado hasta 2003 (menos de 40 por año) y luego aumentó hasta 2016, cuando se alcanzó un pico de publicación ($n = 369$) a partir del cual volvió a disminuir. Estados Unidos ($n = 6.218$), Australia ($n = 1.247$) e Inglaterra ($n = 790$) son las tres naciones con el mayor número de publicaciones relacionadas con la PCBE (Unal & Teskereci, 2021).

A día de hoy, se continúa dando respuesta a la pregunta planteada por Estabrooks (1998a) sobre si la EBE hace una práctica perfecta. Esta pregunta tiene difícil respuesta debido a la dificultad de medir el impacto real de la PCBE. La salud es un concepto controvertido que puede tener diferentes significados para los

distintos grupos y, de hecho, para las personas en la sociedad (Colyer & Kamath, 1999). Hay autores que plantean la dificultad de reducir la variabilidad de la práctica clínica en base a la aplicación de la PCBE pues ésta, además de poder demostrar que un tratamiento es notablemente mejor que otro, también tiene el potencial de demostrar que ningún tratamiento es mejor que otro. Por otro lado, el paciente puede negarse a recibir el tratamiento más recomendado según los últimos estudios por infinidad de motivos, lo que obligaría a la enfermera a adaptar la atención a ese paciente con otro tipo de prácticas (Shorten & Wallace, 1997). Para poder medir el impacto de la PCBE debemos tener en cuenta todos estos aspectos. En concreto la implementación de evidencias es un reto, ya que implica no sólo crear, difundir e integrar diferentes estrategias para mejorar la salud basada en evidencias, sino que exige medir los resultados. Y debido al rol que desempeñan las enfermeras en todos los entornos de salud, la investigación en este campo es muy relevante (Squires, Estabrooks, Gustavsson, & Wallin, 2011).

La PCBE se convierte así en un vehículo para dar visibilidad al trabajo y al desarrollo enfermero. En este sentido, la creación de comités y asociaciones destinados a promover la PCBE como por ejemplo el “Instituto Nacional para la Excelencia Clínica” (NICE, por sus siglas en inglés) en Reino Unido, la Asociación de Enfermeras de Ontario (RNAO por sus siglas en inglés) en Canadá o la Unidad de Coordinación y Desarrollo de la Investigación en Enfermería (INVESTÉN-ISCIII) en España, muestran que un enfoque basado en la evidencia para la enfermería ya ha empezado a establecerse firmemente en las agendas de búsqueda, profesionales y políticas a nivel internacional.

El valor de la enfermera es cada vez más reconocido en el equipo interdisciplinar. Desde el punto de vista biomédico, la investigación suele centrarse en ECA que miden efectividad de tratamientos, estudios sobre medicamentos, etc. La enfermería poco a poco va ganando terreno en el mundo de la investigación, orientando los diferentes proyectos a la respuesta de cuestiones propias de la profesión (Morales-Asencio, Hueso Montoro, De Pedro-Gómez, & Bennasar-Veny, 2017). No sólo se centra en medir resultados clínicos, sino que el proceso de atención enfermera ha sido objeto de muchos estudios, con lo que se ha podido profundizar

sobre el cuidado enfermero. Autores como Grimshaw (1999) resaltan precisamente que la calidad del cuidado es lo que preocupa a las organizaciones sanitarias y que ésta a su vez debe medirse en términos de efectividad, “hacer más bien que daño”, siendo probable que sólo se consiga integrando en la práctica clínica de los y las profesionales los resultados de la nueva evidencia en forma de protocolos, GPC, etc.

En su práctica habitual, las enfermeras tienen el deber de saber qué hacer, cómo hacer y por qué hacer. Actualmente se reconoce que, para poder ofrecer unos cuidados de calidad, debe abordarse al paciente de forma holística, de modo que el cuidado de éste debe plantearse desde una visión interdisciplinar (Consejo Internacional de Enfermeras, 2012). Esto pone de manifiesto la necesidad de que la enfermera colabore con el resto del equipo, trabajando para conseguir un objetivo común. Los múltiples estudios que analizan el plano organizacional de los servicios de salud apuntan la colaboración y comunicación entre los diferentes profesionales del equipo como una de las variables sobre las que se basa la calidad y consecución de resultados (Morales-Asencio & Morilla-Herrera, 2008). Como explican De Pedro et al. (De Pedro-Gómez & Morales-Asencio, 2004), este nuevo escenario donde el equipo multidisciplinar comparte los conocimientos y habilidades para proveer cuidados efectivos exige dos grandes retos: (a) la formalización de este rol en la organización a través de la consolidación de la enfermera como proveedor de salud que participa en las decisiones del centro, desde las que afectan a pacientes individuales, como a las que afectan a la gestión del mismo, y (b) el uso permanente y fluido de un cuerpo de conocimientos científicamente validado que dé alternativas y respuestas dentro del equipo.

La enfermera debe estar suficientemente preparada para poder abordar los problemas del usuario en base a dichos conocimientos científicos actualizados y validados. Para ello es necesario el uso de su rol individual, para poder luego, adaptarlo a su rol multidisciplinar como un miembro más del equipo. Es imperativo que las enfermeras sean proactivas en la búsqueda de conocimientos de investigación para que la brecha entre la teoría y la práctica continúe cerrándose (Mackey & Bassendowski, 2017).

Existen incertidumbres en el conocimiento de la enfermería y los y las profesionales tienen la responsabilidad de ser francos y directos entre sí y con los pacientes cuando estas lagunas aparecen (Shorten & Wallace, 1997). Un estudio cualitativo realizado en el Reino Unido por Thompson y cols. (2001) se orienta sobre la idea de que el punto principal para aproximar la PCBE a los cuidados de salud son las decisiones tomadas por los y las profesionales proveedores de dichos cuidados, teniendo en cuenta que éstos deberán ser capaces de asumir además, la incertidumbre que puedan llevar asociada. El estudio desvela, entre otras muchas cuestiones, el potencial que tienen las enfermeras para contribuir a un servicio de salud basado en la evidencia.

Por otro lado, ya en la década de los 90, diferentes grupos de trabajo sobre PCBE empezaron a interesarse por la parte económica que supondría su aplicación, coincidiendo en que la efectividad clínica por sí sola no era suficiente como para iniciar nuevos servicios a pesar de que la costo-efectividad de la evidencia es necesaria para la toma de decisiones a nivel de gestión sanitaria (Melnyk et al., 2000). La decisión de contratar a más enfermeras, por ejemplo, puede resultar más sencilla para un gestor al consultar los numerosos estudios que relacionan la falta de enfermeras con el aumento de la morbilidad hospitalaria, e incluso consultar la ratio enfermera/paciente adecuada a cada servicio (McHugh et al., 2021). Existe una relación estudiada entre la implementación de PCBE y el aumento de la calidad del cuidado, la disminución de la variabilidad y la disminución de los costes (Melnyk, Fineout-Overholt, Gallagher-Ford, & Kaplan, 2012). Es entonces cuando queda patente la existencia de evidencias sobre el cuidado y donde se puede y debe medir el nivel de la EBE.

Medir el impacto de la aportación enfermera es primordial tanto para visibilizar su aportación única dentro del equipo interdisciplinar como para comprender la necesidad de invertir en ellas desde el punto de vista de la gestión sanitaria. Son bien conocidos los estudios de Linda H. Aiken o Jack Needleman que relacionan la baja dotación de enfermeras con la disminución de la calidad del cuidado, el aumento de eventos adversos, el aumento de la estancia hospitalaria y con el aumento de la mortalidad de los pacientes (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski,

& Silber, 2002; Lasater, Sloane, McHugh, Cimiotti, et al., 2021; McHugh et al., 2021; Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart, & Zelevinsky, 2002; Needleman et al., 2011; Needleman, Liu, Shang, Larson, & Stone, 2020), así como los que relacionan el nivel de cualificación de las enfermeras con los resultados en los pacientes y su mortalidad (Aiken et al., 2014; Lasater, Sloane, McHugh, Porat - Dahlerbruch, & Aiken, 2021). Investigaciones como las mencionadas son necesarias para poder reclamar con contundencia a los grandes gestores que inviertan en enfermeras y en personal de apoyo a las enfermeras. La PCBE es una herramienta necesaria para medir, en términos de impacto significativo, los resultados en salud.

La PBE ha mostrado ser útil no sólo para el paciente, sino también para los órganos de gestión en salud, y para el/la propio/a profesional, empoderándolo y aumentando sus niveles de satisfacción laboral. Tanto es así, que este paradigma se utiliza en EE.UU. como un elemento clave para la consecución de sus objetivos en salud, entre los que se encuentran (1) la mejora de la experiencia del cuidado del paciente; (2) la mejora de la salud de la población; (3) la reducción del coste en salud per cápita; y (4) la mejora de la vida profesional y la disminución del burnout en los/las profesionales (Melnik, 2016).

La PBE pues, no sólo se ha convertido en el medio para alcanzar la calidad asistencial, mejorar la seguridad del paciente, obtener mejores resultados clínicos y disminuir la variabilidad de la práctica clínica (Melnik, 2016; Melnik et al., 2012), sino que funciona como un instrumento docente, de evaluación, difusión e implementación de resultados de la teoría a la práctica, comportando disminución en las variaciones injustificadas de los profesionales y siendo útil como herramienta en la planificación de servicios sanitarios para los gestores (Morales-Asencio, 2003).

1.2 Implementación de prácticas clínicas basadas en la evidencia

Existen diferentes tipos de diseños metodológicos cuantitativos y cualitativos que tratan de dar respuesta a diferentes fenómenos de investigación de forma sistemática (Tappen, 2022). La evidencia es la información que proviene de los resultados de las investigaciones y de la evaluación científica de la práctica. Cuando no existe investigación suficiente sobre un tema, la evidencia también incluye la

opinión de expertos en forma de documentos de consenso, informes de comisiones, reglamentos e información histórica o experiencial (Canadian Nurses Association, 2018).

Una de las herramientas más útiles para la implementación de cuidados de calidad basados en la evidencia son las GPC, pues son consistentes y adecuadas a los pacientes ya que sintetizan la mejor evidencia disponible (DiCenso et al., 2002; Grol, 2001; McArthur et al., 2021; Medves et al., 2010; Straus, Tetroe, & Graham, 2013). Se basan en la investigación más rigurosa y, cuando no hay investigación adecuada, se basan en la opinión y el consenso de expertos como se ha comentado anteriormente (Schünemann, Fretheim, & Oxman, 2006). Se han convertido en un recurso para los profesionales de la salud a la hora de tomar decisiones en su práctica clínica, para mejorar los resultados y la prestación de una atención constante y adecuada a sus pacientes (Mackey & Bassendowski, 2017). Son una de las herramientas clave para aplicar la PCBE en entornos clínicos (Pronovost, 2013). Como explica Mackey (2017), las GPC están en línea con las perspectivas fundamentales que hacen de la enfermería una profesión del cuidado, sin perder la idea original de la MBE, ampliando el conocimiento y la investigación enfermera.

Pero la creación de nuevo conocimiento no es suficiente, sino que debe transformarse en hechos clínicamente útiles para poder lograr los mejores resultados en los pacientes. Es ahí donde reside el mayor reto: hacer que se haga realidad en la práctica diaria de los y las profesionales. La transferencia del conocimiento de la teoría a la práctica es lo que se conoce como “implementación de evidencias”, “transferencia del conocimiento” o “movilización del conocimiento”. Esta implementación debe realizarse de manera efectiva en todo el equipo dentro de un contexto de sistemas y debe medirse en términos de impacto significativo en el desempeño y resultados en salud (Stevens, 2013). La implementación tiene lugar cuando la evidencia se inserta en un contexto receptivo y participativo a través de un conjunto de actividades desafiantes. Cuando este proceso es exitoso, su principal consecuencia es la producción de cambios en la calidad de la atención al paciente, la práctica profesional, el sistema de salud y la comunidad (Khoddam et al., 2014). La

PCBE debe complementarse pues, con la implementación basada en la evidencia (Grol & Grimshaw, 2003).

Diferentes estudios muestran que las enfermeras tienen una actitud positiva hacia las PCBE y que desean tener más conocimientos y habilidades (Jun et al., 2016; Melnyk et al., 2012; Stokke, Olsen, Espehaug, & Nortvedt, 2014). Sin embargo, los estudios revelan una incoherencia entre las recomendaciones que aparecen en las guías y la realidad de los cuidados ofrecidos (Greenhalgh et al., 2014; Grol, 2001; Rolfe, Segrott, & Jordan, 2008). Ya en 1998, Estabrooks (1998b) preguntó a las enfermeras sobre la frecuencia de uso de diferentes fuentes de conocimiento sobre las que basaban la toma de decisiones en su práctica clínica diaria. Sus resultados mostraron que las principales fuentes fueron la experiencia clínica, la intuición, lo que aprendieron durante su formación académica (aunque el tiempo medio en el que acabaron sus estudios fue de 18 años) o la información que obtienen de expertos o de su lugar de trabajo. Actualmente, las fuentes de información no han variado demasiado y pocas veces se toman decisiones basadas en la investigación más actualizada (De Pedro-Gómez, Morales-Asencio, Sesé-Abad, et al., 2012; Gabbay & Le May, 2016; Pericàs-Beltran, González-Torrente, De Pedro-Gómez, Morales-Asencio, & Bennasar-Veny, 2014). Por otro lado, prácticas sin cuerpo de evidencia sólido se siguen llevando a cabo, por lo que resulta urgente desarrollar acciones para acelerar la PCBE con el fin de reducir este retraso entre el nuevo conocimiento y su implementación en la práctica (Melnyk, 2016).

Cuando se plantea la propuesta de un cambio en la práctica clínica de las enfermeras, aparecen dificultades a distintos niveles, descritos en la bibliografía como “barreras para la implementación” que consolidan la variabilidad en la práctica clínica (Melnyk, Fineout-Overholt, Giggelman, & Choy, 2017). Los factores que dificultan la disminución de esta brecha entre el conocimiento y la práctica son estudiados desde hace treinta años, identificándose factores que corresponden tanto a las culturas organizacionales (falta de apoyo del equipo, de recursos, de liderazgo, mala comunicación con otras disciplinas, entre otras), como a las características de las enfermeras (nivel competencial, actitudes, percepciones, habilidades, motivación, resistencia al cambio, etc.) o intrínsecos a la propia evidencia (Carlson & Plonczynski, 2008; McArthur et al., 2021; Sadeghi-Bazargani, Tabrizi, & Azami-

Aghdash, 2014; Skela-Savič, Hvalič-Touzery, & Pesjak, 2017; Williams, Perillo, & Brown, 2015).

Asimismo, se han estudiado los facilitadores para este cambio, siendo uno de los más importantes el contexto en el que se quiera implementar la evidencia.

En el siguiente apartado se describirán las barreras y los facilitadores conocidos para la implementación de PCBE, destacando aquellas más presentes en la implementación de GPC, así como las estrategias para tener en cuenta a la hora de implementar nuevo conocimiento.

1.2.1 Barreras y facilitadores para la implementación de la práctica clínica basada en la evidencia

1.2.1.1 Barreras

La investigación sobre la implementación de la PCBE sigue detectando barreras tanto para el uso de la evidencia como para su implementación (Berthelsen & Hølge-Hazelton, 2021; Sadeghi-Bazargani et al., 2014; Williams et al., 2015), por lo que el estudio de estas barreras es fundamental.

Existen numerosos estudios sobre las barreras hacia la PCBE en distintos entornos. A pesar de las diferentes metodologías utilizadas, el tamaño de la muestra, la ratio de respuesta, la calidad del estudio, o las variaciones en el entorno de estudio, estas barreras son estables y no han sufrido cambios significativos a lo largo del tiempo (según la literatura reportada antes y después del año 2000), ni tampoco entre localizaciones geográficas (Norte América, países de Europa de habla inglesa, países de Europa de habla no inglesa, Australia y Asia) (Kajermo et al., 2010). Una reciente revisión sistemática realizada por Berthelsen et al. (2021) en la que utiliza el instrumento “The BARRIERS scale” coincide con los resultados obtenidos en la revisión de Kajermo de 2010, en relación a la estabilidad de las barreras en el tiempo. No obstante, sólo identifica tres barreras que sean consistentes entre los cinco continentes: falta de tiempo para implementar nuevas ideas, falta de autoridad de la enfermera y falta de tiempo para leer nueva evidencia. En varios estudios, las barreras

más destacadas pertenecen todas a la categoría relacionada con la organización, convirtiéndose esta en uno de los elementos más importantes (De Pedro-Gómez & Morales-Asencio, 2004; De Pedro-Gómez et al., 2011; González-Torrente et al., 2012).

La clasificación de las barreras que afectan a la implementación de PCBE es diversa pues, si bien coinciden en los factores identificados, difieren en su categorización. Algunos autores como Jun et al. (2016) clasifican las barreras hacia una PCBE en factores internos de las enfermeras (actitudes, percepciones y conocimientos) y factores externos a ellas (GPC, recursos, liderazgo, cultura organizacional). Otros, como Williams et al. (2015) o Fernández-Domínguez et al. (2016), hablan de características del profesional (motivación, conocimientos, creencias y actitudes) y de barreras organizacionales para la PCBE (la carga de trabajo, la falta de apoyo de líderes u otros trabajadores, la falta de autoridad para el cambio de prácticas y un lugar de trabajo con una cultura de resistencia al cambio).

Sadeghi-Bazargani et al. (2014) realizaron una revisión sistemática en la que se incluyeron 106 artículos para determinar las barreras para la implementación de PCBE en diferentes áreas: atención primaria, secundaria y especializada (hospitales), atención de rehabilitación, educación médica, gestión y toma de decisiones, implementación de guías y uso de resultados de investigación. De las 1.144 barreras detectadas se formaron 18 grandes categorías. Siguiendo el mismo esquema, se describirán las barreras hacia la PCBE, destacando las que aparecen en el ámbito hospitalario y las que hacen referencia a la implementación de GPC por parte de las enfermeras. Se expondrán, en primer lugar, las cinco barreras que aparecen más frecuentemente en el ámbito hospitalario: la falta de tiempo, barreras relacionadas con la propia investigación, falta de recursos, habilidades inadecuadas y barreras relacionadas con la cooperación. En segundo lugar, se expondrán las más frecuentes en la implementación de GPC que no se hayan explicado ya con las del ámbito hospitalario: falta de recursos, acceso inadecuado a las GPC, actitud negativa hacia su implementación y barreras relacionadas con el proceso de cambio. En tercer lugar, se explicarán el resto de las barreras para la implementación de GPC según su frecuencia de aparición en la literatura: falta de apoyo, barreras de pacientes, falta de conocimientos y falta de incentivo.

Falta de tiempo

La falta de tiempo es la barrera que aparece más frecuentemente cuando se le pregunta a una enfermera que por qué no lleva a cabo PCBE o por qué no implementa GPC (Berthelsen & Hølge-Hazelton, 2021; Brown et al., 2010; McArthur et al., 2021; Williams et al., 2015). Hace referencia a la falta de tiempo durante sus horas laborales y puede dividirse en dos categorías principales (1) falta de tiempo para buscar, estudiar y aprender de los estudios o GPC, y (2) falta de tiempo para aplicar los resultados del estudio o de las GPC en el entorno laboral que, o bien puede deberse a la falta de personal para llevar a cabo las tareas indicadas en las guías o bien, por no disponer de horas extra ni tiempo compensatorio para reunirse tras el turno de trabajo (McArthur et al., 2021; Sadeghi-Bazargani et al., 2014).

Una síntesis cualitativa de la evidencia realizada por McArthur et al. (2021) sobre barreras y facilitadores para implementar GPC en residencias añade esta barrera referente a la carga de trabajo adicional que puede crear la incorporación de una GPC. Esto puede ser debido a la naturaleza de sus recomendaciones o a la complejidad para procesar y comprender las tareas. Esta sobrecarga de trabajo puede hacer que las enfermeras no prioricen la implementación de recomendaciones basadas en las guías sobre otras tareas.

Barrera de la propia investigación

Esta barrera hace referencia a las características de la propia investigación o del formato en el que se presenta. Es, con diferencia, la barrera que aparece más frecuentemente en la literatura, en aquellos estudios que evalúan las barreras hacia la PCBE en todos los ámbitos y sobre todo tipo de profesionales de la salud (Sadeghi-Bazargani et al., 2014).

Algunos ejemplos son: resultados de investigación contradictorios, problemas metodológicos, falta de replicación de los resultados de un estudio, generalización deficiente, falta de comprensión de las estadísticas, literatura no recopilada en un solo lugar, implicaciones para la práctica sin aclarar, relevancia limitada de la investigación para la práctica clínica (la evidencia no se adapta a las necesidades del

profesional). El tremendo crecimiento del número de estudios publicados cada año se convierte en una barrera, ya que hace inmanejable la información para el profesional (Greenhalgh et al., 2014; Henry et al., 2019).

En el caso de la implementación de GPC, no todas tienen la misma calidad ni todos los estudios primarios el mismo rigor científico. Las fuentes de evidencia deben evaluarse críticamente antes de que sus hallazgos se incorporen a la toma de decisiones y a la práctica. Las fuentes que cumplen con este estándar incluyen revisiones sistemáticas, estudios de investigación y revistas revisadas por pares que resumen estudios publicados válidos y clínicamente útiles (Canadian Nurses Association, 2018).

En la implementación de GPC ocurre lo mismo: problemas de usabilidad, formato, contenido, acceso, que las enfermeras no estén de acuerdo con el contenido de las guías o que las recomendaciones sean rígidas o estén en conflicto con la práctica aceptada de las enfermeras o con los objetivos de pacientes individuales. En cuanto al número de GPC vuelve a suponer una barrera el hecho de que haya demasiadas guías disponibles sin metas o direcciones claras (Jun et al., 2016; McArthur et al., 2021).

La falta de disponibilidad de la evidencia o en concreto de las GPC en distintos idiomas es otra barrera frecuentemente descrita, también clasificada como barrera idiomática. Normalmente encontramos el material basado en la evidencia escrito en inglés (Sadeghi-Bazargani et al., 2014).

Falta de recursos

Es una de las barreras más frecuentes en el ámbito hospitalario y la primera en cuanto a la implementación de GPC. Normalmente hace referencia a recursos materiales necesarios para implementar las recomendaciones basadas en la evidencia encontradas: instalaciones inadecuadas, falta de recursos médicos, falta de equipamiento o herramientas limitadas para las enfermeras a pie de cama (Jun et al., 2016; McArthur et al., 2021; Sadeghi-Bazargani et al., 2014). Pero también puede hacer referencia a un apoyo institucional inadecuado, incluida la inversión presupuestaria en PCBE por parte de los directores ejecutivos de enfermería (Mélnyk,

2016). La falta de recursos está íntimamente ligado a las prioridades del centro donde se quiera realizar la transferencia de conocimiento (De Pedro-Gómez & Morales-Asencio, 2004; De Pedro-Gómez et al., 2011).

En este sentido, algunos autores hablan de la falta de recursos económicos o logísticos como barreras diferentes. Hace referencia a la parte más instrumental del proceso de implementación como la falta de infraestructura o procesos claros, una PCBE demasiado costosa, financiación escasa/limitada, costes en las elecciones del paciente, costes del consumismo y costes para acceder a la evidencia (Brown, Wickline, Ecoff, & Glaser, 2009; Doran et al., 2010).

Habilidades inadecuadas

Dentro de este grupo se incluye la falta de habilidades de investigación, tanto primaria como secundaria, en la lectura crítica de la evidencia o en falta de habilidad para comprender las recomendaciones de una GPC o cómo adaptarlas a la práctica profesional. También puede referirse a la falta de habilidades para comunicarse de manera efectiva o a la incapacidad para evaluar los resultados derivados de la aplicación de la nueva evidencia (González-Torrente et al., 2012; Jin et al., 2021; Jun et al., 2016; Skela-Savič et al., 2017). En este aspecto, la experiencia profesional no se ha relacionado directamente con las habilidades para una PCBE, pues en algunas ocasiones, enfermeras más noveles tienen más preparación y más habilidades para una PCBE (De Pedro-Gómez et al., 2011).

Barreras relacionadas con la cooperación interprofesional

Algunos ejemplos de este tipo de barrera son: falta de trabajo en equipo, aislamiento de los colegas, profesionales que no cooperan con el cambio, o médicos que no están dispuestos a cooperar con la implementación de la PCBE por parte de las enfermeras (Melnik & Fineout-Overholt, 2019). Por tanto, en el mantenimiento de una práctica puede influir la mala comunicación entre los profesionales del equipo, por ejemplo, la falta de comunicación clara entre diferentes disciplinas o turnos de trabajo (Jun et al., 2016).

Los y las profesionales de la salud suelen identificar a otros colegas como una de las fuentes de información más importantes por lo que, si éstos sienten que la PCBE no es apreciada por sus compañeros y superiores, es menos probable que traten de implementarla en su día a día (Fernández-Domínguez et al., 2016; Williams et al., 2015). De forma similar, el hecho de que los médicos no utilicen las GPC recomendadas para el servicio, hace que las enfermeras tampoco lo hagan (Jun et al., 2016).

Algunos autores incluyen en esta barrera la falta de cooperación del paciente y su familia para mantener los cuidados adecuados (McArthur et al., 2021).

Dificultad en el acceso a la evidencia

La falta de acceso o un acceso inadecuado a las fuentes de evidencia es un problema que suele identificarse sobre todo en la implementación de GPC. Hace referencia a la no disponibilidad de un modo rápido y fácil a la información, que puede ser por una falta de accesibilidad a la información (por ejemplo, no disponer de GPC), que la evidencia sea difícil de encontrar (por ejemplo, GPC donde es complicado encontrar la información) o que, a pesar de disponer de biblioteca en el hospital, esta se encuentre alejada de la unidad de la enfermera (Sadeghi-Bazargani et al., 2014; Williams et al., 2015). Otra barrera cada vez más reportada es la falta de acceso a internet (wifi) o a recursos tecnológicos de búsqueda de información basada en la evidencia (Mackey & Bassendowski, 2017).

Actitud negativa

La actitud hacia este marco es un factor que afecta a todo el proceso de la toma de decisiones basada en la evidencia y una de las barreras más detectadas (Fernández-Domínguez et al., 2016). Hace referencia a actitudes negativas sobre el proceso de PCBE como paradigma, como pensar que la nueva evidencia no es relevante y tener una falta de motivación en su uso (Skela-Savič et al., 2017). Algunos ejemplos destacados son no usar nuevas GPC, al pensar que reducen la autonomía de las enfermeras, que provocan el estancamiento del pensamiento crítico o que la nueva evidencia limita las opciones de tratamiento, la flexibilidad y el enfoque individual. Otra actitud negativa es pensar que no hay necesidad de GPC de

tratamiento, ya que existen protocolos de tratamiento (Sadeghi-Bazargani et al., 2014). Algunos estudios reportan la percepción de las enfermeras sobre la incomodidad de los pacientes y las creencias preconcebidas sobre la capacidad de éstos para participar (Jun et al., 2016).

Barreras relacionadas con el proceso de cambio

La resistencia al cambio ha sido ampliamente descrita como un problema para la implementación de nuevas prácticas (Grimshaw, Eccles, Lavis, Hill, & Squires, 2012). Se trata de la dificultad para cambiar el modelo de práctica actual, de la resistencia al cambio, de la falta de voluntad para el cambio, falta de autonomía del profesional, falta de autoridad, recursos insuficientes para cambiar la práctica o por estar cómodas o cómodos con el comportamiento actual y resistirse a desarrollar nuevos cambios (Jun et al., 2016; McArthur et al., 2021; Sadeghi-Bazargani et al., 2014).

Esta barrera también tiene que ver con la "cultura de la culpa" en la que se reprende al personal que intenta trabajar de manera flexible dentro de los protocolos, ya que esta actividad inhibe la formación de nuevos enfoques para las prácticas existentes (Williams et al., 2015).

Falta de apoyo

Hace referencia a una supervisión y liderazgo inadecuados (Jun et al., 2016; Sadeghi-Bazargani et al., 2014), muy relacionado con una cultura organizacional de resistencia al cambio o una cultura que no apoye a los líderes, ya sean formales o informales y a distintos niveles. Esta barrera también se relaciona con la necesidad de un apoyo para romper las estructuras jerárquicas del lugar de trabajo. Esto se traduce en que las enfermeras sienten que tienen poco poder y autonomía para hacer cambios en su práctica profesional y que sus opiniones y pensamientos sobre el cuidado del paciente no son valorados (Williams et al., 2015). El apoyo de los gestores es imprescindible para la implementación de evidencias, siendo el factor de mayor influencia sobre la PCBE de las enfermeras según un estudio multicéntrico en distintos entornos realizado por De Pedro-Gómez et al. (2011).

Otros ejemplos son la falta de culturas y entornos que soporten la PCBE, políticas organizacionales obsoletas o un número inadecuado de mentores de PCBE en los sistemas de salud (Melnik, 2016). En concreto para la implementación de GPC, la falta de liderazgo que respalde su implementación o una falta de retroalimentación por parte de gerentes o especialistas en enfermería crea confusión e incertidumbre, lo que lleva a una disminución del uso de las GPC. También puede hacer referencia al desacuerdo entre los líderes sobre la necesidad de GPC y/o las prioridades de las mismas, así como la falta de apoyo administrativo de enfermeras gestoras o de práctica avanzada (Jun et al., 2016). Las creencias socioculturales negativas, la dificultad para aplicar la evidencia en el sistema sanitario del país, la baja prioridad en el área de gestión o la falta de acuerdo en las prioridades, son otros factores externos relacionados con la falta de apoyo (Friese, Lake, Aiken, Silber, & Sochalski, 2008; Lake, 2007; Sadeghi-Bazargani et al., 2014).

Barreras de pacientes

Entre las barreras relacionadas con los pacientes se encuentran la resistencia a un tratamiento recomendado, la falta de participación o la falta de compromiso del paciente, las demandas del consumidor distintas a las recomendaciones o la dificultad de contactar con los pacientes o de llevarles un seguimiento (Sadeghi-Bazargani et al., 2014). Para la implementación de GPC en concreto, pueden existir diferencias culturales entre enfermeras y pacientes en términos de raza (dificultades en la implementación por falta de intérpretes y diferencias culturales). Una barrera única identificada en el estudio de Jun et al. (2016) fue la importancia que tenía para las enfermeras el poder acomodarse y adaptarse a las necesidades dinámicas de los pacientes y sus familias. Según este estudio, las enfermeras consideraban que equilibrar la atención en diferentes situaciones era más necesario que adherirse a las guías de práctica clínica. Otra barrera en la implementación de GPC relacionada con el paciente es la complejidad del caso, por ejemplo que sea un paciente con importantes comorbilidades (McArthur et al., 2021).

Falta de conocimientos

Esta barrera hace referencia a que el/la profesional no sabe cómo buscar información, tiene una deficiente formación académica relacionada con la búsqueda bibliográfica, falta de formación continuada, falta de habilidades de autoaprendizaje, falta de exposición a las intervenciones basadas en la evidencia, falta de conciencia de las intervenciones, desconocimiento de la investigación relevante para el área de práctica clínica, falta de capacidad para evaluar la calidad de la investigación, desconocimiento sobre el proceso de implementación, etc. (Fernández-Domínguez, de Pedro-Gómez, Morales-Asencio, Sastre-Fullana, & Sesé-Abad, 2017; D. S. Thompson, Estabrooks, Scott - Findlay, Moore, & Wallin, 2007). En cuanto a la implementación de GPC se debe al propio desconocimiento de ésta, por ejemplo por carecer de familiaridad respecto a GPC específicas para incorporarlas en las prácticas clínicas diarias en una unidad concreta por falta de experiencia laboral (Jun et al., 2016). En este sentido, también influye la alta rotación del personal (McArthur et al., 2021).

Falta de incentivo

Esta barrera hace referencia a la falta de motivación para actualizar el conocimiento propio o a la falta de motivación ejercida por el capacitador, es decir, el docente o el mentor. La falta de incentivo conlleva fácilmente a una actitud negativa hacia la PCBE (Sadeghi-Bazargani et al., 2014).

La frecuencia de aparición de las barreras según la literatura puede observarse en la Tabla 2.

Tabla 2. Barreras según su frecuencia de aparición en el ámbito hospitalario e implementación de GPC, según Sadeghi-Bazargani et al., 2014

Orden de aparición	Barreras para la PCBE en el ámbito hospitalario	Barreras para la implementación de GPC
1º	Falta tiempo	Falta de recursos
2º	Barreras relacionadas con la propia investigación	Acceso inadecuado a las GPC
3º	Falta de recursos	Actitud negativa hacia su implementación
4º	Habilidades inadecuadas	Barreras relacionadas con el proceso de cambio
5º	Barreras de cooperación	Falta de tiempo

1.2.1.2 Facilitadores

La mayoría de los estudios que trabajan sobre las barreras percibidas por las enfermeras para la PCBE también identifican elementos facilitadores hacia ella, esto es, factores que favorecen el uso o la implementación de PCBE. Así como ocurre con las barreras, existen diferentes clasificaciones para describirlas. Jun et al. (2016) realizaron una revisión integral de la literatura, donde identificaron facilitadores hacia el uso de nuevas evidencias por parte de las enfermeras, que clasificaron en factores internos y externos a ellas (ver Tabla 3). Entre los facilitadores internos se encuentran las actitudes y percepciones, así como el conocimiento sobre las fuentes de evidencia. Los factores externos incluyen las características de la evidencia, los recursos, el liderazgo y la cultura organizacional. Siguiendo este formato se describirán los facilitadores identificados para las barreras descritas hacia la implementación de PCBE.

Actitudes y percepciones positivas hacia las GPC

La actitud positiva hacia el marco de PBE se relaciona con una menor resistencia a cualquier situación de cambio. Los profesionales de la salud proclives a la PBE tienden a experimentar un menor grado de malestar, falta de entusiasmo y ansiedad ante situaciones de cambio profesional. Suelen mostrarse más receptivos hacia los beneficios que puede proporcionar este paradigma (Fernández-Domínguez et al., 2017). En cuanto a la implementación de GPC, algunos ejemplos son creer que éstas mejoran y respaldan la práctica y los resultados de los pacientes, creer que las GPC mejoran la comunicación con los y las médicos y otros profesionales y la toma de decisiones, creer que las GPC reducen errores de medicación, integran la evidencia a la práctica y mejoran el proceso de cuidado o creer que disponer de recomendaciones basadas en la evidencia las empodera. Todas estas creencias de las enfermeras hacia la PCBE están directamente relacionadas con las posibilidades de su uso (Fernández-Domínguez et al., 2017; Jun et al., 2016).

Conocimientos sobre la PCBE

Un nivel avanzado de conocimientos en el proceso de PCBE se relaciona con una mayor y mejor competencia en este campo y, por tanto, con probabilidades

mayores de implementación (Fernández-Domínguez et al., 2017). Otros factores internos hacen referencia a poseer conocimientos sobre el uso y la implementación de las GPC en concreto. Los entornos que favorezcan la educación y la capacitación de las enfermeras en este sentido, aumentando la motivación y demostrando la efectividad de trabajar en base a PCBE, facilitarán también su uso (Jun et al., 2016; McArthur et al., 2021).

Características de la nueva evidencia

Entre los factores externos a las enfermeras encontramos el formato en el que se encuentran las nuevas recomendaciones basadas en la evidencia. Los facilitadores hacen referencia a la disposición de la información en formatos distintos al papel tradicional, como diagramas de flujo, algoritmos prácticos, de consulta rápida y que formen parte de la rutina de práctica de las enfermeras. También es un facilitador que la fuente de datos sea respetada, mostrando siempre las referencias sobre las que se sustenta o el organismo que las respalda. La fácil accesibilidad a la evidencia, por ejemplo, disponiendo de GPC en la intranet del hospital o en internet, es un elemento facilitador para su uso (Jun et al., 2016). En línea con todas estas características está la idea de que los divulgadores de nuevas recomendaciones lo hagan pensando en quién las va a consumir (Graham, Kothari, McCutcheon, & Integrated Knowledge Translation Research Network project Leads, 2018; Greenhalgh et al., 2014), así como que los editores (por ejemplo, de GPC) exijan que los estudios cumplan con estándares de usabilidad además de los metodológicos (Greenhalgh et al., 2014).

Disponibilidad de recursos

Otro de los factores externos son los recursos, que pueden hacer referencia a elementos materiales o también a la disponibilidad de tiempo o de personal para poder completar las tareas y poder dedicarse a implementar las nuevas PCBE. En este sentido, los estudios que identifican los recursos como una barrera también suelen hacerlo como un facilitador. Cuando se tienen los servicios adecuados, los recursos y el personal tiene tiempo para llevar a cabo las intervenciones recomendadas por las nuevas evidencias, éstos suelen hacerlo (McArthur et al., 2021). Jun et al. (2016) observaron que, cuando la implementación de nuevas

prácticas requiere una inversión de tiempo baja, es más probable que las enfermeras se adhieran a ellas. También encontraron que, si las enfermeras disponían de un mayor soporte estructural y electrónico como ordenadores adicionales o metabuscadores de acceso libre o gratuito, consultaban en mayor medida las diferentes fuentes basadas en la evidencia, por lo que mejoraba también la adherencia a las GPC. En este sentido, el uso de tecnologías móviles, por ejemplo, mejora la accesibilidad de los recursos de PCBE y, por tanto, aumentan su uso (Mackey & Bassendowski, 2017). Algunos recursos son facilitadores tangibles que se pueden ajustar y cambiar y que también se relacionan con la facilidad de uso de pautas de las guías, como por ejemplo el mantenimiento de existencia de suministros y recursos y la revisión periódica de la funcionalidad de los equipos (Jun et al., 2016).

Por último, las modificaciones ambientales que promuevan el uso de PCBE, como por ejemplo la reestructuración innovadora del entorno físico para que se utilicen más unos recursos frente a otros o la realización de cambios en el contexto social dirigidos a mejorar la actitud hacia prácticas clínicas nuevas, por ejemplo, han demostrado ser facilitadores efectivos (McArthur et al., 2021).

Liderazgo

El respaldo por parte de líderes informales junto a líderes formales es el facilitador más importante reportado por las enfermeras entre los factores externos y considerado como una estrategia de influencia para la implementación de PCBE y en concreto de GPC (Jun et al., 2016; McArthur et al., 2021).

Un liderazgo exitoso que fomente una cultura de apoyo y proporcione objetivos claros y un plan de trabajo y seguimiento es el mayor facilitador para la implementación de cualquier PCBE (Jun et al., 2016; McArthur et al., 2021). La actitud positiva del líder y sus habilidades comunicativas marcan la diferencia en la implementación de PCBE. Entre las funciones de los líderes está el dar retroalimentación tras el inicio de la implementación, realizar auditorías manteniendo las pautas de práctica clínica y proporcionar actualizaciones según sea necesario (Jun et al., 2016). El uso de políticas y procedimientos formales es una estrategia importante que incorpora la actualización, verificación y adopción de evidencia, pero es el compromiso, las conversaciones con los líderes, el trabajo en

equipo y la confianza entre colegas lo que hace que el proceso de implementación cobre vida (Kitson et al., 2021).

También es común el uso de líderes informales o “impulsores” de GPC (Jun et al., 2016; McArthur et al., 2021). Se trata de enfermeras que promocionan de forma activa el cambio y proporcionan apoyo, son responsables de educar, demostrar y evaluar el uso de GPC junto con líderes formales. La colaboración de líderes formales e informales crearía un enfoque "de abajo hacia arriba" y animaría a más enfermeras a apropiarse de las GPC (Jun et al., 2016). Cada vez son más los estudios en torno al papel de los líderes en los niveles de unidad y gerencia media y cómo permiten la adopción de innovaciones (incluida la implementación de la PCBE) en la práctica (Kitson et al., 2021).

Cultura organizacional

La cultura organizacional es el factor externo por excelencia (De Pedro-Gómez & Morales-Asencio, 2004; De Pedro-Gómez et al., 2011). Es el elemento clave tanto para garantizar la puesta en marcha de PCBE, como para predecir el éxito de su implementación (Melnyk, 2016; Melnyk et al., 2012; Williams et al., 2015). Si el liderazgo era el elemento facilitador más destacado por las enfermeras, hay que tener en cuenta que éste no podría darse sin una cultura organizacional que lo apoye.

Es imprescindible que las organizaciones apliquen enfoques multidisciplinarios para alentar el uso de la PBE. La manera en la que se comunican las enfermeras entre ellas y entre las diferentes disciplinas forma parte de la cultura organizacional. Aquellas con roles claramente definidos y con cultura de colaboración, tienen más probabilidades de implementar con éxito las GPC (Jun et al., 2016).

Melnyk (2012, 2000) afirma que las enfermeras tendrán éxito en la implantación de evidencias si trabajan en un contexto que apoye y de valor a los cuidados basados en la evidencia. Un hospital, por ejemplo, con una cultura organizacional que trabaje bajo el paradigma de la PBE marcará el estilo de práctica no sólo de los órganos gestores, sino del resto de líderes de sistemas y microsistemas (como una unidad de hospitalización). Stevens (2013) explica el efecto de los

diseñadores de políticas y su papel en la adopción de la PCBE de forma sostenida y exitosa por parte de las enfermeras y otros profesionales de la salud. Un ejemplo son los programas de certificación como el Magnet Recognition Program (Westendorf, 2007), que acredita a servicios enfermeros excelentes bajo la perspectiva de la Enfermería Basada en la Evidencia en los EE.UU.

Por último, involucrar a los pacientes y a sus familias en la toma de decisiones y en la educación aumenta el uso de las GPC (McArthur et al., 2021).

Tabla 3. Facilitadores para la implementación de GPC

Facilitadores internos para la implementación de PCBE	Facilitadores externos para la implementación de PCBE
Actitudes y percepciones positivas hacia la PCBE	Características de los documentos de PCBE
Conocimientos sobre las GPC	Disponibilidad de recursos
-	Liderazgo
-	Cultura organizacional

Como se puede apreciar, en ocasiones los factores identificados como barreras en la implementación de PCBE, pueden funcionar a su vez como facilitadores. Por ejemplo en la revisión que realiza McArthur et al. (2021), explica cómo factores que inicialmente son identificados como barreras, como la falta de tiempo o de dinero, a su vez son percibidos por los profesionales como los facilitadores para la mejor implementación de PCBE si se les da más tiempo y más recursos. Sin embargo, Jun et al. (2016) puntualizan que aunque las barreras y los facilitadores están interrelacionados, no son imagen especular uno de otro. Siguiendo con el mismo ejemplo de la falta de tiempo, explica que aumentando el número de personal o reduciendo la ratio enfermera/paciente (dando más tiempo así a las enfermeras), por sí solo puede no ser suficiente para aumentar el uso de las nuevas recomendaciones.

En concreto, la identificación y comprensión de los factores asociados al uso de GPC es, por tanto, el primer paso para poder desarrollar intervenciones efectivas dirigidas a mejorar la implementación de éstas (Graham et al., 2006; Grol & Grimshaw, 2003; Jun et al., 2016). Siendo que las barreras generalmente dependen del contexto, las estrategias de implementación deberán adaptarse al mismo y a las barreras específicas identificadas en él (Kajermo et al., 2010). El proceso de

implementación de las GPC se ha asimilado al proceso necesario para generar un cambio organizacional (DiCenso et al., 2014, 2002).

1.2.2 Modelo para la PCBE

Conocer todos los factores que condicionan la puesta en marcha de los pasos para llevar a cabo una PCBE es clave para iniciar cualquier proyecto de implementación de evidencias. Con este propósito, Fernández-Domínguez et al. (2016) a través de un panel de expertos configuran un modelo conceptual de la PCBE basado en los pasos de este marco y en las barreras y facilitadores que condicionan la toma de decisiones clínicas (ver Figura 2).

De esta manera tratan de representar el proceso de razonamiento clínico tan dinámico y complejo que ocurre en cada situación clínica previa a la toma de decisiones, donde los resultados de la investigación científica se entremezclan con la experiencia clínica y la capacidad de juicio clínico del profesional, la información derivada de diferentes fuentes (relacionadas con su preparación/formación académica, opiniones y experiencias de compañeros de trabajo, opiniones de “expertos”, etc.), y los valores y creencias del paciente y/o familiares que reciben los cuidados. Todos estos elementos condicionarán la acción que el profesional decidirá llevar a cabo, es decir su decisión clínica ante un paciente determinado. Los resultados de la aplicación de todo el proceso de PCBE junto con los resultados clínicos del paciente individual, serán evaluados constituyendo el paso final del proceso (Fernández-Domínguez et al., 2017). Además, este modelo contempla dos factores determinantes que envuelven cada uno de los pasos del proceso de PCBE y que afectan directamente a la decisión final que tomará el profesional, ya explicados en el apartado anterior de este documento: las creencias y actitudes de los profesionales frente a la PCBE y los aspectos organizativos del sistema de salud donde el profesional desarrolla su práctica (Fernández-Domínguez et al., 2016).

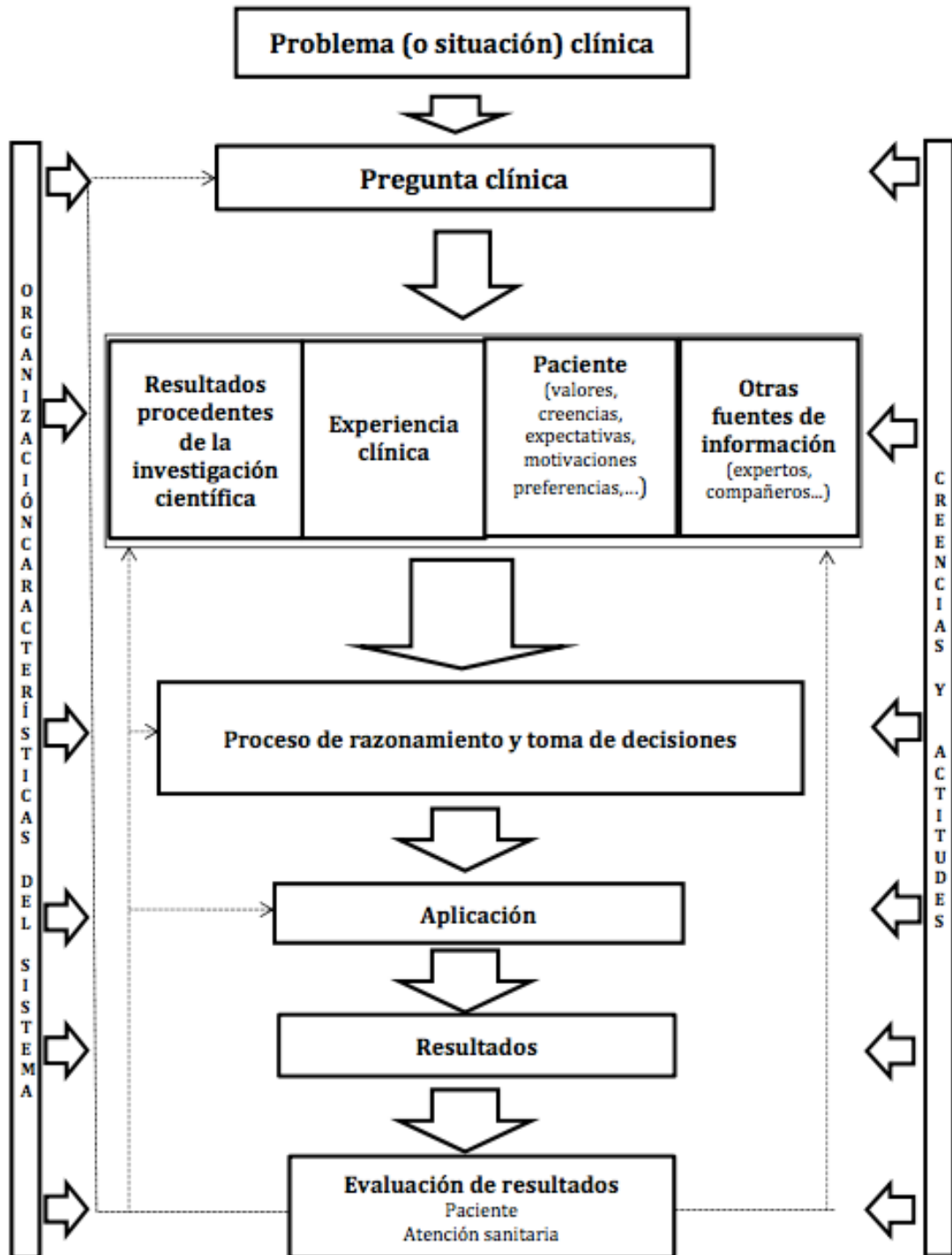


Figura 2. Operacionalización del constructo de PCBE. Fuente Fernández-Domínguez et al., 2016

Según reflexionan los autores, independientemente de la decisión final tomada, lo importante es que se hayan tenido en cuenta todos los elementos que entran en juego y que el razonamiento clínico del profesional se produzca de forma sistemática.

1.2.3 Estrategias para mejorar la implementación de PCBE de las enfermeras

Poseer GPC o conocer una recomendación actual basada en la investigación es importante, pero raramente será suficiente para motivar un cambio en el comportamiento (Grimshaw, 1999; Melnyk, Fineout-Overholt, Stillwell, & Williamson, 2010; Straus, Tetroe, & Graham, 2013).

Las estrategias de implementación son métodos o técnicas utilizadas para mejorar la adopción, implementación, mantenimiento y ampliación de las intervenciones (Powell et al., 2019). A lo largo de estos años se han estudiado múltiples estrategias para conseguir que los profesionales de la salud trabajen en base a la evidencia científica (Grol, 2001; Grol & Grimshaw, 2003). La evidencia sugiere que, si bien un cambio en el comportamiento es posible, para conseguirlo es necesario actuar a distintos niveles y combinar estrategias de diferente complejidad. Las estrategias utilizadas pueden ir dirigidas a trabajar sobre los servicios de salud donde se quieren implementar las GPC (contexto organizacional), pueden ser estrategias dirigidas a la comunidad o a los pacientes para que ellos mismos las sigan o para que sirvan de facilitadores reclamando cuidados basados en la evidencia (contexto social) o pueden ser estrategias dirigidas directamente a los profesionales de la salud (contexto profesional) (Greenhalgh et al., 2014; Grol & Grimshaw, 2003; Pereira, Silva, Carvalho, Zanghelini, & Barreto, 2022; Powell et al., 2015).

Entre las estrategias dirigidas a los profesionales, que aparecen más frecuentemente en la literatura, se encuentran aquellas que tratan de aumentar los conocimientos sobre PCBE a través de materiales educativos, sesiones formativas, recordatorios periódicos, así como aquellas centradas en la realización de auditorías y retroalimentación (Grimshaw et al., 2004; Medves et al., 2010; Pereira et al., 2022). Un nivel avanzado de entrenamiento en PCBE genera cambios significativos tanto en la adquisición de más conocimientos y habilidades hacia la PCBE como en mantener actitudes y creencias positivas (Fernández-Domínguez et al., 2017).

No hay evidencia sólida en la que basarse para asegurar estrategias eficientes de disseminación e implementación de guías en diferentes momentos y circunstancias (Grimshaw et al., 2004). Se han desarrollado herramientas de ayuda para seleccionar

las estrategias más adecuadas a cada momento, con resultados poco concluyentes (Waltz, Powell, Fernández, Abadie, & Damschroder, 2019). Waltz et al., (2019) realizan un estudio basado en un panel de expertos que utiliza dos marcos teóricos para construir una herramienta que ayude a seleccionar las estrategias necesarias para superar barreras concretas. Se basan en el *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR) que es útil para evaluar determinantes contextuales como barreras y facilitadores y el *Expert Recommendations for Implementing Change* (ERIC) que recopila 73 estrategias de implementación como acciones o procesos. El propósito de su estudio fue identificar qué estrategias ERIC abordaban mejor los determinantes específicos de CFIR enmarcados como barreras y poder diseñar así, una herramienta que ayude a los implementadores e investigadores a respaldar la consideración de una amplia gama de estrategias de implementación. Sus resultados ilustran que existe poco consenso con respecto a qué estrategias son las más apropiadas para abordar barreras concretas.

Tampoco se ha demostrado que una estrategia sea más efectiva que otra, ni se conoce el número de estrategias que deban utilizarse para asegurar una implementación adecuada, aunque la mayor efectividad parece recaer en la combinación de métodos más que en instaurar una única línea de actuación (Grimshaw et al., 2001, 2004; Grol & Grimshaw, 2003). Esto es, entre otras cosas, por la heterogeneidad de las estrategias y la falta de estandarización de los elementos que las componen, lo que dificulta su comparabilidad (Pereira et al., 2022). Experimentadas por separado, muchas estrategias tienen un efecto pequeño. Las estrategias efectivas a menudo implican múltiples componentes para poder abordar las barreras identificadas (Registered Nurses' Association of Ontario, 2012). Sin embargo, ya en 2006, Dijkstra et al. confirmaban que, aunque no podían afirmar que intervención era más efectiva, sí podían garantizar que el entorno donde trabajan los profesionales de la salud limita la implementación de los conocimientos basados en la evidencia (Dijkstra et al., 2006). De hecho, entre las estrategias que han resultado exitosas por si solas han sido las dirigidas a realizar un cambio en la cultura organizacional (Pereira et al., 2022). Las barreras organizacionales para la PCBE son significativas, ya que a menudo están más allá del control del individuo. Sin eliminar o minimizar estos factores, es difícil crear una cultura organizacional que conduzca

a la PCBE, la utilización de la investigación y la transferencia del conocimiento. Incluso para un profesional de la salud motivado y competente en el uso de PCBE; todas estas barreras tendrán un impacto en su capacidad para aumentar y mantener el uso de PCBE en el lugar de trabajo (Williams et al., 2015), por lo que las estrategias deberán ir dirigidas en esa dirección.

La revisión de la literatura coincide en la necesidad de identificar previamente las barreras en el uso de GPC para diseñar intervenciones personalizadas y aumentar así las probabilidades de que funcionen (Graham et al., 2006; Grol & Grimshaw, 2003; Jun et al., 2016). No obstante, a la dificultad de comparar las estrategias por su heterogeneidad, se le suma la dificultad de medir la efectividad de las intervenciones personalizadas, precisamente porque la mayoría son poco extrapolables si las condiciones del entorno cambian o si se trata de contextos totalmente diferentes. Este es el motivo por el que algunos autores animan a realizar mayor investigación sobre un análisis sistemático del contexto y marcos teóricos sobre implementación en detrimento de estudios estándar (Pereira et al., 2022).

La implementación es un proceso lento, que no es lineal y que en ocasiones puede ser impredecible, obteniendo resultados variables en la disseminación e implementación de las guías (Grimshaw et al., 2004; Henry et al., 2019; McArthur et al., 2021; Melnyk et al., 2012). Por otro lado, aunque las estrategias resulten exitosas y consigan una adherencia a las recomendaciones de las GPC, posteriormente aparece otra problemática y es el sostenimiento apropiado de esa implementación a lo largo del tiempo (Graham et al., 2006). Según explican Balas & Boren (2000) se tarda alrededor de diecisiete años en crear nuevo conocimiento e implementarlo y entonces, es inconsistentemente aplicado.

La mayoría de los trabajos localizados estudian la implementación de GPC desde una perspectiva multiprofesional, en concreto sobre médicos, por lo que generalizar resultados hacia el área de enfermería es problemático. Es importante tener en cuenta que a pesar de que médicos y enfermeras tengan problemas similares a la hora de implementar nuevo conocimiento, podemos encontrar dificultades a la hora de transferir una intervención efectiva en medicina a la práctica enfermera, debido a las diferencias entre los modelos de prestación de cuidados. Por ejemplo,

las estrategias que impliquen un nivel de autonomía que la enfermera no pueda asumir (Registered Nurses' Association of Ontario, 2012; D. S. Thompson et al., 2007).

Se han elaborado varias taxonomías que definen y organizan las diferentes estrategias, de forma que promueven el uso de un lenguaje común facilitando la investigación relacionada con la implementación (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group (EPOC), 2002; Effective Practice and Organisation of Care (EPOC), 2016; Powell et al., 2015; Waltz et al., 2019).

A continuación, se desarrollarán las estrategias más utilizadas en la implementación y difusión de GPC dirigidas a los profesionales de la salud, que pueden servir también para las enfermeras. Se utilizará la taxonomía del grupo EPOC, que categoriza diferentes estrategias de implementación (Effective Practice and Organisation of Care (EPOC), 2015):

Formación de los profesionales:

- Visitas de carácter formativo (como los programas de detallado académico): visitas individualizadas sobre un producto o una técnica en el propio entorno del trabajador ofrecidas por personas capacitadas como enfermeras, investigadores u otros profesionales, a personal asistencial para cambiar su práctica clínica (Effective Practice and Organisation of Care (EPOC), 2015; Pereira et al., 2022). El término "detallado académico" se refiere a la forma en que esta información se presenta, que suele ser en un formato detallado y basado en evidencias científicas.
- Material formativo: cualquier distribución de material a profesionales o grupos de profesionales para apoyar la atención clínica (por ejemplo, distribución de GPC, material audiovisual, publicaciones electrónicas, folletos, etc.). Este material puede distribuirse de forma individualizada o a través de envíos masivos y el formato puede ser en papel o digital (Effective Practice and Organisation of Care (EPOC), 2015; Pereira et al., 2022).

- Técnicas educativas interactivas o mass media¹: el uso de la gamificación, simulación clínica, realidad virtual, role playing, etc. como estrategia de mejora de estándares de calidad (Effective Practice and Organisation of Care (EPOC), 2015; Grol & Grimshaw, 2003; Pereira et al., 2022).
- Encuentros educativos: reuniones, talleres, cursos, conferencias, jornadas, etc. (Effective Practice and Organisation of Care (EPOC), 2015; Grol & Grimshaw, 2003; Pereira et al., 2022; Sadeghi-Bazargani et al., 2014).
- Intervenciones enfocadas a la educación (Grol & Grimshaw, 2003).
- Estrategias sobre capacitación clínica de la búsqueda y evaluación crítica dirigidas a mejorar la toma de decisiones (Greenhalgh et al., 2014; Grol & Grimshaw, 2003).
- Talleres para mejorar la gestión del tiempo cuando la mala organización es el problema de la sobrecarga de trabajo (Sadeghi-Bazargani et al., 2014).
- Formación interprofesional: educación continua para profesionales de la salud que involucra a más de una profesión en un aprendizaje conjunto e interactivo (Effective Practice and Organisation of Care (EPOC), 2015).

Difusión de las GPC:

- Uso del marketing para animar a los profesionales a utilizar los productos recomendados en una GPC o ciertas prácticas (Effective Practice and Organisation of Care (EPOC), 2015; Pereira et al., 2022).
- Difusión de la GPC a implementar de forma personalizada e individualizada (Grol, 2001).
- Difusión de las recomendaciones de la GPC en diferentes formatos.

¹ Medios de comunicación y difusión social (radio, televisión, prensa).

- Difusión de los resultados de la implementación de las GPC y eventos específicamente diseñados para ello (Registered Nurses' Association of Ontario, 2012).

Evaluación de la práctica clínica:

- Auditorías y retroalimentación: recogida de indicadores derivados de la práctica asistencial de los profesionales a lo largo de un periodo de tiempo determinado. Devolver los resultados a los trabajadores en formato escrito, electrónico o verbal. Además, pueden añadirse recomendaciones para mejorar esos indicadores (Effective Practice and Organisation of Care (EPOC), 2015; Grol & Grimshaw, 2003; Jun et al., 2016; Pereira et al., 2022; Registered Nurses' Association of Ontario, 2012).
- Monitoreo del desempeño de la atención prestada por los profesionales: se trata del monitoreo de los servicios de salud prestados por parte de individuos u organizaciones y su posterior comparación, por ejemplo, con un estándar externo (Effective Practice and Organisation of Care (EPOC), 2015; Pereira et al., 2022).
- Estrategias para mantener y reforzar cualquier cambio conseguido (Grimshaw, 1999).
- Supervisión por parte de la gerencia: visitas de supervisión rutinarias por parte del personal de salud (Effective Practice and Organisation of Care (EPOC), 2015).

Implicación de los profesionales:

- Creación de grupos de trabajo: grupos de personas con un interés común en profundizar sobre alguna área del conocimiento y aumentar su experiencia, que mantienen contacto de forma continua (Effective Practice and Organisation of Care (EPOC), 2015; Pereira et al., 2022).
- Participación activa en el desarrollo y la implementación de GPC por parte de los profesionales clínicos (Jun et al., 2016).
- Implicar en la mejora continua de la calidad: hacer partícipes a los y las profesionales en los procesos de revisión y mejora de la calidad a

través del análisis de procesos o sistemas, métodos estructurados de mejora de procesos o enfoques de resolución de problemas y el uso de análisis de datos para evaluar los cambios (Effective Practice and Organisation of Care (EPOC), 2015; Grol & Grimshaw, 2003; Pereira et al., 2022).

- Realizar procesos de consenso local: acuerdos dentro del equipo, ya sea formal o informalmente, donde se acuerdan protocolos clínicos, adaptación de una guía al contexto local, la promoción de guías, etc. (Effective Practice and Organisation of Care (EPOC), 2015; Pereira et al., 2022).
- Trabajar con la opinión de líderes locales: identificar a los líderes para trabajar con ellos en la promoción de buenas prácticas clínicas (Effective Practice and Organisation of Care (EPOC), 2015; Jun et al., 2016; Pereira et al., 2022).
- Realización de investigaciones de acuerdo a las necesidades de los profesionales, recopilando los resultados del estudio en un solo lugar y brindando acceso a los mismos profesionales (Sadeghi-Bazargani et al., 2014).
- Hacer públicos los datos de rendimiento: informar al público de los resultados obtenidos por los profesionales mediante la publicación de datos de desempeño en forma escrita o electrónica (Effective Practice and Organisation of Care (EPOC), 2015).

Intervenciones mediadas por el paciente:

- Intervenciones que utilizan la interacción con el paciente para crear cambios en la práctica profesional, ya sea por información recibida por los pacientes, comunicar alguna información a los pacientes o cualquier acción que los implique (Effective Practice and Organisation of Care (EPOC), 2015; Grol & Grimshaw, 2003; Pereira et al., 2022).

Uso de recordatorios:

- Cualquier intervención manual, informatizada o a través de personas que incitan a los profesionales a realizar ciertas acciones durante su asistencia al paciente (por ejemplo, alarmas informáticas con listas de verificación o funciones informáticas que solicitan la cumplimentación de algún ítem para poder continuar) (Effective Practice and Organisation of Care (EPOC), 2015; Grol & Grimshaw, 2003; Pereira et al., 2022).

Creación de intervenciones hechas a medida:

- Intervenciones dirigidas al cambio de prácticas clínicas que se adaptan a las barreras identificadas previamente (por ejemplo a través de entrevistas o estudios) (Effective Practice and Organisation of Care (EPOC), 2015; Pereira et al., 2022).

Cambios en la cultura organizacional:

- Cambios dirigidos a modificar los factores individuales (creencias, actitudes y conocimientos) (Effective Practice and Organisation of Care (EPOC), 2015; Grimshaw, 1999).
- Cambios dirigidos a modificar el entorno de práctica clínica como factores del entorno organizativo, económicos y comunitarios del profesional (Grimshaw, 1999; Pereira et al., 2022).
- Uso de una planificación estratégica para la implementación y el uso de PCBE (Sadeghi-Bazargani et al., 2014).

Uso de incentivos:

- Intervenciones financieras: específicas para profesionales de la salud y organizaciones sanitarias (Effective Practice and Organisation of Care (EPOC), 2015; Pereira et al., 2022).
- Otros incentivos: reconocimiento de horas laborales por realizar tareas dirigidas a la implementación de GPC.

Aumentar los recursos:

- Apoyo en la práctica clínica: disponibilidad de un profesional para dar apoyo a la práctica clínica de otros profesionales o para atender a los pacientes directamente (Effective Practice and Organisation of Care (EPOC), 2015; Pereira et al., 2022; Sadeghi-Bazargani et al., 2014).
- Apoyo en la búsqueda de la evidencia o de las recomendaciones de la guía ante una duda determinada (Sadeghi-Bazargani et al., 2014).
- Aumento de recursos materiales: intentar proveer de recursos adecuados. Si esto no es posible, se trataría de utilizar estrategias de bajo coste para la implementación y uso de la PCBE (Sadeghi-Bazargani et al., 2014).

Utilizar líderes de enfermería competentes (Kitson et al., 2021):

- Que promuevan activamente la implementación de PCBE a través de una variedad de estrategias (esfuerzos deliberados y conscientes que realizan los líderes de enfermería a través de la interacción con el equipo y de su propio comportamiento para promover, vender, explicar, enseñar y modelar la implementación de PCBE):
 - Establecer expectativas culturales, permitiendo que el personal aprenda y use la evidencia, por ejemplo, no dando todo el soporte de golpe sino explicando sólo el principio y dejando entrever que hay más información.
 - Reconocer la necesidad de identificar expertos clínicos y animando a compartir nueva información entre los compañeros.
 - Liderar con el ejemplo y convirtiéndose en modelos a seguir.
 - Generar formas de acreditar su propia competencia profesional y hacer que el equipo confíe en su criterio. Convertirse en la persona que valida la evidencia.
 - Utilizar estrategias de comunicación efectiva: ser capaces de transmitir toda la información de forma fácil y comprensible. Saber “vender” la PCBE.

- Interaccionar con el equipo y los colegas: crear relaciones positivas entre los líderes y el equipo para comprender así sus necesidades de evidencia y de cómo utilizarla.
- Utilizar vías de comunicación formales, así como informales, por ejemplo, foros, redes sociales o conversaciones informales.
- Que trabajen activamente para influenciar en el proceso de implementación de PCBE para el personal a pie de cama:
 - Involucrar al paciente y a la familia como recursos válidos para la PCBE.
 - Identificar activamente oportunidades para la mejora local utilizando estructuras organizacionales más amplias. Por ejemplo, utilizar el registro local de incidentes como herramienta de aprendizaje a partir del cual planificar intervenciones de mejora.
 - Realización de auditorías y retroalimentación como parte regular del cambio.
 - Líderes con formación continua sobre modelos y teorías de implementación de la evidencia en la práctica.
- Que integren activamente la implementación de PCBE utilizando varias estructuras organizativas:
 - Utilizar las políticas organizacionales y procedimientos para asegurar que los documentos están actualizados y basados en la evidencia. Además de que existan vías para que esa acción se mantenga, mediante las revisiones anuales.
 - Conectar el uso de la evidencia con la mejora de la calidad de la organización, la seguridad y los sistemas de acreditación internos y externos. De esta manera se incorpora una cultura basada en la implementación de PCBE.
 - Utilizar los resultados de la implementación de PCBE como interpretación en los sistemas y procesos de mejora de la calidad.
 - Tener una gama de habilidades educativas, de enseñanza y de acceso a la información para promover la PCBE en las enfermeras asistenciales.

- Integrar la implementación de PCBE con los sistemas y procesos ya existentes.
- Utilizar métodos de trabajo que permitan la implementación de PCBE, como por ejemplo utilizar sistemas que integren marcos de evidencia con educación y acreditación.

Como se ha explicado en el apartado de barreras y facilitadores, la presencia de líderes en enfermería facilita la implementación de PCBE. Serían pues los encargados de llevar a cabo todas las estrategias nombradas, de modo que, al integrarlas, pueda aumentarse el éxito de estas. Específicamente, las líderes en enfermería se encargan activamente de promover la PCBE, de influenciar el proceso de PCBE a pie de cama y de integrar la PCBE utilizando variedad de estructuras organizativas.

1.3 Teorías, modelos y marcos en la ciencia de la implementación

Las recomendaciones basadas en la evidencia derivadas de estudios con diseños metodológicos robustos mejoran los cuidados ofrecidos por las enfermeras. Sin embargo, los esfuerzos por crear nuevo conocimiento que oriente la práctica profesional se ven abocados al fracaso, por no ir acompañados de planes de implementación concretos o no estar basados en teorías sólidas y metodologías robustas, lo que provoca que se mantenga ese retraso en la implementación de las evidencias (Birken, Powell, Shea, et al., 2017; Davies, Walker, & Grimshaw, 2010; E.A. Balas & S.A. Boren, 2000; Jin et al., 2021; Medves et al., 2010; Moullin et al., 2020; D. S. Thompson et al., 2007). Los enfoques de implementación basados en ensayo y error son costosos e ineficaces y lo único que hacen es producir resultados variables en la diseminación e implementación de PCBE (Grimshaw et al., 2004). Ya en 1999, Grol y Grimshaw afirmaban que la PCBE debe complementarse con la implementación basada en la evidencia (Grol & Grimshaw, 1999).

Autores como Powell et al., hablan de la necesidad de profundizar en la investigación sobre el uso de métodos de implementación para diseñar intervenciones de cambio de conductas, como por ejemplo los que él esboza para hacer coincidir las estrategias de implementación con las barreras, como el mapeo conceptual, la construcción de modelos grupales, el análisis conjunto o el mapeo de intervenciones (Powell et al., 2017). Colquhoun et al., realizan una revisión sistemática sobre métodos aplicables para diseñar estrategias de cambio del comportamiento donde incluye 15 artículos con métodos bien definidos, concluyendo que los métodos estudiados coinciden en la realización de cuatro tareas que deben completarse al diseñar intervenciones a nivel individual: identificar barreras previamente, seleccionar componentes de intervención, el uso de la teoría para diseñar las intervenciones e involucrar a los usuarios finales (Colquhoun, Squires, Kolehmainen, Fraser, & Grimshaw, 2017). Estos métodos tienen el potencial para aumentar la rigurosidad del diseño y la adaptación de las intervenciones que vayan a desarrollarse (Powell et al., 2019). Cualquier enfoque sistemático para cambiar la práctica profesional debe incluir planes para monitorear y evaluar, y para mantener y reforzar cualquier cambio (Grimshaw, 1999). La identificación, el desarrollo y la prueba de técnicas y estrategias de implementación, que constituyen el “cómo” de los esfuerzos de implementación, son las principales prioridades para la ciencia de la implementación (Powell et al., 2019). La implementación basada en la evidencia es deseada y cada vez más valorada por los investigadores en este campo, ya que permite identificar factores complejos que influyen en el éxito de la aceptación de las GPC antes de su implementación (Grol & Grimshaw, 1999).

Consecuentemente, en los últimos años ha aumentado el interés en el uso de teorías, modelos y marcos que orienten los pasos a seguir para asegurar una implementación de PCBE exitosa.

El gran número de teorías, modelos y marcos existentes puede crear confusión para los investigadores a la hora de seleccionar la más adecuada, perpetuando la infratilización persistente, el uso superficial y el mal uso de las teorías (Moullin et al., 2020). Normalmente se utilizan una gran cantidad de criterios para seleccionar teorías, pero hay poco consenso sobre cuáles son los más importantes. Birken et al.

(2017) apuntan que la selección de teorías de implementación a menudo es aleatoria o impulsada por conveniencia o familiaridad del investigador. En su estudio identifican más de cien teorías diferentes utilizadas por investigadores en la ciencia de la implementación. Entre las más comunes encontraron el Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR), Theoretical Domains Frameworks (TDF), la Teoría de la Conducta Planificada (TCP), el Promoting Action on Research Implementation in Health Services (PARIHS) Framework.

También es muy frecuente el uso de una combinación de teorías (Birken, Powell, Presseau, et al., 2017; DiCenso et al., 2002), así como teorías desarrolladas “internamente” por los propios investigadores.

Si bien Birken et al. (2018) proponen unos criterios para ayudar a los investigadores a seleccionar una u otra teoría a través de la creación de una herramienta, los investigadores reflexionan sobre que puede que no haya una teoría más o menos idónea para un proyecto dado (Birken, Powell, Shea, et al., 2017).

Habitualmente cuando se realizan trabajos de búsqueda se tratan los términos de teoría, modelo y marco como una sola entidad (Esmail et al., 2020). Se tratan como un espectro conjunto debido a que los tres se utilizan para guiar al investigador en la transferencia de nuevo conocimiento dentro de la ciencia de la implementación. A pesar de ello, es importante destacar sus diferencias por lo que se expondrán sus definiciones (como traducción propia al español) según Nilsen (2015, 2020):

- § Una teoría puede definirse *“como un conjunto de principios analíticos o enunciados diseñados para estructurar nuestra observación, comprensión y explicación del mundo [...] Una “buena teoría” brinda una explicación clara de cómo y por qué relaciones específicas conducen a eventos específicos”*.
- § Un modelo *“normalmente implica una simplificación deliberada de un fenómeno o un aspecto específico de un fenómeno. Los modelos no necesitan ser representaciones completamente precisas de la realidad para tener valor”*.
- § Un marco *“generalmente denota una estructura, descripción general, esquema, sistema o plan que consta de varias categorías descriptivas, como*

conceptos, constructos o variables, y las relaciones entre ellos que se supone dan cuenta de un fenómeno”.

A grandes rasgos, las teorías son más explicativas de un fenómeno, incluso podrían ser predictivas o tratar de comprender los mecanismos causales de la implementación, mientras que los modelos son más descriptivos y estrictamente definidos por lo que suelen usarse para guiar los pasos de la implementación. Los marcos describen fenómenos empíricos encajándolos en un conjunto de categorías. Ni los modelos ni los marcos explican los mecanismos del cambio, sino que se utilizan más como listas de verificación de factores relevantes a varios aspectos de la implementación (Nilsen, 2015). Suelen utilizarse en diferentes momentos del proceso de implementación para guiar al investigador. Pueden utilizarse para crear el diseño o planificación del estudio, para guiar el proceso de implementación, para organizar la forma de realizar la evaluación o determinar qué influye en los resultados, incluso para interpretar su potencial a largo plazo.

Nilsen (Nilsen, 2015, 2020) realiza una revisión narrativa donde propone una taxonomía que distinga entre diferentes categorías de teorías, modelos y marcos en la ciencia de la implementación para facilitar la selección y aplicación adecuadas de los enfoques pertinentes. En la Tabla 4 se recoge la categorización de Nilsen y se seleccionan los ejemplos de teorías, marcos o modelos utilizados en esta tesis.

Como se observa en la tabla, se utilizarán la Teoría de la Acción Razonada (TAR) y la Teoría de la Conducta Planificada (TCP) como base para seleccionar estrategias que ayuden al cambio de conductas hacia una PCBE y el marco i-PARIHS como herramienta de planificación ejecutiva. Ambos se desarrollarán a continuación y su aplicabilidad se describirá en profundidad más adelante.

Tabla 4. Categorías de teorías, modelos y marcos utilizados en la ciencia de la implementación según Nilsen (2015). Elaboración propia

Categoría	Descripción	Teorías utilizadas en la presente tesis
Modelos de proceso	Descripción de los pasos (etapas, fases) en el proceso de transferencia de la investigación a la práctica, incluida la implementación y el uso de la investigación.	
Marcos determinantes	Identificación de tipos, clases o dominios de determinantes que actúan como barreras y facilitadores (variables independientes) que influyen en los resultados de la implementación (variables dependientes), y que pueden ayudar a comprender y/o explicar los resultados de la implementación.	The Promoting Action on Research Implementation in Health Services (PARIHS) Framework (Harvey & Kitson, 2016) e i-PARIHS Framework (Harvey & Kitson, 2016)
Teorías clásicas	Teorías que se originan en campos externos a la ciencia de la implementación, p. psicología, sociología y teoría organizacional, que se pueden aplicar para proporcionar comprensión y/o explicación de aspectos de la implementación	Teoría de la Acción Razonada (TAR) (Fishbein & Ajzen, 1975) y Teoría de la Conducta Planificada (TCP) (Ajzen, 1991)
Teorías de la implementación	Teorías que han sido desarrolladas por investigadores de implementación (desde cero o adaptando teorías y conceptos existentes) para proporcionar comprensión y/o explicación de aspectos de implementación.	
Marcos de evaluación	Proporcionan una estructura para evaluar los esfuerzos de la implementación y determinar el éxito de la implementación	

1.3.1 Teorías del cambio de conductas

En el ámbito hospitalario, las enfermeras llevan a cabo su labor asistencial en un entorno indiscutible de trabajo en equipo y en colaboración con otros profesionales. Los turnos rodados de mañana, tarde y noche de las enfermeras hospitalarias implican una atención continuada al paciente, que suele ser ofrecida por tres enfermeras diferentes en un mismo día. Para poder ofrecer unos cuidados de calidad, que aseguren y mantengan una continuidad, la implementación de un entorno de trabajo basado en la evidencia es necesario. Todo ello pasa por un cambio

mayor en las dinámicas de trabajo que impactarán no sólo en cada una de las enfermeras de forma individual, sino en el entorno laboral de forma integral. Pero para poder producir un cambio en el comportamiento de un individuo, primero se debe comprender por qué se comporta de una forma u otra. En el caso del cambio de comportamiento, es necesario comprender por qué las personas se involucran (o no se involucran) en el comportamiento de interés (Kok et al., 2016).

La psicología social “es la disciplina científica que busca entender la naturaleza y las causas del comportamiento y del pensamiento individuales en situaciones sociales” (Robert. A. Baron & Donn Byrne, 2004). Se centra en comprender los factores que modelan dichas conductas, entre los que se encuentran: la presencia de otras personas y sus acciones específicas, los procesos cognitivos, el entorno físico y el aspecto de éste, la cultura y los factores biológicos y genéticos. En esta rama de la psicología, la confirmación de teorías explicativas del comportamiento y pensamiento humano es una parte muy importante. Entre ellas destacan las siguientes (Durán García & Lara Losada, 2001):

- Teorías motivacionales. Una aproximación general se centra en las necesidades o motivos propios de los individuos.
- Teorías del aprendizaje. La idea principal es que la conducta actual de una persona está determinada por su experiencia previa.
- Teorías cognoscitivas. Plantean que la conducta de una persona depende de cómo percibe la situación social.
- Teorías de toma de decisiones. Asume que la gente está motivada para obtener recompensas y evitar costos.
- Teorías de la interdependencia. La consecuencia que una persona recibe depende al menos en parte de la conducta de otra persona y viceversa.
- Perspectivas socio culturales. Los contextos sociales diversos de la gente influyen en sus pensamientos, sentimientos y conductas.

Comprender la conducta humana ha sido útil a lo largo de la historia en infinidad de situaciones. Con el paso del tiempo, se ha demostrado la utilidad de combinar e integrar ideas provenientes de diferentes teorías. En el año 1943, por ejemplo, Lewin estudió distintas formas de convencer a las personas para que consumiesen alimentos menos preferidos, pero más disponibles durante la guerra. Sus trabajos se convirtieron en los fundamentos del cambio de actitudes, la persuasión y la psicología política (Durán García & Lara Losada, 2001). Dentro de las teorías de la psicología social aplicada se encuentran las de la influencia social. Entre las teorías de la persuasión, destaca la “Teoría de la Acción Razonada” (TAR) desarrollada por Fishbein y Ajzen (1975), extendida posteriormente a la “Teoría de la Conducta Planificada” (TCP) de Ajzen (1985, 1987).

Estas teorías ayudarán a comprender por qué las personas, y en este caso las enfermeras, llevan a cabo su práctica habitual de la forma en que lo hacen, para identificar así las intervenciones y/o estrategias que serán útiles en el cambio de conductas desde una práctica clínica habitual hasta prácticas clínicas basadas en evidencias, como las recomendadas por las GPC.

1.3.1.1 La Teoría de la Acción Razonada (TAR)

La TAR de Fishbein y Ajzen (1975), surgida dentro del ámbito de la Psicología Social, ha sido clasificada como una teoría destacada de la persuasión, como uno de los modelos relevantes del comportamiento saludable y como parte muy importante de la Psicología Social Aplicada de la Salud (Durán García & Lara Losada, 2001; Rodríguez-Marín, 1995).

Fishbein y Ajzen tratan de explicar los comportamientos de interés para la vida científico-social. Quieren demostrar que es posible explicar el comportamiento (de diversos tipos) mediante un número relativamente pequeño de conceptos englobados dentro de un mismo marco teórico. Defienden que el comportamiento humano no está controlado por motivos inconscientes, deseos todopoderosos, caprichos o falta de pensamiento. El supuesto básico de la TAR es que los seres humanos son habitualmente racionales y hacen un uso sistemático de la información

de la que disponen, considerando las implicaciones de sus acciones antes de decidir si llevarlas a cabo, o no (Fishbein & Ajzen, 1980).

Según esta teoría, las personas llevan a cabo acciones si las consideran razonables (en función de sus creencias y de la información que posean) y teniendo en cuenta las consecuencias de dichas acciones. Este supuesto no implica que el razonamiento sea necesariamente lógico. Por tanto, la teoría propone que el determinante fundamental de la conducta sean las intenciones que la persona tiene (o no) de realizar una acción. Por tanto, los comportamientos no son difíciles de predecir, ya que suelen ser acordes a las intenciones de cada persona, salvo imprevistos. Sin embargo, es evidente que con el paso del tiempo pueden cambiar las intenciones; cuanto más largo sea el intervalo de tiempo, mayor será la probabilidad de que eventos imprevistos produzcan cambios en las intenciones.

Esta teoría explica, en su forma original simplificada (Ajzen & Fishbein, 1973), que los determinantes principales de las intenciones de una persona para llevar a cabo una acción dada son fundamentalmente dos. El primero, de carácter personal, es denominado “actitud hacia la conducta” y hace referencia a la evaluación positiva o negativa de la persona de llevar a cabo una acción (Ajzen y Fishbein utilizan un concepto monofactorial de la actitud). El segundo factor, de carácter social, se denomina “norma subjetiva”, y hace referencia a la creencia de la persona de que existen presiones sociales que se ejercen sobre ella para que realice o no, la acción. Dichas presiones son percibidas, por ello son llamadas “subjetivas”. Se supone que la persona intentará hacer algo cuando crea que otras personas importantes para ella piensen que debería hacerlo. Estos determinantes tienen un peso relativo, ya que para algunas intenciones las consideraciones actitudinales pueden ser más importantes que las normativas, o a la inversa. El determinante que tiene más peso en un momento dado dependerá de la intención que se esté estudiando y de la persona en cuestión. Fishbein y Ajzen afirman que la relación Actitud-Conducta puede representarse a través de una ecuación de regresión múltiple donde los dos predictores son la actitud hacia el acto y la norma subjetiva.

Sin embargo, Fishbein y Ajzen no se conformaron con poder predecir una conducta individual, sino que además querían comprenderla y para ello propusieron dos etapas operacionales sucesivas: una centrada en la predicción de la conducta, que puede ser útil en muchas situaciones para tomar decisiones prácticas, y la otra en su comprensión. En la segunda etapa, la de comprensión, pretenden explicar por qué las personas adoptan ciertas actitudes y normas subjetivas. Es para dar respuesta a esta pregunta que se amplía la teoría simplificada, incluyendo el principio de que tanto las actitudes como las normas subjetivas son una función de una serie de creencias. Es aquí donde nace la TAR, cuyo modelo conceptual puede observarse en la Figura 3.

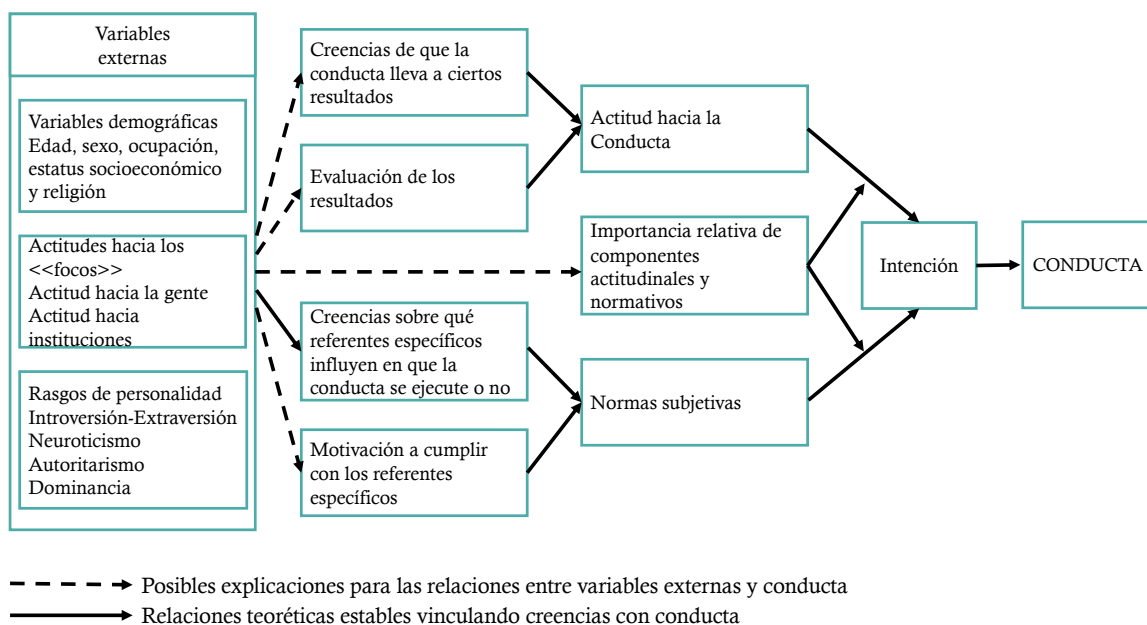


Figura 3. Modelo completo de la “Teoría de la Acción Razonada” de Fishbein y Ajzen.

Elaboración propia, traducido y adaptado de Ajzen & Fishbein, 1980, p.84

Según la TAR existen dos tipos de creencias que subyacen a las actitudes y a las normas subjetivas. Las actitudes son función de lo que ellos llaman “creencias comportamentales” o “creencias sobre resultados del comportamiento”. Si una persona cree que realizar una conducta dada lo conducirá muy probablemente a unos resultados determinados y si, además, los juzga como positivos, tendrá una actitud favorable hacia la ejecución de esa acción. Las actitudes, por tanto, son función de estas creencias comportamentales y de la valoración de tales resultados. Las normas

subjetivas, por otro lado, son función de otro tipo de creencias denominadas por los autores “creencias normativas”. Éstas hacen referencia a la creencia que una persona tiene de que otras personas importantes para ella piensan que debería (o no) realizar una determinada acción. Una persona sentirá presión social para actuar de una determinada forma al creer que personas importantes para ella, con las que se siente motivado a cumplir, consideran que debería hacerlo así. Aunque para predecir o comprender la norma subjetiva de una persona no es suficiente con conocer sus creencias normativas. Se debe valorar también su motivación para cumplir con cada uno de tales referentes específicamente. La norma subjetiva de una persona puede predecirse a partir del índice que se obtiene al multiplicar las creencias normativas por las correspondientes motivaciones para cumplir con ellas y la suma posterior de los productos. Tomando en cuenta la motivación para cumplir, se tiene la seguridad de que los referentes importantes son proporcionalmente sopesados en la predicción de la norma subjetiva (Fishbein & Ajzen, 1980).

Aunque la inclusión de estos dos nuevos componentes enriquece la TAR, Fishbein y Ajzen sugieren una tercera variable, que no constituye parte integral de la teoría, a la que denominan “otras variables externas”, al considerar que pueden formar parte de un sistema ampliado dentro de su teoría. Aclaran que estas variables sólo afectan a la conducta manifiesta indirectamente a través de las variables predictoras y, en especial, a través de las creencias. Estos factores son tales como las actitudes hacia objetivos, las características de personalidad, las variables sociodemográficas (sexo, clase social, edad), el papel social, el estatus, la inteligencia, etc. Tales variables externas pueden, sin duda, influir en la conducta, pero no hay una relación necesaria entre una variable externa dada y la conducta.

1.3.1.2 La Teoría de la Conducta Planificada (TCP)

La TCP de Ajzen (1985; Ajzen & Madden, 1986), es una extensión de la TAR que surge para completarla y así combatir las limitaciones identificadas en ella. Ha sido y es uno de los modelos más probados de los factores que influyen en comportamientos relacionados con la salud y con muchos otros tipos de comportamiento. La capacidad de la teoría para predecir intenciones y comportamientos en una variedad de dominios conductuales está respaldada por

varios metaanálisis (Steinmetz, Knappstein, Ajzen, Schmidt, & Kabst, 2016). Su capacidad predictiva se debe en parte al hecho de que las pautas sobre cómo medir, analizar y desarrollar intervenciones utilizando la teoría, están claramente definidas (McEachan, Conner, Taylor, & Lawton, 2011). Un metaanálisis en tres niveles realizado en 2016 confirma la efectividad de dichas intervenciones para conseguir un cambio de conductas independientemente del dominio en el que se aplique (Steinmetz et al., 2016).

Como se ha explicado en el apartado anterior, según la TAR las actitudes que tiene la persona hacia un comportamiento determinado ejercen su impacto sobre dicho comportamiento a través de las intenciones. Al sugerir que la conducta está bajo el control de la intención exclusivamente, la TAR se limita a comportamientos volitivos. Los comportamientos que requieren habilidades, recursos u oportunidades que no están disponibles de forma libre para la persona, no son considerados dentro del dominio de aplicabilidad de la teoría, o tienen una baja probabilidad de ser predichos siguiendo la TAR. La TCP quiere dar solución a esta cuestión y predecir también los comportamientos no volitivos. Trata de entender el comportamiento cuando las personas no pueden ejercer un control total sobre los factores internos y externos que permitan participar en un comportamiento determinado (Ajzen, 1985, 1991; Fishbein & Ajzen, 1980). Para ello se añade a la teoría un tercer factor predictor de las intenciones conductuales, al que se denomina “control conductual percibido”. Este concepto hace referencia a la percepción del individuo de la medida en que el cumplimiento de la conducta es tan fácil o difícil (Ajzen, 1991; Ajzen & Madden, 1986), es decir, la percepción que tiene el individuo acerca del grado de dificultad que tiene el cumplimiento de una conducta determinada.

Según la TCP el control conductual percibido está determinado, así como los otros dos factores predictores, por una creencia llamada “creencia de control percibida” y que, a su vez, está relacionada con la presencia o ausencia de facilitadores o barreras para llevar a cabo el comportamiento en sí, ponderado además por el poder que se percibe que cada factor o barrera tiene para facilitar o inhibir el comportamiento. Estos elementos incluyen una serie de factores de control internos (información, deficiencias personales, destrezas, habilidades, emociones,

etc.) y factores de control externos (oportunidades, dependencia de otras personas, barreras, etc.). Las personas que perciben que tienen acceso a los recursos necesarios o que existen oportunidades (o ausencia de obstáculos) para llevar a cabo el comportamiento (es decir, que tienen fuertes creencias de control sobre los factores facilitadores), tendrán altas probabilidades de tener un elevado grado de control conductual percibido, que se traducirá en un aumento de la intención de realizar el comportamiento (Ajzen, 1991).

La consideración de la percepción de control sobre una conducta extiende la probabilidad de predecir comportamientos más complejos, que van más allá de la voluntariedad o del fácil cumplimiento de una acción. Con la TCP pueden predecirse aquellos comportamientos cuyas metas son más complicadas o aquellos que dependen, a su vez, de la realización de una compleja serie de otros comportamientos (por ejemplo, el hecho de perder peso o de sacar buenas notas). Es por eso que, como explican Montano & Kasprzyk (2008), la TAR tiene éxito al explicar el comportamiento cuando el control volitivo es alto o cuando la probabilidad de éxito percibida y el control real entorno al objetivo conductual está en su máximo nivel. Cuando esto ocurre al contrario y el control volitivo es bajo, o cuando la posibilidad de fracaso sobresale y el control real es limitado, la TCP será más apropiada.

De las intenciones se espera el poder predecir el intento de una persona de llevar a cabo una conducta, aunque no se puede predecir su desempeño real. Por lo tanto, para predecir el comportamiento, no sólo es importante predecir sus intenciones, sino también obtener la estimación de la medida en la que los individuos son aptos para ejercer el control sobre el comportamiento en cuestión. Asimismo, se ha demostrado que existe más probabilidad de comprometerse con un (atractivo/deseoso) comportamiento cuando se tiene control sobre él y se sugiere que se impide llevar a cabo comportamientos sobre los que no se tiene ningún control. También se sugiere que si las intenciones se mantienen constantes, la probabilidad de realizar un comportamiento será directamente proporcional al control conductual percibido (Ajzen, 1985).

Se puede resumir entonces, que la TCP se basa en la predicción y explicación de la conducta al interrelacionarla con las intenciones. Los factores predictores de las intenciones son tres: las actitudes, las normas subjetivas y el control conductual percibido. Asimismo, bajo estos tres determinantes subyacen una serie de creencias que son, respectivamente, las creencias comportamentales o creencias sobre resultados del comportamiento, las creencias normativas y las creencias de control. Con todo ello, una persona tratará de realizar un comportamiento si cree que las ventajas del éxito (ponderadas por la probabilidad de éxito) superan las desventajas del fracaso (ponderadas por la probabilidad de fracaso), y si cree que los referentes con los que está motivada a cumplir piensan que debería intentar realizar la conducta. Tendrá éxito en su intento si tiene, además del propio esfuerzo, suficiente control sobre los factores internos y externos que también influyen en el logro de la meta conductual.

La Figura 4 muestra las variables que componen ambas teorías. Las variables que figuran en los cuadros con un fondo blanco son las que forman parte de la TAR únicamente, mientras que el conjunto de la imagen (los cuadros con fondo blanco y los cuadros con fondo turquesa) representan la TCP.

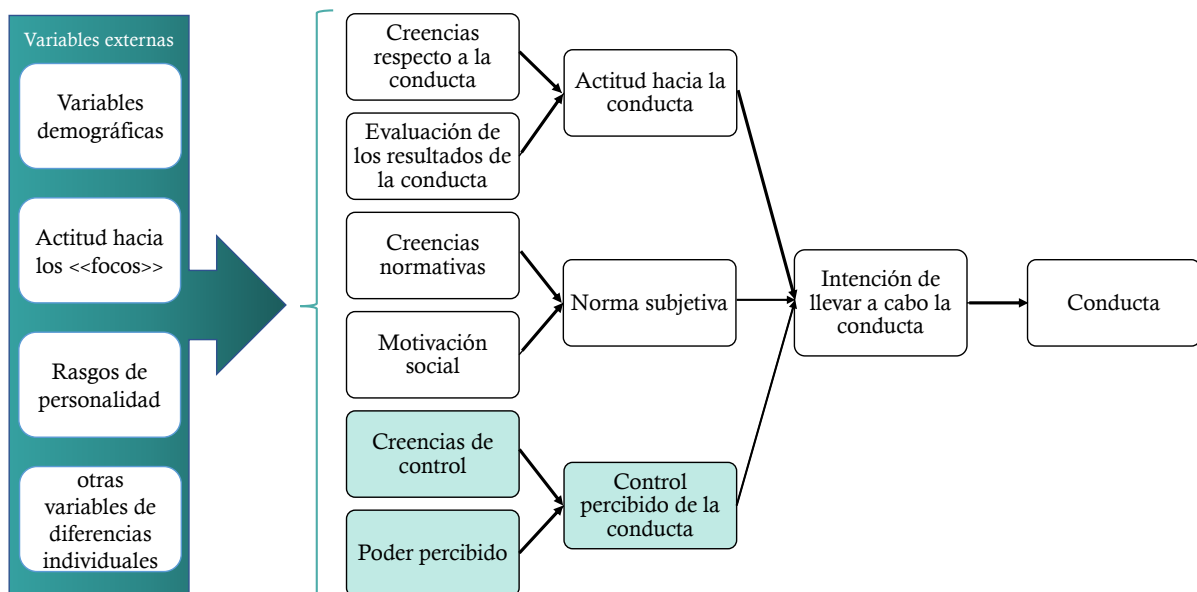


Figura 4. Teoría de la acción razonada y teoría de la conducta planificada. Elaboración propia, adaptado de Montañó & Kasprzyk, 2008

1.3.1.3 *Intervenciones para implementar PCBE a partir de las teorías del cambio de conductas*

Uno de los aspectos críticos de la transferencia del conocimiento es que requiere que los profesionales de la salud cambien su práctica clínica (Grimshaw et al., 2012). Un enfoque basado en el uso de teorías es recomendable para abordar el estudio del comportamiento de los profesionales de la salud (Davies et al., 2010; Grol, Bosch, Hulscher, Eccles, & Wensing, 2007). Tanto la TAR como la TCP han sido ampliamente utilizadas en la ciencia de la implementación para estudiar los determinantes del cambio de comportamiento clínico (Nilsen, 2015). Una revisión sistemática realizada por Godin et al. (2008) revela que la teoría más utilizada para explicar los comportamientos e intenciones de los profesionales de la salud es la TAR o su extensión, la TCP. La TCP es un marco útil para diseñar intervenciones de cambio de comportamiento y para explicar los mecanismos por los cuales se espera que las intervenciones ejerzan sus efectos sobre el comportamiento (Steinmetz et al., 2016). Estas teorías han sido aplicadas con éxito en estudios que incluyen a diferentes profesionales de la salud y en concreto para comprender los determinantes comportamentales sobre PCBE como el uso de GPC (Foy et al., 2007; Francis et al., 2009; Godin et al., 2008; Klačic, McDermott, & Haines, 2019; Kortteisto, Kaila, Komulainen, Mäntyranta, & Rissanen, 2010; Rashidian & Russell, 2011). Además, han demostrado ser eficaces para cambiar uno o más determinantes del comportamiento de los miembros de un grupo como, por ejemplo, mejorar la higiene de manos en el personal sanitario, disminuir el uso de pautas antibióticas o en el manejo de personas con alzhéimer (Foy et al., 2007; Hrisos et al., 2008; Kok et al., 2016).

La TAR y la TCP proporcionan un marco para identificar creencias clave de comportamiento, normativas y de control que afectan los comportamientos. Luego, pueden diseñarse intervenciones para apuntar y cambiar estas creencias o el valor que se les asigna, afectando así la actitud, la norma subjetiva o el control conductual percibido y provocando cambios en las intenciones y los comportamientos (Montaño & Kasprzyk, 2008). La investigadora Susane Michie, en un simposio titulado “*improving the application of theories of behavior change to the development of interventions*”, organizado por la UK Society for Behavioural Medicine, en el año 2014 (Michie,

West, Sheals, Carey, & Connell, 2014), ilustró las relaciones de influencia entre las diferentes variables de la TCP, de modo que éstas podían ser bidireccionales, como puede observarse en la Figura 5.

La TCP habla de las intenciones como elemento necesario para la acción. Para tener una elevada intención de trabajar en base a PCBE, deben tenerse en cuenta un número de factores elevados, la voluntad de la enfermera para llevar a cabo este tipo de prácticas no será suficiente. Tener una actitud positiva hacia la PCBE y creer que el equipo del cual forma parte y que es importante para ella espera que su práctica se base en las últimas evidencias, son dos factores imprescindibles para motivar un cambio en sus intenciones, que probablemente se traducirán en acciones. Las actitudes y percepciones son los factores que funcionan como barreras o facilitadores identificados con mayor frecuencia cuando se habla del uso de GPC por parte de las enfermeras (Jun et al., 2016). En general las enfermeras expresan actitudes positivas, deseos y voluntad de participar en sesiones educativas sobre GPC y aumentar su uso en la práctica clínica (González-Torrente et al., 2012; Sapri, Ng, Wu, & Klainin-Yobas, 2022).

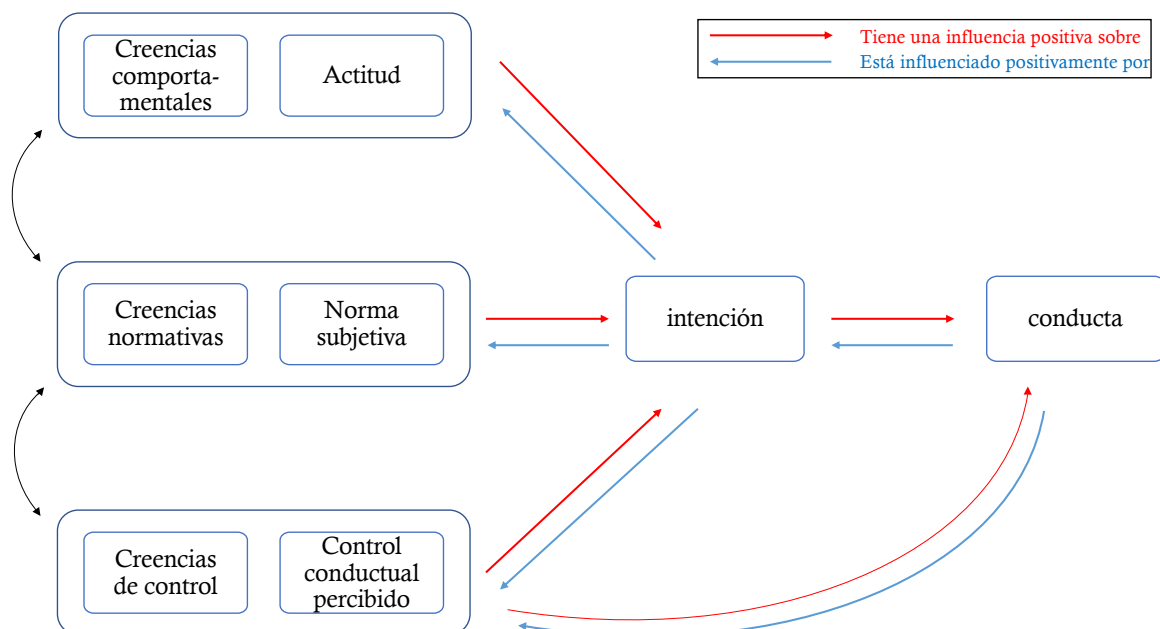


Figura 5. Relaciones de influencia entre las variables de la TCP. Elaboración propia, traducido y adaptado de Michie et al., 2014

Según la teoría, es posible tener una influencia sobre las intenciones y el comportamiento a través del diseño de intervenciones que tengan un efecto significativo en uno o más de los factores determinantes, es decir, las actitudes hacia la conducta, las normas subjetivas y el control conductual percibido (Montaño & Kasprzyk, 2008). Algunos estudios hablan sobre la norma subjetiva como mayor determinante de las intenciones para integrar los resultados de investigación en la práctica clínica (Côté, Gagnon, Houme, Abdeljelil, & Gagnon, 2012; Klačic et al., 2019; Kortteisto et al., 2010). Côté et al. (2012), explican que las probabilidades aumentan cuanto más sienten la obligación moral de integrar los resultados de la investigación en la atención que brindan a sus pacientes, cuanto más creen que las personas que los rodean aprobarían sus acciones y si perciben que tienen un alto grado de control sobre la integración de los resultados de la investigación en la toma de decisiones clínicas. Godin et al. (2008) observan diferencias en el poder predictivo de la teoría en diferentes profesionales sanitarios y creen que podría ser por la naturaleza de la conducta a realizar o del contexto de práctica, por lo que demandan que se realice más investigación sobre la importancia del contexto. Posteriormente, otros estudios como el de Klačic et al. (2019) remarcan la importancia del contexto de práctica como fuerte modulador de la norma subjetiva o del control conductual percibido, pues los profesionales de la salud sienten frecuentemente que su esfuerzo por realizar PCBE no es reconocido por la organización. Los factores contextuales, incluidas las políticas institucionales, protocolos e indicadores clave de desempeño, pueden influir en las intenciones debido a su efecto sobre el control conductual percibido por el individuo (Ajzen, 2011). Las intervenciones dirigidas a mejorar la aceptación de la PCBE en los profesionales de la salud deben enfocarse en el contexto organizacional junto con las habilidades y el conocimiento (Klačic et al., 2019).

La teoría explica cómo funciona el mecanismo de acción y, por lo tanto, testifica por qué puede esperarse un vínculo causal entre la aplicación del método de cambio de conductas y el cambio de comportamiento hacia una PCBE. La investigación relacionada con estos métodos basados en las teorías casi siempre estudia la forma de influir en determinantes genéricos de las mismas, como serían la actitud hacia la conducta o la norma subjetiva. Casi nunca se refieren a métodos para influir directamente en el comportamiento. Estas intervenciones siempre tendrán lugar en poblaciones y entornos concretos. Deben contener mensajes específicos que

se dirijan a creencias seleccionadas dentro de los determinantes de interés, y requieran una traducción específica a aplicaciones prácticas para lograr un ajuste óptimo (Kok et al., 2016), en este caso, dirigidas a enfermeras que trabajen en un entorno hospitalario.

Existen taxonomías de intervenciones de cambio de conductas basadas en diferentes teorías. Un ejemplo es el extenso trabajo de Michie et al. (2013) donde, a través del método Delphi, reúnen un listado de noventa y tres intervenciones basadas en teorías del cambio de conductas agrupadas en dieciséis grupos de intervenciones (sin especificar las teorías de las que provienen): metas y planificación, retroalimentación y monitoreo, apoyo social, formación para obtener el conocimiento, consecuencias naturales, comparación de conductas, asociaciones, repetición y sustitución, comparación de resultados, recompensa y amenaza, regulación, antecedentes, identidad, consecuencias programadas, autoconfianza y aprendizaje encubierto. Sin embargo, Kok et al. (2016) explican que aunque estas taxonomías, como las de Michie et al. (2013), contienen métodos (técnicas) efectivos para el cambio de comportamiento, también contienen métodos ineficaces e incluso algunos que pueden ser contraproducentes. Explican que son buenos para codificar intervenciones, pero no como base para desarrollarlas. Kok et al. (2016) consecuentemente, proponen una taxonomía de mapeo de intervenciones donde especifican los métodos, su definición y los parámetros a los que atender. Incluyen además la referencia a una fundamentación teórica original, donde incluyen la TAR y la TCP como base de algunos métodos de cambio de conductas (Tabla 5).

La traducción de métodos en aplicaciones prácticas exige una comprensión suficiente de la teoría detrás del método, especialmente los parámetros teóricos bajo los cuales el proceso teórico es efectivo o no. Los autores explican que, para poder diseñar intervenciones basadas en esta metodología de cambio de conductas, se asume que el investigador ha identificado qué comportamiento cambiar y de quién es este comportamiento, es decir, de un individuo de la población objetivo o de un agente ambiental. También supone que se han identificado los determinantes relevantes y las creencias subyacentes (Kok et al., 2016).

Tabla 5. Métodos fundamentados en la TAR y la TCP según Kok et al., 2016

Método	Definición	Parámetros
Selección de creencias	Usar mensajes diseñados para fortalecer creencias positivas, debilitar creencias negativas e introducir nuevas creencias	Se requiere investigar las creencias actitudinales, normativas y de eficacia actuales del individuo antes de elegir las creencias sobre las que intervenir
Arrepentimiento anticipado	Estimular a las personas para que se centren en sus sentimientos tras un comportamiento de riesgo no deseado, antes de cualquier pérdida	Estimulación de la imaginación; asume una intención positiva de evitar la conducta de riesgo
Información sobre la aprobación de otros	Proveer información sobre lo que los otros piensan sobre el comportamiento de la persona y si los otros aprobarán o desaprobarán cualquier cambio en el comportamiento propuesto	Las expectativas positivas están disponibles en el entorno
Resistencia a la presión social	Estimular el desarrollo de habilidades para resistir la presión social	Compromiso con la intención anterior; relacionar el comportamiento previsto con los valores; inoculación psicológica contra la presión
Cambio de enfoque	Promover la ocultación del comportamiento impopular o desviar la atención del comportamiento	Preferiblemente, cambie el enfoque a una nueva razón para realizar el comportamiento

Steinmetz et al., en 2016 realizan una revisión sistemática para saber si las intervenciones de cambio de conductas basadas en la TCP son efectivas. Estudian su aplicación en ocho dominios diferentes (alcohol y drogas, adherencia al tratamiento médico, higiene de manos, nutrición, actividad física, comportamiento sexual, tráfico y comportamiento laboral y escolar), concluyendo que son muy efectivas y que los resultados de su estudio son generalizables a cualquier otro tipo de conducta, más allá de las estudiadas en su revisión (Steinmetz et al., 2016).

Posteriormente, Carey et al. (Carey et al., 2019), realizan otro listado de intervenciones basadas en teorías de cambio del comportamiento, a partir de la taxonomía de Michie et al. (Michie et al., 2013), y las relacionan con el mecanismo de acción a través del cual ocurre el cambio de comportamiento. Para ello utilizan los veintiséis mecanismos de acción identificados por la Theoretical Domains Framework (Cane, O'Connor, & Michie, 2012).

Según la revisión sistemática sobre la efectividad de las intervenciones basadas en la TCP realizada por Steinmetz et al., (2016), de las ciento veintitrés intervenciones identificadas, las más utilizadas son las siguientes, se indica su frecuencia de aparición entre paréntesis: información (47), aumento de habilidades (43), persuasión (38), planificación (33), estímulo social (20), establecimiento de metas (19), motivación (18), autoseguimiento (12), incentivo económico (7), modelado/demostración (6), ensayo de habilidades (5), prevención de recaídas (2), referencia/derivación (2). Algunos estudios utilizaron una única intervención, pero la mayoría utilizaba una combinación de ellas. Contradiendo estudios previos, los autores de esta revisión sistemática concluyen que un enfoque en el método correcto es generalmente más importante que usar múltiples métodos. También revelan que las intervenciones centradas en grupos tuvieron más éxito que las centradas en individuos, y las intervenciones públicas fueron más eficaces que las intervenciones privadas (Steinmetz et al., 2016).

Según la TCP, para poder aumentar la PCBE de las enfermeras en el ámbito hospitalario se deben utilizar estrategias individuales con cada una de ellas, sin perder de vista cómo va funcionando y evolucionando el pensamiento del equipo. El cambio del comportamiento grupal es otro factor importante que se debe considerar en el proceso de implementación de GPC (Pereira et al., 2022). Para diseñar estrategias que aumenten el uso de GPC, se podrán tener en cuenta las recomendaciones desarrolladas en el apartado de estrategias de esta tesis (apartado 1.2.3). La TCP, sin embargo, será útil para poder seleccionar las mejores estrategias según los factores predictores de la conducta identificados y poder aumentar las probabilidades de que las enfermeras tengan intención de aplicar la PCBE, mantenidas en el tiempo (Ajzen, 1991).

Al utilizar la TCP como marco teórico se buscará seleccionar las intervenciones dirigidas a cambiar las creencias conductuales, normativas y/o de control y, para motivar la realización de la conducta (Steinmetz et al., 2016). En el caso de seleccionar intervenciones para aumentar el uso de GPC, una intervención exitosa podría aumentar las creencias sobre los resultados positivos de aplicar las recomendaciones basadas en las GPC, disminuir las creencias sobre los resultados

negativos, aumentar la percepción de que los compañeros o el equipo de supervisión aprueban el comportamiento, aumentar las habilidades o el conocimiento para implementar las GPC y disminuir las barreras reales o generar facilitadores reales.

1.3.1.4 Intervenciones complejas

En el año 2000, el Medical Research Council en Reino Unido publicó una guía sobre cómo investigar intervenciones en salud que pueden ser consideradas como complejas (Campbell et al., 2000). Esta guía fue muy acogida por la sociedad científica y ha tenido diferentes actualizaciones (Craig et al., 2008; Skivington et al., 2021).

Las intervenciones complejas hacen referencia a aquellas que están compuestas por varias partes interconectadas, como por ejemplo intervenciones grupales (como psicoterapias grupales de estrategias de cambio de comportamiento, o intervenciones en escuelas), intervenciones comunitarias (como las intervenciones basadas en programas comunitarios para mejorar la salud) o intervenciones dirigidas a la conducta de profesionales de la salud (como estrategias de implementación de GPC). Se consideran complejas por las propiedades mismas de la intervención, como el número de componentes, el rango de conductas objetivo, el nivel de experiencia y habilidades requeridas por el que se llevará a cabo la investigación, etc. pero sobre todo por el nivel de flexibilidad que se permita a la intervención (Skivington et al., 2021). De hecho, sin ese nivel de flexibilidad o capacidad de adaptación de la propia intervención en pro del objetivo planteado del estudio, los resultados podrían verse mermados.

Partiendo de la premisa de que los ECA son la metodología más confiable para determinar la efectividad de una intervención, explican que estos métodos suelen evaluar intervenciones sencillas, como el efecto de un fármaco nuevo. Sin embargo, cuando se trata de intervenciones complejas tal vez los ECA no sean siempre la opción más adecuada y deba buscarse otra metodología que permita una evaluación igualmente rigurosa. Los autores de este marco proponen un enfoque por etapas para el desarrollo y la evaluación de intervenciones complejas que permita ayudar a los investigadores a definir claramente dónde se encuentran en el proceso

de investigación. El enfoque por etapas puede ser secuencial, como ocurre en las fases de desarrollo de un fármaco (Figura 6) o bien más iterativo (Figura 7). Las fases de la intervención pueden ser lineales, saltar de una a otra o repetirse.

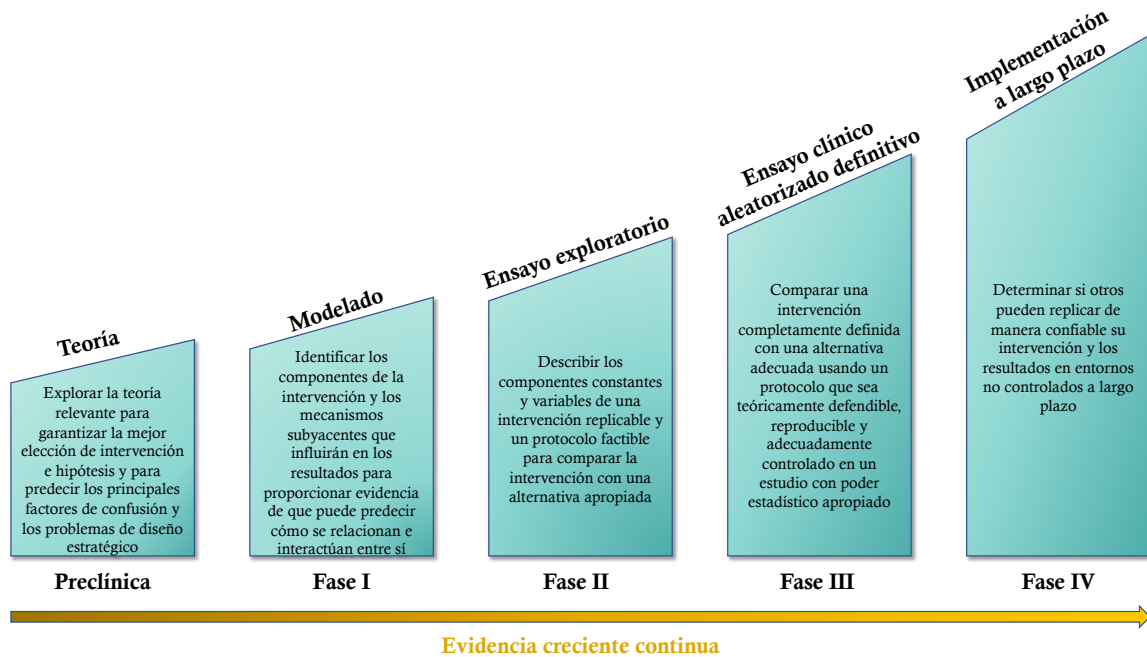


Figura 6. Fases secuenciales del desarrollo de ensayos controlados aleatorios de intervenciones complejas. Imagen traducida y adaptada de Campbell et al., 2000

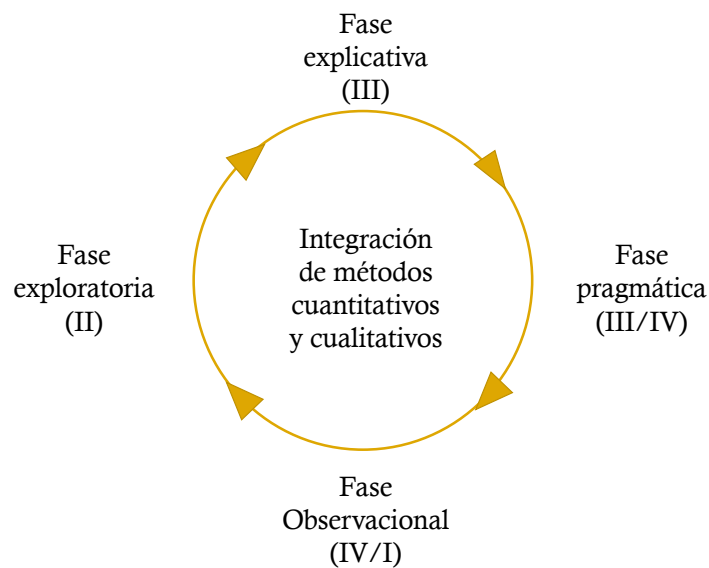


Figura 7. Vista iterativa de un ECA de intervenciones complejas. Elaboración propia, traducida y adaptada de Campbell et al., 2000

Este tipo de diseños a través de intervenciones complejas son cada vez más importantes en las ciencias de la salud debido al impulso de brindar la atención más rentable. El uso de metodologías mixtas para aprovechar al máximo el enfoque iterativo debería conducir a un mejor diseño, ejecución y generalización de los resultados del estudio (Campbell et al., 2000).

1.3.2 Marco de implementación de PCBE en ciencias de la salud

El marco PARIHS (Promoting Action on Research Implementation in Health Services) (Kitson, Harvey, & McCormack, 1998) surge como una propuesta para tratar de explicar los elementos principales que preceden a la implementación exitosa de la investigación en la práctica. Surge tras varios estudios con profesionales de la salud, en su mayoría enfermeras y en un contexto hospitalario (Bergström et al., 2020; Camargo et al., 2017). Se ha utilizado el marco PARIHS de diferentes formas: en la planificación y ejecución de una intervención para mejorar la PCBE, en el análisis de datos, en la evaluación de los hallazgos del estudio, etc. Actualmente es uno de los marcos más utilizados (Birken, Powell, Shea, et al., 2017; Helfrich et al., 2010; Nilsen, 2015).

Como se ha comentado anteriormente, de las cinco categorías que establece Nilsen sobre teorías, modelos y marcos, el marco PARIHS se encontraría dentro de la categoría de “Marcos Determinantes”. Su objetivo principal es la “implementación exitosa”, describiendo clases generales de determinantes que supuestamente influyen en los resultados de la implementación como, por ejemplo, el cambio de comportamiento de los profesionales de la salud o la adherencia a una GPC. A diferencia de las teorías del comportamiento, este tipo de marcos no abordan los mecanismos de acción a través de los cuales se produce el cambio, por lo que no deben ser considerados teorías (Nilsen, 2015), aunque según explica Rycroft-Malone, será determinado a través de más investigación y desarrollo hasta poder ser considerado como tal (Rycroft-Malone & Bucknall, 2010). El conocimiento de estos determinantes también puede ayudar al diseño y ejecución de estrategias de implementación, así como a su evaluación. El marco PARIHS ha ido refinándose con el tiempo y su desarrollo lo ha convertido en un marco robusto y sistemático, con un buen constructo y validez aparente (Rycroft-Malone & Bucknall, 2010).

1.3.2.1 *El marco PARIHS*

Kitson et al., autores del marco PARIHS, explican que la implementación exitosa de la investigación en la práctica es una función de la interacción de tres elementos centrales: el nivel y la naturaleza de la evidencia, el contexto o entorno donde el cambio será implementado y los mecanismos por los que el proceso de cambio será facilitado (Kitson et al., 1998; Rycroft-Malone et al., 2002). Lo representan a través de la siguiente ecuación:

$$IE = f(E, C, F)$$

Donde IE=implementación exitosa, E=evidencia, C=contexto, F=facilitación, y f=función de.

Para aplicar el marco sugieren que los tres elementos deben tratarse con la misma importancia y no de forma jerárquica o como causa-efecto uno del otro. Cada dimensión debe considerarse simultáneamente. Será necesario comprender la definición de cada uno de los elementos. A continuación, se definirá cada uno de los conceptos según su fórmula inicial (Kitson et al., 1998) y teniendo en cuenta la evolución que ha experimentado cada dimensión: la evidencia (Rycroft-Malone et al., 2004), el contexto (McCormack et al., 2002) y la facilitación (Harvey et al., 2002).

El marco entiende como “evidencia” la combinación del conocimiento que proviene de cuatro tipos diferentes de evidencia, denominadas según su fuente: la investigación, la experiencia clínica, la experiencia de los pacientes o cuidadores y la información del contexto local (Kitson et al., 1998; Rycroft-Malone et al., 2004). Dentro de estos cuatro subelementos entienden que pueden darse una gran variedad de situaciones. El nivel de la investigación puede ir desde una evidencia anecdótica o una información descriptiva hasta estudios más elaborados y serios como una revisión sistemática, un ECA o una GPC. La experiencia clínica puede ir desde una falta de consenso entre los profesionales hasta altos niveles de consenso y puntos de vista consistentes. Las experiencias del paciente o del cuidador pueden ir desde las que no se tienen en cuenta hasta las que involucran al paciente o al cuidador en todo el proceso. Por último, los profesionales pueden recurrir a consultar información del

contexto del cuidado como, por ejemplo, datos de auditoría y rendimiento, relatos e historias de pacientes, redes sociales y profesionales, información de retroalimentación 360², políticas de la organización o nacionales, etc. Este tipo de información se puede categorizar como no válida como evidencia, ya sea por una falta de sistematización en su recogida o durante su análisis, hasta ser considerada de elevada evidencia siempre que haya sido recogida de forma sistemática y rigurosa (Rycroft-Malone et al., 2004).

EVIDENCIA

Investigación	Baja	Alta
	<ul style="list-style-type: none"> Evidencia anecdótica Información descriptiva 	<ul style="list-style-type: none"> ECA Revisión sistemática Guías de práctica clínica
Experiencia clínica	Baja	Alta
	<ul style="list-style-type: none"> Falta de consenso entre los profesionales Diferentes opciones 	<ul style="list-style-type: none"> Altos niveles de consenso Puntos de vista consistentes
Preferencias del paciente	Baja	Alta
	<ul style="list-style-type: none"> No se tienen en cuenta 	<ul style="list-style-type: none"> Involucran al paciente en todo el proceso
Información del contexto local	Baja	Alta
	<ul style="list-style-type: none"> Información no sistemática 	<ul style="list-style-type: none"> Información sistemática y rigurosa

Figura 8. Condiciones para la evidencia. Elaboración propia, traducido y adaptado de A. Kitson et al., 1998

² La evaluación 360° es una herramienta que sirve para medir el desempeño integral tanto cualitativa como cuantitativamente y que se basa en las relaciones que tiene el profesional. Se realiza un análisis de los resultados que se obtienen de la retroalimentación que da su entorno profesional (superiores, subordinados, clientes y compañeros) y la autoevaluación del mismo trabajador.

Como puede observarse en la Figura 8, los autores representan cada uno de los subelementos que conforman la evidencia como un continuo donde pueden ir desde el más bajo nivel de evidencia hasta el más alto.

Considerarán un nivel alto de evidencia cuando todas las opciones de cada subelemento se sitúen lo más hacia la derecha posible según la figura, es decir, lo más próximo al nivel alto que cada uno pueda alcanzar. Considerarán un bajo nivel de evidencia cuando las opciones de cada subelemento se sitúen lo más próximo al nivel bajo o si sólo se dispone información de un único subelemento, por ejemplo, considerando la investigación cierta y no teniendo en cuenta el resto de subelementos.

Paradójicamente, mientras los “creadores” de la evidencia tratan de ser lo más objetivos posible, la producción y el uso de la evidencia es un proceso tanto personal, como social, organizacional o científico por lo que existe la necesidad de traducir y particularizar la evidencia para darle sentido en el contexto del cuidado individualizado de los pacientes (Rycroft-Malone et al., 2004).

El “contexto” hace referencia al ambiente donde el cambio propuesto será implementado (McCormack et al., 2002). No se entiende únicamente como la parte física del espacio, sino como las sensaciones que transmite el ambiente. Según el marco, es el resultado de la cultura organizacional, la presencia y el tipo de liderazgo y las relaciones humanas y el enfoque de la organización de medir sistemas y servicios. De nuevo, representan todas las posibilidades del contexto en una figura (Figura 9) donde se representan estos tres subelementos entendiendo que cada uno de ellos puede moverse en un continuo de posibilidades que van desde el nivel más bajo al nivel más alto. De esta forma, tendrá más posibilidades de desarrollar una implementación exitosa, aquella cultura organizacional que promueva la PCBE, donde los roles de los trabajadores estén claros y exista un buen liderazgo que juegue un papel fundamental en crear esta cultura de trabajo en equipo y PCBE, con decisiones descentralizadas y, además, existan sistemas establecidos para monitorear el desempeño que permita ofrecer una retroalimentación al personal.

El contexto de práctica es complejo y dinámico. El contexto propicio para una PCBE es aquel que ofrece unos roles claros, con una toma de decisiones descentralizada, que valore a los trabajadores, con liderazgo transformacional y una dependencia de múltiples fuentes de información sobre el desempeño (Rycroft-Malone & Bucknall, 2010).

CONTEXTO

Cultura organizacional	Baja	Alta
	<ul style="list-style-type: none"> • Dirigido por tareas • Sin preocupación por los individuos • Moral baja • Sin formación continua 	<ul style="list-style-type: none"> • Promueve la PBE • Centrada en el paciente • Valora a las personas • Formación continua
Liderazgo	Baja	Alta
	<ul style="list-style-type: none"> • Roles poco claros • Falta de trabajo en equipo • Mala organización o gestión de servicios • Pobre liderazgo 	<ul style="list-style-type: none"> • Roles bien definidos • Trabajo en equipo eficaz • Estructura organizativa eficaz • Liderazgo claro
Evaluación	Baja	Alta
	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de: <ul style="list-style-type: none"> ○ Auditoría y retroalimentación ○ Revisión por pares ○ Auditoría externa ○ Evaluación del desempeño del personal subalterno 	<ul style="list-style-type: none"> • Medidas internas utilizadas rutinariamente • Auditoría o retroalimentación utilizada de forma rutinaria • Revisión por pares • Evaluaciones externas

Figura 9. Condiciones para el Contexto. Elaboración propia, traducido y adaptado de A. Kitson et al., 1998

La “facilitación” es entendida por los autores como una técnica a partir de la cual una persona ayuda a otras a conseguir unos objetivos concretos a través de facilitarle las cosas (Kitson et al., 1998). La facilitación se logra a través de un individuo desarrollando un rol específico: el facilitador, con habilidades y conocimientos apropiados para ayudar a otros individuos, equipos y organizaciones a aplicar PCBE (Harvey et al., 2002). El término describe el tipo de apoyo necesario para ayudar a las personas a cambiar sus actitudes, hábitos, habilidades, formas de pensar y trabajar. El marco recalca la importancia de distinguir esta figura de los

líderes de opinión locales. La diferencia más importante entre ambos es que los facilitadores ayudan a conseguir objetivos, alientan a otros y promueven la acción de una forma consciente y trabajada mientras que los líderes de opinión pueden influir más debido a su estatus y competencia técnica. Igualmente se han establecido unos parámetros que definen al facilitador representados por condiciones de características del facilitador, características del rol y estilo de liderazgo y facilitación (Figura 10). Así, un facilitador abierto, que brinda apoyo, es accesible, es confiable, da seguridad, es respetuoso, etc., tendrá más éxito en su propósito de implementar cambios en el equipo. Si su rol está bien establecido y definido y, además, conoce la organización y sabe moverse a través de ella, tendrá más posibilidades de tener una implementación exitosa. La facilitación busca traspasar los límites profesionales y organizacionales concentrándose en el desarrollo de habilidades interpersonales y grupales.

FACILITACIÓN



Figura 10. Condiciones para la Facilitación. Elaboración propia, traducido y adaptado de A. Kitson et al., 1998

Los autores proponen pues, que la implementación exitosa ocurre cuando la evidencia, el contexto y la facilitación son consideradas de calidad alta. Para que así sea, la evidencia debe ser científicamente robusta, disponer de un consenso profesional y coincidir con las preferencias del paciente; el contexto debe ser receptivo al cambio, con una cultura organizacional de PCBE, con un fuerte liderazgo, sistemas de monitorización y retroalimentación y existe una facilitación para el cambio adecuada hacia inputs internos y externos.

Los autores explican que este modelo puede ayudar a conocer los factores que deben tener en cuenta los investigadores que quieran realizar un cambio hacia PCBE, a la hora de planificar su trabajo, considerando que puede servir como lista de verificación. Asimismo, creen que debe hacerse de una manera que sea accesible para el personal involucrado en el cambio potencial y que se los debe incluir en el proceso de planificación. También recalcan la idea de que estos tres subelementos de evidencia, contexto y facilitación deben tener la misma importancia (Kitson et al., 1998).

1.3.2.2 El marco i-PARIHS

Varios estudios realizados entre los años 2010 y 2015, ayudaron a identificar limitaciones del marco PARIHS que hacían referencia sobre todo a su aplicabilidad, a cómo se relacionaban los subelementos entre sí o a qué hacía referencia exactamente la “implementación exitosa” (Helfrich et al., 2010; Rycroft-Malone et al., 2013; Seers et al., 2012; Stetler, Damschroder, Helfrich, & Hagedorn, 2011). En 2016 los autores, sobre la base de las críticas publicadas y una serie de estudios empíricos, presentan una versión revisada del marco, al que denominan marco integrado o i-PARIHS (Harvey & Kitson, 2016).

Los autores empiezan dando una especificación de “implementación exitosa” haciendo referencia a ella principalmente en términos del logro de los objetivos de implementación/proyecto y los resultados de la facilitación de una innovación con los destinatarios en su contexto (local, organizacional y del sistema de salud) (Harvey & Kitson, 2016).

La implementación exitosa tendría las siguientes características:

- Logro de las metas acordadas de implementación/proyecto.
- La adopción e incorporación de la innovación en la práctica.
- Los individuos, los equipos y las partes interesadas están comprometidos, motivados y son "dueños" de la innovación.
- La variación relacionada con el contexto se minimiza en los entornos de implementación.

La ecuación a través de la cual expresa el marco también cambia:

$$IE = Fac^n(I+D+C)$$

Donde IE=implementación exitosa, Facⁿ=facilitación, I=innovación, D=destinatarios, C=contexto (interno y externo).

Como se observa en la ecuación, la facilitación pasa de ser un elemento más del marco a ser un elemento activo que evalúa, alinea e integra los otros tres constructos (innovación, destinatarios y contexto).

La “innovación” hace referencia al proceso por el cual se adapta el conocimiento obtenido de estudios de alto nivel de evidencia, como revisiones sistemáticas o GPC, con las prioridades y prácticas locales. Como explican los autores, rara vez se aplica la evidencia tal cual se expone en sus fuentes, sino que, a través de diferentes formas, la evidencia original se adapta a la situación particular del proyecto o al plan de implementación. Es la mezcla entre el conocimiento basado en la evidencia y el conocimiento tácito basado en la práctica. Proponen la "innovación" como un constructo central dentro del marco de i-PARIHS, pero con un enfoque explícito en la obtención y aplicación de la evidencia de investigación disponible para informar la innovación (Harvey & Kitson, 2016).

Las características de la innovación son las siguientes:

- Fuentes de conocimiento subyacentes.
- Claridad.

- Grado de ajuste con la práctica y los valores existentes (compatibilidad o contestabilidad).
- Usabilidad.
- Ventaja relativa.
- Capacidad de prueba.
- Resultados observables.

Los “destinatarios” son un elemento añadido al marco PARIHS original (Kavanagh, Watt-Watson, & Stevens, 2007). El marco PARIHS ya enfatizaba la importancia de implicar a los profesionales de la salud en el proceso de implementación y resultados (Rycroft-Malone et al., 2013). Sin embargo, el marco i-PARIHS lo hace más explícito añadiendo a estos destinatarios del proyecto de implementación como un elemento más dentro del propio marco (Harvey & Kitson, 2016). Este constructo hace referencia pues, a los actores involucrados en la implementación y que influyen en ella tanto a nivel individual como colectivo. Es imprescindible tener en cuenta sus puntos de vista, creencias y formas de práctica establecidas, ya que pueden tener un impacto en el proceso de implementación y son elemento clave a la hora de apoyar o resistir al cambio. Los destinatarios pueden incluir a pacientes, personal clínico y gerentes (Harvey & Kitson, 2016).

Las características de los destinatarios son la siguientes:

- Motivación.
- Valores y creencias.
- Metas.
- Habilidades y conocimientos.
- Tiempo, recursos, apoyo.
- Líderes de opinión locales.
- Colaboración y trabajo en equipo.
- Redes existentes.
- Poder y autoridad.
- Presencia de límites.

El “contexto” en el renovado i-PARIHS tiene un enfoque más amplio donde reconocen los distintos niveles del contexto, meso, micro y macro, con capacidad de

favorecer o limitar la implementación. Así, se ha hecho una distinción entre las capas de contexto interno (que hace referencia tanto al entorno local inmediato como puede ser una sala, una unidad de hospitalización, un departamento hospitalario, un equipo de atención primaria, como a la organización donde están incluidos estos entornos) y externo (que hace referencia a las infraestructuras políticas, sociales y regulatorias que rodean al contexto local y que lo impregnan) (Harvey & Kitson, 2016).

Las características del contexto son las siguientes:

- Nivel local:
 - Presencia de un liderazgo formal e informal.
 - Cultura.
 - Experiencia pasada de innovación y cambio.
 - Mecanismos para incorporar el cambio.
 - Procesos de evaluación y retroalimentación.
 - Ambiente de aprendizaje.
- Nivel organizativo:
 - Prioridades organizacionales.
 - Liderazgo sénior y apoyo de la gestión.
 - Cultura.
 - Estructura y sistemas.
 - Historia de innovación y cambio.
 - Capacidad de absorción.
 - Redes de aprendizaje.
- Nivel del sistema de salud externo:
 - Impulsores de políticas y prioridades.
 - Incentivos y mandatos.
 - Marcos regulatorios.
 - (in)Estabilidad ambiental.
 - Redes y relaciones inter-organizacionales.

Por último, explican que el cambio sobre la “facilitación” en el renovado i-PARIHS está en el lugar que ocupa este constructo dentro del marco. Deja de ser un

elemento más para pasar a ser el elemento activo principal a través del cual ocurre la implementación. La facilitación evalúa y da respuesta a las características de la innovación y los destinatarios (tanto individuos como equipos) dentro de su entorno contextual (Harvey & Kitson, 2016).

Así como en el marco PARIHS original, en el marco i-PARIHS la facilitación requiere de una persona que encarne el rol del facilitador para poder llevar a cabo el proceso de facilitación a través de estrategias de implementación y acciones (Harvey et al., 2002). El éxito o el fracaso de la implementación recae, pues, en las capacidades del facilitador de llevar a cabo este proceso.

Se considera al facilitador como un elemento activo ya que deberá ser flexible y receptivo para poder adaptarse a la evidencia a implementar, a cada uno de los destinatarios, y al lugar donde se desarrolle el cambio para poder desplegar el rol de manera efectiva (Harvey & Kitson, 2016). Puede haber uno o más facilitadores y éstos pueden formar parte del entorno interno o externo donde se llevará a cabo la implementación, o a una combinación de ambos. Las personas que ejerzan el rol del facilitador deberán tener un nivel adecuado de habilidades, conocimientos, apoyo y mentoría.

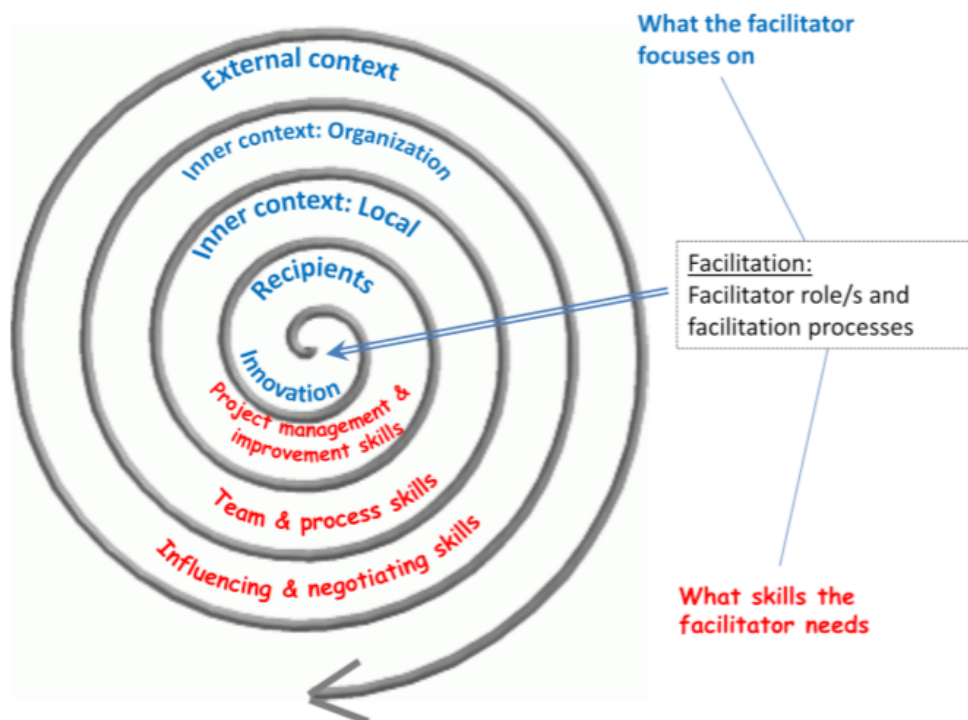


Figura 11. Marco i-PARIHS. Fuente Harvey & Kitson, 2016

El marco i-PARIHS es más explícito en su operacionalización. Los autores lo representan a través de una figura en forma de espiral continua para hacer énfasis en la naturaleza dinámica de la implementación, que contiene en el centro la innovación y los destinatarios que van moviéndose en los distintos niveles del contexto local, organizacional y externo (Figura 11).

Según los autores, los facilitadores pueden tener diferentes niveles competenciales en cuanto a experiencia y habilidades. Su hipótesis es que cuanto más se alejen del centro de la espiral, mayor nivel competencial necesitarán. Así, un facilitador “novel” podrá apoyar proyectos de implementación en un ámbito local, mientras que un facilitador experto podría enfrentarse a barreras o factores contextuales más desafiantes (Harvey & Kitson, 2016).

1.4 Enfermera de Práctica Avanzada (EPA)

1.4.1 Introducción a la EPA

La profesión enfermera evoluciona a medida que se adapta a las necesidades cambiantes de la población. Cada vez son más las enfermeras que están al frente de proyectos de innovación y desarrollo en ciencias de la salud y cada vez están más preparadas para poder ofrecer los mejores cuidados basados en la evidencia. La adaptación de la profesión a las demandas de la población a nivel mundial ha dado pie a la creación de nuevas figuras y roles con un abanico de competencias expandidas que van más allá de las que posee la enfermera generalista. La transformación del sistema sanitario es una oportunidad para avanzar en la profesión enfermera y especialmente en los roles de práctica avanzada (Bryant-Lukosius et al., 2017; Delamair & Lafortune, 2010; International Council of Nurses, 2020; Maier, Aiken, & Busse, 2017).

La Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) es una enfermera altamente capacitada y con una amplia experiencia clínica y académica, con un campo de actuación expandido con respecto a la enfermera generalista. El término EPA sigue generando confusión en la actualidad, ya que en esta descripción caben un conjunto de figuras y roles muy amplio que perpetúa la discusión de lo que es y no es la EPA.

El rol de la EPA tuvo su origen en la década de 1960 con la aparición de la Enfermera de Atención Directa (EAD) en EE.UU., Canadá y Reino Unido. Este rol fue implementado principalmente en la atención primaria de la salud, especialmente en zonas rurales, como una solución a la escasez de médicos. Estas enfermeras se fueron introduciendo gradualmente a nivel internacional por diferentes motivos asociados a las necesidades del contexto. Delamaire & Lafortune (2010) identifican cuatro grandes razones que motivan el desarrollo de roles de práctica avanzada en todo el mundo: la mejora del acceso a la salud frente a la falta de médicos, la promoción de una mayor calidad del cuidado a través de un seguimiento intensivo de pacientes con patologías crónicas tanto en atención primaria como hospitalaria, la disminución de los costes sanitarios al delegar tareas de los médicos y la oportunidad de una mejora para el desarrollo profesional de las enfermeras. Esta figura empezó a romper las fronteras de actuación de las enfermeras, dando paso a los primeros debates sobre las competencias que debería tener (Schober, 2016; Schober & Affara, 2006).

Pronto aparecería la primera definición de práctica avanzada ofrecida por la Asociación Americana de Enfermeras en 1993: “*Una enfermera titulada (registered nurse, RN) que haya cumplido con los requisitos de educación y práctica clínica avanzados más allá de los 2 a 4 años de educación básica que se requiere en la carrera de enfermería*”. En el contexto de EE.UU. esa definición implicaba a las cuatro ya reguladas figuras de la enfermera clínica especialista, la enfermera de atención directa certificada, la enfermera anestésista certificada y la matrona certificada (American Nurses Association (ANA), 2022). Posteriormente se añadió la enfermera de cuidados domiciliarios (*home care nursing*). En el año 2003 ya se hablaba de diez tipos de EPA (Schober & Affara, 2006).

La práctica avanzada en enfermería se construye a partir de los valores fundamentales de la disciplina enfermera, por lo que los roles de EPA no son algo aparte de la enfermería. Es precisamente el núcleo de la enfermería el que ayuda a diferenciar a la EPA de otras profesiones (Hamric, Hanson, Tracy, & O’Grady, 2019).

Para facilitar la comprensión de los roles emergentes de EPA, el CIE, a través de los expertos de su grupo de trabajo en enfermería de práctica avanzada, desarrolló una definición y delineó unas características para la EPA que reflejan la posición oficial del CIE y que representan las funciones actuales y potenciales en todo el mundo:

"La enfermera de práctica avanzada es una enfermera titulada que ha adquirido la base de conocimientos de experto, habilidades para la adopción de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para desarrollar un ejercicio profesional ampliado cuyas características vienen dadas por el contexto o el país en el que la enfermera está acreditada para ejercer. Como nivel de acceso se recomienda un título universitario de posgrado de nivel máster" (International Council of Nurses, 2022a; Schober, 2019).

El perfil de esta figura viene definido por una serie de características que hacen referencia a su preparación formativa, a la naturaleza de su práctica y a los mecanismos reguladores de su práctica avanzada que son específicos para cada país. Según la página web oficial del CIE, estas son las características de las EPA:

Preparación Educativa

"Formación de nivel avanzado, reconocimiento oficial de los programas de formación con los que se prepara a las EPA acreditados o aprobados, sistema oficial de autorización, registro, certificación y acreditación".

Naturaleza de la práctica clínica

"Integran la investigación, la educación, el ejercicio profesional y la gestión; alto grado de autonomía profesional y práctica independiente; gestión de casos/carga de casos propios; habilidades avanzadas de evaluación de la salud, habilidades para tomar decisiones y habilidades de razonamiento diagnóstico; competencias clínicas avanzadas reconocidas; prestación de servicios de consultoría a los proveedores de salud; planean, implementan y evalúan programas y son un primer punto de contacto reconocido para los clientes".

Mecanismos regulatorios específicos de cada país que respaldan su práctica profesional

“Derecho a diagnosticar, autoridad para recetar medicamentos, tratamientos, derivar pacientes a otros profesionales y admitirlos en los hospitales; protección de su título oficialmente reconocido y legislación específica para su práctica avanzada” (International Council of Nurses, 2008, 2022a).

Los esfuerzos por estandarizar la definición de EPA datan del año 1990. Actualmente no se ha alcanzado una claridad total sobre estos roles a pesar de su expansión intercontinental (Hamric et al., 2019) y de los esfuerzos del CIE por proporcionar una definición estandarizada. Varias organizaciones de enfermería nacionales proporcionan definiciones propias de lo que es una EPA, como la Asociación Canadiense de Enfermería o la ya mencionada Asociación Americana de Enfermería, perpetuando así la discusión sobre lo que es o no es una EPA y cuál debería ser su preparación formativa.

Asimismo, continúan apareciendo figuras nuevas en el ámbito de la enfermería que cumplen en diferentes medidas esa definición y que son conocidas por otros nombres según el país o región, lo que dificulta enormemente la identificación de estos roles de práctica avanzada (Delamaire & Lafortune, 2010; Schober, 2016).

El CIE (2008, p. 11) recoge también una serie de componentes clave que formarían la base para el desarrollo de niveles avanzados de práctica en enfermería. Éstos serían los puntos para la consideración y el diálogo internacional. Todas las EPA:

- Son profesionales de enfermería que brindan una atención segura y competente al paciente.
- Su base se fundamenta en la educación de la enfermera generalista.
- Desarrollan roles que requieren una educación formal más allá de la preparación de la enfermera generalista.
- Desarrollan roles de mayor nivel de competencia que son medibles.

- Tienen competencias que abordan los aspectos éticos, legales, asistenciales y de desarrollo profesional del rol de práctica avanzada.
- Tienen competencias y estándares que se revisan periódicamente para mantenerse al día en su práctica.
- Están influenciadas por el entorno global, social, político, económico y tecnológico.

Los diferentes países van instaurando los nuevos perfiles de práctica avanzada a medida que van creciendo los resultados de investigación que defienden la idea de ampliar la contribución enfermera (Wong, Cummings, & Ducharme, 2013) y que muestran a la EPA como elemento de mejora de los servicios de salud (Delamaire & Lafortune, 2010), capaces de ofrecer una atención similar o mejor que otros profesionales de la salud como los médicos (Kilpatrick et al., 2015; Martin-Misener et al., 2015; Newhouse et al., 2011).

1.4.1.1 Perfiles de práctica avanzada

Si bien la definición de EPA ofrecida por el CIE está ampliamente aceptada, existen múltiples títulos y descriptores para identificar a esta figura. Las características o las competencias que desempeña la EPA son más difíciles de estandarizar tal vez, que su definición, ya que dependen del contexto o país donde la EPA está acreditada para ejercer (Heale & Rieck Buckley, 2015; Schober, 2019). Es ahí donde se encuentra la diversidad de estos roles de práctica avanzada, con diferentes nombres, diferentes funciones, competencias, ámbitos de práctica y diferentes niveles de especialización o foco en grupos de pacientes diferentes, dificultando la investigación sobre esta figura (Delamaire & Lafortune, 2010).

Sastre-Fullana et al. (2014) realizan una revisión sistemática sobre marcos competenciales y estándares de práctica, en el que identifican siete roles de práctica avanzada principales: EPA, enfermeras de atención directa (EAD), enfermeras clínicas especialistas (ECE), matronas, enfermeras anestesistas, enfermeras consultoras y enfermeras gestoras de casos (EGC). Posteriormente Heale & Rieck Buckley (2015) realizaron una encuesta a nivel internacional donde identificaron cincuenta y dos roles de práctica avanzada, que incluían a las EAD, las ECE, EPA,

las enfermeras especializadas, las enfermeras clínicas consultoras³ y las enfermeras anestesistas entre otras. Encontraron una gran variación en los requisitos educativos para cada rol que tenía que ver con las diferencias jurisdiccionales de cada país. En veinticinco de los roles identificados se exigía un nivel de máster. En este mismo estudio también identificaron importantes barreras para la implementación de EPA en los distintos países que están vinculadas en su gran mayoría a la falta de reconocimiento legal y acreditación, así como una falta de liderazgo y fuerza política de las enfermeras.

En la mayoría de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) están surgiendo roles de práctica avanzada como las enfermeras de atención directa y otros roles de práctica avanzada, pero a menudo en etapas tempranas (Maier et al., 2017). El proceso de implementación del rol de la EPA a nivel internacional es evidente y existen documentos oficiales a nivel nacional que son muy variados y que describen competencias y estándares regulatorios. Estas normas son especialmente complejas a nivel europeo (Sastre-Fullana et al., 2014).

Las dos figuras de EPA más predominantes a nivel internacional son la enfermera clínica especialista y la enfermera de atención directa (Delamaire & Lafortune, 2010; International Council of Nurses, 2020).

Enfermera clínica especialista (ECE o en inglés Clinical Nurse Specialist, CNS)

Según el CIE, la enfermera clínica especialista es “*una enfermera clínica especialista de práctica avanzada que presta asesoramiento clínico experto y cuidados en relación con diagnósticos establecidos en ámbitos especializados de la práctica con un enfoque sistémico al ejercicio profesional como miembro del equipo de atención de salud*” (Consejo Internacional de Enfermeras, 2020).

³ El CIE reconoce la existencia de países con enfermeras clínicas consultoras (ECC). Explica que su ámbito de práctica es coherente con el de la ECE, que este término es específico de cada país, por lo que a menudo se utilizan indistintamente (Consejo Internacional de Enfermeras, 2020).

Estas EPA suelen trabajar en el ámbito hospitalario con el objetivo de promover altos estándares de calidad de atención y seguridad al paciente a través de brindar liderazgo y educación al personal de enfermería o promover la PCBE entre otras responsabilidades. Tienen un conocimiento más profundo sobre un área especializada de la enfermería y tienen el mismo alcance de práctica que una enfermera generalista. Su objetivo principal es la mejora de la calidad de los cuidados (Bryant-Lukosius et al., 2017; Delamaire & Lafortune, 2010).

Enfermera de atención directa (EAD o en inglés Nurse Practitioner, NP)

La definición del CIE de enfermera de atención directa es la siguiente, “*una enfermera de práctica avanzada que integra habilidades clínicas asociadas con la enfermería y la medicina para evaluar, diagnosticar y gestionar pacientes en entornos de atención primaria y poblaciones de cuidados agudos, así como atención continua a poblaciones con enfermedades crónicas*” (Consejo Internacional de Enfermeras, 2020).

Tienden a ejercer en el ámbito de la atención primaria sustituyendo gran parte de las tareas de los médicos, con el objetivo de reducir las listas de espera para la atención médica, mejorar de esta manera el acceso a la atención y reducir costes. Tienen un ámbito de práctica ampliado que generalmente incluye, entre otros servicios, brindar el primer contacto para personas con enfermedades menores, realizar una evaluación de salud avanzada, prevenir enfermedades y lesiones, manejo terapéutico, realizar un seguimiento a los pacientes o solicitar pruebas. Fueron las primeras enfermeras con un rol expandido establecidas en EE. UU. y Canadá a mediados de la década de 1960. Estas enfermeras tienden a pasar más tiempo brindando atención directa al paciente que las ECE (Bryant-Lukosius et al., 2017; Delamaire & Lafortune, 2010).

El entorno donde la EPA está más desarrollada es el ámbito de la atención primaria donde predomina la EAD. Maier et al. (2017) destacan tres grandes ámbitos de práctica. El primero hace referencia a las enfermeras que trabajan como generalistas en atención primaria, con el objetivo de cubrir la falta de médicos y poder asegurar el acceso a la salud de la población como ocurre en Australia, Canadá, Nueva Zelanda o EE. UU. El segundo son enfermeras que trabajan en la salud

pública, realizando actividades centradas en la promoción y prevención de la salud, normalmente trabajando con enfermedades crónicas o promocionando estilos de vida saludables. Es el caso de Irlanda o Reino Unido. Por último, enfermeras que trabajan en roles complementarios y que se especializan en el manejo de patologías crónicas específicas, como por ejemplo enfermeras especializadas en Diabetes, Cáncer de mama o patologías cardíacas son frecuentes. Algunos países que disponen de estos roles son Bélgica, Dinamarca, Alemania, Lituania, Luxemburgo, Países Bajos, Nueva Zelanda, Polonia, Eslovenia o Suiza.

Según el mismo estudio de Maier et al., (2017) existen quince países donde las EPA pueden prescribir medicamentos entre los cuales se encuentra España. Esta competencia, que suele estar muy regulada, también varía de un país a otro de forma considerable, haciendo referencia a qué grupos de enfermeras pueden recetar, qué requisitos curriculares deben aportar, cual es el alcance de esta competencia o si necesita supervisión.

La evolución de los roles de práctica avanzada va en aumento y a medida que se regulan estas figuras en los diferentes países, los servicios de estas enfermeras se expanden hacia otras áreas además de la práctica clínica, como la docencia de otros profesionales, la investigación, la colaboración interprofesional, el liderazgo clínico, etc. Estos servicios ampliados y mejorados ofrecidos por las EPA tienen la capacidad de influir en los resultados clínicos de la población y brindar servicios directos sobre individuos, familias y comunidades (International Council of Nurses, 2020).

1.4.2 Modelos de práctica avanzada

A pesar de que existe una evidente falta de claridad sobre la definición de la EPA o de su formación, como ya se ha ido comentando a lo largo de los puntos anteriores, y de las diferencias que se encuentran en los distintos roles, sobre todo a nivel de modelos normativos, sí comienza a haber consenso sobre los rasgos clave del concepto de práctica avanzada en enfermería. Así, es importante para este punto, diferenciar los requerimientos normativos para cada rol de EPA, que trabaja una aproximación más concreta de funciones o actividades de la EPA, de la definición conceptual de la práctica avanzada en enfermería (National Council of State Boards

of Nursing, 2008). Los modelos conceptuales son necesarios tanto para construir un marco robusto para el currículum formativo de las EPA como para crear una identidad de rol profesional (Hamric et al., 2019).

A nivel mundial se han desarrollado diferentes teorías, marcos y modelos que tratan de definir dominios competenciales para la práctica avanzada. Una revisión de la literatura realizada por Sastre et al., (Sastre-Fullana et al., 2014) encuentra un total de cinco modelos de práctica avanzada en enfermería basados en competencias profesionales que se sintetizan en la Tabla 6.

Tabla 6. Modelos competenciales de EPA. Adaptado de Sastre et al., 2014

Modelo	Origen /ámbito de aplicación	Dominios competenciales
Fenton & Brykczynski (Fenton & Brykczynski, 1993)	Roles de ECE y EAD	Colaboración, liderazgo clínico y profesional, mentoría y entrenamiento, consultoría, práctica ética y legal
Strong (Ackerman, Norsen, Martin, Wiedrich, & Kitzman, 1996)	Roles de enfermera de cuidados intensivos	Colaboración, liderazgo clínico y profesional, mentoría y entrenamiento, investigación y atención integral directa
Synergy model (Edwards, 1999)	Roles de enfermería en cuidados críticos	Colaboración, liderazgo clínico y profesional, mentoría y entrenamiento, abogacía (apoyo)
University Health Network Framework for Advanced Nursing Practice (UHN-FANP) (Micevski et al., 2004)	Roles de práctica avanzada canadienses	Colaboración, liderazgo clínico y profesional, agente de cambio
Hamric (Hamric, 2005)	Rol de ECE	Colaboración, liderazgo clínico y profesional, investigación, mentoría y entrenamiento, consultoría, práctica ética y legal

ECE: Enfermera Clínica Especialista; *EAD*: Enfermera de Atención Directa

Se resumen, a continuación, el modelo Strong y el modelo de Hamric al ser los más utilizados a nivel internacional y nacional.

Strong Memorial Hospital's Model of Advanced Practice Nursing

El también conocido “Strong Model” de Ackerman (Ackerman et al., 1996) se basó en el estudio del rol de la enfermera de cuidados intensivos con el objetivo de desarrollar un modelo para guiar la práctica y el desarrollo de roles de práctica avanzada. Trabajaron los distintos dominios de práctica y las actividades de cada uno con base en la declaración de posición de la Asociación Estadounidense de Enfermeras de Cuidados Críticos sobre el rol de la ECE, las descripciones institucionales de trabajo y los estándares establecidos para la práctica avanzada. Su premisa se basaba en que “*la combinación hipotética de los roles de la ECE y la EAD podría dar como resultado una enfermera de cuidados intensivos que integra las habilidades clínicas de la EAD con el conocimiento de los sistemas, el compromiso educativo y la capacidad de liderazgo de la ECE*”. Posteriormente realizan un estudio descriptivo para desarrollar un instrumento de delineación de las funciones de la EPA en su práctica diaria (Mick & Ackerman, 2000).

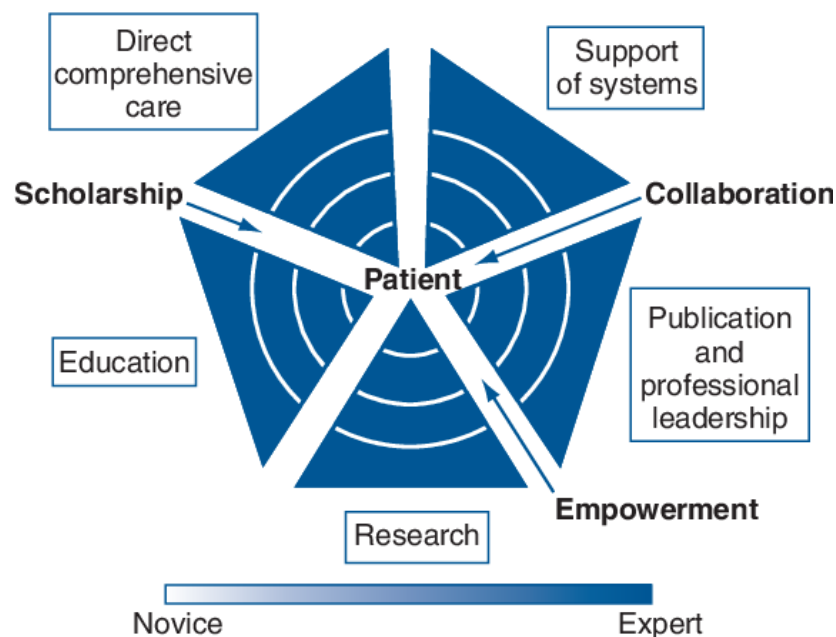


Figura 12. The Strong Memorial Hospital's model of advanced practice nursing Fuente Ackerman et al., 1996

Como se observa en la Figura 12, el *Strong Model* define cinco dominios de práctica para la EPA: atención integral directa, sistemas de apoyo interprofesional, educación, investigación y publicación y liderazgo profesional. La EPA puede negociar el compromiso individual con cada dominio según las necesidades de la población atendida y las condiciones del entorno de práctica. Cada dominio de práctica incorpora actividades asistenciales directas e indirectas de la EPA. El paciente es el elemento central en este modelo. Los cinco dominios son influenciados por tres hilos conductores que incluyen el empoderamiento, la colaboración y la erudición o ayuda. Estos hilos conductores describen atributos de la práctica avanzada, el enfoque de la atención y la actitud profesional que define la práctica según este modelo. Adicionalmente, Ackerman et al. (2000) establecieron que el modelo se basaba en roles desarrollados por la EPA desde el nivel de principiante hasta conseguir un nivel de experta.

Hamric Model

El modelo de Hamric (1996; 2019) se basó inicialmente en el estudio de la figura de la ECE y, posteriormente en otros roles especializados y avanzados para desarrollar una definición conceptual de la práctica avanzada en enfermería.

Propone que la práctica avanzada es la función de una preparación educacional y práctica con una serie de criterios primarios y competencias nucleares concretas.

Como se puede observar en la Figura 13, existen tres criterios primarios o calificaciones que forman los elementos nucleares de cualquier EPA. Éstos son (1) la formación universitaria (con un nivel de máster en el área clínica donde vaya a ejercer y con formación en competencias avanzadas), (2) la certificación profesional para ejercer en un nivel avanzado y (3) la práctica clínica centrada en el paciente y en su familia.

Las competencias nucleares de las EPA giran en torno a una competencia central que es la atención clínica directa al paciente y de las que depende el resto de las competencias. Estas competencias nucleares adicionales hacen referencia a la

mentoría y al coaching, la consultoría, la PCBE, el liderazgo, la colaboración y la toma de decisiones éticas.

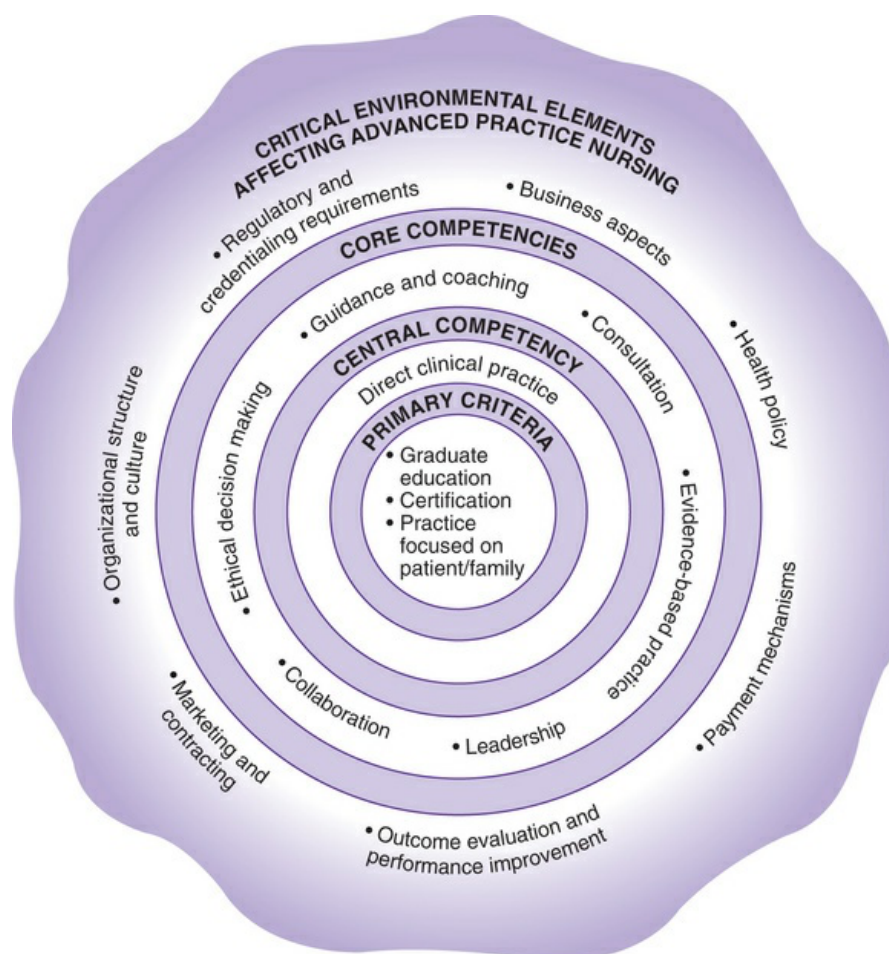


Figura 13. Elementos críticos en los entornos de práctica avanzada de enfermería. Fuente Hamric et al., 2019

Todas las EPA comparten los mismos criterios básicos y competencias nucleares, aunque las habilidades clínicas que desarrollan dependen de la especialidad a la que pertenezca el paciente al que atiende y, por tanto, a su área de práctica clínica.

Aunque técnicamente no forme parte de la definición de práctica avanzada en enfermería, el modelo también contempla el sistema sanitario donde la EPA está inmersa, asumiendo que este contexto es una mezcla de elementos complejos interdependientes y que es un entorno cambiante y fluido, incluso caótico, que condicionará al resto de factores. Los elementos contextuales son los siguientes:

gestionar los mecanismos de reembolso y pago; ocuparse de las consideraciones de marketing y contratación; comprender los requisitos legales, reglamentarios y de acreditación; comprender y dar forma a las consideraciones de la política de salud; fortalecer las estructuras y culturas organizacionales para apoyar la práctica avanzada de enfermería; permitir la evaluación de resultados y la mejora del desempeño.

1.4.3 Competencias de la EPA

Según el CIE la competencia es “*un nivel de desempeño (de las enfermeras) que demuestra la aplicación eficaz de los conocimientos, las habilidades y el juicio*”. Las competencias se relacionan con “*medidas de desempeño que también pueden verse a través de diferentes lentes dependiendo de los evaluadores, las partes interesadas o la audiencia*” (International Council of Nurses, 2008, 2019).

La atención clínica directa al paciente es la competencia central de la EPA, que la diferencia de otros roles de enfermería altamente especializados, y de la que depende el resto de competencias (Hamric et al., 2019). De esta forma, la cartera de servicios y funciones de la EPA se define a partir de las necesidades de la población y los contextos locales, así como de los mecanismos regulatorios específicos de cada país (Delamaire & Lafortune, 2010; International Council of Nurses, 2022b). Dependiendo del contexto, la EPA puede desarrollar competencias más o menos expandidas con protección de título y la autoridad legal para diagnosticar, recetar medicamentos y tratamientos, derivar pacientes a otros profesionales de la salud y admitir pacientes en el hospital (Bryant-Lukosius et al., 2017). En aquellos casos en los que los países se encuentran al principio del desarrollo de roles de práctica avanzada (Heale & Rieck Buckley, 2015), tal y como ocurre en el caso de España, será complicado acceder a profesionales de práctica avanzada reconocidos, por lo que suelen adaptarse perfiles basados en competencias ya descritas a nivel internacional derivados de las necesidades del sistema. Asimismo, para que la EPA sea efectiva debe adaptarse a las necesidades de los pacientes locales (Schober & Affara, 2006), y de esas necesidades dependerá incluso la posibilidad de creación y durabilidad de nuevos roles de práctica avanzada. Por todo esto, es complicado

identificar una cartera de servicios de la EPA que sea extrapolable a nivel internacional y también por este motivo se encuentra la elevada variabilidad de estos roles. Aun así, todas las EPA comparten criterios básicos y competencias, a pesar de que el conjunto de habilidades clínicas reales que desarrolla varía según las necesidades de la especialidad del paciente al que atiende (Hamric et al., 2019).

Sastre-Fullana et al. (2014) realizan una revisión de la literatura tanto en bases de datos bibliográficas oficiales como en la literatura gris, con el objetivo de delinear las competencias fundamentales que se repiten en el marco internacional, teniendo en cuenta la amplia heterogeneidad con la que se trata al término de competencia y el creciente número de mapas competenciales y estándares de práctica. Encuentran diecisiete dominios competenciales transversales en todo el mundo: (1) investigación, (2) liderazgo clínico y profesional, (3) mentoría y entrenamiento, (4) colaboración y relaciones interprofesionales, (5) juicio clínico experto, (6) práctica ética y legal, (7) educación y enseñanza, (8) gestión de calidad y seguridad, (9) consultoría, (10) gestión de cuidados, (11) práctica clínica basada en la evidencia, (12) autonomía profesional, (13) promoción de la salud, (14) comunicación, (15) competencias culturales, (16) abogacía (apoyo) y (17) gestión del cambio. Las dimensiones de “investigación”, “liderazgo clínico y profesional”, “mentoría y entrenamiento” y “juicio clínico experto” constituyeron el 44,29% de las dimensiones de competencia encontradas en todos los países.

Hutchinson et al. (2014), en el mismo año, realizan un estudio en tres fases que incluye una revisión sistemática, una metasíntesis cualitativa y un análisis estadístico de cincuenta manuscritos en los que identificaron siete dominios de práctica avanzada de enfermería: (1) práctica clínica extendida autónoma o dirigida por enfermeras, (2) mejora de los sistemas de atención; (3) desarrollo de la práctica de otros; (4) desarrollo/entrega de programas/actividades educativas; (5) investigación de enfermería; (6) liderazgo externo a la organización; y (7) administración de programas, presupuestos y personal.

En el año 2019, el CIE realiza un mapeo de competencias basado en el Strong Model of Advanced Practice Nursing de Ackerman (Mick & Ackerman, 2000) y en el documento sobre alcance de la práctica, estándares y competencias de la EPA

propuesto por el CIE en el año 2008 (International Council of Nurses, 2008), donde identifican diecisiete temas consistentes: (1) práctica independiente/autonomía, (2) autoridad prescriptiva, (3) prescripción de regímenes terapéuticos, (4) práctica basada en la evidencia, (5) mantenimiento de la competencia, (6) defensa del cliente/paciente, (7) promoción de la salud, (8) pensamiento crítico, (9) educación (pacientes, familias, compañeros, comunidad), (10) práctica colaborativa/colaboración interprofesional, (11) consultas/referencias, (12) mentoría, (13) trabajo en equipo, (14) liderazgo y coordinación asistencial, (15) rendición de cuentas/responsabilidad profesional, (16) atención de calidad e (17) influencias en la política de atención médica (International Council of Nurses, 2019).

A pesar de las diferencias encontradas en los distintos países, la existencia de competencias comunes en la mayoría de ellos ayudan a identificar las características clave que dan forma al papel de las EPA (Hutchinson et al., 2014; Sastre-Fullana et al., 2014).

Por otro lado, el área de trabajo de la EPA condicionará su desarrollo competencial. Así, una EPA que trabaje en el área hospitalaria de pediatría desarrollará una serie de competencias que una EAD que trabaje con pacientes ostomizados en atención primaria no necesitará, y viceversa. En una revisión sistemática y metasíntesis sobre las barreras que se encuentran las EPA en entornos de cuidados agudos hospitalarios, el autor (Jones, 2005) habla de las competencias que desarrollan las EPA más allá de las definidas, haciendo referencia a que, para ser eficaces en sus funciones, las EPA necesitaban poseer competencias personales específicas como la confianza o tener habilidades en la resolución de conflictos. Por otro lado, el tiempo invertido en las diferentes actividades que implique el desarrollo de cada competencia, vendrá determinado por las prioridades de cada rol de práctica avanzada, es decir, por el contexto (Kilpatrick et al., 2015). El efecto combinado de las múltiples responsabilidades de roles de EPA es lo que conduce a la innovación y la mejora de la atención médica (Bryant-Lukosius et al., 2017).

1.4.4 Impacto de la EPA sobre el cuidado del paciente

La relación entre la atención prestada por enfermeras cualificadas y la mejora de la calidad de los cuidados ofrecidos al paciente, así como la relación con los resultados clínicos, se conoce desde hace varios años (Carlson & Plonczynski, 2008; Melnyk et al., 2000; Needleman et al., 2002). La relación entre el aumento del nivel educacional de las enfermeras y los buenos resultados en los pacientes es directamente proporcional (Lasater, Sloane, McHugh, Porat - Dahlerbruch, et al., 2021).

La contribución de la EPA sobre los resultados del paciente se ha evidenciado en varios trabajos de investigación, sobre todo en aquellos países con más recorrido histórico como EE.UU., Canadá, UK y Finlandia, centrándose sobre todo en la aportación de la EAD que trabaja en el ámbito de la atención primaria (Delamaire & Lafortune, 2010). Este conocido trabajo de Delamaire & Lafortune explica que las EPA mejoran el acceso a los servicios de salud, disminuyen los tiempos de espera y mejoran la satisfacción del paciente. Más adelante Schober (Schober, 2019) añadiría que además los pacientes tienen menos visitas innecesarias a urgencias, experimentan menos reingresos hospitalarios y tienen menos hospitalizaciones prevenibles.

Los primeros estudios sobre el impacto de la atención de la EPA se centraron inicialmente en comparar los resultados en los pacientes que eran atendidos por estos roles de enfermería con los que eran atendidos por médicos. Los estudios avalaban el uso de EPA en términos de efectividad o rentabilidad, mayor satisfacción de los pacientes atendidos por EPA, concluyendo que la atención a pacientes por parte de estos roles de enfermería eran equivalentes o mejores que la atención ofrecida por los médicos (Buchan & Calman, 2005; Horrocks, Anderson, & Salisbury, 2002; Laurant et al., 2005). El interés por comparar la atención entre los diferentes profesionales tenía que ver con el motivo principal de aparición de la EPA en esos contextos: la falta de médicos en áreas rurales y la posibilidad de que fueran sustituidos por enfermeras. Sin embargo, a medida que la EPA se incorpora a otros ámbitos de atención, no sólo comunitarios, sino especializados, las conclusiones van en la misma dirección, añadiendo que en el cuidado de pacientes agudos se reduce la

estancia hospitalaria y el coste de los pacientes hospitalizados (Newhouse et al., 2011), así como en áreas de urgencias o cuidados críticos (Woo, Lee, & Tam, 2017).

Más adelante, otros estudios ampliarían la investigación sobre diferentes formas de contribución de la EPA (EAD y ECE) en diferentes ámbitos. En este sentido, argumentando que ya se conocía su efectividad, pero no su costo-efectividad, se realizan varias revisiones sistemáticas que concluyen que la aportación de la EPA en roles de colaboración mantienen la misma atención al paciente con un uso de recursos similar pero coste menor, mientras que las EPA en roles de sustitución (a médicos) igualan la atención a los pacientes con un uso igual o mayor de recursos, pero también disminuyendo los costes (Kilpatrick et al., 2015; Martin-Misener et al., 2015).

Además de los estudios realizados en diferentes ámbitos, que reconocen la aportación de la EPA en la mejora del acceso a la salud y a la prevención de patologías, hay variedad de estudios que demuestran su impacto en la mejora del cuidado de pacientes en diversas especialidades (Schober, 2016).

Las EPA han demostrado una contribución importante en el cuidado de personas mayores en entornos residenciales al mejorar o reducir la incontinencia urinaria, las úlceras por presión (UPP), las heridas crónicas complejas, el comportamiento agresivo y la pérdida de afecto en los residentes con deterioro cognitivo, el uso de contenciones o las lesiones relacionadas con las caídas, los ingresos hospitalarios y la mortalidad, contribuyendo a mejorar el autocuidado de los pacientes (Donald et al., 2013; Jiménez-García et al., 2019; Morilla-Herrera et al., 2016). Han demostrado muy buenos resultados en el manejo de pacientes con enfermedades crónicas, como diabetes tipo 2, hipertensión y asma (Kilpatrick et al., 2014), cáncer de pulmón (Serena, Dwyer, Peters, & Eicher, 2017), así como en el manejo de pacientes con insuficiencia cardiaca (Case, Haynes, Holaday, & Parker, 2010) consiguiendo reducir incluso la mortalidad, la ratio de eventos cardíacos adversos y mejorando la adherencia al tratamiento en pacientes con problemas cardiovasculares (Al-Mallah et al., 2016). Pero también han obtenido buenos resultados las investigaciones que estudian su aportación en el ámbito de los cuidados críticos y urgencias (Galiana-Camacho, Gómez-Salgado, García-Iglesias, &

Fernández-García, 2018; Woo et al., 2017) y en otras muchas áreas. En diferentes entornos, las EPA han mejorado la satisfacción con el sistema de salud de pacientes y familias (Donald et al., 2013; Galiana-Camacho et al., 2018; Morilla-Herrera et al., 2016).

A día de hoy la EPA sigue siendo reconocida como una oportunidad para apoyar la cobertura universal de salud y lograr el acceso universal a la salud (Bryant-Lukosius et al., 2017).

1.4.5 La EPA como facilitadora de PCBE

La implementación de la PCBE supone un reto para el sistema sanitario, pero el desafío en la profesión enfermera es de mayor importancia, ya que las enfermeras representan la fuerza laboral más grande en el cuidado del paciente (Lasater, Sloane, McHugh, Porat - Dahlerbruch, et al., 2021; Needleman et al., 2002).

Como ya se ha explicado en el apartado de barreras y facilitadores, así como en el apartado de estrategias de la presente tesis, la facilitación es un elemento clave para la implementación de PCBE (Dogherty, Harrison, Graham, & Keeping-Burke, 2014; Jun et al., 2016; McArthur et al., 2021; Seers et al., 2012). El marco i-PARIHS es un marco de implementación de PCBE que señala precisamente la facilitación como elemento central de su propuesta y señala a las enfermeras con capacidad de liderazgo para encarnar la figura del facilitador (Harvey & Kitson, 2016). Se han realizado extensos trabajos que identifican las actividades de facilitación que deben ser llevadas a cabo por diferentes roles de liderazgo para asegurar un éxito en la implementación de GPC (Dogherty, Harrison, & Graham, 2010; Dogherty et al., 2014). Autores como Melnyk (Melnyk et al., 2012) respaldan la enorme necesidad de que las enfermeras líderes construyan culturas organizativas que apoyen la PCBE, implementen estrategias para mejorar el conocimiento y las habilidades de las enfermeras sobre PCBE y proporcionen entornos en los que la PCBE pueda prosperar y mantenerse.

El uso de enfermeras líderes con capacidad para influenciar en su entorno, así como el uso de líderes informales o “impulsores” es un recurso frecuentemente utilizado para permitir la implementación de PCBE (Jun et al., 2016; Kitson et al., 2021; McArthur et al., 2021). Un ejemplo son los trabajos de Birken et al. (Birken, Clary, et al., 2018) que estudian el papel de los mandos medios como facilitadores, permitiendo la implementación de las innovaciones al difundir información completa y relevante, sintetizarla y explicarla, mediar entre la estrategia y las tareas cotidianas, y vender la implementación de PCBE (presentar, convencer y alentar) (Birken, Lee, & Weiner, 2012). Otro ejemplo es el estudio internacional FLAME (Harvey et al., 2019; Harvey, Kelly, Kitson, Thornton, & Owen, 2020; Kitson et al., 2021) cuyas siglas significan “Facilitadores y líderes que movilizan activamente la evidencia” que, a través de diferentes metodologías, profundizan en el estudio de diferentes roles de liderazgo enfermero encargados de promover PCBE. Parten de la premisa ya contrastada sobre el papel que desempeñan tanto los líderes formales como informales, aquellos con y sin responsabilidad gerencial, para liderar y permitir la PCBE (Kitson et al., 2021). En sus trabajos identifican diversidad de figuras que se encargan de aproximar la evidencia a pie de cama, por lo que no existe un rol específico para liderar la PCBE (Harvey et al., 2020). Entre sus conclusiones más interesantes destacan la idea de que debemos enfocarnos en la mejor manera de lograr la complementariedad entre los mecanismos requeridos para optimizar la PCBE y la red de roles necesarios para promulgar estos mecanismos, y no tanto en identificar a los individuos particulares que desarrollan el rol. Lo importante pues, es asegurar un facilitador que pueda promover la consecución de estos mecanismos a través de estrategias específicas, que van desde la gestión y el seguimiento (estrategias más formales y preocupadas en cumplir con los estándares de desempeño esperados) hasta los enfoques facilitadores centrados en las relaciones personales (estrategias con enfoques más habilitadores) (Harvey et al., 2019). El estudio FIRE, cuyas siglas hacen referencia a “Facilitar la implementación de la evidencia de la investigación” (Rycroft-Malone et al., 2018; Seers et al., 2018) tenía como objetivo descubrir qué funcionó (y qué no funcionó), para quién, cómo, por qué y en qué circunstancias, mientras implementaba y evaluaba dos tipos de intervenciones de facilitación. Identifican las características personales de los facilitadores más exitosos entre los que se encuentran la motivación para asumir el rol, el deseo de aprender, los años de

experiencia en enfermería (ya que estaba relacionado con la autoridad), la confianza en sí mismo y en trabajar con otros, las ganas de triunfar, la perseverancia (particularmente cuando las cosas son difíciles), el entusiasmo visible, el compromiso con la mejora de la calidad de la atención a las personas y el ser un buen comunicador. Por tanto, el facilitador hábil es aquel que puede adaptarse a las diferentes etapas de un proyecto de implementación y a las necesidades de aquellos con quienes trabajan, a través de ajustar su rol y su estilo de liderazgo (Rycroft-Malone & Bucknall, 2010).

La PCBE es el enfoque dominante para la toma de decisiones en la práctica clínica de las enfermeras y es, además, una competencia nuclear de las EPA (Hamric et al., 2019). Estas enfermeras poseen capacidades de liderazgo que las colocan en el lugar idóneo para promocionar y facilitar PCBE en su lugar de trabajo y actuar así como “impulsores” en las organizaciones (Melnyk et al., 2000; Melnyk, Gallagher-Ford, Long, & Fineout-Overholt, 2014). Sin embargo, los esfuerzos por movilizar el conocimiento se han centrado en facilitadores con un rol formal, aunque externos al cuidado del paciente a pie de cama (Gerrish et al., 2011).

En los diferentes estudios del FLAME o del FIRE comentados en los párrafos anteriores, se identifican diferentes roles que lideran la PCBE y su mayoría son roles de práctica avanzada como la *Nurse Manager*, la *Nurse Consultant*, la EAD, o las ECE, entre otras (Harvey et al., 2019, 2020; Kitson et al., 2021). La necesidad de disponer de mentores para implementar PCBE en las organizaciones es patente y estos mentores típicamente son las EPA, quienes no solamente poseen excelente conocimiento y herramientas para la PCBE, sino que conocen estrategias para llevar a cabo cambios en el comportamiento tanto individual como colectivo. Los mentores como las EPA trabajan junto a los profesionales de la salud para implementar y mantener de forma consistente la PCBE con el objetivo final de mejorar la calidad de la atención y los resultados de los pacientes (Melnyk et al., 2012). El contacto cercano y diario de las EPA con el equipo de enfermería las coloca en una posición óptima para conseguir cambios en su práctica clínica dirigidos a mejorar la PCBE (Fencil & Matthews, 2017; Kitson et al., 2021).

Hamric (2019) define tres niveles de competencia en PCBE, donde la diferencia de los conceptos de investigación y de mejora de la calidad:

- Nivel I: uso de la evidencia al incorporarla en la práctica clínica individual de la EPA.
- Nivel II: uso de la evidencia para cambiar la propia práctica clínica o actuar como mentora del personal de primera línea que incorpora los cambios.
- Nivel III: uso de la evidencia para evaluar la propia práctica clínica o la del personal de primera línea.

Las EPA son llamadas a ejercer como agentes de cambio hacia una PCBE, y para ello, el desarrollo de la competencia en liderazgo es imprescindible (Fencil & Matthews, 2017). Existen diferentes tipos de liderazgo descritos en la bibliografía, como el liderazgo situacional, o el liderazgo clínico. Las EPA suelen enfocarse en el desarrollo de habilidades hacia este último tipo, el liderazgo clínico (Hamric et al., 2019), ya que por definición se centra en las necesidades y objetivos del paciente y su familia y se asegura de ofrecer una calidad en el cuidado del paciente (Stanley & Stanley, 2018). Sobre la competencia de liderazgo de la EPA, Hamric (Hamric et al., 2019) define tres elementos clave: la mentoría, el empoderamiento de otros y la innovación. Pero también identifica una serie de atributos personales que debe poseer esta figura para ejercer un liderazgo efectivo: habilidades expertas en comunicación, compromiso, desarrollo de un estilo personal, asunción de riesgos y voluntad de colaboración.

La comprensión de las capacidades de liderazgo de las enfermeras clínicas ofrece la oportunidad de evaluar su influencia y oportunidad para implementar cambios en las prácticas de la atención sanitaria. A pesar de que se espera que las EPA sean líderes clínicas e investigadoras activas, la realidad es que muchas de ellas todavía no se identifican como líderes de investigación (Ryder, Jacob, & Hendricks, 2019).

Existen claras evidencias de que la optimización de la contribución de la enfermería a la atención sanitaria a través de la ampliación de sus capacidades y ámbito de práctica resulta una estrategia efectiva de cara a la mejora de los servicios de salud, siendo los roles de enfermería avanzada, además, seguros, efectivos y bien recibidos por los usuarios de los sistemas de salud (Schober & Affara 2006). Es necesario medir la aportación de las EPA de forma objetiva para poder conocer el impacto real de sus intervenciones y para dar valor a su contribución a la profesión enfermera (Elliott, Begley, Kleinpell, & Higgins, 2014; Sansoni, 2016).

1.4.6 Desarrollo del rol a nivel internacional

Cada vez con mayor frecuencia, están emergiendo y se van identificando roles de práctica avanzada a en todo el mundo (Sastre-Fullana et al., 2014; Schober, 2016). A nivel internacional, aun no se conoce completamente el grado de desarrollo alcanzado por estos roles, aunque se estima que aproximadamente setenta países han establecido o están considerando introducir roles de EPA (NP/APN Network, 2022). Los avances por esclarecer los diferentes aspectos de la práctica avanzada son diversos alrededor del globo, pero es incuestionable que el contexto político y de práctica de las enfermeras es fundamental para la creación y evolución de nuevas figuras en enfermería. El nivel de desarrollo de los roles de práctica avanzada en cada país suele estar vinculado al reconocimiento legislativo del rol en el territorio donde ejerza la EPA.

En los países pioneros en el desarrollo de los roles de EPA, como EE. UU. y Canadá, existe más investigación sobre el fenómeno y un mayor reconocimiento social y legal de la práctica avanzada. En EE.UU., la práctica avanzada en enfermería se remonta al siglo XX, con la introducción de las ECE, mientras que el desarrollo de la EAD apareció en el ámbito de la atención primaria, en 1968, dirigida en un principio a la atención pediátrica (Schober, 2019). En julio de 2008 se publicó el “Modelo de Consenso para la regulación de la EPA” en EE.UU. (National Council of State Boards of Nursing, 2008), un documento oficial que pretende asegurar una correcta educación, acreditación, certificación y concesión de licencias de las EPA, al reconocer la expansión en número y capacidades de esta figura y su valor y parte integral del sistema de atención sanitaria. En este documento se

reconoce como EPA a cuatro figuras que ejercen un rol de práctica avanzada sólidamente establecidas que son la ECE, la EAD, la enfermera anestesista y la enfermera partera (matrona). Este documento define la práctica de la EPA, describe el modelo normativo de la EPA, identifica los títulos a utilizar, define la especialidad, describe la aparición de nuevos roles y focos de población, y presenta estrategias para su implementación. Por otro lado, la Asociación Canadiense de Enfermeras, también ejerce un importante liderazgo en el desarrollo y la integración de la práctica avanzada en enfermería, con un marco teórico robusto que reconoce dos roles de EPA en el país: la EAD y la ECE (Canadian Nurses Association, 2018).

En Latinoamérica existen programas de especialización enfermera en países como Colombia, Chile, Ecuador, México, Panamá o Venezuela, sin embargo, no están regulados como práctica avanzada formalmente. En el año 2013, la Organización Panamericana de la Salud, junto con la OMS en las Américas, encabezaron un enfoque dirigido a “*aumentar el acceso al personal sanitario capacitado en sistemas de salud basados en la Atención Primaria de salud*” para mejorar el acceso y contribuir al objetivo de la cobertura universal de salud. Reconocieron en 2014 una serie de estrategias que estaban en línea con el rol de la EPA, siendo reconocida esta figura, como una herramienta para alcanzar los objetivos propuestos (Bryant-Lukosius et al., 2017; Cassiani, Lopez Reyes, & Rosales, 2016).

En Sudáfrica, la salud mental de la población estimuló la aparición de una enfermera especialista en psiquiatría, reconocida como enfermera de psiquiatría avanzada. Asimismo, existen otros roles avanzados a distintos niveles, cuya falta de regulación en el país dificulta su identificación y reconocimiento (Schober, 2016).

En Asia, muchos países tienen una falta de regulación del rol de la enfermera generalista, por lo que se hace complicado avanzar en roles más especializados. Sin embargo, países como Japón, Taiwan, Hong Kong, Singapur o Tailandia disponen de reconocimiento legal de las enfermeras en puestos avanzados en diferentes medidas (Schober, 2016).

En Australia, Nueva Zelanda cuenta con una regulación de la EPA desde el año 2001 con la primera EAD en atención neonatal. El título utilizado es EAD con

un marco regulatorio fuertemente establecido, con una mayoría de EPA ejerciendo en el ámbito de la atención especializada (Schober, 2019).

En Europa el primer rol de práctica avanzada se observó en el Reino Unido (UK) sobre el año 1995, de la mano de una formación para enfermeras especialistas ofrecida por el Royal College of Nursing (Schober, 2019). Actualmente, UK y Escocia disponen de EPA en el ámbito de la atención primaria y especializada. En los países nórdicos crearon una figura similar a la ECE de EE. UU., ya que las EPA tenían un papel importante en la promoción de la investigación y el desarrollo de roles clínicos expertos. En 1997, los Países Bajos incorporaron EPA en respuesta a la falta de médicos. En el año 2003 Islandia y Suiza realizan avances en la incorporación de roles de práctica avanzada. Islandia crea una licencia para que los hospitales contraten a enfermeras especialistas reconocidas, mientras que Suiza profundiza en la investigación sobre el rol y crea una definición de práctica avanzada en la que incluye competencias en prescripción de medicamentos y autonomía para el diagnóstico (Schober, 2016).

El CIE ha realizado grandes esfuerzos por respaldar la práctica avanzada en enfermería a nivel internacional, estableciendo una definición de EPA y sus características desde 2002 (Consejo Internacional de Enfermeras, 2002), y creando el documento de ámbitos de práctica, estándares y competencias de la EPA en 2008 (International Council of Nurses, 2008). En el año 2020 publicó una guía sobre la práctica avanzada en enfermería (International Council of Nurses, 2020), revisada por más de treinta y cinco representantes de diferentes países para su redacción, y escrita en inglés, francés y español, con el objetivo de facilitar el diálogo y el apoyo en la evolución continua de esta figura alrededor del mundo.

1.4.6.1 Situación de la EPA en España

En España han emergido roles de práctica avanzada en respuesta a necesidades insatisfechas de la población, que exigen un cuidado enfermero mejorado. Sin embargo, estos roles todavía no están regulados existiendo pocos puestos de trabajo disponibles (Gutiérrez-Rodríguez et al., 2019; Sevilla-Guerra et al., 2021). Debido a la falta de definición clara de estos roles, existen una variedad

de competencias y responsabilidades en la práctica, lo que resulta en un nivel de desigual de capacitación de las enfermeras que los desarrollan. Esta situación perpetúa la falta de visibilidad de la EPA en el entorno nacional y aumenta la incertidumbre en el entorno internacional.

La legislación española únicamente contempla dos categorías enfermeras: la enfermera generalista y la enfermera especialista. No es hasta el año 2006 cuando se establecen el grado y el doctorado en enfermería, añadiendo un ingrediente crucial para el crecimiento de la profesión: la formación en investigación. Si bien existen programas formativos que cumplen con los criterios internacionales de preparación educacional y práctica de la EPA, como es el nivel de máster o de especialidad (International Council of Nurses, 2022b), las enfermeras no tienen posibilidad de desplegar ciertas funciones avanzadas al no estar respaldadas por una legislación que contemple la expansión de su área de actuación.

En España existen diferentes programas de segundo ciclo universitario de nivel máster que capacitan a las enfermeras en diferentes ámbitos clínicos, en investigación o en gestión, de uno a dos años de duración. Desde el año 2005, el Gobierno consideró el reconocimiento de especialidades debido a *“la constante evolución que en los últimos años han experimentado los conocimientos científicos, los medios técnicos y el propio sistema sanitario, así como la modificación de los patrones epidemiológicos, la evolución de la pirámide de población y las necesidades de atención y cuidados especializados que demandan los pacientes y los usuarios del Sistema Nacional de Salud”* (Jefatura del Estado - Gobierno de España, 2005). Están reconocidas siete especialidades de enfermería en España: enfermería obstétrico-ginecológica (matrona), enfermería de salud mental, enfermería del trabajo, enfermería de cuidados médico-quirúrgicos, enfermería geriátrica, enfermería familiar y comunitaria y, por último, enfermería pediátrica. Aunque todas las enfermeras generalistas tienen acceso a las pruebas para obtener la titulación de especialista, no todas las CC. AA. tienen la oportunidad para ofrecerlas y, posteriormente, surge el problema de que existe poca oferta laboral en la red pública para ciertos profesionales especialistas, como los de salud mental o enfermería del trabajo.

El término “enfermera especialista” es distinto del de “enfermera clínica especialista” (ECE) considerado por el CIE como EPA (International Council of Nurses, 2022b). La definición de cada especialidad en España, así como las competencias asociadas a ella, vienen definidas en sus respectivos marcos reguladores. En este sentido, España está todavía poco desarrollada en comparación con el plano internacional. El Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud habla de prácticas avanzadas en enfermería, cuando hace referencia a la actividad que desarrollarán las enfermeras en los diferentes puestos especializados (Ministerio de Sanidad, 2019). Existen factores que ayudan a mantener la ambigüedad entre el rol de enfermera especialista y EPA entre los que se encuentran: el desarrollo de las especialidades en enfermería al mismo tiempo que aparecen los primeros roles de práctica avanzada en España, la falta de un modelo sólido sobre práctica avanzada en el que basarse, y la falta de un plan de implementación nacional de esta figura (De Pedro-Gómez & Morales-Asencio, 2019; Sastre-Fullana, De Pedro-Gómez, Hernández Serra, Blanco-Mavillard, & Bennasar-Veny, 2017).

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) ha desarrollado diferentes estrategias dirigidas a atender a una población cada vez más envejecida y con procesos de salud complejos, crónicos y avanzados (Ministerio de Sanidad, 2012). Estas estrategias contemplan la ampliación de competencias enfermeras para poder dar respuesta a esta nueva situación, que van más allá de las planteadas por el sistema de especialidades. Sin embargo, esta expansión de competencias de la enfermera no está amparada por una legislación nacional, y, por lo tanto, las enfermeras en puestos avanzados no están reconocidas oficialmente como EPA.

A pesar de esta falta de reconocimiento desde el Sistema Nacional de Salud, diferentes investigadores del ámbito nacional profundizan en el estudio de las competencias que debería desarrollar la EPA en el entorno español (Sastre-Fullana, De Pedro-Gómez, Bennasar-Veny, et al., 2015) o tratan de identificar enfermeras que ya desarrollen prácticas avanzadas (Mármol-López et al., 2018). Un estudio de Sastre et al. realizado en 2014 identificó en España tres roles de práctica avanzada: la EPA genérica con un rol no específico, la enfermera gestora de casos (EGC) y la matrona (Sastre-Fullana et al., 2014).

Por otro lado, las diferentes Consejerías autonómicas, encabezadas por Andalucía, han desarrollado estrategias propias para cumplir con los objetivos planteados por el MSSSI sobre el reto de la atención a la cronicidad y reconocen en su organigrama figuras de enfermería que cumplen en distintas medidas con la definición de práctica avanzada (Mármol-López et al., 2018), siendo las más comunes en España la EGC comunitaria y la EGC hospitalaria (Sánchez-Martín, 2014). Las EGC trabajan normalmente con población geriátrica, los denominados pacientes crónicos complejos (PCC⁴) y pacientes crónicos avanzados (PCA), facilitando una atención geriátrica integral y mejorando las vías clínicas para la atención de estos pacientes.

Las primeras comunidades autónomas en contar con EGC fueron Andalucía, País Vasco, Aragón, Canarias, Cataluña, Comunidad de Madrid, Región de Murcia y Comunidad Valenciana (Sánchez-Martín, 2014). Por ejemplo, en el País Vasco, y a partir de la estrategia de cronicidad impulsada por el MSSSI y de la creación de su propia “Estrategia para el abordaje de la cronicidad en Euskadi”, se configuró el proyecto “Definición e implementación de competencias avanzadas de enfermería” (Servicio Vasco de Salud, 2012) en el que reconocen tres figuras: la enfermera gestora de enlace hospitalario (EGEH), la enfermera gestora de casos (EGC) y la enfermera gestora de competencias avanzadas (EGCA). Estas figuras fueron pilotadas y posteriormente desplegadas con el enfoque de atención a las necesidades de los pacientes crónicos complejos. A excepción de la EGEH que trabaja en atención especializada, las otras dos figuras desarrollan su trabajo en el ámbito de la atención primaria.

⁴ Los PCC son aquellos que sufren la “coexistencia de varias patologías crónicas con frecuentes descompensaciones y alto riesgo de pérdida funcional, que hacen necesaria la utilización ordenada de los diversos niveles asistenciales y en algunos casos servicios sanitarios y sociales” (Conselleria de Salut Illes Balears, 2017a). Mientras que los PCA son aquellos que cumplen los criterios de PCC y otros criterios añadidos referentes a la limitación de intervenciones, habiendo obtenido para ello el consentimiento del paciente o, en caso de no poder darlo, el de su familia.

Sin embargo, algunas comunidades ya hablan directamente de EPA. Por ejemplo, en Andalucía, la Estrategia de Cuidados (PiCuida) (Servicio Andaluz de Salud, 2018) se desarrolla desde 2015. En su proyecto explican que “*se han puesto en marcha y pilotado diferentes roles de EPA, en aquellos ámbitos donde no existe una especialidad de Enfermería claramente definida, que necesiten de una respuesta de cuidados avanzados*” (Lafuente-Robles et al., 2019). Así, reconocen la figura de EPA que trabaja en distintos entornos: EPA en gestión de casos, EPA en heridas crónicas complejas, EPA en procesos oncológicos complejos, EPA en enfermedad renal crónica, EPA en la atención de personas con tratamientos complejos para la diabetes, EPA en cuidados paliativos y EPA en la atención de personas con ostomías. Distinguen en su proyecto, las distintas competencias avanzadas específicas que puede desarrollar la enfermera en diferentes áreas (como la cirugía menor o la inserción de catéteres centrales de acceso periférico -PICC-) o competencias avanzadas transversales como la educación terapéutica o la prescripción colaborativa para el seguimiento farmacológico de tratamiento en procesos crónicos, que bien pueden ser asumidas por una EPA o por una enfermera especialista (Fernández Salazar, Lafuente-Robles, Rodríguez Gómez, Casado-Mora, & Morales-Asencio, 2018). En ese mismo documento también definen el perfil competencial de la EPA en Andalucía.

Otro ejemplo es Cataluña donde, si bien el modelo de práctica avanzada está poco desarrollado desde la Generalitat, es una de las CC. AA. que más ha profundizado en el estudio de esta figura. La Estrategia de Salud del gobierno catalán contempla la gestión de casos en enfermería desde el año 2008 como una práctica avanzada de enfermería (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2010), pero no habla de EPA. Sin embargo, existen estudios que identifican la presencia de enfermeras que se alinean con los criterios de EPA en el sistema autonómico de salud catalán, que principalmente trabajan en grandes servicios de agudos sin regulación ni reconocimiento (Jean et al., 2019; Sevilla-Guerra et al., 2021), como la EPA en epilepsia (Manzanares et al., 2021) o la EPA en servicios de urgencias hospitalarios (Font Cabrera, Guix Comellas, Fabrellas Padrés, & Juvé Udina, 2021).

En las Islas Baleares, en el año 2009-2010, se inició el proyecto de enfermera gestora de casos que finalmente sólo contó con dos EGC en la comunidad. No fue hasta 2015, cuando se implementaron diversas iniciativas para la prestación de

cuidados de calidad dirigidas principalmente a la atención a la cronicidad, que se reflejaron en el “Plan de atención a las personas con enfermedades crónicas 2016-2021. El reto del sistema sanitario” (Conselleria de Salut Illes Balears, 2015). En ese momento se incorporaron las EGC en el ámbito de la atención primaria y hospitalaria, siendo reconocidas como enfermeras con competencias avanzadas (Conselleria de Salut Illes Balears, 2017b).

El Sistema Nacional de Salud español contempla una excelente formación de las enfermeras que las capacita para ser agentes de salud esenciales, con un impacto positivo en la salud de la población. Existe un compromiso político y profesional en el avance de la profesión y en la creación de nuevos roles enfermeros, como se evidencia en la regulación de la prescripción enfermera en el año 2015 (Jefatura del Estado - Gobierno de España, 2018). Cada CC. AA. sigue actualizando sus marcos legislativos para la implementación de esta regulación.

Capítulo 2
OBJETIVOS

2.1 Objetivos

El objetivo general es evaluar la incorporación de una Enfermera de Práctica Avanzada en unidades de Hospitalización (EPAH) como facilitadora de la práctica clínica basada en la evidencia de las enfermeras hospitalarias.

Los objetivos específicos son:

- Evaluar el impacto de la incorporación de la EPAH sobre el entorno laboral.
- Analizar los cambios en el nivel de PCBE del equipo de enfermería tras la incorporación de la EPAH.
- Valorar los cambios en el nivel competencial en práctica avanzada de las enfermeras que participan en el proyecto desarrollando el rol de EPAH.
- Determinar el nivel de adherencia del equipo de enfermería a las recomendaciones de las dos guías de práctica clínica.
- Identificar las estrategias de implementación que despliega la EPAH para facilitar PCBE en su unidad.

Capítulo 3

JUSTIFICACIÓN Y OPERATIVIZACIÓN DEL MARCO TEÓRICO

3.1 Justificación

La PCBE plantea un marco para alcanzar la excelencia en cuidados, consiguiendo reducir la morbimortalidad de los pacientes y mejorando su calidad de vida. Las GPC son documentos que recogen recomendaciones basadas en la última evidencia y que ayudan al profesional en la toma de decisiones clínicas. Sin embargo, existen diferentes situaciones en el día a día de los y las profesionales que plantean dudas sobre prácticas concretas y que precisan una búsqueda de evidencias que van más allá de la lectura de una GPC. En muchas ocasiones la falta de tiempo, de conocimientos sobre búsqueda bibliográfica o de acceso a las propias guías, por poner algunos ejemplos, hacen que el profesional decida buscar la respuesta a su pregunta en la experiencia de otros compañeros, en el ensayo-error o bien decidir trabajar igual que lo ha hecho hasta el momento, dejando de lado su pregunta. El modelo para la PCBE sigue sin ser una realidad en el proceso de toma de decisiones diarias de las enfermeras.

La incorporación del nuevo conocimiento a la práctica clínica por parte de las enfermeras depende de numerosos factores que afectan a la implementación a distintos niveles, desde el plano organizacional hasta factores personales de la enfermera. Estos factores pueden funcionar como barreras que impiden la transferencia del conocimiento a la práctica diaria de los y las profesionales, o pueden funcionar como facilitadores, aumentando las probabilidades de que las enfermeras trabajen en base a las últimas recomendaciones. Las estrategias utilizadas para favorecer una cultura de implementación de evidencias en el colectivo de enfermeras apuntan al uso de diferentes facilitadores o actividades para superar esta problemática, pero sigue sin hallarse en la literatura una solución clara.

Las EPA pueden jugar un papel fundamental como facilitadoras de PCBE debido, no sólo a su nivel competencial, sino a su posición asistencial, trabajando codo con codo con el equipo de enfermería y pudiendo desplegar las estrategias necesarias para mejorar la PCBE de las enfermeras. Sin embargo, la mayoría de los estudios se centran en comparar la atención ofrecida por las EPA con la ofrecida por los médicos, principalmente en términos de impacto económico. Se necesita investigación que profundice en el conocimiento sobre el impacto real y único que

tiene esta figura sobre el cuidado del paciente, especialmente en el ámbito hospitalario.

Como ya se ha expuesto en la introducción, en España esta figura está empezando a incorporarse al sistema de salud en diferentes comunidades autónomas, y en diferentes contextos, no sin dificultades o incertidumbres. En la comunidad autónoma de las Illes Balears no existen enfermeras reconocidas como EPA.

El presente trabajo propone la inclusión de una EPA en unidades de hospitalización dependientes del Servei de Salut de la comunidad autónoma de les Illes Balears (IB-Salut) para poder medir, posteriormente, su impacto sobre la implementación de recomendaciones basadas en la evidencia.

La presente tesis plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿La incorporación de enfermeras de práctica avanzada en unidades de hospitalización facilita la implementación de prácticas basadas en evidencias por parte de las enfermeras clínicas?

3.2 Operativización del marco teórico

Esta tesis basa su hipotetización en el déficit que ha tenido el movimiento (paradigma) para la implementación de una PCBE, a través de una teoría sólida sobre la que basar los cambios en el comportamiento de la conducta humana y sobre la que sustentar el marco de operativización. A la hora de crear intervenciones efectivas para conseguir que las enfermeras de hospitalización trabajen en base a una PCBE, como ya se ha tratado extensamente en la introducción, se recomienda realizar un diagnóstico de barreras y facilitadores, tener en cuenta el contexto en el que se quiere implementar y el uso de teorías, modelos o marcos que guíen los pasos a seguir.

El marco i-PARIHS se ha mostrado efectivo como base teórica desde el que analizar los elementos imprescindibles para crear un plan de acción hacia una implementación exitosa. Esta tesis utiliza el marco i-PARIHS como guía para detectar estos elementos en el contexto concreto de las unidades de hospitalización donde se realizará la intervención, por lo que se ha utilizado para diseñar y ejecutar un proyecto de implementación de dos GPC, cuyo facilitador principal será encarnado por la EPAH.

Siendo que la implementación de PCBE implica un cambio en la práctica clínica de las enfermeras, la TCP puede ser útil para crear estrategias efectivas y aumentar las probabilidades del cambio de conductas (a nivel individual y grupal). Tanto en el marco i-PARIHS como en la TCP se habla de la facilitación como una variable que puede aumentar las probabilidades de éxito de que las enfermeras cambien hacia una PCBE. La incorporación de una EPAH puede cumplir con este papel.

En la Tabla 7, se describen los elementos que se tuvieron en cuenta a la hora de definir el plan de investigación y que son necesarios para una implementación exitosa según el marco i-PARIHS. En esta tabla aparecen por primera vez dos de los instrumentos que se van a utilizar, sin embargo, su definición completa se encuentra en el apartado de metodología.

La TCP se utiliza con el propósito de comprender los determinantes que influyen en la modificación del comportamiento clínico de las enfermeras. Además, se utiliza para orientar los contenidos del plan de formación impartida a las EPAH, lo cual se explicará en el capítulo de metodología de esta tesis. Asimismo, se emplea para construir el instrumento que permitirá identificar las posibles estrategias que propicien el cambio de conductas y que también se detallará en la sección correspondiente de la metodología.

Tabla 7. Elementos para una implementación exitosa según el marco i-PARIHS

Elementos para una implementación exitosa según el marco i-PARIHS	
Estudio de implementación	Logro de las metas acordadas de implementación/proyecto
Innovación	<p>La innovación consistirá en la implementación de dos GPC en las unidades de hospitalización, las cuales contarán con un nivel elevado de evidencia. Estas GPC serán transversales a todas las unidades de hospitalización y estarán en línea con las prioridades y prácticas locales, así como con los objetivos estratégicos del Servei de Salut de las Islas Baleares.</p> <p>Las GPC permitirán informar sobre la consecución de los objetivos establecidos, ya que se extraerán variables relevantes de los indicadores clínicos incluidos en las propias GPC, pudiéndose establecer resultados observables.</p>
Destinatarios	<p>Los actores involucrados en la implementación y, por tanto, influirán en ella serán los equipos de enfermería de las unidades a estudio: tanto las enfermeras a nivel individual, como el equipo de enfermería como colectivo.</p> <p>El equipo de enfermería tendrá que decidir si desea que el proyecto EPAH se lleve a cabo en su unidad, elegir a la EPAH y definir sus propios objetivos de forma consensuada. Para ello, será esencial contar con el respaldo y apoyo de la dirección de enfermería del centro.</p>
Contexto	<p>El contexto donde se incorporarán los nuevos roles de EPAH dispondrá de características propicias para la PCBE, entornos que se asocien con la calidad asistencial y la seguridad del paciente.</p> <p>Así, se seleccionarán unidades con una puntuación elevada en el instrumento PES-NWI, atendiendo de forma especial a las dimensiones de liderazgo y apoyo de gestores, relaciones interdisciplinarias y participación enfermera.</p>
Facilitación	<p>La EPAH encarnará la facilitación, que según el nuevo i-PARIHS deja de ser un elemento más del marco, para pasar a ser el elemento activo principal a través del cual ocurrirá la implementación.</p> <p>Las EPAH deberán ser líderes informales dentro del equipo, elegidas por sus propios compañeros. Se exigirán unas características mínimas, como una formación nivel máster y se evaluará su nivel competencial con el instrumento IECEPA.</p> <p>La TCP informará sobre estrategias de implementación para conseguir un cambio en el comportamiento de las enfermeras clínicas.</p> <p>Debido a su posición en el equipo, la EPAH podrá considerar el punto de vista de cada enfermera, comprender sus creencias y observar sus formas de práctica establecidas que puedan apoyar o resistir el cambio.</p>
Objetivos de la implementación	Aumentar el nivel de adherencia a las recomendaciones basadas en la evidencia procedentes de las GPC.

PES-NWI: instrumento Practice Environment Scale-Nursing Work Index; *IECEPA*: Instrumento para la Evaluación de Competencias en Enfermeras de Práctica Avanzada

La Figura 14 muestra la representación de la operativización del constructo teórico de la presente tesis. El marco i-PARIHS se representa en el centro de la imagen, agrupando los distintos elementos que se han tenido en cuenta durante la creación del protocolo de la presente investigación. La facilitación, encarnada por la EPAH, se coloca en el centro del resto de variables, pues no es un elemento más del marco, sino que es el elemento activo que integra al resto y a través del cual se conseguirá la implementación exitosa, es decir, la PCBE. La espiral que comienza en la EPAH y acaba en la PCBE representa el trabajo proactivo y constante que llevará a cabo esta enfermera para conseguir su objetivo a través del despliegue de estrategias para el cambio de conductas hacia una PCBE descritas por la TCP: creencias que subyacen a las actitudes, normas subjetivas y control conductual percibido de las enfermeras clínicas.

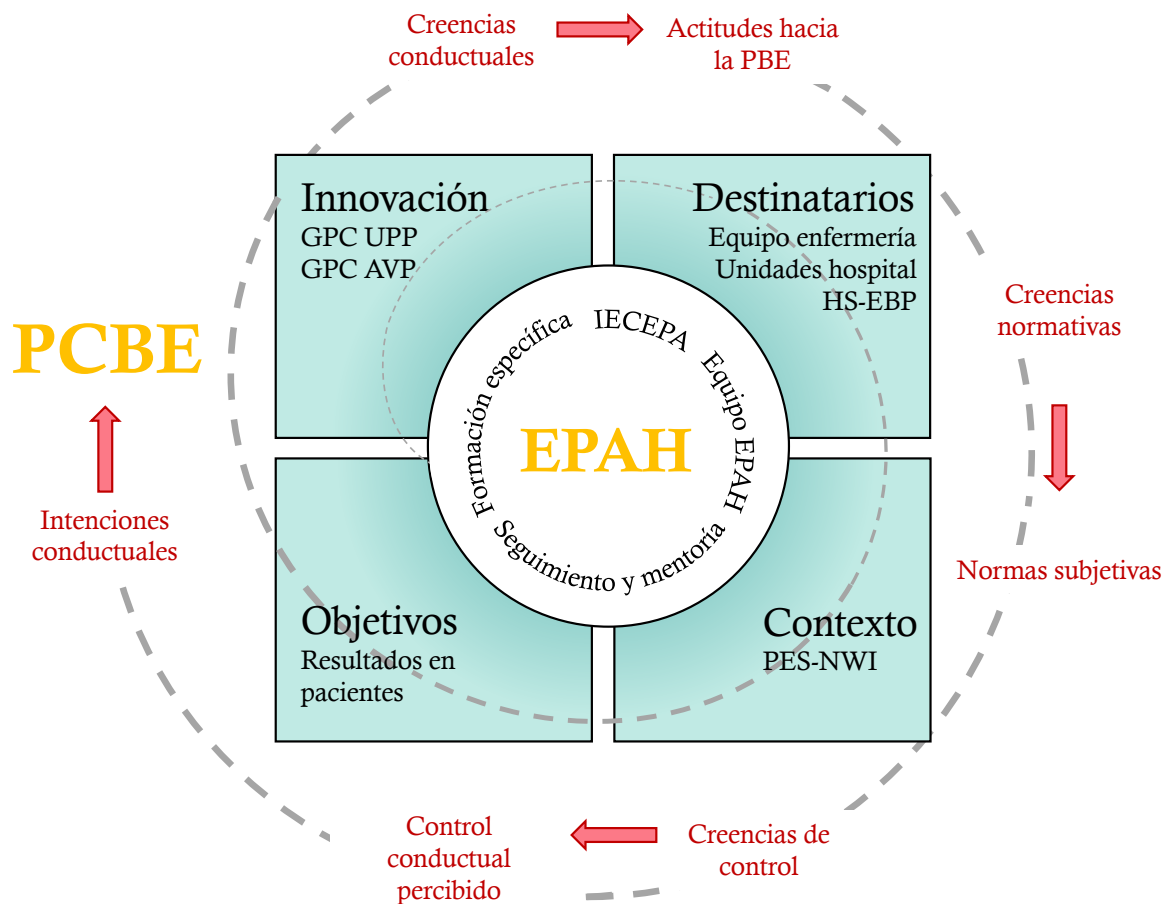


Figura 14. Operativización del constructo teórico. Elaboración propia

Capítulo 4
METODOLOGÍA

En este capítulo se presenta la metodología utilizada para responder a los objetivos planteados. Para ello se desarrolló un estudio a propuesta de la Universitat de les Illes Balears (UIB) como proyecto de la presente tesis al que se denominó “Proyecto de implementación de la enfermera de práctica avanzada en unidades de hospitalización” con el acrónimo “Proyecto EPAH”. Contó con la autorización de la subdirección de cuidados del IB-Salut para implementar el proyecto en tres hospitales de la isla de Mallorca (Hospital de Inca, Hospital de Manacor y Hospital Universitari Son Espases). Se conformó un equipo de investigación entre personal de la UIB y del IB-Salut de manera que hubiese un profesional responsable de cada centro donde se iba a realizar la intervención.

4.1 Diseño del estudio

Se propuso un diseño de estudio exploratorio de carácter cuasiexperimental para la realización del proyecto.

4.2 Ámbito del estudio y participantes

El estudio se realizó en el ámbito de la atención especializada, en hospitales públicos de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears, incluyendo un hospital universitario (Hospital Universitari Son Espases) y dos hospitales comarcales (Hospital Comarcal d’Inca y Hospital de Manacor).

Tabla 8. Distribución de las unidades incluidas en el estudio

Hospital IB-Salut	Unidad de hospitalización (Cantidad y tipo)
Hospital Comarcal d’Inca	2 unidades médicas
Hospital de Manacor	2 unidades médicas 2 unidades quirúrgicas
Hospital Universitari Son Espases	2 unidades médicas 2 unidades quirúrgicas

Se seleccionaron diez unidades de hospitalización médica y quirúrgica, de entre los tres hospitales, tal como se puede observar en la Tabla 8. Se dispuso de un grupo intervención y un grupo control, compuesto cada uno por tres unidades

médicas y dos quirúrgicas. Los participantes del estudio fueron los equipos de enfermería que trabajaban en dichas unidades.

4.2.1 Criterios de inclusión y exclusión

En cada centro participante, se seleccionaron pares de unidades de hospitalización con características y/o perfiles de pacientes e indicadores de salud similares entre sí, buscando unidades equivalentes, donde una funcionaría como unidad intervención y la otra como unidad control. Las unidades se seleccionaron en función de la puntuación obtenida en el cuestionario Practice Environment Scale-Nursing Work Index (PES-NWI) (De Pedro-Gómez et al., 2009). Este instrumento mide en qué grado un determinado entorno resulta favorable para el desarrollo de una práctica enfermera de calidad, el cuál se detallará más adelante (ver apartado 4.5 sobre variables e instrumentos). Se buscaban unidades con un liderazgo claro y reconocido, por esta razón no se establecieron puntos de corte, sino que se escogieron unidades con valores similares en la puntuación total de PES-NWI ($\pm 5\%$), prestando especial atención a las puntuaciones de los ítems referentes a liderazgo y relaciones interprofesionales. Para la selección final de las unidades se contó con la participación de gestores de enfermería de la institución. En el apartado de resultados, se muestran las puntuaciones obtenidas de cada grupo de las unidades seleccionadas.

4.2.2 Tamaño de la muestra

Para establecer el número mínimo de unidades se realizó un cálculo a partir del número de enfermeras necesarias en el instrumento PES-NWI (De Pedro-Gómez et al., 2009) que conformaban los equipos de las unidades. El cálculo se estimó para medias independientes, aceptando un riesgo alfa de 0,05 y un riesgo beta inferior al 0,2 en un contraste bilateral, por lo que, para detectar una diferencia igual o superior a 4 puntos, se necesitaron 70 sujetos en cada uno de los grupos de estudio, asumiendo una desviación estándar de 8 y estimando una tasa de pérdidas del 10%. Teniendo en cuenta que el número de enfermeras por unidad de hospitalización en las Illes

Balears oscila alrededor de 15 enfermeras por plantilla, el número de unidades en cada uno de los grupos fue de cinco.

4.3 Intervención

La intervención consistió en incorporar una EPAH en los equipos de enfermería de las unidades de hospitalización que formarían parte del grupo intervención a lo largo de un año.

Estas enfermeras desplegaban intervenciones adaptadas al contexto de cada unidad, destinadas a proporcionar soporte a los equipos de salud para motivar el cambio actitudinal, en habilidades, destrezas y conocimientos para incorporar recomendaciones provenientes de las GPC, evitar prácticas de bajo valor y disminuir los cuidados perdidos. Entre sus funciones principales se encontraba la implementación de dos GPC.

También se seleccionó una segunda enfermera del mismo equipo como apoyo a la intervención a la que se denominó enfermera de apoyo, que pudiese sustituir a la EPAH en caso de ausencia. La enfermera de apoyo mantuvo su asignación de pacientes y su turno programado de forma habitual. Esta enfermera junto con la supervisora sirvió de apoyo emocional e instrumental a la EPAH durante su adaptación en cada unidad a lo largo del año que duró el proyecto.

Las EPAH y las enfermeras de apoyo, recibieron una formación específica (ver apartado 4.3.3 sobre formación de las EPAH) previa al inicio de la intervención, para el desarrollo de competencias en práctica avanzada y sobre las GPC objeto de implementación. También se entrenó en los métodos de registro y recogida de información. Además, se realizó un seguimiento de la intervención a través del contacto frecuente con las enfermeras y con reuniones mensuales presenciales.

Los criterios de selección de las EPAH y de las GPC, así como las características de la formación y seguimiento realizados, se explican en los apartados siguientes.

En las unidades control no se realizó ninguna intervención, por lo que siguieron su dinámica asistencial habitual. Se midieron los mismos indicadores que en las unidades intervención, sirviendo éstos para realizar la comparación de resultados entre los dos grupos. Estas unidades que funcionaron como control dispusieron también de las GPC objeto de estudio al ser las recomendadas por el sistema autonómico de salud.

4.3.1 Selección de las EPAH

Una vez seleccionadas las unidades que cumplían con las características de inclusión, se acordaron reuniones con los distintos equipos de enfermería para presentar el proyecto EPAH y solicitar su participación voluntaria. Estas sesiones se llevaron a cabo en las mismas unidades, escogiendo un horario de solape de jornada de mañana con jornada de tarde para favorecer la presencia del mayor número de enfermeras. A las sesiones acudió parte del equipo investigador acompañado por la dirección de enfermería del hospital.

Una vez confirmada la voluntariedad del equipo en participar en el proyecto, se procedió a la selección de la enfermera que desarrollaría el rol de EPAH y de la enfermera de apoyo. Se explicaron al equipo las características competenciales necesarias para desarrollar el rol de EPAH y de enfermera de apoyo, así como las funciones que se esperaba de cada una de ellas. Entre los criterios establecidos, se requería que ambas tuviesen una vinculación laboral sólida en la unidad, garantizando así una amplia experiencia clínica con el perfil de pacientes tratados. Además, se dio un alto valor a la posesión de un grado de máster o doctorado. Esta selección se realizó mediante candidatura por parte de las enfermeras del equipo y facilitando un proceso natural de aparición de la misma en base a características de liderazgo y puntuación en el Instrumento para la Evaluación de Competencias en Enfermeras de Práctica Avanzada (IECEPA) (Sastre-Fullana, De Pedro-Gómez, Morales-Asencio, et al., 2015), que se explicará en el correspondiente apartado de variables e instrumentos de la presente tesis.

Siguiendo las recomendaciones del marco teórico, y una vez conocidas las enfermeras candidatas que cumplieron los criterios de inclusión, la decisión final sobre la enfermera que desarrollaría el rol de EPAH fue de cada equipo.

4.3.2 Selección de las guías de práctica clínica

Las guías se seleccionaron por su carácter de transversalidad a todas las unidades de hospitalización al depender directamente del cuidado enfermero. Las dos GPC seleccionadas son recomendadas por el servicio autonómico de salud. En el Anexo 1 se encuentra información más detallada relativa a ambas GPC con una breve descripción.

- § GPC “*Prevención y tratamiento de las úlceras por presión*” (Servicio de Salud de las Islas Baleares (IB-Salut), 2018).
- § GPC “*Cuidados y mantenimiento de los accesos vasculares para reducir las complicaciones*” (Registered Nurses’ Association of Ontario, 2008b).

4.3.3 Formación y seguimiento de las EPAH

Un total de 15 enfermeras que incluía a las EPAH, las enfermeras de apoyo y a las supervisoras del grupo intervención recibió una formación que se denominó “Curso de adquisición de competencias para la práctica avanzada en enfermería”. La formación se llevó a cabo a lo largo de tres meses y tuvo una duración de setenta y dos horas. Se solicitó acreditación a la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de las Illes Balears, quien otorgó 11,2 créditos de formación continuada (N.º de expediente: 04-0013-05/0443-A), como puede observarse en el Anexo 2.

El objetivo general de la formación fue mejorar las competencias profesionales para el desarrollo de roles de práctica avanzada en enfermería en el ámbito clínico, teniendo en cuenta que no existe, en nuestra comunidad, ninguna formación oficial para la práctica avanzada.

La formación se estructuró en base a los objetivos del proyecto y al modelo competencial para la práctica avanzada de Sastre-Fullana et al. (2015). El proyecto estableció sus bases teóricas sobre la TCP para explicar el cambio de conductas hacia PCBE y el marco i-PARIHS como modelo para diseñar la intervención. Durante la formación se profundizó en la base teórica del estudio para establecer el marco de actuación de las EPAH.

La actividad formativa se desarrolló a lo largo de 14 sesiones, de la mano de expertos en la materia a impartir. La información relativa a los objetivos y contenidos específicos de cada sesión, los docentes que las impartieron, así como la organización de esta formación, se puede encontrar en el Anexo 3.

Tras las sesiones formativas y una vez que las EPAH se incorporaron a la unidad, se realizó seguimiento y mentoría por parte del equipo investigador, a través de contacto individual con cada una de ellas y mediante reuniones grupales de periodicidad inicialmente semanal y posteriormente mensual (entre el equipo investigador, las EPAH, las enfermeras de apoyo y las supervisoras de las unidades intervención). Estos encuentros favorecieron el seguimiento de la intervención por su carácter de complejidad, la creación de una identidad de grupo que ayudase en el proceso de implementación de este nuevo rol en el sistema de salud y un espacio donde las EPAH compartieran ideas y replantearan su plan de trabajo.

4.4 Variables e instrumentos

En este apartado se desarrollarán las variables de estudio junto con los instrumentos que se van a utilizar para su evaluación con el objetivo de facilitar la comprensión. El Anexo 4 muestra la relación entre los objetivos, las variables y los instrumentos utilizados.

La variable independiente es la presencia o ausencia de una EPAH en los equipos de enfermería. Existen cinco variables dependientes relacionadas con los distintos objetivos, explicadas a continuación.

El entorno laboral

El entorno laboral hace referencia a la percepción que tienen los profesionales de la cultura y clima de su organización. Las características del entorno donde trabajan las enfermeras están estrechamente relacionadas con la implementación de PCBE. Se mide con el instrumento PES-NWI (De Pedro-Gómez et al., 2009).

La Escala de Entorno de Práctica del Nursing Work Index, en inglés Practice Environment Scale-Nursing Work Index (PES-NWI) (De Pedro-Gómez et al., 2009) es un instrumento utilizado para evaluar factores relativos a la satisfacción de las enfermeras con su trabajo, la calidad de los cuidados prestados y las características organizacionales de los hospitales. Esta versión validada y traducida al español es una de las evoluciones del NWI (Lake, 2002). Está configurado en 31 ítems y 5 subescalas referentes a: (1) la participación enfermera, (2) al fundamento enfermero, (3) la capacidad de liderazgo, (4) la adecuación de los recursos humanos y (5) las relaciones entre médicos y enfermeras. Establece una horquilla de puntuación entre 31 y 124 puntos. El análisis factorial exploratorio realizado durante la validación del instrumento explicó el 62,29% de la varianza total, mientras que el análisis factorial confirmatorio arrojó los siguientes resultados: $\chi^2=673.1261$; $gl=149$; $p<0,0001$; $RMSEA=0,1196$; $SRMR=0,0648$. Este instrumento se administró a las enfermeras de las diferentes unidades de hospitalización, potenciales unidades participantes. El cuestionario completo se encuentra en el Anexo 5.

El nivel de práctica basada en la evidencia

Refleja el nivel percibido de PCBE de las enfermeras clínicas medido con el instrumento Health Science Evidence-Based Practice (HS-EBP) (Fernández-Domínguez et al., 2017). Se trata de un instrumento transprofesional en ciencias de la salud para la autovaloración de las capacidades personales para desarrollar una PCBE, validado y traducido al español. La herramienta permite la medición de los principales factores externos al propio “proceso de PCBE”, que pueden influir en la adopción de ésta, tanto desde el punto de vista individual, desde las creencias y las actitudes, como desde una perspectiva organizacional. Consta de 60 ítems distribuidos en 5 dimensiones que miden: (1) las creencias y las actitudes hacia la

PCBE, (2) la investigación científica, (3) la práctica profesional, (4) la evaluación de resultados y (5) las barreras y facilitadores para una PCBE. El instrumento presentó una fuerte estructura interna, siendo los resultados del análisis factorial confirmatorio los siguientes: RMSEA = 0.049; CI 90% RMSEA = [0.047; 0.050]; y del Comparative Fit Index= 0.99). Este instrumento se administró a las enfermeras de las unidades control e intervención que participaron en el estudio. El cuestionario completo del HS-EBP se encuentra en el Anexo 6.

El nivel competencial en práctica avanzada

Se trata del nivel de desarrollo de las diferentes competencias en práctica avanzada en enfermería medido con el Instrumento para la Evaluación de Competencias en Enfermeras de Práctica Avanzada (IECEPA) (Sastre-Fullana, De Pedro-Gómez, Morales-Asencio, et al., 2015). Este instrumento validado y traducido al español está basado en una búsqueda bibliográfica exhaustiva que recoge y define el mapa de competencias que debe poseer una EPA en un constructo compuesto de 8 factores-dominios competenciales y un total de 44 competencias profesionales. Los dominios competenciales son: (1) la investigación y práctica basada en la evidencia, (2) el liderazgo clínico y profesional, (3) la autonomía profesional, (4) las relaciones interprofesionales y mentoría, (5) la gestión de la calidad, (6) la gestión de cuidados, (7) la enseñanza y educación profesional y (8) la promoción de la salud. CFA (RMSEA= 0.05; CI 90% [0.05-0.06]: CFI=0.99; SRMR 0.05). Se administró a las enfermeras que recibieron la formación. El cuestionario completo del IECEPA se encuentra en el Anexo 7.

El nivel de adherencia a las recomendaciones de las GPC

Mide el nivel de cumplimiento de las recomendaciones ofrecidas en las GPC que se quieren implementar. Se evalúa a través de indicadores de cuidado enfermero de los pacientes ingresados en las unidades de estudio (indicadores de estructura, proceso y resultado), derivados de las propias GPC (Grol, 2001). El detalle de estos indicadores se encuentra en el Anexo 8. Su evaluación se realizó con auditorías clínicas mensuales a través de dos formularios de recogida de datos *ad hoc*, uno para cada GPC.

El formulario *ad hoc* para realizar la auditoría de cumplimiento de la guía de UPP se realizó específicamente para este proyecto. El formulario constaba de dos apartados bien diferenciados que contenían los subapartados necesarios para dar respuesta a los indicadores clínicos derivados de la guía de UPP. El primer apartado se cumplimentaba para todos los pacientes ingresados en la unidad en el momento de la auditoría. En este primer apartado la EPAH valoraba el nivel de riesgo de UPP según la Escala Braden in situ y se respondía a la cuestión de si el paciente tenía alguna UPP o no. Si el paciente tenía riesgo de padecer UPP o si tenía una UPP instaurada, se procedía a cumplimentar el resto del formulario. En el caso de que el paciente no tuviese riesgo de UPP ni UPP, el formulario finalizaba. Una parte de los ítems se valoraba in situ (como por ejemplo la valoración del riesgo de UPP) y otra parte se cumplimentaba a partir de los datos recogidos en la historia clínica del paciente (como por ejemplo la presencia de un registro de valoración del riesgo de UPP al ingreso del paciente). Para ver el formulario de recogida de datos para la auditoría de los indicadores de UPP, ver Anexo 9.

Se creó un segundo formulario *ad hoc* para realizar la auditoría de cumplimiento de la guía de accesos vasculares periféricos (AVP). El formulario recogía los ítems necesarios para dar respuesta a los indicadores clínicos derivados de la guía de AVP. Una parte de los ítems se valoraba in situ (como por ejemplo el lugar de inserción del AVP) y otra parte se cumplimentaba de los registros de historia clínica del paciente (como por ejemplo el registro del lugar de inserción del AVP). El formulario de recogida de datos para la auditoría de indicadores relacionados con el cuidado de AVP puede consultarse en el Anexo 10.

Las estrategias de implementación utilizadas por las EPAH

Son un conjunto de técnicas de cambio de conductas desplegadas por las EPAH dirigidas a aumentar la adherencia al uso de recomendaciones basadas en la evidencia a través de la implementación de GPC. Para identificar estas estrategias se realizó un mapeo de posibles intervenciones basadas en las teorías de cambio de conductas y se creó un instrumento *ad hoc* que ayudase a categorizar las actividades concretas que las EPAH desarrollaban. El instrumento *ad hoc* para el mapeo de posibles intervenciones se describe en el Anexo 11.

Las estrategias utilizadas fueron recogidas en dos momentos: (1) durante los encuentros las EPAH registraban sus funciones y actividades en un documento compartido a través de la aplicación Google Drive (www.google.com); (2) las EPAH, al finalizar la intervención, redactaron una memoria individual según una plantilla *ad hoc* que puede encontrarse en el Anexo 12.

Otras variables

Las variables dependientes principales cuantitativas fueron cruzadas con variables sociodemográficas, analizadas como posibles variables confusoras y/o modificadoras del efecto sobre las variables a estudio:

- § Personales: edad y sexo.
- § Profesionales: hospital, unidad, años de experiencia como enfermera.
- § Complementarias: nivel académico (diplomatura, grado, máster o doctorado).

4.5 Procedimiento del estudio y recogida de datos

Una vez aprobado el proyecto por el comité de investigación de cada hospital y, posteriormente aprobado por el Comité de Ética de las Illes Balears (N.º IB3662/18PI), se inició el proyecto. En el Anexo 13 se muestra el cronograma del proyecto EPAH.

La recogida de datos se llevó a cabo en tres momentos: antes, durante y después de la intervención.

Durante el mes de enero de 2018 se recogieron los datos derivados del instrumento PES-NWI que sirvieron para seleccionar las unidades que funcionarían como intervención. Este instrumento se pasó en formato papel junto con el consentimiento informado. Fue administrado y recogido con la ayuda de los supervisores y las supervisoras de cada unidad. Los cuestionarios se administraron a todas las unidades médicas y quirúrgicas de los hospitales donde se llevó a cabo el estudio.

El instrumento HS-EBP junto con el consentimiento informado se entregó a las enfermeras de las unidades que habían confirmado su participación voluntaria en el proyecto EPAH como unidades intervención, así como en las unidades que funcionarían como control en marzo de 2018. El supervisor o supervisora de cada una de las diez unidades participantes en el estudio se encargó de entregar el cuestionario en formato papel, junto con el consentimiento informado, dentro de un sobre. Se encargaron también de recoger las respuestas y de entregarlas al equipo investigador. El instrumento IECEPA se recogió en el momento de seleccionar a las EPAH.

Se propuso un calendario para realizar la formación y seguimiento de las EPAH consensuado entre ellas, los investigadores y los docentes que participaron en la formación. La formación se desarrolló en el mes de marzo de 2018, antes de la incorporación de las EPAH en las unidades intervención. Entre los meses de abril y septiembre de 2018 se incorporaron las cinco EPAH de forma progresiva a su unidad.

Durante el seguimiento se propuso la rotación de las EPAH por el resto de las unidades intervención a lo largo del mes de octubre de 2018, previo consentimiento por parte de las direcciones del hospital, de manera que pudieron compartir in situ las intervenciones individualizadas y observar diferentes contextos de práctica.

Desde el momento en que la EPAH se incorporaba a su unidad se iniciaba la realización de auditorías mensuales a lo largo de un año, de la mano de las EPAH y las enfermeras de apoyo, tras haber recibido la formación para homogeneizar la técnica de recogida de datos. Las auditorías implicaron la observación directa del estado del paciente y la revisión de los registros clínicos tanto en la unidad control como en la intervención. Dispusieron del formulario de auditoría en dos tipos de soporte: en formato papel (documento PDF) y en formato electrónico a través de un formulario creado con Google Form (www.google.com), un sitio web que permite la creación de cuestionarios electrónicos de forma gratuita. Este formato aseguró que no faltase ningún dato al enviar las respuestas. Disponer de ambos soportes permitió a la EPAH adaptar el instrumento a su situación. Los datos se almacenaron en un registro común para su posterior análisis.

A lo largo de todo el año y durante las reuniones presenciales, las EPAH cumplimentaban el documento conjunto de registro de actividades a través del documento creado con Google Form (www.google.com).

Transcurrido un año tras el inicio de la intervención, se volvieron a administrar los instrumentos PES-NWI y HS-EBP en las diez unidades participantes, de la mano de las supervisoras y los supervisores y en las mismas condiciones que al inicio del proyecto. En ese momento las EPAH cumplimentaron el cuestionario IECEPA, así como la memoria de actividad explicada anteriormente y que ellas mismas enviaron en formato .pdf por correo electrónico al equipo de investigación.

4.6 Análisis de datos

Para el estudio de los datos derivados de los cuestionarios, se realizó un análisis descriptivo y exploratorio, atendiendo a los principales índices de tendencia central, dispersión y forma, así como el análisis de valores *missing*. Se procedió al análisis de asociación entre variables, en función de la escala de media de éstas. Se realizó un análisis multivariante mediante uso de modelos de regresión. Pruebas de comparación de medias (ANOVA) y equivalente no paramétricas (H Kruskal-Wallis). Se llevó a cabo un análisis exploratorio de las pérdidas. Se utilizó para todo ello, el programa SPSS v.26.

Para el análisis de los indicadores derivados de las GPC, se realizó un análisis descriptivo de todas las variables para definir las características del grupo en estudio. Se utilizaron frecuencias y porcentajes para describir las variables cualitativas, y la media y la desviación típica para las variables cuantitativas. Se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para el análisis de la normalidad. El resultado de cada variable de proceso y de resultado se evaluó comparando cada mes del estudio, y los datos acumulados al final de éste. Para las variables de adherencia a las recomendaciones implementadas también se evaluaron las diferencias entre el tiempo basal y el último mes de estudio, comparando el grado de cumplimiento entre grupos, y los cambios observados dentro del mismo grupo. Para evaluar las diferencias entre grupos se ha utilizado la prueba T de student para las variables cuantitativas y la prueba chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher para las variables cualitativas.

Para analizar el efecto de los distintos factores sobre el cumplimiento de las recomendaciones derivadas de las GPC, se aplicó el análisis de regresión lineal, para variables dependientes numéricas. Se utilizaron como posibles variables influyentes o modificadoras del efecto, el tipo de unidad donde estaba ingresado el paciente (según fuese del grupo intervención o control) y el momento en que se realizaba la auditoría (momento basal y a los doce meses). En el caso del cumplimiento de las recomendaciones de la GPC de UPP se añadió el riesgo de padecer una UPP según la escala de Braden. Se consideró como indicador de una diferencia significativa un valor de $p < 0,05$. El software estadístico empleado para analizar los datos fue IBM-SPSS v.26.

Para identificar las estrategias de implementación de GPC se realizó un análisis deductivo de contenido, en primer lugar, del documento conjunto donde registraban sus funciones y actividades y, en segundo lugar, de las memorias redactadas por las EPAH, atendiendo a las oraciones exactas y al contexto en el que las redactaban. Una vez realizado el listado de actividades del documento conjunto y de cada memoria individual, se categorizaron según el instrumento *ad hoc* de mapeo de intervenciones atendiendo a las definiciones y ejemplos dados por los autores.

4.7 Métodos de rigor

Al tratarse de un estudio cuasi-experimental donde la aleatorización no es posible, la fortaleza residió en el control de las intervenciones de las EPAH por parte del equipo investigador y del soporte continuo que se les ofreció en forma de constante comunicación, formación y mentoría. El grupo de EPAH, así como el conjunto de enfermeras de apoyo y las supervisoras, estuvieron en frecuente contacto mediante reuniones inicialmente semanales y posteriormente mensuales, donde se evaluaban unos a otros y con el equipo investigador, compartieron materiales, ideas, experiencias asegurando una correcta recogida de los datos de investigación.

Las variables derivadas de los indicadores de cuidado enfermero (descritas en el Anexo 8) analizadas en el presente estudio fueron obtenidas por observación

directa por parte de enfermeras entrenadas específicamente para asegurar la homogeneidad de los datos.

El ámbito de estudio, como ya se ha comentado, implicó hospitales de distinto nivel, con culturas organizacionales propias, con diversa tipología de paciente y equipos de trabajo diferentes, características que aumentaron la validez externa del estudio, y proporcionó una rica base de datos cuantitativos con los que poder profundizar en el fenómeno.

Los cuestionarios utilizados para la selección de unidades (PES-NWI) y EPAH (IECEPA) están validados en español y adaptados al contexto. El α de Cronbach de estos instrumentos en su versión validada fue 0,91 y 0,96 respectivamente.

El instrumento *ad hoc* utilizado para identificar las estrategias desplegadas por las EPAH está basado en las recomendaciones internacionales que instan al uso de una taxonomía común para facilitar la investigación y la extrapolación de resultados. La investigadora que analizó las memorias de las EPAH fue la misma que realizó el seguimiento de la intervención, quien además utilizó un diario de campo. Su conocimiento del contexto y de las fases de la intervención en las diferentes unidades permitió comprender mejor las narraciones de las memorias y asegurar una correcta categorización de las intervenciones.

4.8 Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación de las Illes Balears (N.º IB3662/18PI) el 27 de junio de 2018 (comité N.º 06/18), cuya aceptación puede verse en el Anexo 14. Además, la investigación relativa a la recogida de indicadores clínicos de los pacientes se registró en la base de datos de ensayos clínicos de ISRCTN registry, perteneciente a Springer Nature, con el código ISRCTN18259923, como puede verse en el Anexo 15.

Antes de completar los cuestionarios, se obtuvo el consentimiento informado de todas las enfermeras involucradas en el estudio. Se informó de forma verbal y escrita acerca del carácter voluntario de la participación en el proyecto EPAH y de

la posibilidad de retirarse del mismo sin tener que dar explicaciones en cualquier momento. El proceso de recogida de datos se realizó de forma codificada para asegurar su anonimato.

Por las características del estudio, no era práctico recoger el consentimiento informado individual de todos los pacientes en cada auditoría clínica, ya que era un período de tiempo largo. La intervención se realizó en enfermeras clínicas para mejorar la calidad de la atención sanitaria, por lo que el riesgo para los pacientes era nulo. El proceso de recolección de datos fue codificado para garantizar el anonimato de los y las participantes. Por todas estas razones, el comité de ética concedió una renuncia al consentimiento informado del paciente debido al riesgo bajo/despreciable asociado con el estudio. Se proporcionó toda la información solicitada por el paciente durante la auditoría clínica. Si el paciente se negara a dar datos durante la auditoría, el paciente no sería parte del estudio.

El tratamiento, comunicación y cesión de los datos personales de todos los participantes se realizó cumpliendo la Declaración de Helsinki y lo dispuesto en la legislación nacional vigente en España en materia de investigación clínica (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos de carácter personal y garantía de los derechos digitales). Los datos fueron tratados y custodiados de forma que se garantizó la confidencialidad de éstos y el anonimato y privacidad de pacientes y enfermeras, conforme al Reglamento (UE) 2016/679 (RGPD) y la legislación vigente en materia de protección de datos.

4.8.1 Financiación

Para poder llevar a cabo el proyecto, se solicitó financiación en la 9ª Convocatoria de Proyectos de Investigación del Col·legi Oficial d'Infermeria de les Illes Balears (COIBA), en el año 2019. Dicha solicitud fue aprobada con una ayuda económica de 9.000 euros [2019/0217-PROYECTO EPAH], cuya resolución y aceptación se puede encontrar en el Anexo 16.

Capítulo 5

RESULTADOS

Este capítulo de resultados se ha estructurado en seis apartados. En primer lugar, se describirán las características de los grupos de estudio, incluyendo tanto los grupos de intervención y control, así como el grupo de enfermeras que participaron en el rol de EPAH. Los otros cinco apartados se centrarán en cada uno de los objetivos específicos planteados en la presente tesis, con el fin de proporcionar una respuesta detallada para cada uno de ellos.

En este sentido, se presentarán los resultados correspondientes a la percepción del entorno laboral de las enfermeras, la percepción de prácticas clínicas basadas en la evidencia de las enfermeras, el desarrollo competencial de las EPAH, los resultados en cuanto a la adherencia a las recomendaciones basadas en la evidencia y, por último, se describirán las actividades llevadas a cabo por las EPAH a lo largo del año en el que se desarrolló la intervención.

5.1 Características de los grupos de estudio

Los tres grupos de estudio fueron el grupo intervención, formado por las enfermeras de las unidades intervención (UI), el grupo control, formado por las enfermeras de las unidades control (UC) y el grupo EPAH que incluyó a las supervisoras y los supervisores de las UI, las EPAH y las enfermeras de apoyo de las UI.

Se recogieron datos sobre las características sociodemográficas de las enfermeras que conformaban los grupos participantes. Las variables recogidas hacían referencia a la unidad donde trabajaban, sexo, edad, nivel de estudios y experiencia profesional. La Tabla 9 muestra las características sociodemográficas de los tres grupos.

Los equipos de enfermeras que participaron en el estudio y que conformaban los grupos de intervención y de control, estaban compuestos por profesionales que podían cambiar a lo largo del proyecto debido a la alta rotación de personal característica del sistema sanitario. Por lo tanto, se optó por no realizar un seguimiento individualizado de cada enfermera. En su lugar, se presentan en la Tabla 9 los resultados del equipo de enfermeras que conformaba la unidad en el momento

basal y después de 12 meses de intervención, para ambos grupos (control e intervención), así como para el grupo EPAH.

Tabla 9. Características sociodemográficas de los grupos

		UI	UC	UI	UC	Grupo EPAH
		Momento basal (antes de la intervención)		12 meses (después de la intervención)		
Sexo	Hombre	19 (27,3%)	11 (21,15%)	11 (17,18%)	3 (13,64%)	2 (15,4%)
	Mujer	50 (72,7%)	28 (53,85%)	47 (73,44%)	14 (63,64%)	11 (84,6%)
	No específica	0 (0,0%)	13 (25%)	6 (9,37%)	5 (22,73%)	0 (0,0%)
Edad	Media años	36,72 ± 6,7	36,66 ± 5,0	39,43 ± 8,7	39,88 ± 5,5	40,4±4,9
Nivel de estudios	Diplomatura	43 (62,32%)	31 (59,62%)	48 (75%)	17 (77,27%)	9 (69,2%)
	Licenciatura o grado	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (3,13%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
	Máster	3 (4,35%)	0 (0,0%)	4 (6,25%)	0 (0,0%)	4 (30,8%)
	No específica	23 (33,33%)	21 (40,38%)	10 (15,63%)	5 (22,73%)	0 (0,0%)
Experiencia profesional	Media años	13,00 ± 6,4	13,52 ± 5,3	15,57 ± 8,4	15,06 ± 6,1	17,9± 4,2

UI: Unidades Intervención; UC: Unidades Control; *pp*: puntos porcentuales

Inicialmente, se solicitaron los datos a las 158 enfermeras pertenecientes a las 10 unidades de hospitalización incluidas en el estudio, de las cuales 79 pertenecían a las unidades intervención y 79 a las unidades control. En el momento basal, se obtuvo un total de 121 respuestas, de las cuales 69 pertenecían al grupo intervención (87,34% de respuesta) y 52 al grupo control (65,82% de respuesta). A los 12 meses de la intervención, se obtuvo un total de 86 respuestas, de las cuales 64 pertenecían al grupo intervención (81,01% de respuesta) y tan solo 22 al grupo control (27,85% de respuesta).

La variable “experiencia profesional” se consideró pertinente para evaluar el criterio de equivalencia entre el grupo intervención y el grupo control. Ya que el análisis de comparación de medias no arrojó diferencias estadísticamente significativas en esta variable, con valores de *p* de 0,716 y 0,822 en el momento basal y a los 12 meses, respectivamente, estos grupos se consideraron equivalentes.

5.2 Entorno laboral de las enfermeras

A continuación, se presentan los resultados del análisis del cuestionario PES-NWI que se administró para evaluar la comparabilidad de los entornos de trabajo seleccionando unidades en las que no se establecieron diferencias en el momento basal.

Tras un procedimiento de depuración de datos, sólo se incorporaron aquellos cuestionarios que presentaban una cumplimentación completa de los ítems que constituían cada dimensión.

La Tabla 10 muestra los resultados del instrumento PES-NWI organizado en 5 dimensiones, que son: la participación de la enfermera en asuntos del centro, el fundamento enfermero de calidad de los cuidados, la capacidad de liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de los gestores enfermeros, la dimensión de la plantilla y la adecuación de los recursos humanos y las relaciones entre médicos y enfermeras. En dicha tabla se presentan las puntuaciones totales obtenidas para cada una de las dimensiones, así como el análisis comparativo de medias entre los grupos en el momento basal y después de 12 meses de la intervención.

Tabla 10. Resultados del instrumento PES-NWI de los grupos intervención y control

Dimensión	UI	UC	p valor	UI	UC	p valor
	(n=60)	(n=52)		(n=61)	(n=22)	
	Momento basal (antes de la intervención)			12 meses (después de la intervención)		
Participación enfermera	20,10/36 (55,84%)	18,37/36 (51,01%)	0,267	21,78/36 (60,50%)	20,24/36 (56,22%)	0,342
Fundamento enfermero	22,8/40 (56,99%)	24,10/40 (60,24%)	0,277	25,45/40 (63,63%)	24,62/40 (61,54%)	0,685
Capacidad de liderazgo	16,85/20 (84,24%)	16,75/20 (83,75%)	0,893	16,65/20 (83,25%)	15,48/20 (77,38%)	0,171
Adecuación RRHH	8,20/16 (51,27%)	6,83/16 (42,67%)	0,019*	8,72/16 (54,48%)	8,76/16 (54,76%)	0,959
Relaciones médico-enfermera	6,41/12 (53,39%)	6,08/12 (50,64%)	0,432	6,13/12 (51,11%)	6,57/12 (54,76%)	0,413
Total PES-NWI	74,36/124 (59,97%)	72,12/124 (58,16%)	0,203	77,58/124 (62,57%)	75,67/124 (61,02%)	0,723

*Indica diferencias estadísticamente significativas entre los grupos
UI: Unidades Intervención; UC: Unidades Control

Sin embargo, también se realizó un análisis comparativo de medias entre el momento basal y a los 12 meses para cada grupo, como se expone en la Tabla 11, que mostró resultados de interés.

Tabla 11. Diferencias a los 12 meses de la intervención respecto al momento basal en los grupos intervención y control para el instrumento PES-NWI

Dimensión	Cambios en UI		Cambios en UC	
	pp	p valor	pp	p valor
Participación enfermera	4,66	0,164	5,21	0,358
Fundamento enfermero	6,64	0,025*	1,30	0,709
Capacidad de liderazgo	-0,99	0,776	-6,37	0,148
Adecuación RRHH	3,21	0,400	12,09	0,017*
Relaciones médico-enfermera	-2,28	0,505	4,12	0,348
Total PES-NWI	2,60	0,367	2,86	0,191

**Indica cambios estadísticamente significativos a los 12 meses de la intervención*

UI: Unidades Intervención; UC: Unidades Control; pp: puntos porcentuales

Como se observa en la Tabla 10 los resultados basales no mostraron diferencias entre grupos, a excepción de la dimensión “adecuación de recursos humanos” que presentó diferencias significativas al inicio del proyecto entre ambos grupos y se igualó al final de la intervención, pues el grupo control experimentó un aumento de hasta 12 puntos porcentuales, entendidos como la diferencia de puntos iniciales y finales, como se observa en la Tabla 11.

Las dimensiones de “participación enfermera” y “fundamento enfermero” mejoraron en el tiempo en ambas unidades de forma similar, sin embargo, la dimensión “fundamento enfermero” experimentó un aumento significativo en el grupo intervención a los 12 meses, con un incremento de 6,6 puntos porcentuales en comparación con el grupo control, donde esta dimensión se mantuvo estable.

La “capacidad de liderazgo” y las “relaciones médico-enfermera” no presentaron diferencias significativas en ninguno de los grupos al final de la intervención.

La Tabla 12 muestra el análisis comparativo de medias entre el grupo intervención y el grupo EPAH en el instrumento PES-NWI a los 12 meses de la intervención. Es importante destacar que las respuestas de este último grupo se analizaron por separado y no se dispone de datos basales, pues aún no se habían seleccionado como participantes en el estudio.

Tabla 12. Comparación de resultados del instrumento PES-NWI entre el grupo intervención y el grupo EPAH a los 12 meses

Dimensión	UI	Grupo EPAH	pp	p valor
Participación enfermera	21,78/36 (60,50%)	28,58/36 (76,39%)	15,89	0,006*
Fundamento enfermero	25,45/40 (63,63%)	28,58/40 (71,46%)	7,83	0,077
Capacidad de liderazgo	16,65/20 (83,25%)	17,67/20 (88,33%)	5,08	0,338
Adecuación RRHH	8,72/16 (54,48%)	10,67/16 (66,67%)	12,19	0,060
Relaciones médico-enfermera	6,13/12 (51,11%)	7,33/12 (61,11%)	10	0,084
Total PES-NWI	77,58/124 (62,57%)	90,26/124 (72,79%)	10,22	0,011*

**Indica diferencias estadísticamente significativas entre los grupos*
 UI: Unidades Intervención; pp: puntos porcentuales

Se observaron diferencias significativas entre las puntuaciones del grupo EPAH y el grupo intervención, siendo éstas mayores en las dimensiones de "participación enfermera", "adecuación de recursos humanos" y "relaciones entre médicos y enfermeras", con una diferencia de entre 10 y 15 puntos porcentuales. Las dimensiones de "fundamento enfermero" y "capacidad de liderazgo" mostraron diferencias más sutiles. La puntuación total del instrumento reflejó la diferencia general entre los grupos.

5.3 Práctica clínica basada en la evidencia

El instrumento HS-EBP se administró una vez seleccionadas las unidades participantes para conocer el nivel de conocimiento y la comprensión de los principios y procesos de la PBE por parte de las enfermeras de los grupos a estudio.

La Tabla 13 muestra los resultados del instrumento HS-EBP, tanto en el momento basal como a los 12 meses de la intervención, en ambos grupos. Se presentan los datos por cada dimensión del instrumento, que incluyen: creencias y actitudes hacia la PBE, resultados de estudios científicos e investigación, desarrollo de la práctica profesional, evaluación de resultados y barreras y facilitadores para la PBE. Además, se indican las puntuaciones globales obtenidas. Por último, se realizó un análisis comparativo de medias entre los grupos de intervención y control.

Tabla 13. Resultados del instrumento HS-EBP de los grupos intervención y control

Dimensión	UI (n=69)	UC (n=48)	p valor	UI (n=64)	UC (n=21)	p valor
	Momento basal (antes de la intervención)			12 meses (después de la intervención)		
Creencias-Actitudes	90,49/120 (75,40%)	90,69/120 (75,57%)	0,974	96,84/120 (80,70%)	92,35/120 (76,96%)	0,428
Investigación científica	72,10/140 (51,50%)	78,64/140 (56,16%)	0,309	73,42/140 (52,44%)	78,45/140 (56,04%)	0,582
Práctica profesional	72,69/100 (72,69%)	70,23/100 (70,22%)	0,559	74,75/100 (74,75%)	74,52/100 (74,52%)	0,949
Evaluación resultados	71,37/120 (59,47%)	74,22/120 (61,85%)	0,639	84,62/120 (70,52%)	78,05/120 (65,04%)	0,336
Barreras-facilitadores	60,90/120 (50,75%)	54,42/120 (45,35%)	0,226	65,68/120 (54,73%)	55,60/120 (46,33%)	0,098
Total HS-EBP	370,73/600 (62,49%)	388,25/600 (65,12%)	0,547	396,25/600 66,80%	372,28/600 62,70%	0,313

UI: Unidades Intervención; UC: Unidades Control

Como se puede observar no existían diferencias significativas entre grupos en el momento basal, confirmando así la condición de unidades equivalentes al inicio del proyecto, tal y como se estableció con el instrumento PES-NWI. Asimismo, transcurrido un año desde el inicio de la intervención, no se observaron cambios significativos en el análisis comparativo entre los grupos.

Así como se hizo con el instrumento PES-NWI, para el instrumento HS-EBP también se realizó un análisis comparativo de medias entre el momento basal y a los 12 meses para cada grupo como se expone en la Tabla 14.

Tabla 14. Diferencias a los 12 meses de la intervención respecto al momento basal en los grupos intervención y control para el instrumento HS-EBP

Dimensión	Cambios en UI		Cambios en UC	
	pp	p valor	pp	p valor
Creencias-Actitudes	5,30	0,159	1,39	0,816
Investigación científica	0,94	0,808	-0,12	0,984
Práctica profesional	2,06	0,488	4,30	0,404
Evaluación resultados	11,05	0,002*	3,19	0,635
Barreras-facilitadores	3,98	0,253	0,98	0,876
Total HS-EBP	4,31	0,133	-2,42	0,667

**Indica cambios estadísticamente significativos a los 12 meses de la intervención*

UI: Unidades Intervención; UC: Unidades Control; pp: puntos porcentuales

Los resultados de interés se centraron en el grupo de intervención, donde se detectaron mejoras estadísticamente significativas, especialmente en la dimensión "evaluación de resultados". Aunque las demás dimensiones de este grupo no experimentaron cambios significativos, todas ellas mejoraron, excepto la dimensión "investigación científica", que se mantuvo estable. Por su parte, en el grupo control, los resultados se mantuvieron estables en todas las dimensiones.

Además de la información recogida de las enfermeras de las unidades participantes, también se administró el cuestionario HS-EBP al grupo EPAH para medir la percepción respecto a la práctica clínica basada en la evidencia de este grupo. Se realizó un análisis por separado de las respuestas, que se muestra en la Tabla 15.

Los resultados presentados en la tabla indicaron que, a los 12 meses de la intervención, las puntuaciones en todas las dimensiones mejoraron de manera significativa, a excepción de la dimensión "práctica profesional". La puntuación total del cuestionario cuenta con una mejora de hasta 17 puntos porcentuales al final de la intervención.

Tabla 15. Resultados del HS-EBP en el grupo EPAH

Dimensión	Momento basal	12 meses	Diferencias porcentuales	p valor
Creencias-Actitudes	108,64/120 (90,54%)	116,69/120 (97,24%)	6,7 pp	0,003*
Investigación científica	60,80/140 (43,43%)	112,15/140 (80,11%)	36,7 pp	0,000*
Práctica profesional	72,27/100 (72,27%)	76,77/100 (79,77%)	7,5 pp	0,080
Evaluación resultados	66,00/120 (55,00%)	93,08/120 (77,56%)	22,6 pp	0,001*
Barreras-facilitadores	47,94/120 (39,95%)	73,62/120 (61,35%)	21,4 pp	0,003*
Total HS-EBP	367,25/600 (62,22%)	475,31/600 (79,21%)	16,99 pp	0,001*

*Indica cambios estadísticamente significativos a los 12 meses de la intervención
pp: puntos porcentuales

La dimensión "creencias-actitudes" se mantuvo como la mejor valorada después de los 12 meses. Por otro lado, la dimensión "investigación científica" experimentó una mejora significativa, obteniendo una diferencia de 36,7 puntos porcentuales y convirtiéndose en la segunda mejor valorada, con una puntuación del 80%. Además, la dimensión "evaluación de resultados" también mostró una mejora notable, con un aumento de 22,6 puntos porcentuales, seguida de la dimensión "barreras-facilitadores", que mejoró en 21,4 puntos porcentuales.

En la Tabla 16 se recoge un análisis comparativo de medias entre los resultados obtenidos en el grupo intervención y los obtenidos en el grupo EPAH, antes y después de la intervención.

Los resultados indicaron que no existían diferencias significativas entre grupos en el momento basal a excepción de la dimensión de "creencias-actitudes", si bien el grupo EPAH fue más crítico en las dimensiones de "investigación científica" y "barreras y facilitadores".

A los 12 meses de la intervención, las diferencias entre grupos fueron de especial interés, ya que se observó un incremento en las puntuaciones de todas las dimensiones en el grupo EPAH respecto al grupo intervención. Estas diferencias

fueron estadísticamente significativas en las dimensiones "creencias-actitudes", "investigación científica", así como en la puntuación total del instrumento que llegó a ser de hasta 13 puntos porcentuales superior en el grupo EPAH.

Tabla 16. Comparación de resultados del HS-EBP entre el grupo intervención y el grupo EPAH

Dimensión	UI	Grupo EPAH	p valor	UI	Grupo EPAH	p valor
	Momento basal (antes de la intervención)			12 meses (después de la intervención)		
Creencias-Actitudes	90,49/120 (75,40%)	108,64/120 (90,54%)	0,000*	96,84/120 (80,70%)	116,69/120 (97,24%)	0,000*
Investigación científica	72,10/140 (51,50%)	60,80/140 (43,43%)	0,129	73,42/140 (52,44%)	112,15/140 (80,11%)	0,000*
Práctica profesional	72,69/100 (72,69%)	72,27/100 (72,27%)	0,908	74,75/100 (74,75%)	76,77/100 (79,77%)	0,163
Evaluación resultados	71,37/120 (59,47%)	66,00/120 (55,00%)	0,407	84,62/120 (70,52%)	93,08/120 (77,56%)	0,092
Barreras-facilitadores	60,90/120 (50,75%)	47,94/120 (39,95%)	0,056	65,68/120 (54,73%)	73,62/120 (61,35%)	0,202
Total HS-EBP	370,73/600 (62,49%)	367,25/600 (62,22%)	0,948	396,25/600 66,80%	475,31/600 (79,21%)	0,001*

*Indica diferencias estadísticamente significativas entre los grupos
UI: Unidades Intervención; UC: Unidades Control

5.4 Desarrollo competencial de las EPAH

El instrumento IECEPA se administró únicamente a las enfermeras que recibirían la formación específica. A continuación, se exponen los resultados de este instrumento en el momento basal (antes de la formación) y a los 12 meses de la intervención para el grupo EPAH.

La Tabla 17 presenta las puntuaciones obtenidas en el cuestionario en cada una de las dimensiones del instrumento, que incluyen investigación y práctica basada en la evidencia, liderazgo clínico y profesional, autonomía profesional, relaciones interprofesionales y mentoría, gestión de la calidad, gestión de cuidados, enseñanza y educación profesional, y promoción de la salud. También se presentan las puntuaciones totales y se muestran los resultados en el momento basal y a los 12 meses después de la intervención. Además, se expone un análisis comparativo de medias entre los distintos momentos.

Tabla 17. Resultados del instrumento IECEPA en el grupo EPAH

Dimensión	Momento basal	12 meses	Diferencias porcentuales	p valor
Investigación y práctica basada en la evidencia	15,69/40 (39,22%)	29,85/40 (74,62%)	35,4 pp	0,000*
Liderazgo clínico y profesional	8,69/20 (43,44%)	14,77/20 (73,85%)	30,4 pp	0,000*
Autonomía profesional	19,56/40 (49,29%)	24,54/40 (61,35%)	12 pp	0,051
Relaciones interprofesionales y mentoría	16,75/25 (67,00%)	20,92/25 (83,69%)	16,7 pp	0,008*
Gestión de la calidad	12,38/25 (49,50%)	18,46/25 (73,85%)	24,4 pp	0,000*
Gestión de cuidados	15,38/30 (51,25%)	22,15/30 (73,85%)	22,6 pp	0,000*
Enseñanza y educación profesional	15,38/20 (76,88%)	18,92/20 (94,62%)	17,7 pp	0,000*
Promoción de la salud	8,69/20 (43,44%)	13,85/20 (69,23%)	25,8 pp	0,000*
Total IECEPA	112,50/220 (51,90%)	163,46/220 (75,31%)	23,41 pp	0,000*

*Indica cambios estadísticamente significativos a los 12 meses de la intervención
pp: puntos porcentuales

Como puede observarse, las participantes experimentaron mejoras significativas en todas las dimensiones del instrumento a los 12 meses desde la intervención, con una mejora en la puntuación total del instrumento de 23 puntos porcentuales.

Entre las dimensiones que experimentaron mejoras más considerables, se encuentra la de "Investigación y práctica basada en la evidencia", la cual aumentó 35,4 puntos porcentuales, seguida por la de "liderazgo clínico y profesional", con un incremento de 30,4 puntos porcentuales. Además, se observó una mejora significativa en la dimensión "gestión de calidad", que obtuvo una puntuación más baja al inicio del proyecto, al aumentar 24,4 puntos porcentuales.

Es destacable que, a pesar de que la dimensión de "autonomía profesional" mostró cambios menos notables, aun así, registró un aumento significativo de 12 puntos porcentuales.

5.5 Adherencia a las recomendaciones basadas en la evidencia

5.5.1 Resultados clínicos de la implementación de la guía de UPP

A continuación, se muestran los resultados de las auditorías que medían el nivel de adherencia a la GPC de UPP, tanto del grupo intervención como del grupo control, realizadas a lo largo de los 12 meses que duró la intervención.

Tras la depuración de datos se incluyeron un total de 3.742 auditorías para llevar a cabo el análisis, de las cuales 1.797 pertenecían al grupo intervención y 1.945 al grupo control. Las características sociodemográficas de los pacientes auditados se muestran en la Tabla 18. No se observaron diferencias en la distribución por edad y sexo en los grupos de estudio.

Tabla 18. Características sociodemográficas de los pacientes incluidos en la evaluación de UPP

Pacientes incluidos en la evaluación de UPP		
	UI	UC
Tipo de unidad, n (%)	1.797 (48,02%)	1.945 (51,98%)
Hombres, n (%)	984 (54,76%)	1.110 (57,07%)
Mujeres, n (%)	813 (45,24%)	835 (42,93%)
Edad, media (DE) (años)	67,3 ± 16,2	69 ± 16,9

El Anexo 17 recoge la evolución mensual de las variables que se midieron para esta GPC, para ambos grupos: indicadores de proceso (riesgo de UPP, candidato a cuidado extendido, valoración del riesgo de UPP al ingreso, valoración del riesgo de UPP en pacientes candidatos a cuidado extendido, reevaluación del riesgo de UPP, valoración diaria de la piel, uso de cremas y ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO), registro diario del estado de la piel, cambios posturales, uso de superficies especiales o de alivio para el manejo de la presión (SEMP/SA), valoración nutricional, registro completo de las características de las UPP, registro del tratamiento de UPP, comprensión de la situación por parte del paciente y familia y cumplimiento general de las recomendaciones de la GPC UPP) y de resultado (prevalencia de UPP, prevalencia de UPP en pacientes con riesgo de UPP, incidencia de UPP, incidencia de UPP en pacientes con riesgo de UPP y otras lesiones de la

piel). En el Anexo 8 se puede consultar toda la información relativa a cada una de estas variables de una forma más detallada.

Tabla 19. Cumplimiento de las recomendaciones de la GPC de prevención y tratamiento de UPP

Recomendación de la GPC UPP	UI	UC	p valor	UI	UC	p valor
	(n=43)	(n=53)		(n=36)	(n=55)	
	Momento basal (antes de la intervención)			12 meses (después de la intervención)		
Valoración del riesgo de UPP en pacientes candidatos a cuidado extendido	28/43 (65.1%)	32/53 (60.4%)	0.633	34/36 (94.4%)	34/55 (61.8%)	0.000*
Reevaluación del riesgo de UPP	5/43 (11.6%)	7/53 (13.2%)	0.816	30/36 (83.3%)	9/55 (16.4%)	0.000*
Valoración diaria de la piel	3/43 (7.0%)	1/53 (1.9%)	0.322	25/36 (69.4%)	12/55 (21.8%)	0.000*
Uso de cremas y ácidos grasos hiperoxigenados	31/43 (72.1%)	37/53 (69.8%)	0.807	32/36 (88.9%)	26/55 (47.3%)	0.005*
Registro diario del estado de la piel	0/43 (0.0%)	23/53 (43.4%)	0.000*	35/36 (97.2%)	20/55 (36.4%)	0.000*
Cambios posturales	29/43 (67.4%)	29/53 (54.7%)	0.205	33/36 (91.7%)	37/55 (67.3%)	0.007*
Superficies especiales o de alivio para el manejo de la presión (SEMP/SA)	40/43 (93.0%)	46/53 (86.8%)	0.320	33/36 (91.7%)	49/55 (89.1%)	0.687
Valoración nutricional	9/43 (20.9%)	16/53 (30.2%)	0.304	12/36 (33.3%)	9/55 (16.4%)	0.060
Registro completo de las características de la UPP	36/43 (83.7%)	44/53 (83.0%)	0.927	36/36 (100.0%)	52/55 (94.5%)	0.275
Registro del tratamiento de la UPP	35/43 (81.4%)	46/53 (86.8%)	0.469	34/36 (94.4%)	51/55 (92.7%)	1.000
Comprensión de la situación por parte del paciente y familia	25/43 (58.1%)	32/53 (60.4%)	0.824	31/36 (86.1%)	43/55 (78.2%)	0.343
Cumplimiento general de las recomendaciones de la GPC UPP	5.6/11 (50.9%)	5.91/11 (53.7%)	0.240	9.31/11 (84.6%)	6.22/11 (56.5%)	0.000*

*Indica diferencias estadísticamente significativas

UPP: Úlcera Por Presión; pp: puntos porcentuales

La Tabla 19 presenta el porcentaje de cumplimiento de las once variables de proceso de los cuidados de prevención y tratamiento de UPP al inicio y al final del período de intervención para cada grupo. Como se observa en la tabla, el análisis se hizo sobre los pacientes considerados “candidatos a cuidado extendido” que en el momento basal fue de 43 pacientes en las UI y de 53 en las UC, mientras que a los 12 meses fue de 36 y de 55 en las UI y las UC, respectivamente. Esta variable, tal

como se explicó en la metodología, hacía referencia a si el paciente tenía riesgo de UPP según la escala de Braden o si presentaba una UPP ya instaurada en el momento de la valoración. Este fue un indicador descriptivo e informativo, que condicionó el número de pacientes sobre los que se evaluó el resto de las variables derivadas de los indicadores de la guía de UPP. De esta manera, si un paciente cumplía con la descripción de “candidato a cuidado extendido”, se continuaba la valoración sobre el resto de los cuidados que estaba recibiendo recomendados por la GPC. El número de pacientes “candidatos a cuidados extendidos” osciló entre el 30 y el 40% del total de pacientes auditados cada mes (un total de 1.329 pacientes, 567 en el grupo intervención y 762 en el grupo control).

Las once variables de proceso incluyeron la evaluación de la escala de Braden al ingreso, la reevaluación de la escala de Braden según las recomendaciones, la valoración diaria del estado de la piel del paciente, la aplicación de cremas hidratantes y AGHO, el registro de los cuidados de la piel, las características de la UPP, la correcta pauta de la cura de la UPP, la implementación de un plan de cambios posturales, el uso de SEMP/SA, la valoración nutricional del paciente de riesgo, y la provisión de información sobre qué es una UPP y cómo prevenirla. Además, en la misma Tabla 19, se presenta el cumplimiento general de las recomendaciones de la GPC de UPP, y un análisis comparativo de medias entre los grupos.

Como se observa en la Tabla 19, el grado de cumplimiento de la guía en condiciones basales era similar en ambos grupos y no se identificaron diferencias significativas. Únicamente la variable “registro diario de la piel” presentó diferencias en el momento basal, pues el grupo control iniciaba el estudio con un porcentaje de cumplimiento del 43%, mientras que el registro en el grupo intervención era nulo.

Los datos recolectados al término de la intervención fueron de gran relevancia en el grupo intervención respecto al grupo control, puesto que se evidenció una mejora estadísticamente significativa en el cumplimiento general de las recomendaciones de esta GPC, de hasta 34 puntos porcentuales, como se observa en la Tabla 20. Específicamente, se observaron mejoras significativas en 6 de las 11 variables estudiadas en el grupo de intervención en comparación con el grupo

control: valoración del riesgo de UPP al ingreso, revaloración del riesgo de UPP, cuidados diarios de la piel, uso de cremas y AGHO, registro diario del estado de la piel y planificación de los cambios posturales.

Tabla 20. Diferencias a los 12 meses de la intervención respecto al momento basal en los grupos intervención y control en el cumplimiento de las recomendaciones de la GPC UPP

Recomendación de la GPC UPP	Cambios en UI		Cambios en UC	
	pp	p valor	pp	p valor
Valoración del riesgo de UPP en pacientes candidatos a cuidado extendido	29	0.000*	1	0.878
Reevaluación del riesgo de UPP	72	0.000*	3	0.644
Valoración diaria de la piel	62	0.000*	20	0.001*
Uso de cremas y ácidos grasos hiperoxigenados	17	0.064	-23	0.018*
Registro diario del estado de la piel	97	0.000*	-7	0.455
Cambios posturales	24	0.009*	13	0.181
Superficies especiales o de alivio para el manejo de la presión (SEMP/SA)	-1	1.000	2	0.714
Valoración nutricional	12	0.214	-14	0.089
Registro completo de las características de la UPP	16	0.014*	12	0.057
Registro del tratamiento de la UPP	13	0.101	6	0.308
Comprensión de la situación por parte del paciente y familia	28	0.006*	18	0.045*
Cumplimiento general de las recomendaciones de la GPC UPP	33,7	0,000*	2,8	0,330

*Indica diferencias estadísticamente significativas

UPP: Úlcera Por Presión; pp: puntos porcentuales

Si se atiende al nivel de cambio respecto a la adherencia de las recomendaciones a los 12 meses en comparación con el momento basal, también destacaron los resultados positivos obtenidos en las UI. A pesar de la gran variabilidad en los diferentes cuidados, se observó una mejora significativa en la mayoría de las variables estudiadas, que osciló entre 12 y 97 puntos porcentuales con respecto al momento basal. La variable “uso de SEMP/SA” fue la única que no sufrió cambios con respecto a las condiciones basales posiblemente por el elevado registro inicial que ya presentaban. La variable “registro del estado de la piel” mejoró notablemente, llegando casi al 100% de adherencia respecto al momento basal.

En el grupo control, el porcentaje de cumplimiento a los 12 meses se mantuvo igual o disminuyó, a excepción de dos variables que, como se observa en la tabla, presentaron mejoras sobre 20 puntos porcentuales: la variable “cuidados diarios de la piel” y la variable “comprensión de la situación por parte del paciente y la familia”.

La Figura 15 presenta la evolución a lo largo del año de intervención de la adherencia a la guía de UPP, a través de la media de cumplimiento de las once variables de proceso de los cuidados de prevención y tratamiento de UPP en cada grupo.

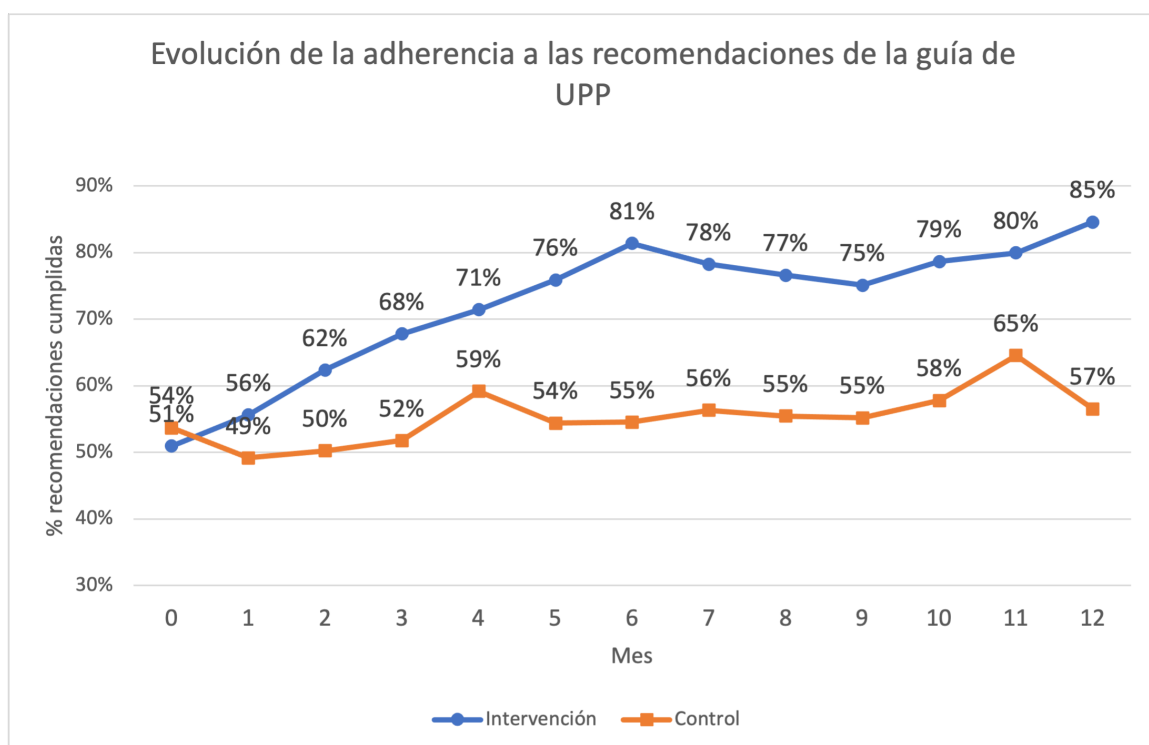


Figura 15. Evolución de la adherencia a las recomendaciones de la GPC de UPP

Se puede observar que ambos grupos comenzaron con niveles de cumplimiento similares en el momento basal, pero a medida que avanzaba el tiempo de intervención, las puntuaciones se iban distanciando: el grupo control se mantuvo estable en el tiempo, mientras que el grupo de intervención aumentó significativamente los niveles de cumplimiento. De nuevo, de los pacientes auditados, sólo aquellos pacientes “candidatos a cuidado extendido” fueron incluidos en el análisis de esta variable, pues precisaron aplicar los cuidados recomendados por la guía.

Para determinar la influencia de la intervención en la adherencia a cada una de las recomendaciones de la GPC de UPP se llevó a cabo un análisis de regresión logística sobre la muestra de pacientes candidatos a cuidado extendido (n=1.329), cuyos resultados se presentan en la Tabla 21.

Tabla 21. Resultados del análisis de regresión logística sobre cada una de las recomendaciones de la GPC de UPP

N=1329		Simple		Ajustado	
		OR	IC 95%	OR	IC 95%
Valoración del riesgo de UPP en pacientes candidatos a cuidado extendido	Unidad	2,718	2,09 - 3,54	2,848	2,18 - 3,72
	Tiempo	1,060	1,03 - 1,10	1,069	1,03 - 1,11
Reevaluación del riesgo de UPP	Unidad	20,245	14,83 - 27,64	29,649	20,81 - 42,25
	Tiempo	1,107	1,07 - 1,14	1,195	1,14 - 1,25
Valoración diaria de la piel	Unidad	3,008	2,33 - 3,88	3,742	2,83 - 4,95
	Tiempo	1,220	1,18 - 1,27	1,246	1,20 - 1,30
Uso de cremas y AGHO	Unidad	2,064	1,63 - 2,61	2,267	1,77 - 2,90
	Tiempo	1,063	1,03 - 1,10	1,076	1,04 - 1,11
Registro diario de la piel	Unidad	1,925	1,54 - 2,40	2,161	1,71 - 2,73
	Tiempo	1,136	1,10 - 1,17	1,152	1,12 - 1,19
Registro de las Características de la UPP	Unidad	2,367	1,33 - 4,21	2,316	1,30 - 4,14
	Tiempo	1,110	1,04 - 1,19	1,110	1,04 - 1,19
Registro del tratamiento de la UPP	Unidad	1,814	1,09 - 3,02	1,737	1,04 - 2,91
	Tiempo	1,029	0,97 - 1,10	1,028	0,97 - 1,10
Cambios posturales	Unidad	3,307	2,52 - 4,33	3,361	2,55 - 4,43
	Tiempo	1,052	1,02 - 1,09	1,057	1,02 - 1,09
Uso de SEMP/SA	Unidad	3,182	2,10 - 4,83	3,051	1,92 - 4,84
	Tiempo	1,009	0,96 - 1,06	1,020	0,97 - 1,08
Valoración nutricional	Unidad	2,346	1,76 - 3,13	2,337	1,75 - 3,12
	Tiempo	1,030	0,99 - 1,07	1,034	0,99 - 1,07
Comprensión de la situación por parte del paciente y familia	Unidad	1,267	0,97 - 1,66	1,352	1,03 - 1,78
	Tiempo	1,106	1,07 - 1,15	1,111	1,07 - 1,15

UPP: Úlcera Por Presión; OR: Odds Ratio; IC: Intervalo de Confianza

Unidad: hace referencia a UI sobre UC; Tiempo: hace referencia al momento basal sobre 12 meses

Se realizó un análisis simple utilizando la variable de asignación al grupo intervención o control, así como el tiempo transcurrido desde el momento basal hasta los 12 meses de la intervención. Además, se ajustó el análisis mediante la inclusión de la variable de nivel de riesgo de UPP del paciente⁵.

Los resultados indicaron que estar ingresado en el grupo intervención se asoció con una probabilidad de cumplimiento de las recomendaciones de la GPC mayor, con una OR superior a 1 tanto en el análisis simple como múltiple. Esta condición se dio en todas las variables a excepción de la “comprensión del paciente y familia”, que no pareció estar condicionada por la unidad de ingreso en un primer análisis simple (OR: 1,267; IC: 0,97 - 1,66), sin embargo, se convirtió en un factor protector al ajustarlo por momento y categoría de riesgo (OR: 1,352; IC: 1,03-1,78).

El momento en que se realizó la auditoría también fue un factor clave, lo que indica que a medida que avanzó el tiempo de intervención la aplicación de recomendaciones basadas en la GPC mejoró. Al ajustar también por unidad de pertenencia, se mantuvo ese aumento en el grupo intervención con respecto al grupo control.

En la Tabla 22 se muestran los resultados del modelo de regresión lineal creado para determinar la influencia de la intervención en la adherencia a las recomendaciones generales de la GPC de UPP entre los pacientes candidatos a cuidado extendido, utilizando la variable “cumplimiento general de las recomendaciones de la GPC UPP”. Los resultados de esta tabla confirmaron los resultados previos, indicando una relación positiva entre la presencia de la EPAH y el desarrollo de la intervención con una mayor probabilidad del cumplimiento de las recomendaciones de la GPC. Por otro lado, la presencia de riesgo de UPP del paciente no fue un factor influyente en el cumplimiento de las recomendaciones de la GPC.

⁵ *Riesgo de UPP*: El paciente con riesgo de desarrollar UPP se define por presentar una puntuación en la escala de Braden <17 puntos en pacientes menores de 75 años o <19 puntos en pacientes mayores de 75 años.

Tabla 22. Resultados del análisis de regresión logística sobre el cumplimiento general de las recomendaciones de la GPC de UPP

N=1329	Regresión simple				Regresión múltiple			
	OR	IC 95%	p valor	OR	IC 95%	p valor		
Unidad (UI /UC)	1,833	1,635	2,031	0,000*	1,865	1,677	2,053	0,000*
Tiempo (basal/12 meses)	0,151	0,123	0,179	0,000*	0,156	0,131	0,181	0,000*
Riesgo de UPP ⁶	-0,072	-0,307	0,164	0,551	0,094	-0,106	0,295	0,357

*Indica significación estadística

UPP: Úlcera Por Presión; OR: Odds Ratio; IC: Intervalo de Confianza

5.5.2 Resultados clínicos de la implementación de la guía de AVP

Al igual que para la GPC de UPP, se recogieron auditorías durante 12 meses tanto en el grupo intervención como en el grupo control para realizar un seguimiento de la adherencia a las recomendaciones de la guía de AVP.

Tras la depuración de datos se incluyeron en el análisis un total de 2.631 auditorías de las cuales 1.290 pertenecían al grupo intervención y 1.341 al grupo control. Las características sociodemográficas de los pacientes auditados se muestran en la Tabla 23. No se observaron diferencias en la distribución por edad y sexo en los grupos de estudio, tal como ocurría en la guía antes mencionada.

Tabla 23. Pacientes incluidos en la evaluación de AVP

Pacientes incluidos en la evaluación de AVP		
	UI	UC
Tipo de unidad, n (%)	1290 (49.03%)	1341 (50.96%)
Hombres, n (%)	736 (57.05%)	757 (56.45%)
Mujeres, n (%)	554 (42,95%)	584 (43,55%)
Edad, media (DE) (años)	69.2 ± 16.5	72.2 ± 15.9

⁶ Riesgo de UPP: El paciente con riesgo de desarrollar UPP se define por presentar una puntuación en la escala de Braden <17 puntos en pacientes menores de 75 años o <19 puntos en pacientes mayores de 75 años.

El Anexo 18 recoge la evolución mensual de las variables que se midieron para esta GPC, para ambos grupos: indicadores de proceso (catéteres insertados en una localización recomendada, catéteres insertados en la fosa antecubital, catéteres insertados en miembros inferiores, catéteres insertados con punto de inserción visible, registro del catéter, registro de catéteres insertados en la fosa antecubital, registro de catéteres insertados en miembros inferiores, registro de catéteres insertados con punto de inserción visible, catéteres en funcionamiento, tiempo de inserción del catéter, tipo de sujeción del catéter y estado del apósito) y de resultado (prevalencia de eventos adversos, incidencia de eventos adversos, eritema, cordón venoso, inflamación, dolor, evento adverso no clasificado y catéteres innecesarios). En el Anexo 8 se encuentra disponible una información más minuciosa sobre cada una de estas variables.

Tabla 24. Cumplimiento de las recomendaciones de la GPC de AVP

Recomendación de la GPC AVP	UI	UC	p valor	UI	UC	p valor
	(n=102)	(n=92)		(n=101)	(n=95)	
	Momento basal (antes de la intervención)			12 meses (después de la intervención)		
Localización del catéter	86/102 (84.3%)	72/92 (78.3%)	0,279	79/101 (78.2%)	69/95 (72.6%)	0,363
Punto de inserción visible	68/102 (66.7%)	53/92 (57.6%)	0,193	91/101 (90.1%)	67/95 (70.5%)	0,001*
Catéter en funcionamiento	87/102 (85.3%)	85/92 (92.4%)	0,120	90/101 (89.1%)	79/95 (83.2%)	0,227
Tiempo de inserción del catéter	67/102 (65.7%)	49/92 (53.3%)	0,078	61/101 (60.4%)	45/95 (47.4%)	0,067
Tipo de sujeción	68/102 (66.7%)	52/92 (56.5%)	0,146	89/101 (88.1%)	66/95 (69.5%)	0,001*
Estado del apósito	61/102 (59.8%)	54/92 (58.7%)	0,875	76/101 (75.2%)	64/95 (67.4%)	0,222
Registro del catéter	62/102 (60.8%)	34/92 (37.0%)	0,001*	86/101 (85.1%)	31/95 (32.6%)	0,000*
Cumplimiento general de las recomendaciones de la GPC AVP	4.89/7 (69.9%)	4.34/7 (62.0%)	0.009*	5.66/7 (80.9%)	4.43/7 (63.3%)	0.000*

*Indica diferencias estadísticamente significativas
pp: puntos porcentuales

La Tabla 24 muestra el porcentaje de cumplimiento de las siete variables de proceso de los cuidados de los AVP en cada grupo al inicio y al final de la intervención. Las variables de proceso hacían referencia a la localización correcta del catéter, que el punto de inserción fuera visible, el número de catéteres en funcionamiento, el tiempo de inserción del catéter, el tipo de sujeción del catéter, el estado del apósito y el registro del catéter.

En esta tabla se observa que ambos grupos iniciaban el estudio con un nivel de cumplimiento de la guía de AVP similar, a excepción del registro del catéter que era significativamente mayor en el grupo intervención (61% de cumplimiento frente al 37% del grupo control). Al final de la intervención, los registros fueron especialmente relevantes, ya que se constató una mejora estadísticamente significativa en el cumplimiento general de las recomendaciones de la GPC de AVP en el grupo intervención en comparación con el grupo control. Aunque los resultados no fueron tan destacados como los obtenidos en la GPC de UPP, el grupo intervención consiguió una mejora de 11 puntos porcentuales como se observa en la Tabla 25.

Tabla 25. Diferencias a los 12 meses de la intervención respecto al momento basal en los grupos intervención y control en el cumplimiento de las recomendaciones de la GPC AVP

Recomendación de la GPC AVP	Cambios en UI		Cambios en UC	
	pp	p valor	pp	p valor
Localización del catéter	-6	0.266	-6	0.372
Punto de inserción visible	23	0.000*	13	0.066
Catéter en funcionamiento	4	0.416	-9	0.055
Tiempo de inserción del catéter	-5	0.435	-6	0.420
Tipo de sujeción	21	0.000*	13	0.066
Estado del apósito	15	0.019*	9	0.219
Registro del catéter	24	0.000*	-4	0.535
Cumplimiento general de las recomendaciones de la GPC AVP	11	0,000*	1,3	0,672

*Indica diferencias estadísticamente significativas
pp: puntos porcentuales

Concretamente, estas diferencias significativas en las UI respecto a las UC, se evidenciaron en 3 de las 7 variables: punto de inserción visible, tipo de sujeción y registro del catéter. El resto de las variables también tuvieron un porcentaje de cumplimiento mayor en el grupo intervención.

Si se considera el nivel de cambio en relación con la adherencia a las recomendaciones a los 12 meses en comparación con el momento basal, se pudo observar una mejora significativa en la mayoría de los cuidados en el grupo de intervención, con una mejora de hasta 24 puntos porcentuales en variables como "registro del catéter" o "catéteres insertados con punto de inserción visible". En el caso del grupo control, también se observaron mejoras en algunas recomendaciones, no obstante, estos cambios no alcanzaron significancia estadística en ninguna de ellas.

La Figura 16 muestra cómo ha evolucionado la adherencia a la guía de AVP durante el año de intervención, mediante el promedio de cumplimiento de siete variables clave relacionadas con el proceso de cuidado de catéteres periféricos.

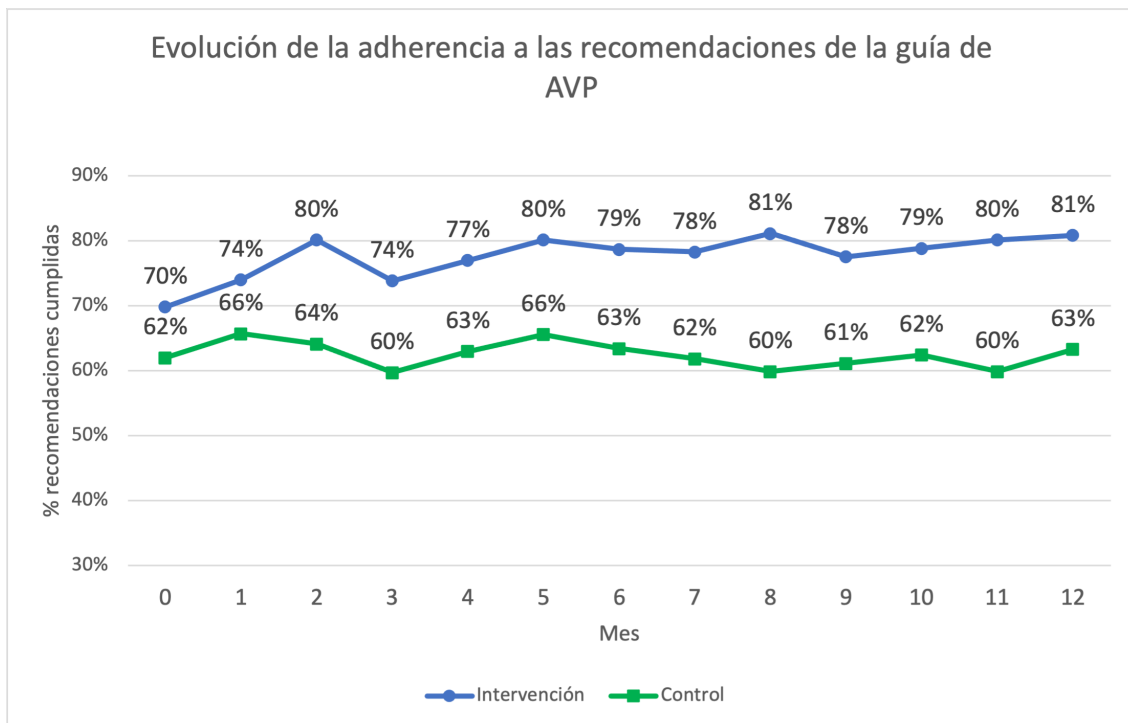


Figura 16. Evolución de la adherencia a las recomendaciones de la GPC de AVP

Para examinar el impacto de la intervención en la adherencia a las recomendaciones de la GPC de cuidados de catéteres periféricos, se llevó a cabo un análisis de regresión logística (n=1.341). Se realizó un análisis simple utilizando la variable de asignación al grupo intervención o control, así como el tiempo transcurrido desde el momento basal hasta los 12 meses de la intervención. Los resultados del análisis se muestran en la Tabla 26.

Tabla 26. Resultados del análisis de regresión logística sobre las recomendaciones ofrecidas por la GPC de AVP

N=2.631		Simple		Ajustado	
		OR	IC 95%	OR	IC 95%
Localización	Unidad	1,215	1,01 - 1,46	1,217	1,01 - 1,46
	Tiempo	0,990	0,97 - 1,01	0,989	0,97 - 1,01
Punto de inserción visible	Unidad	2,315	1,93 - 2,77	2,311	1,93 - 2,77
	Tiempo	1,046	1,02 - 1,07	1,046	1,02 - 1,07
Tiempo de inserción	Unidad	1,981	1,70 - 2,32	1,990	1,70 - 2,33
	Tiempo	0,979	0,96 - 0,99	0,977	0,96 - 0,99
Tipo de sujeción	Unidad	2,285	1,91 - 2,73	2,281	1,91 - 2,73
	Tiempo	1,042	1,02 - 1,07	1,041	1,02 - 1,07
Estado del apósito	Unidad	1,905	1,62 - 2,24	1,901	1,62 - 2,24
	Tiempo	1,045	1,02 - 1,07	1,044	1,02 - 1,07
Catéter en funcionamiento	Unidad	1,542	1,23 - 1,94	1,559	1,24 - 1,96
	Tiempo	0,943	0,91 - 0,97	0,941	0,91 - 0,97
Registro del catéter	Unidad	4,765	4,01 - 5,66	4,761	4,01 - 5,66
	Tiempo	1,012	0,99 - 1,03	1,010	0,99 - 1,03

OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza

*Unidad: hace referencia a UI sobre UC; *Tiempo: hace referencia al momento basal sobre 12 meses

Se observó que todas de las variables estaban íntimamente relacionadas con la unidad asignada, siendo más probable que se llevaran a cabo cuidados basados en la guía de catéteres en el grupo intervención. En todos los casos esta relación fue estadísticamente significativa (OR>1). La variable que se relacionó más fuertemente con el tipo de unidad fue el “registro de las características del catéter” (OR: 4,765; IC: 4,012 - 5,660), seguida del “tipo de sujeción” (OR: 2,285; 1,914 - 2,728) y la

posibilidad de inspección visual del orificio de inserción del catéter (OR: 2,315; IC: 1,934 - 2,771). En todos los casos, el análisis de regresión múltiple ajustado a ambas variables mantuvo esta relación.

El momento en el que se llevó a cabo la recogida de datos fue un factor más voluble. A medida que avanzó el tiempo de intervención aumentaron las probabilidades de cumplir con las recomendaciones de “punto de inserción visible”, “tipo de sujeción” y “estado del apósito”, mientras que el resto de las variables no tuvieron relación. El análisis ajustado para este mismo factor mantuvo los mismos resultados.

En la Tabla 27 se presentan los resultados del modelo de regresión lineal utilizado para determinar la influencia de la intervención en la adherencia a las recomendaciones generales de la GPC de AVP, utilizando la variable “cumplimiento general de las recomendaciones de la GPC AVP”. Los resultados de esta tabla reforzaron los resultados anteriores, relacionando la presencia de la EPAH con una mayor probabilidad de que se cumpliesen las recomendaciones de la GPC.

Tabla 27. Resultados del análisis de regresión logística sobre el cumplimiento general de las recomendaciones de la GPC de AVP

N=2631	Regresión simple				Regresión múltiple			
	OR	IC 95%		p	OR	IC 95%		p
Unidad (UI /UC)	1.068	0.955	1.180	0.000*	1.066	0.953	1.178	0.000*
Tiempo (basal/12 meses)	0.016	0.000	0.032	0,048*	0.014	-0.001	0.029	0.077

**Indica significación estadística*

OR: Odds Ratio; IC: Intervalo de Confianza

5.6 Actividades desarrolladas por las EPAH

En este apartado se describen las actividades desplegadas por las EPAH para implementar las dos GPC propuestas.

Los resultados se clasificaron según los trece métodos de cambio de comportamiento basados en la TCP utilizados como categorías principales preestablecidas: información, incremento de habilidades, persuasión, planificación, estímulo y apoyo social, establecimiento de metas, motivación, auto-seguimiento, incentivos económicos, demostración, ensayo de habilidades, prevención de recaídas y derivación. Además, se incluyó una categoría adicional de “otras actividades”, lo que resultó en un total de catorce categorías.

Cada categoría disponía, a su vez, de subcategorías basadas en la taxonomía de técnicas del cambio de comportamiento con un total de 69 subcategorías preseleccionadas para esta investigación. El instrumento utilizado indicaba, además, el mecanismo de acción relacionado a cada subcategoría, así como ejemplos de estrategias de implementación basados en la taxonomía EPOC. Para comprender mejor la estructura de este apartado, consultar el Anexo 11 donde se describe el instrumento de mapeo de intervenciones *ad hoc*.

Se identificaron actividades para todas las categorías preestablecidas y para 52 de las subcategorías. Los *verbatim*s extraídos de las memorias pueden consultarse en el Anexo 19.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos para cada categoría. Se incluyen tablas que recopilan las actividades, seguidas de una explicación detallada de las mismas. Con el fin de mejorar la legibilidad del presente apartado, las tablas únicamente proporcionan información referente a los métodos y técnicas de cambio de conductas identificadas, sin hacer mención explícita del mecanismo de acción o la estrategia de implementación correspondiente. Las técnicas para las que no se identificaron actividades aparecen en las tablas con el símbolo “---”.

5.6.1 Información

Las actividades que se incluyeron en esta categoría coincidían en la provisión de información objetiva, validada y exenta de cualquier carga emocional, con el objetivo de facilitar la comprensión del equipo sobre la relevancia de realizar un cambio en la práctica clínica hacia prácticas basadas en la evidencia.

Las actividades identificadas que se dirigieron a proporcionar información se muestran en la Tabla 28.

Tabla 28. Información

Intervención	Técnicas	Actividades EPAH
Información	Información sobre antecedentes (4.2)	Difusión de la fundamentación teórica del proyecto EPAH en sesión clínica y de forma individual Información de la responsabilidad legal de la enfermera respecto a la PBE
	Información sobre consecuencias para la salud (5.1)	Difusión del proyecto EPAH en sesión clínica. Beneficios del uso de GPC sobre el paciente y disminución de la variabilidad
	Información sobre consecuencias sociales y ambientales (5.3)	Difusión sobre la importancia del registro para la explotación de indicadores
	Información sobre consecuencias emocionales (5.6)	Información sobre la satisfacción de los profesionales que trabajan en base a excelencia de los cuidados y el cuidado basado en la evidencia
	Información sobre la aprobación de otros (6.3)	Información del apoyo institucional al proyecto, desde la Universidad y el Sistema de salud de la Comunidad autónoma Información sobre el apoyo formal de la dirección del centro Información sobre la colaboración y apoyo de grupos externos a la unidad
	Fuente creíble (9.1)	Difusión de la fundamentación teórica del proyecto EPAH en sesión clínica y de forma individual Información sobre inclusión del proyecto como parte de una tesis doctoral

Las EPAH realizaron sesiones de difusión del proyecto con el equipo de enfermería de su unidad, una vez cursada la formación específica, donde explicaron la fundamentación teórica del proyecto, mostrando datos empíricos sobre el impacto de la PBE sobre el paciente. Para ello, contaron con la ayuda de una presentación en soporte Power Point que se les facilitó por parte del equipo investigador y que podían adaptar a sus necesidades. Esta sesión fue muy similar a la que se ofreció al presentar el proyecto y permitió disponer de la misma información en un ambiente menos formal. Posteriormente, continuaron realizando difusión de forma individual.

Se realizaron sesiones sobre metodología enfermera donde se explicó la responsabilidad legal de la enfermera en la aplicación de los mejores cuidados basados en la evidencia. También se mostraron los resultados de varios estudios

científicos sobre la satisfacción que proporciona la búsqueda de la excelencia en cuidados y los cuidados basados en las últimas recomendaciones.

5.6.2 Aumento de habilidades

El aumento de habilidades recogió todas las actividades realizadas por las EPAH que se dirigieron a aconsejar o acordar cómo realizar la conducta deseada de forma concreta. Se trataba de actividades que iban más allá de la facilitación de información, como las estrategias de formación, capacitación o entrenamiento.

La Tabla 29 muestra la clasificación de las actividades dirigidas a aumentar las habilidades de las enfermeras para la implementación de las GPC.

Tabla 29. Aumento de habilidades

Intervención	Técnicas	Actividades EPAH
Aumento de habilidades	Instrucciones sobre cómo realizar el comportamiento (4.1)	Creación de un sistema de difusión de nueva información Entrega periódica de información actualizada sobre cuidados de enfermería Creación de documentos con instrucciones sencillas sobre cuidados basados en las guías Creación de infografías Creación de nuevos protocolos Sesiones formativas sobre cómo utilizar las GPC Sesiones formativas sobre cómo realizar las actividades recomendadas por las GPC Sesiones formativas sobre cómo registrar correctamente los cuidados recomendados Taller sobre cuidado y prevención de UPP Formación en herramientas de promoción de la salud Sesiones rápidas sobre las recomendaciones de las GPC (10-15 min) Formación adaptada al personal de nueva incorporación Sesiones formativas sobre la metodología enfermera
	Experimentos de comportamiento (4.4)	Formación y promoción del uso de escalas de valoración y otras intervenciones Se explican los indicadores que serán evaluados

Las EPAH realizaron varias sesiones de difusión y docencia de las dos GPC a implementar estableciendo un sistema de transmisión de la información actualizada y recopilación de este material.

Realizaron un importante trabajo de creación de material formativo y de consulta para facilitar el conocimiento por parte del equipo de enfermería, como la creación de nuevos protocolos o actualización de los ya existentes, documentos con síntesis de información sobre ciertos cuidados basados en las guías, infografías con contenido específico de las GPC a implementar, etc.

La formación se realizó con diferentes metodologías educativas, como sesiones formativas, talleres o formación individualizada. También se realizaban sesiones de 10-15 min de duración impartidas durante el horario laboral donde se abría un espacio para el debate y la reflexión. En las sesiones formativas se trabajaron los contenidos teóricos de cada GPC, se enseñó a utilizarlas de forma correcta y a realizar un registro de cada uno de los cuidados realizados. Se dieron a conocer los indicadores clínicos que se medirían por auditoría según las recomendaciones de cada guía. En el caso de la GPC UPP, debido a la complejidad de la prevención y cuidados que promueve esta guía, fue necesario distribuir las sesiones por diferentes temáticas (prevención, tratamiento de úlceras y heridas, gestión de colchones antiescaras según cada protocolo hospitalario, etc.).

Además de trabajar los contenidos teóricos, en las sesiones también se propusieron aumentar habilidades en promoción de la salud y prevención, formación en canalización eco-guiada, formación en identificación y clasificación de diferentes lesiones.

Las EPAH potenciaron la valoración del paciente con el uso de escalas por parte de las enfermeras de la unidad como fórmula para objetivar cuidados.

5.6.3 Persuasión

Las actividades dirigidas a motivar a la persona hacia la realización de la conducta deseada antes de que ésta ocurra se incluyeron en esta categoría.

La persuasión es un tipo de intervención que se realizó antes de que las enfermeras iniciasen la conducta deseada y las actividades relacionadas podían ir dirigidas a verbalizar que las enfermeras podían llevar a cabo las recomendaciones

basadas en la evidencia, argumentando en contra de las dudas que pudiesen tener y afirmando que podían realizar la conducta y que tendrían éxito.

Las actividades relacionadas con esta categoría se recogen en la Tabla 30.

Tabla 30. Persuasión

Intervención	Técnicas	Actividades EPAH
Persuasión	Reatribución (4.3)	Comunicación asertiva y estrategias de liderazgo
	Relevancia de las consecuencias (5.2)	Información sobre la excelencia en los cuidados
	Comparación social (6.2)	Acogida del personal de nueva incorporación y explicación de las dinámicas de la unidad
	Exposición (7.7)	Implementar las recomendaciones progresivamente
	Pros y contras (9.2)	Fomento del uso de la metodología enfermera a través de diferentes recursos
	Imaginación comparativa de resultados futuros (9.3)	Uso de palabras o frases que refuercen al equipo en la consecución de objetivos comunes, de forma verbal y escrita
	Incentivo social (10.5)	---
	Autoincentivo (10.7)	---
	Incentivo (resultado) (10.8)	Explicar que se acreditará la formación realizada Explicar que se descontarán las horas trabajadas en la elaboración de material para la unidad
	Creencias incompatibles (13.3)	---
	Persuasión verbal sobre la capacidad (15.1)	Contacto individualizado, creación de vínculos de confianza Uso de palabras o frases que refuercen al equipo en la consecución de objetivos comunes, de forma verbal y/o escrita Persuasión para la formación continuada sobre nuevos conocimientos relacionados con las GPC
	Recompensa imaginaria (16.2)	Uso de palabras o frases que refuercen al equipo en la consecución de objetivos comunes, de forma verbal y escrita
	Consecuencias vicarias (16.3)	---

Las EPAH fueron las encargadas de acoger y formar al personal de nueva incorporación. Esta responsabilidad fue una oportunidad para animar a que mantuviesen el cumplimiento de las recomendaciones basadas en la evidencia que utilizaba el resto del equipo, mostrándose como un apoyo desde el primer momento.

Las EPAH crearon vínculos con el equipo a través del contacto individual. La flexibilidad horaria les permitió realizar intervenciones que pudiesen llegar a todo el personal de enfermería como, por ejemplo, aquellos compañeros o compañeras que trabajaban en un turno nocturno exclusivamente o adaptarse a las necesidades horarias de pacientes y familiares. A través de la predisposición y cercanía con el equipo, la EPAH animaba a llevar a cabo las recomendaciones de las guías.

Algunas EPAH utilizaban los canales de transmisión de información para comunicar mensajes semanales motivadores para animar al equipo en la consecución de los objetivos previstos.

Convencieron al equipo para continuar su formación en la adquisición de competencias necesarias para cumplir con las recomendaciones de las guías como, por ejemplo, cursos sobre "canalización eco-guiada". Además, prometieron que tratarían de acreditar toda la formación realizada e informaron del estado de dicha acreditación.

Uno de los aspectos más importantes de la persuasión fue el conocimiento del contexto y de los diferentes profesionales, de manera que la EPAH pudo adaptarse a las particularidades de cada uno, buscando el momento más idóneo para realizar intervenciones individualizadas o grupales. Además, trataron de implementar las recomendaciones de forma gradual, incorporando y adaptando pequeños cambios a la rutina diaria del equipo.

5.6.4 Planificación

Esta categoría recogió actividades dirigidas a aumentar las habilidades de las enfermeras para planificar de forma detallada el desempeño de la conducta deseada. La clasificación de estas actividades para la planificación se muestra en la Tabla 31. Esta estrategia implicaba la elaboración minuciosa de un plan específico, que debía incluir al menos uno de los siguientes elementos: contexto, frecuencia, duración e intensidad. Además, este método también incluye la creación de "intenciones de implementación", las cuales son planes del tipo "si-entonces" que funcionan mediante la vinculación de una situación crítica ("si") con una respuesta conductual

apropiada ("entonces"). Este tipo de actividades ayudaban a vincular situaciones concretas con respuestas conductuales apropiadas.

Tabla 31. Planificación

Intervención	Técnicas	Actividades EPAH
Planificación	Planificación de la acción (1.4)	Establecimiento de nuevas dinámicas de trabajo en equipo Estandarización del plan de cuidados para prevención y tratamiento de las UPP según la GPC Estandarización del plan de cuidados del AVP según la GPC Consenso sobre el lugar y la forma en que se llevaría a cabo el registro enfermero Estandarización de informes de ingreso y alta del paciente Consenso sobre el lugar de recopilación de información basada en la evidencia Establecimiento del canal de comunicación entre EPAH y equipo Cuidado al paciente atendiendo sus preferencias

Las EPAH propusieron nuevas dinámicas para la planificación del trabajo en equipo que se consensuaron entre todas las enfermeras de la unidad, la supervisora y las/los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE).

Entre los cambios, implantaron sesiones clínicas interdisciplinarias diarias, normalmente a primera hora de la mañana, donde se comentaba la evolución clínica de todos los pacientes de la unidad. Esto permitió planificar y consensuar el trabajo en equipo y revisar los objetivos marcados cada mañana entre la EPAH y el equipo. En algunas unidades, el pase de enfermería pasó a realizarse por equipos funcionales (enfermera-TCAE). Las sesiones clínicas, además de permitir la revisión de objetivos y el consenso en equipo, permitió a la EPAH adaptar la intervención a realizar en cada turno.

En todas las unidades se acordó estandarizar los planes de cuidados con la finalidad de unificar criterios. Para ello, primero se identificaron, de manera consensuada con el equipo de enfermería, los diagnósticos enfermeros más comunes para cada tipo de paciente en las distintas unidades y se elaboraron fichas diagnósticas con planes de cuidados basados en la terminología NANDA, NOC y NIC, enfatizando la utilización de un lenguaje enfermero. En el caso de los planes de cuidados ya existentes, éstos se revisaron, de forma que muchos de ellos se

suprimieron por falta de rigor en su elaboración y otros se reescribieron o se actualizaron. Una vez que dispusieron de los planes de cuidados, pudieron estandarizarlos.

También se llevó a cabo un trabajo para consensuar el registro de cada actividad enfermera o cada informe enfermero, de manera que todo el equipo registrase el mismo tipo de información en un mismo soporte considerado como formal por cada institución.

Asimismo, se consensuó el lugar de consulta de información basada en la evidencia. Para ello crearon un espacio físico en la unidad donde alojar el material formativo, protocolos, vías clínicas o las GPC, para que todo el equipo encontrase fácilmente la información necesaria de consulta ante la toma de decisiones diarias.

Por último, cada EPAH acordó un canal de comunicación con el equipo, desde donde realizar difusión de nueva información relacionada con el proyecto (como material docente, guías de ayuda u otro tipo de material realizado por la EPAH, presentación de nuevos protocolos, noticias relacionadas con la temática del proyecto, información sobre sesiones clínicas o material motivacional, etc.) de forma que todo el equipo supiera el lugar desde donde actualizarse. Este canal también era utilizado para que el equipo pudiese contactar con la EPAH para proponer nuevas ideas, solucionar dudas o resolver problemas. Algunas EPAH crearon un buzón de sugerencias que se leía semanalmente para conocer las necesidades percibidas por el equipo, otras lo hicieron durante las sesiones semanales y otras a través de un formulario creado en un espacio de la unidad. Todas mantenían un contacto individual con cada uno de los y las profesionales y también todas crearon un grupo de WhatsApp desde donde recoger las necesidades del equipo, opiniones, propuestas, etc.

Se consensuó la mejor forma de planificar los cuidados respetando las preferencias del paciente, siendo la EPAH un recurso utilizado para conseguirlo.

5.6.5 Estímulo/apoyo social

La categoría “estímulo/apoyo social” recogió todas aquellas actividades realizadas por las EPAH que implicaron aconsejar, organizar o brindar apoyo social. La EPAH podía dar ese apoyo directamente o facilitar que otras personas lo diesen (por ejemplo, creando grupos de trabajo que favoreciesen la conducta deseada). También se incluyeron aquellas actividades dirigidas a proporcionar elogios no relacionados con conductas determinadas o a recompensar el desempeño de la conducta.

La Tabla 32 recoge las actividades realizadas por la EPAH destinadas a dar diferentes tipos de apoyo a las enfermeras de la unidad.

Tabla 32. Estímulo/apoyo social

Intervención	Técnicas	Actividades EPAH
Estímulo/apoyo social	Apoyo social (sin especificar) (3.1)	Asesoramiento en la elaboración de informes de enfermería Apoyo en técnicas de enfermería Asesoramiento en la búsqueda bibliográfica sistemática Mentoría y asesoramiento en la toma de decisiones Acompañamiento durante el seguimiento de las UPP y otras lesiones Soporte en la redacción de los cuidados recomendados Apoyo al personal de nueva incorporación
	Apoyo social (práctico) (3.2)	Sustitución de tareas (disminución carga de trabajo) Apoyo o sustitución en la búsqueda bibliográfica (disminución carga de trabajo) Liderazgo de grupos de trabajo
	Apoyo social (emocional) (3.3)	Referente para consulta o asesoramiento Favorecer la aparición de grupos de trabajo Coordinación de grupos de trabajo Delegar responsabilidades en grupos de trabajo (confianza en el equipo) Creación de espacio para debatir y reflexionar

La EPAH realizó una importante función de apoyo y asesoramiento al equipo de enfermería, desde la valoración inicial del paciente, la realización de un plan de cuidados o en la toma de decisiones de la práctica clínica diaria. Cada mañana revisaban el plan de cuidados de cada paciente con la enfermera y la TCAE responsable, recordando y animando a seguir las recomendaciones de las GPC.

Realizaban apoyo en técnicas de enfermería dificultosas, cuidado de UPP y otras lesiones, en la colocación de AVP en pacientes con difícil acceso venoso y ayuda en la toma de decisiones en la identificación de pacientes candidatos a canalización eco-guiada, coordinación de dispositivos y formación. Animaba a la realización de registros de todos los cuidados y asesoraba en su correcta realización, además de facilitar la redacción de los diferentes informes de enfermería.

La EPAH fue un referente para la consulta o asesoramiento en la búsqueda bibliográfica de preguntas de investigación que no podían resolverse con las GPC o para resolver cualquier tipo de duda de la práctica clínica diaria. La EPAH potenció y dio soporte a todos los profesionales de la unidad en la realización de actividades de búsqueda bibliográfica, elaboración de recomendaciones, etc. relacionados con las GPC u otros fenómenos de estudio.

La EPAH potenció o facilitó actividades dirigidas a la prevención y promoción de la salud por parte del equipo de enfermería, animando, educando en técnicas de promoción de la salud o sustituyendo al enfermero en otras tareas para que la enfermera responsable del paciente tuviera tiempo de hacerlo.

Cuando la carga de trabajo se incrementaba, la EPAH aliviaba al equipo realizando tareas asistenciales en pacientes con mayor demanda de cuidados, llevando a cabo valoraciones exhaustivas, efectuando la curación de úlceras por presión u otras lesiones complejas, o canalizando vías venosas difíciles. Como resultado, se aumentaba la disponibilidad de tiempo de la enfermera encargada del paciente para llevar a cabo actividades que, de otro modo, no serían posibles.

Una de las EPAH hizo mención especial al apoyo instrumental en su unidad, pues identificó la sobrecarga de trabajo como una barrera importante para la consecución de objetivos comunes. Combatir la sobrecarga asistencial se convirtió en un objetivo de su plan de trabajo, así como en un proyecto de investigación liderado por la EPAH.

La EPAH se convirtió en la persona de referencia tanto para el personal de nueva incorporación como para los estudiantes de enfermería que realizaron sus prácticas en la unidad pues los guiaron y asesoraron. En este sentido, llevó a cabo el

proceso de acogida, proporcionando información acerca del funcionamiento de la unidad, los protocolos y vías clínicas, así como el sistema informático. Además, contribuyó a la adaptación del personal a la unidad y a la forma de trabajo en coherencia con las GPC.

Otra estrategia para el estímulo social fue la implicación de diferentes personas del equipo de enfermería en las actividades de implementación que se iban realizando. En todos los centros se crearon sesiones periódicas donde una enfermera de la unidad, un TCAE, o ambos, siempre apoyado por la EPAH o con su colaboración, se preparaba un tema de interés para el equipo y se exponía en forma de sesión clínica. También implicaron al personal en la revisión y creación de documentos institucionales a través de grupos de trabajo como informes de continuidad de cuidados o planes de cuidados estandarizados, por ejemplo, o en la revisión bibliográfica de temas propuestos por otros compañeros de la unidad.

La creación de los primeros grupos de trabajo animó y facilitó la aparición de otros grupos de trabajo dentro de la unidad, ya que la EPAH también recibía solicitudes para coordinar estos grupos de nueva aparición. En una de las unidades se creó un grupo de trabajo de TCAE, solicitado por ellas mismas para iniciar talleres con los pacientes. De esta forma, la EPAH favorecía la creación de grupos de trabajo, los supervisaba y les daba apoyo.

Asimismo, sesiones que habían sido preparadas e impartidas por la EPAH, eran luego impartidas por grupos de trabajo, por lo que la EPAH delegaba en ellos algunas tareas. La EPAH implicaba al equipo de enfermeras y TCAE solicitando colaboración en la identificación de necesidades percibidas por la unidad, ya sean formativas, de recursos materiales, mentoría, etc., dirigidas a mejorar el seguimiento de las recomendaciones.

Por último, la accesibilidad por parte de la EPAH fue una estrategia utilizada para alcanzar los objetivos propuestos. Durante las formaciones relacionadas con las GPC, en las sesiones diarias de mañana, o durante la realización de recordatorios conjuntos en el office, las EPAH abrían un espacio para el debate y la reflexión. Así, animaban al grupo de enfermeras a hablar sobre su propio proceso de implementación y del uso de las recomendaciones de ambas GPC.

5.6.6 Establecimiento de metas

Las actividades incluidas en esta categoría coincidían en establecer o acordar una meta definida en términos del comportamiento a lograr. La Tabla 33 muestra las diferentes actividades que realizaron las EPAH para establecer metas, revisarlas y crear un compromiso por parte del equipo.

Tabla 33. Establecimiento de metas

Intervención	Técnicas	Actividades EPAH
Establecimiento de metas	Establecimiento de metas (comportamiento) (1.1)	Consenso en la implementación de dos GPC y de indicadores concretos
	Establecimiento de metas (resultado) (1.3)	Consenso en la consecución de objetivos de resultado en equipo
	Revisar la(s) meta(s) de comportamiento (1.5)	Consenso de planes de acción dirigidos a la mejora de indicadores de proceso no cumplidos o potencialmente mejorables Revisión conjunta de los planes de cuidados Promoción de un espíritu crítico hacia los cuidados
	Discrepancia entre el comportamiento actual y la meta (1.6)	Revisión de los planes de cuidados y explicación al personal cuando las acciones no son consecuentes con los objetivos
	Revisar la(s) meta(s) de resultados (1.7)	Consenso de planes de acción dirigidos a la mejora de indicadores de resultado no cumplidos o potencialmente mejorables Sesiones clínicas diarias donde planificarse en equipo y revisar objetivos
	Contrato de comportamiento (1.8)	Firma de un consentimiento informado para la participación en el proyecto
	Compromiso (1.9)	Búsqueda del compromiso del equipo en las reuniones de autoseguimiento

El establecimiento de objetivos con el equipo de enfermería respecto a la implementación de GPC, fue una intervención realizada en un primer momento por parte del equipo investigador, ya que la implementación de las dos GPC era un objetivo del proyecto EPAH. En el momento en que se presentó al equipo de enfermería el proyecto EPAH, se explicaron los objetivos de éste y se confirmó que el equipo estaba de acuerdo en implementar ambas GPC, con la EPAH como elemento facilitador. Las unidades que participaron como intervención, estuvieron de acuerdo en la consecución del proyecto y en implementar las GPC.

En las sesiones de difusión de las GPC las EPAH presentaron a las enfermeras de las unidades intervención los indicadores clínicos de proceso (dirigidas a la realización de cuidados específicos recomendados por las guías) y de resultado (objetivos de resultado derivados de la cumplimentación de las recomendaciones) que se iban a medir para consensuarlos con el equipo y marcar los objetivos. Cada unidad priorizó una meta de comportamiento en función de lo que se necesitaba mejorar para cumplirlo

En cuanto a objetivos de resultado, se consensuaron objetivos muy dirigidos a aumentar los registros de forma general, así como a mejorar la calidad de los informes de enfermería y no sólo en cantidad.

Tras la retroalimentación periódica de las EPAH, se revisaban los objetivos planteados y los logrados para asegurar el consenso en equipo en la consecución de metas. Las EPAH consiguieron varios debates dentro de la unidad sobre los diferentes usos de las GPC, sobre recomendaciones concretas, sobre la individualización de los cuidados y sobre las actividades necesarias para conseguir los objetivos, consiguiendo que las enfermeras revisen su práctica clínica desde una mirada crítica.

Se informó a todas las enfermeras de las unidades de intervención sobre el proyecto y se les brindó la oportunidad de hacer preguntas al respecto. Para dar constancia de su voluntad de participar en el estudio, firmaron un consentimiento informado que dejaba claro la implementación de las dos GPC como objetivo principal para evaluar el desempeño de la EPAH. Sin embargo, durante las sesiones de retroalimentación y revisión de metas, el equipo confirmaba que mantenía su compromiso.

5.6.7 Motivación

La categoría “motivación” recogió todas las actividades que favoreciesen el mantenimiento de la conducta deseada una vez que las enfermeras la iniciaron. Como método de cambio de conductas, se podía solicitar a la enfermera que proporcionase declaraciones en las que se motivase a sí misma, y que evaluase su

propio comportamiento para minimizar la resistencia al cambio y aumentar la probabilidad de que adopte nuevas conductas. Al motivarse a sí misma y evaluar su propio comportamiento, la persona puede aumentar su compromiso y motivación para cambiar, lo que puede mejorar la efectividad del proceso de cambio de conductas.

Las actividades dirigidas a motivar al equipo una vez iniciada la conducta se muestran en la Tabla 34.

A lo largo de todo el proyecto las EPAH realizaron retroalimentación sobre las conductas del personal dirigidas a cumplir con las recomendaciones, animando a mantenerlas.

Las enfermeras de la unidad conocían la existencia de auditorías mensuales y esperaban la retroalimentación de resultados por las vías establecidas por la EPAH. Periódicamente se realizaban sesiones donde ésta informaba al equipo de la evolución que seguían en cuanto a los indicadores recogidos por las auditorías, de forma que el personal fuera consciente también de su propio proceso. Esta retroalimentación también se realizaba por otras vías, como por grupos de difusión de WhatsApp o en los espacios creados para la transmisión de información dentro de la unidad, como ya se ha comentado anteriormente.

En las sesiones donde se daba la retroalimentación se aprovechaba para celebrar las mejoras y reconocer el trabajo y la implicación del personal, tanto por parte de la EPAH como de la supervisora de la unidad. Una vez finalizado el proceso, varias unidades organizaron la celebración de los resultados de implementación.

Los datos objetivos que ofrecían las auditorías, así como el seguimiento diario de la unidad, ayudaron a las EPAH a conocer el estado de implementación de cada recomendación y a poder incidir en aquellas actividades que dificultaban la correcta aplicación de la GPC y reformular un plan de acción. También permitía conocer el personal de la unidad que más cumplía con las recomendaciones y reconocer socialmente a estas enfermeras como ejemplo para el resto del equipo.

Tabla 34. Motivación

Intervención	Técnicas	Actividades EPAH
Motivación	Retroalimentación sobre el comportamiento (2.2)	Feedback verbal de resultados de indicadores de proceso de las auditorías periódico con el equipo Feedback informal e individual posterior a las auditorías mensuales Asegurar una comunicación constante con el equipo sobre el comportamiento realizado
	Retroalimentación sobre los resultados de la conducta (2.7)	Feedback verbal de resultados de indicadores de resultado de las auditorías periódico con el equipo Difusión del número de registros realizados para medir resultados de UPP y AVP
	Recompensa social (10.4)	Animar al equipo con información verbal y escrita (frases motivacionales) Felicitar al personal sobre los logros obtenidos y animar a mantenerlos
	Autorrecompensa (10.9)	Celebración en la unidad de resultados obtenidos mensuales Celebración de resultados al final del proyecto
	Recompensa (resultado) (10.10)	Acreditación de la formación realizada Descuento de las horas trabajadas en la elaboración de material para la unidad como horas laborales
	Identificación de sí mismo como modelo a seguir (13.1)	Reconocimiento a las enfermeras que cumplen con las recomendaciones que son un ejemplo para el resto del equipo
	Autoidentidad valorada (13.4)	Animar al equipo a participar en la difusión de sus resultados en congresos o jornadas
	Identidad asociada con el cambio de comportamiento (13.5)	Distribución de material con el logo del proyecto EPAH
	Aproximación de recompensa (14.4)	---
	Recompensa de situación específica (14.6)	---
	Recompensa del comportamiento incompatible (14.7)	---
	Ensayo mental de una conducta exitosa (15.2)	Recuerdo sobre la realización de sesiones de difusión de resultados mensuales derivados de los indicadores de las GPC y de los registros del personal sobre UPP y AVP
	Centrarse en el éxito pasado (15.3)	---
	Diálogo interno (15.4)	---

Las EPAH se encargaron de acreditar las sesiones realizadas por los/las profesionales como forma de incentivar el esfuerzo y la participación. En el caso de los formadores, trataron de contar las horas de elaboración de material como horas trabajadas o intercambiarlo por días de libre disposición.

Se fomentó la autoidentificación de sí mismos como modelo a seguir, tanto con otros compañeros de la unidad, como con otras unidades. Las EPAH fomentaron la participación del equipo en la difusión de los logros obtenidos en congresos y jornadas.

Se distribuyeron pegatinas e insignias con el logo del proyecto EPAH como refuerzo, recordatorio y para desarrollar un sentimiento de pertenencia al proyecto como sujetos activos. Además, se llevaron a cabo diferentes iniciativas para reconocer el papel de cada profesional en la consecución de objetivos de equipo.

5.6.8 Auto-seguimiento

Las técnicas que conformaron el auto-seguimiento fueron dirigidas a establecer un método para que la enfermera controlase y registrase su(s) comportamiento(s) como parte de una estrategia de cambio de conductas. Las estrategias para conseguir un auto-seguimiento se enfocaron a nivel grupal e individual y se muestran en la Tabla 35.

Se acordó con el equipo la realización de auditorías mensuales para realizar un seguimiento de indicadores de proceso y de resultado conocidos y consensuados por todos los profesionales del equipo. Las auditorías implicaron la observación directa del paciente, valoración y entrevista con el paciente y revisión de los registros informáticos realizados por las enfermeras asistenciales.

Asimismo, se reforzó la necesidad de un registro de actividad enfermera como elemento necesario para explotar los datos. Al ser un estudio multicéntrico, el registro de actividades de cada hospital era diferente. Por ejemplo, el indicador “registro formal de UPP” hacía referencia al registro de la UPP en el parte de enfermería en un hospital, mientras que era considerado como un “registro informal” en otro. Al inicio del proyecto se concertaron reuniones entre el equipo investigador, la EPAH y el personal de informática de cada hospital para conocer la mejor forma de explotar los datos del programa informático de cada centro. Este trabajo aseguró el cambio de registros a un soporte potencialmente explotable (como el registro

informático) tras haberlo consensuado con el equipo. Las EPAH aseguraron la recogida de datos para el proyecto tras ser entrenadas.

Tabla 35. Auto-seguimiento

Intervención	Técnicas	Actividades EPAH
Auto-seguimiento	Autocontrol del comportamiento (2.3)	Realización de auditorías clínicas mensuales donde medir indicadores de proceso (comportamiento) Fomento del registro de los diferentes cuidados de enfermería Formación y entrenamiento en la recogida de datos a las EPAH Informatización de los planes de cuidados de AVP y UPP para poder explotar datos Revisión de los registros informáticos Seguimiento de los pacientes de la unidad por parte de la EPAH como forma de monitorización del equipo Explotación de datos de auditorías clínicas y datos informáticos para seguimiento
	Autocontrol de los resultados de la conducta (2.4)	Realización de auditorías clínicas mensuales donde medir indicadores de resultado (resultados en los pacientes) Revisión diaria de los registros de los dispositivos de AVP por parte de la EPAH, así como de las curas de UPP Seguimiento de lesiones por humedad y UPP Seguimiento de la calidad de los informes por parte de la EPAH
	Seguimiento de las consecuencias emocionales (5.4)	Estrategias de cercanía por parte de la EPAH para hacer seguimiento sobre vivencias del profesional

Finalizado este proceso de adaptación de recogida de datos, la EPAH explicó de qué forma se recogerían los datos (auditorías mensuales) y cómo se les iba a devolver la información (retroalimentación de resultados), tanto de los indicadores de proceso como de resultado. Las auditorías clínicas ayudaron a las EPAH a conocer el estado de implementación de cada recomendación y a poder incidir en aquellas actividades que dificultaban la correcta aplicación de las GPC.

También se informatizaron los informes de valoración al ingreso y de alta de enfermería, de manera que pudiesen ser explotables.

A lo largo del año del proyecto, las EPAH insistieron en la importancia del registro como parte imprescindible del trabajo enfermero explicando y recordando

que sería el instrumento que permitiría medir su propio esfuerzo, así como ligar los resultados obtenidos en los pacientes al cuidado enfermero. El número de registros era uno de los indicadores de resultado en sí mismo y se recordaba a las enfermeras de la unidad que éstos se medían y se daría una retroalimentación en las sesiones destinadas a ello.

Se formó y se dieron permisos a las EPAH para que pudiesen acceder a la información pertinente para realizar un seguimiento de la unidad. De esa manera las EPAH tuvieron independencia en la explotación y tratamiento de los datos para sus sesiones clínicas. En todas las unidades, la EPAH trabajó con un contacto del servicio de informática que le pudo dar apoyo en este sentido.

Además de las auditorías mensuales, las EPAH realizaron un seguimiento del trabajo de los compañeros a través de diferentes acciones: acompañamiento durante el cuidado del paciente, revisión de historias clínicas, comentarios evolutivos de enfermería, revisión del parte de enfermería, seguimiento de UPP u otras lesiones, registro fotográfico de la evolución de estas lesiones, etc.

Debido a su flexibilidad horaria, las EPAH pudieron realizar formación y mentoría a pie de cama de las necesidades detectadas durante el seguimiento, adaptándose a los horarios del personal y, a su vez, asegurar una continuidad en el cuidado y trabajar hacia la disminución de la variabilidad de la práctica clínica.

Las EPAH trataron de mantener activamente una actitud cercana con el equipo que les permitiese hacer un seguimiento más individualizado de cada profesional en su proceso de implementación.

5.6.9 Incentivo económico

Las actividades realizadas para dar un incentivo económico hacían referencia a informar de que se entregaría dinero, vales u otros objetos de valor si y sólo si hubiese habido esfuerzo y/o progresión en la realización de la conducta. La Tabla 36 muestra las actividades referentes a dar un incentivo económico.

Tabla 36. Incentivo económico

Intervención	Técnicas	Actividades EPAH
Incentivo económico	Incentivo material (comportamiento) (10.1)	Seleccionar los mismos indicadores clínicos derivados de las GPC en el contrato de gestión para poder percibir mejoras en la nómina.

Debido a una cuestión ética y moral, ningún participante del proyecto EPAH recibió compensación económica ni trato de favor por formar parte del grupo intervención o control.

Sin embargo, uno de los hospitales participantes ofrecía, de forma rutinaria e independientemente del proyecto, un complemento en la nómina ligado al cumplimiento de una serie de indicadores clínicos seleccionados por cada unidad de hospitalización, de entre un conjunto mayor de indicadores solicitados por el hospital, dentro de un contrato de gestión. Una de las EPAH utilizó esta situación como estrategia de implementación, al seleccionar los indicadores solicitados en el contrato de gestión del hospital que coincidían con los solicitados por el proyecto EPAH, como incentivo económico para fortalecer el registro y el cumplimiento de las GPC.

5.6.10 Demostración

La demostración es un tipo de intervención por la cual un experto muestra cómo realizar correctamente un comportamiento. En el contexto de esta investigación, hacía referencia a todos aquellos comportamientos que la EPAH enseñaba realizándolos ella en primer lugar, desde la búsqueda de información basada en la evidencia hasta técnicas concretas. La Tabla 37 recoge las actividades que responden a esta categoría.

Tabla 37. Demostración

Intervención	Técnicas	Actividades EPAH
Demostración	Demostración del comportamiento (6.1)	Demostración de cómo realizar técnicas de enfermería o cuidados específicos Demostración de dónde y cómo realizar los registros de los cuidados ofrecidos al paciente

Una de las estrategias más utilizadas por las EPAH para aumentar los conocimientos y habilidades fue el uso de la demostración. Además de dar formación e instrucciones sobre cómo llevar a cabo cuidados basados en las recomendaciones de las GPC, también enseñaron cómo hacerlo a través de demostraciones de la conducta, como, por ejemplo, realizando ellas mismas el cuidado de una UPP o la inserción de un catéter con la técnica eco-guiada.

5.6.11 Ensayo de habilidades

El ensayo de habilidades hacía referencia a la práctica inmediata de la ejecución de la conducta una o más veces en un contexto o en un momento en que la ejecución podía no ser necesaria, con el fin de aumentar el hábito y la habilidad.

Las actividades dirigidas a crear un hábito o ensayar habilidades se muestran en la Tabla 38.

Tabla 38. Ensayo de habilidades

Intervención	Técnicas	Actividades EPAH
Ensayo de habilidades	Práctica/ensayo conductual (8.1)	Valoración de un mismo paciente y puesta en común Simulación en entrevista clínica Simulación en consejo breve
	Sustitución de comportamiento (8.2)	Retirada y sustitución de cuidados no efectivos
	Formación de hábitos (8.3)	Protocolización del ingreso del paciente Consenso de vías clínicas para aplicación de GPC
	Inversión de hábitos (8.4)	Sustitución de hábitos desaconsejados por PBE
	Sobrecorrección (8.5)	---
	Generalización de la conducta objetivo (8.6)	Revisión diaria de la necesidad de todos los dispositivos invasivos
	Tareas graduadas (8.7)	Incrementar el uso de nuevas recomendaciones de forma gradual
	Reducir la frecuencia de recompensas (14.9)	---

Durante las formaciones, las EPAH trabajaron la unificación de criterios a través de la valoración individual de un mismo caso clínico por parte de las

enfermeras asistentes y su posterior puesta en común. Esta estrategia fue muy utilizada para mejorar la evaluación del riesgo de UPP con la escala de Braden, no sólo durante las formaciones, sino en diferentes momentos de la jornada laboral, administrando esta escala a pacientes con un riesgo ya establecido. Este tipo de entrenamiento también sirvió para practicar la entrevista en la que se realizaba el consejo breve, realizando simulaciones con su posterior debriefing.

El entrenamiento de técnicas de enfermería sin paciente fue otra estrategia utilizada normalmente con profesionales de nueva incorporación.

Al revisar prácticas en la unidad se identificaron cuidados no efectivos, no recomendados o contraindicados con los que trabajaron activamente, como por ejemplo la retirada del doble pañal en pacientes incontinentes. En este sentido, también se trabajó con la retirada de vías invasivas innecesarias como AVP no utilizados en las últimas 24 horas o catéteres urinarios que se preservan sin una indicación concreta.

Se creó una rutina de trabajo durante el ingreso del paciente que fomentaba el hábito en el uso de recomendaciones basadas en las guías. Con este objetivo, se crearon protocolos de recepción del paciente que incluían en todos los casos, independientemente de las características sociodemográficas del paciente, la valoración del riesgo de UPP o de las características del catéter periférico en el caso de que el paciente llevase uno. Se crearon informes de valoración al ingreso y se formó en su realización y estandarización. De esta forma, aunque el paciente no presentara un riesgo aparente de UPP o síntomas de eventos adversos relacionados con el acceso vascular periférico, todas las enfermeras llevaron a cabo la misma valoración del riesgo de UPP con la misma escala y evaluaron la presencia y estado del acceso vascular periférico.

La revisión diaria de la necesidad de dispositivos de AVP se extrapoló a la revisión de todos los dispositivos invasivos como estrategia para la creación de un espíritu crítico.

Los cuidados recomendados por las GPC se fueron introduciendo de forma gradual y adaptada al ritmo de cada unidad.

5.6.12 Prevención de recaídas

La prevención de recaídas como método de cambio de conductas hace referencia a, después del cambio inicial, ayudar a identificar situaciones que probablemente resulten en la adopción de nuevos comportamientos de riesgo o en la falta de mantenimiento de nuevos comportamientos y ayudar a la persona a planificar para evitar o manejar estas situaciones.

En el contexto de la práctica basada en la evidencia, las actividades iban dirigidas a planificar, con antelación, estrategias que ayudasen a prevenir el retorno a prácticas obsoletas o desaconsejadas. En la Tabla 39 se recogen las actividades que la EPAH llevó a cabo para esta categoría.

Tabla 39. Prevención de recaídas

Intervención	Técnicas	Actividades EPAH
Prevención de recaídas	Resolución de problemas (1.2)	Adaptación y readaptación de la intervención a las necesidades de la unidad Asegurar la formación de personal de nueva incorporación
	Indicaciones/señales (7.1)	Inclusión del resultado de las escalas en el parte de enfermería y fecha de revaloración Inclusión de sistema de colores para identificar pacientes de riesgo Recordatorio verbal sobre la importancia de registrar durante las sesiones clínicas diarias, las sesiones rápidas y a pie de cama
	Reducir indicaciones/señales (7.3)	---
	Eliminar el acceso a la recompensa (7.4)	---
	Eliminar estímulos aversivos (7.5)	---
	Reducir emociones negativas (11.2)	---
	Conservar recursos mentales (11.3)	Animar al uso de planes de cuidados estandarizados
	Reestructuración del entorno físico (12.1)	---
	Evitar/reducir la exposición a las señales de la conducta (12.3)	---
	Adición de objetos al entorno (12.5)	Recordatorios visuales del detalle de las escalas en la unidad (no sólo el recordatorio sobre su realización)

Como se ha explicado en el apartado de “auto-seguimiento”, una vez iniciadas las actividades de implementación de las recomendaciones, las EPAH realizaron un trabajo continuo de seguimiento de la intervención. Este seguimiento les permitió detectar nuevas barreras hacia el cambio y planificar nuevas intervenciones según las necesidades detectadas.

La elevada rotación de personal se identificó por todas las EPAH como una de las dificultades principales en la implementación de cuidados basados en la evidencia. En los meses de verano, cuando la rotación de personal aumenta, existe una probabilidad mayor de que se pierdan ciertas prácticas o disminuya el número de enfermeras que trabajen en base a las GPC, por lo que, en esos momentos, la planificación de formaciones, guías facilitadoras y recordatorios fueron imprescindibles. La EPAH fue la encargada de formar y entrenar al personal de nueva incorporación en la realización de valoraciones, cuidados y registros basados en las GPC de manera que consiguiesen adaptarse más rápidamente a la unidad y se mantuviese el trabajo conseguido hasta el momento con el resto del equipo. Las EPAH mantuvieron su intervención adaptándola a las necesidades de cada momento.

La sobrecarga del personal fue identificada como una barrera muy importante, especialmente por parte de una de las EPAH, quien explicó que se generó malestar en su unidad, por lo que su actividad principal se dirigió hacia la resolución de ese problema a través de diferentes acciones, como se ha explicado anteriormente.

Utilizaron varios recordatorios sobre la necesidad de registro como el recordatorio sistemático durante las sesiones clínicas diarias que se realizaban en conjunto con las TCAE y la supervisora. También incidieron en la importancia del registro durante las sesiones rápidas de 10-15 min que se realizaban en el office y cuando hacían apoyo a pie de cama.

Se utilizó la estrategia de los recordatorios para fomentar el uso de escalas de valoración, sobre todo las recomendadas por las GPC a implementar. Todas las EPAH añadieron la puntuación de las escalas Braden y la fecha de la revaloración de éste en el registro clínico de los cuidados de enfermería, para fomentar su uso y

como método de traspaso de la información escrita de la situación del paciente. Se utilizaron otras estrategias de recordatorio como un sistema de colores para identificar el riesgo de UPP o facilitadores informáticos durante el ingreso del paciente.

Se buscaron diferentes facilitadores para fomentar el uso de las recomendaciones, como material plastificado que contenía escalas de valoración más visuales y llamativos o tablas de ayuda para diferenciar los diferentes tipos de lesiones. Estos facilitadores se colocaron en lugares estratégicos de la unidad para fomentar su uso. Además, se reestructuraron los documentos utilizados por el personal para facilitar el uso de las recomendaciones y la cumplimentación del registro de actividades.

Por último, se animó al uso de los planes de cuidados estandarizados como elementos facilitadores para planificar intervenciones enfermeras disminuyendo la variabilidad en la práctica clínica.

5.6.13 Derivación

La categoría derivación hace referencia a remitir al paciente a un especialista en la conducta objetivo en cuestión. En el contexto de la práctica clínica basada en la evidencia, se entendió la derivación como una intervención que la EPAH no podía llevar a cabo y que, por tanto, derivaba a otra persona.

En la Tabla 40 se muestran las actividades que la EPAH relacionadas con la derivación.

Tabla 40. Derivación

Intervención	Técnicas	Actividades EPAH
Derivación	---	Compartir responsabilidad con las enfermeras de apoyo y con la supervisora Solicitar ayuda al equipo investigador Responsabilidad de la enfermera de apoyo en el momento en que falta la EPAH

En el presente proyecto, la persona experta en las GPC a implantar y que llevó a cabo la intervención de implementación de guías era la EPAH, quien estaba disponible para el personal de la unidad para cualquier duda que tuviesen o se planteasen. Sin embargo, desde un primer momento se planteó que la EPAH tuviese una enfermera de apoyo con la que contar durante la intervención, así como el apoyo de la supervisión. En el caso de que tuviesen problemas para conectar con alguien de la unidad o considerasen que su ayuda podría ser necesaria para la implementación, contaban con este apoyo.

En sus memorias, las EPAH explican que las enfermeras de apoyo hacían de enlace entre ellas y las enfermeras que habitualmente no estaban en turno de mañana, para transmitirles los conocimientos trabajados. Eran aliadas a la hora de establecer un refuerzo positivo sobre la EPAH. Cuando la EPAH no estaba disponible, trataban de solucionar las dudas al equipo de enfermeras y eran también un eslabón intermedio a quien acudir cuando se quería proponer alguna idea a la EPAH. Este papel mediador y comunicador entre el equipo y la EPAH, también lo cumplía la supervisora de enfermería.

Durante el periodo vacacional de la EPAH, la enfermera de apoyo asumió la responsabilidad de supervisar el mantenimiento de la implementación, por lo que se trató de que siempre hubiese una de las dos en la unidad.

Además, el equipo investigador era fácilmente accesible. Por un lado, por parte de la EPAH, quien acudía a los encuentros de forma mensual donde poder exponer las dudas derivadas del equipo de enfermería o las que ella misma tuviese durante el proceso de implementación. Por otro lado, un integrante del equipo de investigación pertenecía a cada uno de los centros hospitalarios, lo que suponía un apoyo más cercano. Frecuentemente la investigadora principal del proyecto visitaba las unidades para hacer un seguimiento. En cualquier caso, el equipo investigador hubiese podido funcionar como “especialista” al que derivar.

5.6.14 Otras actividades

La categoría "otras actividades" fue creada para recopilar aquellas acciones que no cumplían con las definiciones establecidas por los autores para ser clasificadas como técnicas de cambio de conducta. No obstante, estas actividades fueron indispensables para permitir la implementación de las GPC, tales como la valoración inicial previa. La Tabla 41 presenta un resumen de las actividades incluidas en esta categoría.

Tabla 41. Otras actividades

Categoría	Subcategoría	Actividades EPAH
Otras actividades	Valoración inicial previa a la implementación	Valoración del funcionamiento de la unidad Valoración de las dinámicas de trabajo Revisión de protocolos y documentos de trabajo Detección de barreras y facilitadores previos a iniciar la implementación Búsqueda proactiva de necesidades percibidas por el equipo

Antes de planificar o ejecutar cualquier estrategia de implementación de GPC de las desarrolladas en los apartados anteriores, las EPAH realizaron una primera valoración de la unidad dirigida a conocer el funcionamiento y las dinámicas de trabajo. Se revisaron protocolos, informes, documentos de trabajo, vías clínicas, formato de registros, etc. Identifican barreras y facilitadores relacionados con diferentes aspectos (práctica clínica, relaciones interprofesionales, espacio físico, etc.). En sus memorias, todas las EPAH fueron capaces de definir cómo era su unidad al inicio del proyecto en términos de estructura, recursos personales y materiales y dinámicas de trabajo.

Todas las EPAH realizaron un trabajo de detección de necesidades identificadas por ellas o percibidas por el equipo de enfermería para crear un mapa de necesidades. A partir de esa información, cada EPAH inició diferentes tipos de actividades para darles respuesta.

Capítulo 6
DISCUSIÓN

La complejidad de la propuesta teórica que desarrolla esta tesis hace necesario estructurar la discusión de los resultados en diferentes apartados. De esta manera se profundizará en los objetivos específicos por separado, para finalmente responder al objetivo general. Además, se discutirá la operativización del marco teórico propuesto, así como las implicaciones y limitaciones del estudio.

Recapitulando, esta tesis evaluó la inclusión de una Enfermera de Práctica Avanzada en unidades de Hospitalización (EPAH) como facilitadora de la práctica clínica basada en la evidencia por parte de las enfermeras hospitalarias. Para ello, se diseñó un proyecto de investigación en el que se compararon los indicadores clínicos que midieron el proceso de cuidado de enfermería en unidades con y sin la presencia de EPAH. Asimismo, se evaluaron las condiciones de los entornos laborales con el instrumento PES-NWI, y se midieron las actitudes, competencias y percepciones de las enfermeras clínicas en práctica basada en la evidencia mediante el uso del instrumento HS-EBP. El estudio también abordó el fenómeno de la implementación de la práctica basada en la evidencia al evaluar las competencias de las EPAH con el instrumento IECEPA y las estrategias de implementación utilizadas para lograr un cambio en la práctica clínica. El marco i-PARIHS y la TCP se utilizaron como marcos teóricos que guiaron la planificación, ejecución y evaluación de la intervención propuesta.

6.1 Impacto de la incorporación de la EPAH sobre el entorno laboral

Las características del entorno laboral en el que se desea implementar un cambio de práctica clínica, en este caso hacia prácticas basadas en la evidencia, es uno de los factores más importantes a tener en cuenta a la hora de planificar cualquier intervención (McArthur et al., 2021; Skela-Savič et al., 2017). El marco i-PARIHS recomienda estudiar las condiciones del contexto, pues éste condicionará las posibilidades de éxito o fracaso de la implementación (Harvey & Kitson, 2016; McCormack et al., 2002), por lo que la identificación de entornos de práctica clínica favorables fue el primer paso en este proyecto de tesis. Los resultados del instrumento PES-NWI garantizaron la selección de unidades con un entorno laboral propicio al

cambio y asegurar la comparabilidad entre ellas, ya que se encontraron unidades equivalentes sin diferencias significativas entre grupos.

Los resultados en condiciones basales reflejan entornos de trabajo bien valorados por las enfermeras, con puntuaciones equilibradas en todos los aspectos medidos por el instrumento y resaltando el liderazgo por parte de la supervisión de enfermería. En general, los resultados son similares a las valoraciones medias y totales de un estudio realizado por Sastre et al. (2017) en el mismo entorno local. En condiciones laborales donde se reflejan elevadas puntuaciones en el PES-NWI, las enfermeras son capaces de implementar cuidados de enfermería estandarizados, seguros y basados en la evidencia en comparación con las enfermeras en entornos de trabajo peor valorados (González-Torrente et al., 2012; Wei, Sewell, Woody, & Rose, 2018). Otros autores han demostrado que los hospitales con estas características, permiten un entorno de trabajo favorable para que las enfermeras puedan realizar cuidados holísticos, reducir los cuidados perdidos (K. J. Kim, Yoo, & Seo, 2018) y los eventos adversos (Cho, Chin, Kim, & Hong, 2016; Labrague, Al Sabei, Al Rawajfah, AbuAlRub, & Burney, 2022).

Los resultados que se desprenden al final de la intervención no muestran diferencias significativas en los entornos de trabajo al comparar los grupos control e intervención, por lo que entendemos que los equipos de enfermería dispusieron de las mismas oportunidades para implementar las GPC que se impulsaron a utilizar desde el sistema de salud. Esta estabilidad del entorno explica que, a pesar de tener las mismas oportunidades, las unidades con EPAH mostraron una mayor implementación de las GPC. Esto fortalece los hallazgos de los indicadores clínicos que relacionan la adherencia a las recomendaciones basadas en la evidencia con la presencia de la EPAH y no con cambios en otros factores internos de las unidades.

Revisiones de la literatura previas al presente trabajo, en las que se incluyen algunos metaanálisis, asocian los resultados positivos en la evaluación del instrumento PES-NWI con la mejora de indicadores clínicos de las enfermeras (Cho et al., 2016; Lake et al., 2019; S. E. Lee & Scott, 2018; Wei et al., 2018). Sin embargo, la mayoría de esos estudios son descriptivos y no proporcionan explicaciones para los mecanismos existentes detrás de esta relación. Nuestro estudio también muestra

una relación positiva entre los resultados en los indicadores clínicos de las unidades con EPAH y las puntuaciones obtenidas en el PES-NWI, coincidiendo con la literatura mencionada anteriormente. Sin embargo, en las unidades control que presentan peores resultados en los indicadores de las enfermeras, se observa una percepción del entorno laboral igualmente positiva. Esto aumenta la dificultad para comprender los mecanismos detrás de esta relación entre los resultados en los pacientes y los entornos de trabajo de las enfermeras como ya apuntaban en su estudio Labrague et al. (2022).

Parece ser que el liderazgo clínico dirigido a mejorar la PBE de las enfermeras ofrecido por la EPAH no es suficiente para cambiar su percepción general sobre el entorno de práctica. Otros estudios que han implementado intervenciones generales como la nuestra también obtienen resultados poco concluyentes sobre el entorno laboral. Por ejemplo, Gardner et al. (2009) incorporaron rondas horarias de control por parte de las enfermeras consiguiendo mejorar la dimensión de “fundamento enfermero” sólo en el grupo intervención, como ocurre en nuestro caso, mientras que el resto de las dimensiones arrojaban resultados controvertidos. Otro ejemplo es el estudio de Calarco et al. (2011) quienes realizan intervenciones educativas en líderes y enfermeras clínicas para mejorar aspectos de la organización. Sus resultados, al contrario que los nuestros o que el estudio de Gardner et al., revelaron mejoras en el instrumento PES-NWI entre grupos, pero no encontraron mejoras en las unidades intervención si se comparaban con su momento basal.

Nuestro estudio coincide con los anteriores en la falta de consistencia de los resultados. Como explican Calarco et al. (2011) *“puede ser que los comportamientos que demuestran las prácticas de la intervención desarrollada no estén conceptualmente alineados con los ítems más operativos específicos del PES-NWI (las encuestas pueden muy bien estar midiendo fenómenos muy diferentes que no se influyen entre sí) o también puede ser que los cambios demostrables en los entornos de trabajo van a la zaga de los cambios inmediatos en los comportamientos individuales”*. En este sentido, los resultados de nuestro estudio parecen indicar que los factores que afectan a la percepción del entorno de práctica deben abordarse con intervenciones dirigidas a cada uno de ellos de forma individualizada. Así, encontramos estudios que relacionan mejoras en resultados de

PES-NWI y, por tanto, en los resultados en los pacientes, a través de mediadores como la colaboración interprofesional (Labrague et al., 2022), mejorando la participación enfermera (Dutra & Guirardello, 2021; Paguio, Yu, & Su, 2020), los recursos del hospital (Hall, Doran, & Pink, 2008), o asegurando un auténtico liderazgo (Aiken, Buchan, Ball, & Rafferty, 2008; Wei et al., 2018).

La inclusión de la EPAH dirigida a mejorar la PBE tiene, por lo tanto, un impacto limitado sobre la percepción global del entorno de trabajo, a excepción del “fundamento enfermero”, pues es la única dimensión sobre la que el liderazgo clínico parece ejercer algún efecto. Como puede verse en los resultados de las estrategias utilizadas por las EPAH, ninguna de ellas se ha dirigido a trabajar la mejora de la “participación enfermera” (pues depende del sistema macro), ni la capacidad de “liderazgo” (pues depende del supervisor o supervisora y ya se eligieron unidades con un importante liderazgo), ni la “adecuación de recursos humanos” (la plantilla enfermera se ha mantenido igual), ni las “relaciones médico-enfermera” (en este caso la EPAH no tiene competencia sobre el colectivo médico). Sin embargo, las diferentes estrategias sí han trabajado varios aspectos relacionados con el “fundamento enfermero de calidad de los cuidados”, lo que sí se ha traducido en cambios visibles, como los observados en los indicadores derivados de las GPC.

Otro aspecto relevante ha sido la diferencia en la percepción del entorno que tienen las EPAH en comparación con las enfermeras de su misma unidad, objetivada por la diferencia en las puntuaciones obtenidas en el PES-NWI al final de la intervención. Las EPAH puntúan una media de hasta 10 puntos porcentuales más en las dimensiones de este instrumento, especialmente en las que miden la “participación enfermera”, la “adecuación de recursos humanos” o las “relaciones médico-enfermera”, mientras que la dimensión de “fundamento enfermero” que es la mejor valorada por las enfermeras de la unidad es a la inversa en el grupo EPAH. Estos hallazgos coinciden con los de estudios realizados anteriormente en nuestro entorno, donde los profesionales que ejercen en otras categorías como supervisores o coordinadores, tienden a valorar su entorno de trabajo entre 8 y 13 puntos porcentuales más que las enfermeras clínicas y coinciden en valorar mejor las mismas dimensiones de “participación enfermera” y “adecuación de recursos humanos” (De Pedro-Gómez et al., 2011; González-Torrente et al., 2012). Esto puede ser explicado

por la posición que han pasado a ocupar estas enfermeras en el equipo, formando parte de un proyecto con reconocimiento institucional, lo que les ha proporcionado un mayor acceso a información relacionada con la gestión de su unidad. Además, han sido consultadas frecuentemente por posibles cambios o contactadas por otros profesionales para asegurar la transmisión de información al resto del equipo. Coincidiendo con González-Torrente (2012) esta situación puede hacer que se sientan más involucradas en la organización que otras enfermeras.

6.2 Cambios en el nivel de PBE del equipo de enfermería

En relación con la percepción del nivel de PBE de los equipos de enfermería se analizó la influencia de las actividades desarrolladas por la EPAH sobre dicha percepción.

La evaluación de la práctica clínica de enfermeras en unidades de hospitalización es compleja debido a que normalmente trabajan en equipo y en turnos rotatorios, lo que dificulta la atribución de resultados específicos a una sola enfermera. Para abordar esta complejidad, se midieron los indicadores de proceso y resultado de los pacientes como una consecuencia del cuidado en equipo de la unidad, por lo que se midió también el nivel de PBE de las enfermeras en su conjunto, con el fin de obtener una evaluación integral del desempeño del equipo.

Los resultados en el tiempo basal reflejan que tanto el grupo intervención como el grupo control tienen un nivel de PBE similar en todas las dimensiones que evalúa el instrumento HS-EBP. Ambos grupos disponen de “creencias y actitudes” muy positivas hacia la PBE referentes a la importancia percibida, impacto, repercusión en los pacientes y relevancia, y creen que desarrollan una “práctica profesional” basada en las últimas recomendaciones pues usan la experiencia profesional en la resolución de problemas, mientras que perciben importantes barreras o falta de facilitadores para desarrollar PBE como la falta de apoyo contextual y estructural o la falta de cultura para la PBE. Estos resultados coinciden con otros estudios desarrollados a nivel local que encuentran una relación

estadísticamente significativa entre los resultados en el PES-NWI y el nivel de PBE de las enfermeras (De Pedro-Gómez et al., 2011; González-Torrente et al., 2012).

Al final de nuestra investigación, el grupo intervención mejoró las puntuaciones en comparación con el grupo control, a excepción de la que mide la “investigación científica”. Estas diferencias no fueron significativas entre los grupos, pues ambos mantuvieron las “creencias y actitudes hacia la PBE” muy bien valoradas, mientras que las dimensiones peor valoradas seguían siendo la de “investigación científica” y la “percepción de barreras y facilitadores”. Los resultados obtenidos reflejan enfermeras con una baja formación en PBE según la categorización de los distintos niveles en PBE descrito por los autores del instrumento HS-EBP (Fernández-Domínguez et al., 2017). Estos resultados en el grupo intervención son incongruentes con la mejora observada en la adherencia a las recomendaciones de las GPC, por lo que se esperaban resultados más llamativos en este aspecto.

Este es el primer estudio que utiliza el instrumento HS-EBP para medir la percepción de las enfermeras clínicas hacia la PBE, por lo que no se han encontrado otros con los que comparar puntuaciones en las diferentes dimensiones. Varios estudios de intervención controlados han tratado de aumentar la percepción de las enfermeras sobre PBE utilizando el instrumento Evidence Based Practice Questionnaire (EBPQ) para su evaluación, instrumento sobre el que se trabajó el actual HS-EBP (Fernández-Domínguez et al., 2016). La mayoría de estas intervenciones suelen ser de carácter educativo y han conseguido mejorar la autopercepción de conocimientos y habilidades en el grupo intervención en comparación con un grupo control (Ramos-Morcillo, Fernández-Salazar, Ruzafa - Martínez, & Del-Pino-Casado, 2015) e incluso la práctica de PBE (Vaajoki, Kvist, Kulmala, & Tervo-Heikkinen, 2023). Sin embargo, así como ocurre en nuestro estudio, en ninguno de los anteriores se observan cambios en la dimensión de creencias y actitudes, ya elevada antes de la intervención. Tanto las enfermeras del grupo intervención como las del grupo control mostraron una actitud elevada con puntuaciones entre el 75,4% y 80,7%, antes y después de la intervención, lo cual está en línea con estudios previos que también reportaron puntuaciones sobre el 75% en este parámetro (De Pedro-Gómez et al., 2011; González-Torrente et al., 2012; S. C.

Kim et al., 2013; Ramos-Morcillo, Fernández-Salazar, et al., 2015). Estas puntuaciones elevadas pueden explicar por qué en muchas ocasiones no se observan diferencias tras la aplicación de intervenciones complejas como la utilizada en la presente tesis. Además, se debe tener en cuenta la problemática del instrumento EBPQ en la evaluación de la dimensión “actitud”, no habiéndose conseguido una validación en nuestro entorno de sus propiedades psicométricas, y que desencadenó en la creación del instrumento HS-EBP (Fernández-Domínguez et al., 2014).

Otros estudios que buscan aumentar la cultura de PBE, como el llevado a cabo por Lovink et al. (2022), han obtenido resultados inconsistentes en cuanto a las metodologías utilizadas para evaluar la PBE. En dicho estudio, los resultados cualitativos demostraron un aumento en la implementación de una cultura de PBE después de la intervención educativa, de mentoría y acompañamiento por parte de los facilitadores. Sin embargo, este aumento no se reflejó en los resultados cuantitativos, como los cuestionarios EBPQ. Esta es una situación similar a la encontrada en nuestro caso, donde el aumento en la adherencia a las recomendaciones no se tradujo en una mayor percepción de la PBE por parte de las enfermeras clínicas. Los autores sugieren que esta situación podría deberse a que las participantes proporcionaron respuestas más elevadas en la línea de base debido a la deseabilidad social o a la incompetencia inconsciente que impidieron valorar las posibles mejoras (Lovink et al., 2022). Sin embargo, este no parece ser el caso en nuestro estudio, ya que se controló este posible sesgo con la presencia de un grupo control.

Un hallazgo relevante a destacar fue la mejora de la percepción de PBE en el grupo intervención al final del proyecto, donde todas las dimensiones mejoraron, siendo la “evaluación de resultados” la que más aumentó, con un incremento de 11 puntos porcentuales. Estos datos no son sorprendentes ya que la metodología del proyecto incluyó la realización de auditorías clínicas y una de las intervenciones más destacadas a lo largo del proyecto fue el seguimiento y la retroalimentación de resultados. Nuestros hallazgos coinciden con estudios previos como el de van der Goot et al. (van der Goot, Keers, Kuipers, Nieweg, & de Groot, 2018) que muestran que este tipo de intervenciones mejoran la PBE en enfermeras clínicas. Este mismo

estudio, también coincide al concluir que intervenciones educativas consiguen mejorar las creencias y actitudes de las enfermeras, así como conocimientos y habilidades reales, pero no consiguen cambiar la percepción de barreras y facilitadores o la percepción de investigación científica (van der Goot et al., 2018). En nuestro caso se logró mejorar las “creencias y actitudes” de las enfermeras en 5,3 puntos porcentuales, aunque ya partían de puntuaciones elevadas en esta dimensión (75,4% en el tiempo basal), mientras que la dimensión de “investigación científica” y las “barreras y facilitadores” apenas sufrieron cambios.

Por otro lado, los resultados del grupo EPAH en el instrumento HS-EBP obtenidos en el momento basal muestran diferencias respecto a los del grupo intervención en ese mismo momento en tres dimensiones. Específicamente, las EPAH disponían de mejores “creencias y actitudes hacia la PBE” (con una diferencia de 15,1 puntos porcentuales), mientras que fueron más críticas en cuanto a la dimensión de “investigación científica” (con una diferencia de 8,1 puntos porcentuales menos) y la “percepción de barreras y facilitadores” (con una diferencia de 10,9 puntos porcentuales menos). Sin embargo, a los 12 meses de la intervención, la diferencia entre el grupo EPAH y el grupo intervención se vio aumentada de forma relevante debido a las mejoras observadas en el grupo EPAH. Se observó una puntuación mayor en todas las dimensiones, especialmente en la de “investigación científica” que aumenta hasta 36,7 puntos porcentuales en este grupo, así como una mejora significativa en la puntuación total del instrumento HS-EBP de hasta 17 puntos porcentuales. En ese momento, las EPAH consiguieron un nivel “avanzado en PBE” según las categorías aportadas por los autores en la validación del instrumento HS-EBP (Fernández-Domínguez et al., 2017), mientras que el grupo intervención lógicamente mantuvo el nivel inicial, al no haber recibido una formación estructurada en PBE. Un reciente estudio que valida al vietnamita el instrumento HS-EBP a través de la evaluación de la PBE en una muestra de matronas, obtiene resultados muy similares a los obtenidos en las EPAH (Nguyen, Yeh, Ngo, & Chen, 2023). En el caso de Nguyen et al., las puntuaciones totales en matronas con mayor formación son de 469 puntos, muy similares a los 475 puntos obtenidos en las EPAH. Sin embargo, la distribución por dimensiones ofrece diferencias, pues en su estudio las matronas disponen de menores “creencias y

actitudes hacia PBE” y menos competencia en “investigación científica”, siendo la dimensión de “barreras y facilitadores” la mejor puntuada (Nguyen et al., 2023).

Estos resultados están en línea con los de González-Torrente et al. (González-Torrente et al., 2012), quienes también observan mejores puntuaciones respecto a creencias y actitudes en enfermeras con funciones que van más allá de las de una enfermera generalista (como pueden ser las enfermeras supervisoras o coordinadoras). También concuerdan con el estudio de validación del propio instrumento HS-EBP donde se encontró que niveles avanzados de entrenamiento en PBE, como la formación específica previa realizada a las EPAH junto con el seguimiento y la mentoría proporcionados por parte del equipo investigador, conducen a mejores puntuaciones en el instrumento (Fernández-Domínguez et al., 2017), así como ocurre en el estudio de Nguyen et al. (2023). Kim et al. (2013) desarrollan un programa para mejorar la PBE muy similar a nuestra propuesta, donde ofrecen formación, tutoría y apoyo para empoderar a las enfermeras líderes, como enfermeras de práctica avanzada, gerentes, educadoras, supervisoras y directoras de enfermería, para que se conviertan en las principales mentoras que permitan a las enfermeras clínicas comprender y participar en el cuidado de enfermería basada en la evidencia. A través de este programa consiguen mejorar los conocimientos y habilidades además de mejorar la práctica de PBE, pero no consiguen mejorar las creencias y actitudes hacia la PBE de las EPA, así como ocurre en nuestra investigación. Otros estudios realizados en el ámbito español basados en intervenciones educativas, que utilizaron el marco de la TCP para ofrecer una formación rápida sobre PBE a enfermeras, ya encontraron resultados muy positivos en comparación con un grupo control (Ramos-Morcillo, Fernández - Salazar, Ruzafa - Martínez, & Del - Pino - Casado, 2015). Sin embargo, no se conoce el grado en que esta mejora se puede atribuir a la intervención educativa.

Esta diferencia de resultados entre el grupo intervención y el grupo EPAH puede deberse a la oportunidad que ha tenido el segundo para desarrollar una verdadera PBE pues se les ha ofrecido un espacio donde desplegar las actividades necesarias para desarrollarla y poder así obtener un aprendizaje experiencial, considerado como uno de los factores que favorecen la adquisición de competencias

en PBE (Mianda & Voce, 2018; Zadvinskis, 2008). El proyecto EPAH ha brindado la oportunidad de que estas enfermeras dispongan de un fácil acceso a las recomendaciones, de un apoyo por parte de los líderes de su entorno, de formación sobre las GPC y las bases para una PBE, así como de una red de apoyo para la toma de decisiones en su día a día. Todos estos factores, que conducen a un reconocimiento institucional de estas enfermeras, han sido identificados por muchos estudios como facilitadores para la implementación de PBE (Hamilton, Jones, & Gardner, 2022; Harvey et al., 2019; Jun et al., 2016; Shoobridge, Schultz, Harvey, & Kirby, 2021).

Es posible que para conseguir mejorar la percepción en PBE de las enfermeras clínicas, se requiera una intervención específica en cada una de las áreas que la componen, dirigida directamente a las enfermeras clínicas, como ha ocurrido con la dimensión de “evaluación de resultados” en el grupo intervención. Ofrecer el apoyo y mentoría de la EPAH no ha sido suficiente para observar cambios evidentes en el instrumento HS-EBP. Sería interesante considerar la formación a las enfermeras clínicas en PBE, además de capacitar al mentor, como sugieren importantes revisiones sistemáticas (Bianchi et al., 2018; Sapri et al., 2022) y como ponen en práctica en el estudio de Spiva et al., con resultados muy positivos (Spiva et al., 2017). No obstante, es importante considerar que ninguno de los estudios revisados puede garantizar que los resultados positivos observados se traduzcan en mejoras clínicas significativas en los pacientes, pues ninguno de ellos evaluó anteriormente indicadores clínicos directamente relacionados con el cuidado de las enfermeras.

La inclusión de EPAH en las unidades de hospitalización, como se ha realizado en este proyecto, ha conseguido mejorar los indicadores clínicos y, por tanto, ha conseguido que las enfermeras acerquen su práctica clínica a la PBE. Sin embargo, estas mejoras en la práctica no se han traducido en un aumento significativo de la percepción de PBE en estas enfermeras. Esta situación podría explicarse por diversos supuestos.

Primer supuesto: confundir la implementación de las recomendaciones de las GPC con una PBE. Las GPC se han definido como una herramienta para trabajar en base a PBE (Davies et al., 2010; DiCenso et al., 2014; Grimshaw et al., 2012). Las

GPC son un resultado procedente de la investigación científica que abarca una recopilación de las últimas recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible, lo que, sumado a la experiencia clínica, los valores, creencias y preferencias del paciente, así como otras fuentes de información, deriva en un proceso de razonamiento y toma de decisiones, a la aplicación de dichas prácticas, a unos resultados y a la evaluación de esos resultados (Fernández-Domínguez et al., 2016). Sin embargo, el trabajo realizado por la EPAH dirigido a implementar estas recomendaciones o a resolver dudas evita el primer paso definido en el constructo de PBE y que se basa en identificar un problema o situación clínica y en realizar una pregunta de investigación bien definida, pues es una tarea sustituida por la EPAH. Es posible que este primer paso sea la clave de todo el proceso de PBE, pues define la forma en que se aborda la toma de decisiones desde un primer momento y en un cambio real de la misma. El hecho de saltarse el paso crítico con la propia práctica y la búsqueda de resultados de investigación podría convertir este supuesto en algo diferente a la PBE (entendida como la consecución de una serie de pasos ordenados).

Por otro lado, nuestros hallazgos coinciden con estudios como los de Melnyk (2007, 2014) en el que la presencia de mentores disponibles para ayudar a los profesionales con la atención basada en la evidencia, como son las EPAH, aumentan las creencias de los profesionales sobre el valor de la PBE y su capacidad para implementarla. Las EPAH han logrado promover la implementación de PBE entre las enfermeras clínicas y mejorar las creencias y actitudes de los profesionales hacia la PBE. Sin embargo, no han logrado mejorar dimensiones tan importantes como la “búsqueda sistemática de resultados de la investigación científica”. Quizás, si se estableciera una figura mentora de PBE en el sistema de salud para mantener culturas que favorezcan la implementación de cuidados basados en la evidencia, con distintos niveles de responsabilidad en su aplicación, no sería necesario que todas las enfermeras clínicas dispusieran de competencias en todos los pasos de PBE para ser capaces de comprender la necesidad de trabajar en base a recomendaciones basadas en la evidencia. En tal caso, se requeriría el mismo nivel de apoyo que se les ha dado a las EPAH en este proyecto para realizar una auténtica PBE (lo que no garantizaría una disminución de la variabilidad). Esta situación se ajusta a lo que Melnyk ha

definido como mejorar la PBE de la organización a través de un “enfoque basado en equipos” (Melnik, 2014).

Segundo supuesto: el motivo por el cual las enfermeras de las unidades intervención han cambiado su práctica clínica no se debe a su intención de llevar a cabo una PBE sino a otros motivos. Cabe la posibilidad de que las enfermeras que han cambiado su práctica clínica con respecto a los cuidados de las dos temáticas estudiadas (UPP y AVP) no la hayan cambiado con respecto al resto de áreas de cuidado que no se hayan trabajado o medido a lo largo del año de proyecto. Esto indicaría que las enfermeras han conseguido cumplir con una serie de indicaciones o procedimientos a modo de pautas, pero no asegura que el motivo de ese cambio se deba a la convicción que hayan desarrollado sobre el constructo de PBE. Tal vez, el acto de cambiar la práctica profesional en base a las últimas recomendaciones se deba a otros motivos, por ejemplo, a la baja resistencia al cambio asociado a los niveles basales de las unidades seleccionadas, donde las enfermeras suelen cumplir con las nuevas recomendaciones siempre que son ofrecidas por un líder (Fernández-Domínguez et al., 2017).

Según la TCP (Ajzen, 1991), las actividades desarrolladas por las EPAH tienen la capacidad por sí mismas de provocar un cambio de conductas: han ofrecido información y formación sobre las recomendaciones, han promovido el trabajo en equipo así como el establecimiento de objetivos de práctica comunes, han ofrecido retroalimentación de resultados, han aumentado los recursos para facilitar las prácticas, etc. Según las memorias analizadas, las EPAH han dirigido estrategias cuyo mecanismo de acción asociado influye en las creencias actitudinales, normativas y de control. A pesar de que se cumplan todas las condiciones que plantea la TCP para que se produzca una intención conductual, es posible que el cambio no se deba a una convicción plena de cada paso del constructo teórico de PBE, sino al éxito de la aplicación de diferentes estrategias de cambio de conductas sobre prácticas clínicas concretas.

En este sentido, sería interesante profundizar en los motivos que han llevado a las enfermeras a cumplir con las recomendaciones de las GPC en futuras investigaciones con metodologías que permitan profundizar en el fenómeno.

Tercer supuesto: el instrumento HS-EBP no tendría poder predictor para una verdadera PBE. Los autores del instrumento HS-EBP ya explicaban que el proceso de validación psicométrica se consideraría incompleto hasta que se pudiese demostrar la capacidad predictiva de las puntuaciones del cuestionario, especialmente en las dimensiones relacionadas con el “proceso de PBE”. Estas dimensiones se refieren a las de “resultados de estudios científicos de investigación”, “desarrollo de la práctica profesional” y “evaluación de resultados”. Para alcanzar esta meta, era necesario demostrar la capacidad del cuestionario para predecir los resultados óptimos de una prueba de medida objetiva obtenida a través de la observación directa de la práctica diaria habitual de los profesionales (Fernández-Domínguez et al., 2017), como podrían ser los resultados de los indicadores clínicos destinados a medir la adherencia a las recomendaciones basadas en la evidencia del presente proyecto.

6.3 Desarrollo competencial de las EPAH

Como se explicó en la introducción de la presente tesis, la enfermera de práctica avanzada como figura enfermera no está reconocida todavía en nuestra legislación, por lo que tampoco están definidas las características de estas enfermeras, las competencias que deben poseer, o la formación requerida para poder ejercer en el puesto de trabajo. Este hecho aumentó la complejidad de la intervención.

Se proporcionó formación, mentoría y acompañamiento a las enfermeras que fueron seleccionadas para desarrollar el rol de EPAH y poder dar así, las herramientas para avanzar en los objetivos planteados. Dicha formación se estructuró siguiendo la propuesta competencial definida en el constructo teórico de práctica avanzada según Sastre et al. (Sastre-Fullana, De Pedro-Gómez, Bennasar-Veny, et al., 2015; Sastre-Fullana, Morales-Asencio, et al., 2017), armonizada con el marco teórico de la TCP (Ajzen, 1991) y el marco i-PARIHS (Harvey & Kitson, 2016).

En el momento basal, y antes de recibir la formación o iniciar su rol como EPAH, las enfermeras de este grupo presentaban porcentajes inferiores al 50% en la

mayoría de las dimensiones evaluadas por el instrumento IECEPA, excepto en tres áreas: “relaciones interprofesionales y mentoría” (67%), “gestión de cuidados” (51,3%) y “enseñanza y educación profesional” (76,9%) donde se reconocen una mayor competencia. Un estudio reciente de Gutiérrez-Rodríguez et al. (Gutiérrez-Rodríguez et al., 2022), que midió las competencias en práctica avanzada con el instrumento IECEPA a nivel nacional, buscó diferencias entre las puntuaciones de enfermeras clínicas, enfermeras especialistas y EPA. Los resultados iniciales observados en las EPAH de nuestro estudio indican que presentaban un nivel bajo de práctica avanzada. En comparación con la muestra de enfermeras del estudio de Gutiérrez-Rodríguez et al., el grupo EPAH puntúa por debajo de la media del grupo de enfermeras clínicas, que fue el que obtuvo la puntuación más baja, en la mayoría de las dimensiones, especialmente la dimensión “gestión de la calidad” y “promoción de la salud”, aunque destacan en la dimensión de “relaciones interprofesionales y mentoría”.

Tal como se ha visto en el apartado de resultados, al finalizar la intervención se evidencia una mejora significativa en las puntuaciones del instrumento IECEPA, donde las EPAH se reconocen un nivel competencial por encima del 60% en todas las dimensiones. Esta mejora representa un rango de aumento de 12 a 35,4 puntos porcentuales en cada dimensión y un incremento general de 23,41 puntos porcentuales. Estos resultados son indicativos de un nivel elevado de práctica avanzada y están en línea con las calificaciones promedio reportadas por otras EPA en estudios previos que utilizaron este mismo instrumento, como el estudio mencionado anteriormente de Gutiérrez-Rodríguez et al. (2022, 2019).

La mejora más notable se observó en las dimensiones de “investigación y PBE” y “liderazgo clínico y profesional”. Las EPAH perciben un aumento sustancial en sus competencias en investigación y PBE de hasta 35,4 puntos porcentuales, en coherencia con las puntuaciones obtenidas en el instrumento HS-EBP donde también se identifica como la dimensión que más evoluciona en este grupo, seguida de la dimensión de “liderazgo” que aumenta en 30,4 puntos porcentuales. Una revisión de la literatura realizada por Mianda et al. (2018) informa de que el aprendizaje basado en el trabajo con técnicas de enseñanza experiencial (como la mentoría o el acompañamiento ejercidos por la EPAH) es el más efectivo para garantizar el

desarrollo del liderazgo clínico de los proveedores de atención médica de primera línea. Esta fuerte relación entre “investigación y PBE” y “liderazgo” ya fue identificada durante la validación del instrumento IECEPA (Sastre-Fullana, Morales-Asencio, et al., 2017) y coincide con varios estudios que identifican el liderazgo como elemento clave para que puedan darse las condiciones de implementación de PBE a distintos niveles (Bianchi et al., 2018; Dowling, Beauchesne, Farrelly, & Murphy, 2013; Sevilla-Guerra, Miranda Salmerón, & Zabalegui, 2018; Stetler, Ritchie, Rycroft-Malone, & Charns, 2014). Esto puede explicar los buenos resultados obtenidos en los indicadores clínicos que miden la adherencia a las recomendaciones de las guías implementadas (Mianda & Voce, 2018).

La dimensión “enseñanza y educación profesional” se mantiene como la mejor considerada en este grupo. A pesar de ser una dimensión muy bien valorada desde el momento basal, ha conseguido mejorar de forma significativa al final de la intervención. Según se observa en las memorias de las EPAH, una gran parte de las intervenciones realizadas con variedad de actividades y metodologías, se orientaron a aumentar los conocimientos y habilidades de las enfermeras clínicas.

Las mejoras observadas en la dimensión de “relaciones interprofesionales y mentoría” son particularmente importantes, ya que se ha demostrado que la colaboración interprofesional es esencial para mejorar la calidad de la atención al paciente y lograr mejores resultados en la salud (Labrague et al., 2022). La mentoría también es un componente clave para el desarrollo profesional y la retención de los trabajadores de la salud. Las puntuaciones en el grupo EPAH en esta dimensión son superiores a la media a nivel nacional (Gutiérrez-Rodríguez et al., 2022).

Las EPAH también experimentaron un importante desarrollo competencial en “promoción de la salud”, con un aumento de 25,8 puntos porcentuales a los 12 meses de la intervención. Sin embargo, las puntuaciones no alcanzaron la media de respuestas de las EPA del estudio de Gutiérrez-Rodríguez et al. (Gutiérrez-Rodríguez et al., 2022) donde la estimaban en 19 puntos, mientras que el grupo EPAH puntúa 14. En este sentido, es importante remarcar que fue una de las dimensiones peor valoradas desde el momento basal, donde ya no alcanzaban a la media española de

las enfermeras clínicas de este estudio, como se ha comentado anteriormente. A pesar de las mejoras identificadas en nuestro estudio, sería interesante profundizar en la formación en esta competencia, pues fue una de las más demandadas y practicadas por las EPAH a lo largo de nuestra investigación.

En cuanto a la dimensión que mide la “autonomía profesional”, es la que menor evolución presenta a los 12 meses y, a pesar de ello, mejora en 12 puntos porcentuales. Como se ha comentado anteriormente, es la única dimensión que no coincide con la media de respuestas a nivel nacional del estudio de Gutiérrez-Rodríguez et al. (Gutiérrez-Rodríguez et al., 2022), donde las EPA puntúan una media de 33 puntos en esta competencia, mientras que el grupo EPAH de nuestro estudio puntúa una media de 24,5 puntos. Estos resultados están en línea con otros estudios que explican que la autonomía es la competencia donde las enfermeras suelen encontrar más límites. Por ejemplo, el estudio de Sevilla-Guerra et al. (Sevilla-Guerra et al., 2018) relaciona la situación privilegiada de las matronas frente a otros especialistas pues las primeras disponen de un reconocimiento profesional que les permite realizar más actividades de práctica avanzada, ya que son capaces de ejercer de forma autónoma. Durante el seguimiento realizado junto al equipo investigador, la falta de autonomía era un tema recurrente que provocaba la frustración en muchas ocasiones de las EPAH, en concreto, a la hora de cambiar protocolos, solicitar interconsultas, solicitar pruebas complementarias como el cultivo de una herida o la punta de un catéter periférico o para compensar el tiempo trabajado de algún compañero que ha preparado una sesión clínica fuera del horario laboral. Para poder conseguir todas estas cuestiones, las EPAH tenían que recurrir a la supervisora, quien a su vez solicitaba ayuda a otras figuras, aumentando así la burocratización y la sensación de barreras para la realización de intervenciones. A pesar de ello, las EPAH también registran en sus memorias el aumento de su autonomía en otras áreas, normalmente relacionadas con el análisis de datos o la gestión de casos. Cuando las EPAH incorporan nuevas habilidades o intervenciones en su repertorio, se convierten en habilidades enfermeras, informadas por los valores de práctica clínica de la profesión (Hamric et al., 2019). Sin embargo, la falta de reconocimiento formal por parte de nuestro sistema autonómico de salud ha supuesto una barrera importante para el desarrollo de esta competencia.

El estudio muestra, pues, que la intervención educativa llevada a cabo con el grupo EPAH junto con el acompañamiento y seguimiento realizado por parte del equipo investigador han tenido un impacto muy positivo en las puntuaciones de las diferentes dimensiones evaluadas por el instrumento IECEPA. Sin embargo, entendemos que estos resultados no pueden relacionarse únicamente con la formación recibida, sino que también ha tenido un impacto el aprendizaje experiencial asociado al nuevo puesto de trabajo que ha caracterizado a la situación de las EPAH durante este año de intervención. No sólo se han tenido que formar continuamente en un plano teórico, en muchas ocasiones fuera del horario laboral, sino que han tenido que adquirir habilidades de comunicación y liderazgo en un corto espacio de tiempo y adaptarse a las demandas del proceso de implementación, como se intuye en el análisis de sus memorias. En este sentido, las diferencias estadísticamente significativas encontradas a los 12 meses de la intervención, coinciden con estudios como el de Sevilla-Guerra et al. (Sevilla-Guerra et al., 2018) que explican que existe un patrón específico de actividad de la EPA según el puesto de trabajo que ocupa y que en general, los dominios de EPA en su estudio se vieron más afectados por el puesto de enfermería y la carrera profesional que por la edad, la experiencia y el nivel educativo. Por tanto, es el puesto de trabajo el que define el rol formal que asume la enfermera en el sistema de salud y, por ende, de las competencias asociadas a ese puesto de trabajo que se van a poder desarrollar. Sobre este aspecto, Gutiérrez-Rodríguez et al. (Gutiérrez-Rodríguez et al., 2022) ya discutían sobre la importancia de que el puesto de trabajo de la enfermera, y por tanto, de su cartera de servicios, esté asociada a la formación del profesional pues *“la imposibilidad de ejercer las habilidades adquiridas durante su proceso de formación podría influir en la falta de desarrollo de estas competencias”*. Además, es importante remarcar el papel de la organización donde se ha llevado a cabo la investigación, pues es la que ha permitido el desarrollo competencial cuando éste implicaba el aumento de responsabilidades por parte de las EPAH dentro de la organización, un factor determinante para el éxito de este tipo de estudios (De Pedro-Gómez, Morales-Asencio, Bennasar-Veny, et al., 2012; Jun et al., 2016; McCormack et al., 2002; Sadeghi-Bazargani et al., 2014), y que tiene un papel clave en el avance de la profesión.

6.4 Adherencia del equipo de enfermería a las recomendaciones de las dos guías de práctica clínica

Son muchos los estudios de intervención que se han propuesto mejorar la PBE de las enfermeras. Como se ha explicado anteriormente, muchos de estos estudios se centran en evaluar la percepción de los profesionales o pacientes en diversas áreas de la PBE, sin embargo, una de las limitaciones más comúnmente identificadas en la literatura es la ausencia de evaluación del impacto en los resultados del paciente (Sapri et al., 2022).

Por otro lado, el grupo de autores de la guía “Medical Research Council” sobre intervenciones complejas (Campbell et al., 2000; Craig et al., 2008), defienden que la medición de resultados en el paciente puede no ser esencial especialmente en ensayos que evalúan estrategias de cambio de comportamiento profesional. En estos casos, puede ser suficiente demostrar que la intervención logra efectivamente el cambio de comportamiento previsto, siempre que se disponga de pruebas sólidas que muestren que el cambio de comportamiento logrado, por ejemplo, la prescripción de tratamientos específicos es eficaz. Esta misma idea, era defendida por autoras como Thompson o Estabrooks en el campo de la implementación de PBE, donde argumentaban la compleja relación entre la utilización de la investigación en la práctica a través de la modificación de conductas profesionales y la mejora de los resultados en los pacientes, proponiendo que para establecer ese vínculo, sería mejor primero desarrollar pruebas suficientes que demuestren la relación entre intervenciones específicas y el uso de evidencias en la práctica (D. S. Thompson et al., 2007).

Este es el motivo por el cual, bajo la premisa de que los cuidados recomendados por las guías de práctica clínica conducen a resultados deseables en el paciente (Registered Nurses’ Association of Ontario, 2008a; Servicio de Salud de las Islas Baleares (IB-Salut), 2018), los indicadores clínicos más relevantes de nuestro estudio son aquellos que miden variables de proceso y que representan los cuidados ofrecidos por las enfermeras.

Hasta donde sabemos, el presente estudio es el primero que se ha realizado para medir el impacto que produce sobre indicadores clínicos la presencia de una EPAH en las unidades de hospitalización cuando estos indicadores dependen directamente de los cuidados enfermeros. Los resultados del estudio revelaron una mejora significativa en la mayoría de los indicadores clínicos que derivan tanto de la GPC de prevención y tratamiento de las UPP como de la GPC para el cuidado y mantenimiento de AVP (Registered Nurses' Association of Ontario, 2008a; Servicio de Salud de las Islas Baleares (IB-Salut), 2018). Los indicadores relacionados con el proceso de atención enfermera son los que evidencian mejoras más claras, traduciéndose en una mayor adherencia a las recomendaciones basadas en la evidencia en aquellas unidades lideradas por EPAH.

Los hallazgos están en línea con los obtenidos en estudios previos con respecto a la influencia positiva de las EPA en los resultados clínicos de los pacientes (Aiken et al., 2021). Sin embargo, muchos de los estudios realizados hasta la fecha comparan los resultados de los pacientes atendidos por EPA con aquellos ofrecidos por otros profesionales, normalmente médicos, concluyendo que los resultados de los primeros son igualmente buenos o incluso mejores (Kilpatrick et al., 2014, 2015; Newhouse et al., 2011; Woo et al., 2017). La incorporación de las EPA a equipos multidisciplinarios no sólo mejora los resultados del sistema de salud, sino que también reduce los costes (Aiken et al., 2021; Martin-Misener et al., 2015). Sin embargo, a veces es difícil medir el efecto específico de la contribución de una EPA, precisamente porque esta profesional forma parte de un equipo multidisciplinario (Morilla-Herrera et al., 2016). Además, la extrapolación de los resultados de las revisiones sistemáticas existentes al ámbito de la enfermería es un tema controvertido pues no se podría asegurar la efectividad de las intervenciones. Aunque tanto los médicos como las enfermeras enfrentan desafíos similares en la integración de la evidencia en sus prácticas clínicas, hay diferencias significativas que influyen en la forma en que cada grupo utiliza los hallazgos de investigación para tomar decisiones clínicas informadas (D. S. Thompson et al., 2007).

Los resultados del análisis de los indicadores que derivan de la GPC de UPP revelan que la contribución de las EPA mejora la atención de las úlceras por presión,

coincidiendo con estudios anteriores en este campo (Donald et al., 2013; Jiménez-García et al., 2019). En nuestro caso, el análisis pre-post de los indicadores de proceso de las úlceras por presión muestra que casi todos los aspectos relacionados con la atención de enfermería en el tratamiento y la prevención de estas lesiones en pacientes de riesgo mejoraron significativamente en el grupo de intervención, en comparación con el grupo control. Se valoró el riesgo de UPP al ingreso hospitalario a casi el 91% de los pacientes del grupo intervención, (un aumento de 22 puntos porcentuales respecto a la situación basal), lo que contrasta con el 62% descrito en el grupo control (una mejora de 11 puntos porcentuales). Además, también se observa una mejora estadísticamente significativa en el grupo intervención, en la reevaluación del riesgo de UPP cuando ésta estaba indicada (cada 24 horas en pacientes de alto riesgo, cada 72 horas en pacientes de riesgo moderado y semanalmente en pacientes de bajo riesgo), efecto que no se observó en el grupo control y que alcanza un aumento de 30 puntos porcentuales a los 12 meses de la intervención en las UI. La valoración diaria de la piel del paciente, así como las actividades relacionadas con cuidados preventivos directos, como el uso correcto de cremas y AGHO o los cambios posturales, también son cuidados fundamentales que mejoran significativamente al final de la intervención en las unidades con EPAH. La adherencia a las diferentes variables al inicio del estudio fue heterogénea, mostrando algunas de ellas un alto cumplimiento inicial (es decir, uso de SEMP/SA, registro de características de UPP o su pauta de tratamiento) posiblemente debido a características ambientales u organizativas que influyen en el personal clínico para que sea más sensible a ciertos aspectos de la atención (Blanco-Mavillard et al., 2021). Sin embargo, y a pesar de ese elevado cumplimiento inicial, el registro de las características y la pauta de tratamiento también experimentan mejoras en el grupo intervención a los 12 meses.

El cumplimiento general de las recomendaciones de la GPC de UPP, que inicialmente era similar en ambos grupos (un 48% las UI frente a un 50% las UC) ha experimentado mejoras estadísticamente significativas al final del periodo de intervención, donde se observa claramente cómo las UC se mantienen (53% de cumplimiento), mientras que las UI casi duplican la mejora en el porcentaje de cumplimiento (un 84% de cumplimiento) con una tendencia al alza. Estos resultados son similares a los de un estudio sobre heridas crónicas realizado en España donde

la incorporación de enfermeras de práctica avanzada consiguió una adecuación de los tratamientos por parte de las enfermeras clínicas de hasta el 90% (Jiménez-García et al., 2019).

La prevalencia media de UPP disminuyó considerablemente a lo largo de la intervención en el grupo con EPAH (con una media de 6,2%) en comparación con el grupo control (con una media de 9,5%), especialmente en aquellos pacientes con riesgo de UPP. Estos datos son muy interesantes, pues la media del último estudio de prevalencia a nivel nacional data esta cifra entorno al 7% en adultos hospitalizados (Pancorbo-Hidalgo, García-Fernández, Pérez-López, & Soldevilla Agreda, 2019). Nuestros hallazgos apoyan las conclusiones de otros estudios que relacionan el cuidado por parte de enfermeras preparadas y en un entorno de práctica favorable apoyado por la organización con la disminución de eventos adversos como las UPP (Cho et al., 2016; Rivera, Donohoe, Deady-Rooney, Douglas, & Samaniego, 2020) y la importancia del papel de la EPA en la realización de intervenciones que mejoren los cuidados ofrecidos por las enfermeras clínicas en este campo (Jiménez-García et al., 2019).

Con respecto al impacto de la intervención de la EPAH en el cumplimiento de las recomendaciones de la GPC para el uso y mantenimiento de los dispositivos de AVP se obtuvieron mejoras estadísticamente significativas tanto en las variables de proceso como de resultado, coincidiendo con la literatura que evalúa la experiencia clínica de la EPA para dirigir la práctica, facilitar el cambio y supervisar la eficacia de las intervenciones para prevenir complicaciones relacionadas con estos dispositivos (Ullman, Kleidon, & Rickard, 2015).

En nuestro estudio el grupo intervención consigue mejoras estadísticamente significativas en aquellas variables de proceso destinadas a medir el cuidado y mantenimiento de los catéteres ya insertados. Concretamente, las UI aumentan el número de catéteres con el orificio de inserción visible con cambios significativos respecto a las UC, pasando de un 67% en el momento basal a un 91% a los 12 meses de la intervención. También resulta importante valorar el tipo de sujeción que presenta el catéter, de manera que se consideró una variable de buena praxis siempre que el tipo de sujeción utilizada mantuviese la condición de poder valorar el punto

de inserción del catéter (Registered Nurses' Association of Ontario, 2008a). Se observa cómo las UI mejoran frente a las UC, donde las primeras aumentan el porcentaje de cumplimiento del 67% al 88%, mientras que las segundas lo hacen del 57% al 69%. Estos buenos resultados en las unidades intervención se relacionan con el tiempo de permanencia y la disminución de complicaciones relacionadas con el catéter (Loveday, Wilson, Prieto, & Wilcox, 2016; Marschall et al., 2014). Por otro lado, la duración del uso del catéter tendió a ser mayor en el grupo intervención. Esto podría explicarse por el seguimiento más estrecho del estado del dispositivo, que se relaciona con una menor necesidad de cambio siempre que permanezcan libres de síntomas y aun sean necesarios (Webster, Osborne, Rickard, & Marsh, 2019), lo que ayudó a lograr menores tasas de eventos adversos, a pesar de la inserción prolongada de los catéteres (Ullman et al., 2015). Además, también se observan mejoras en variables como el estado del apósito en las UI a los 12 meses de la intervención con respecto al momento basal que informan de la mejora cualitativa de los cuidados en este grupo, con una adherencia del 75,2% a esta recomendación. Estas cifras son superiores a otros estudios que cifran este porcentaje alrededor del 66% de cumplimiento (Blanco-Mavillard et al., 2020). Esta variable de buena praxis, que implicaba cumplir con las condiciones de que estuviese limpio, seco e intacto, está estrechamente relacionada con la disminución de eventos adversos (Marsh et al., 2018). Por otro lado, variables como la “ubicación del catéter” fueron menos influenciadas por la intervención, probablemente por la complejidad de medir la idoneidad a largo plazo de una determinada ubicación, ya que ésta puede variar desde que se insertó originalmente el catéter hasta el momento en que se realiza la auditoría.

El cumplimiento general de las recomendaciones de esta guía de AVP presenta una mejora estadísticamente significativa en el grupo intervención en comparación con el grupo control, que experimentan un aumento de hasta 11 puntos porcentuales al final de la intervención. Estos datos han conseguido traducirse en una reducción de los eventos adversos relacionados con el catéter en ambos grupos de estudio, siendo esta prevalencia significativamente menor en el grupo de intervención (9%) en comparación al grupo de control (20%). Aunque los resultados no son tan abrumadores como los de la GPC de UPP, este hallazgo es de gran importancia para la salud de los pacientes, ya que la reducción de eventos adversos

está directamente relacionada con la prevención de la bacteriemia asociada al catéter y, además, reduce considerablemente los costes sanitarios (Blanco-Mavillard et al., 2021; Keogh et al., 2020; Pronovost et al., 2006; Saliba et al., 2018).

Otro resultado notable obtenido es el aumento del número de registros de enfermería relacionados con ambos procesos de cuidado estudiados. Aunque estas cifras aumentaron en ambos grupos, fue más acusado en el grupo intervención. La documentación clínica es una parte esencial de la atención de enfermería (Prideaux, 2011), al facilitar el acceso a datos válidos del paciente y permitir que los proveedores de atención a la salud realicen una evaluación oportuna y brinden un seguimiento adecuado (Krakau et al., 2021). Las intervenciones dirigidas por las EPAH para conseguir estos resultados pretendían superar las barreras identificadas en la literatura (Jefferies, Johnson, Nicholls, & Lad, 2011; Lindsay & Lytle, 2022; O'Brien, Weaver, Settergren, Hook, & Ivory, 2015) y se basaron principalmente en proporcionar información sobre la necesidad del registro, en buscar medios que lo faciliten dentro de sus dinámicas de trabajo habituales y en demostrar su utilidad a través de la retroalimentación de resultados basados en esos registros y la toma consecuente de decisiones.

Tanto el análisis de los indicadores de proceso de ambas guías, como los de regresión lineal, indican que en las unidades donde se incorpora la EPAH se produce una mejora en la adherencia a las recomendaciones. En el caso concreto de la guía de UPP, la adherencia a las recomendaciones de la GPC y las mejoras observadas fueron independientes del nivel de riesgo del paciente. Esto indica que las intervenciones de la EPAH dirigidas a crear un hábito en la valoración de todos los pacientes, con independencia de sus características sociodemográficas, fue exitosa, lo que se relaciona con un mantenimiento del comportamiento a lo largo del tiempo (Carey et al., 2019; Michie et al., 2013). La magnitud de esta mejora va aumentando conforme progresan los meses de la intervención, sin que se haya alcanzado una estabilización en la curva durante este tiempo, por lo que se espera un impacto mucho mayor si la EPAH se incorpora a largo plazo.

Además de estos análisis, es interesante la relación directamente proporcional que existe entre la percepción del entorno laboral, el nivel de PCBE y el nivel

competencial de las EPAH con el cumplimiento general de las recomendaciones de las GPC por parte de las enfermeras clínicas. Esta observación corrobora estudios previos según los cuales el conocimiento de las GPC no es suficiente para asegurar su cumplimiento (Grimshaw, 1999; Melnyk, Fineout-Overholt, Stillwell, & Williamson, 2010; Straus, Tetroe, & Graham, 2013). En su lugar, se debe tener en cuenta una amplia gama de factores que pueden producir un cambio de comportamiento, como los que se han evaluado en la presente tesis (Ajzen, 1991; Harvey & Kitson, 2016; Harvey et al., 2002; Rashidian & Russell, 2011) y que ayudan a comprender cómo las EPAH consiguen realizar una verdadera transferencia del conocimiento a la práctica en entornos organizacionales complejos (Fencl & Matthews, 2017).

6.5 Estrategias de implementación desplegadas por la EPAH

Aunque la investigación en torno a la implementación de prácticas basadas en la evidencia está en constante crecimiento, la literatura existente carece de una descripción precisa de las intervenciones utilizadas para llevarla a cabo (Proctor, Powell, & McMillen, 2013). A pesar de que se han realizado propuestas conceptuales que describen la naturaleza de las intervenciones complejas necesarias para proyectos de este tipo (Campbell et al., 2000; Skivington et al., 2021) y taxonomías que recopilan listados de intervenciones utilizadas para mejorar la PCBE en los profesionales de la salud (Effective Practice and Organisation of Care (EPOC), 2016; Leeman, Baernholdt, & Sandelowski, 2007; Powell et al., 2015), éstas son poco utilizadas en la práctica.

Estas taxonomías para estrategias de implementación, se han realizado con el objetivo de dar definiciones concretas a esas estrategias para ayudar así a identificarlas, sintetizarlas y reproducirlas (Effective Practice and Organisation of Care (EPOC), 2016; Powell et al., 2015; Waltz et al., 2019). Sin embargo, este trabajo se hace desde la ciencia de la implementación y la práctica clínica, dando como resultado, listados de técnicas o actividades de implementación concretas dentro del campo de la PBE, pero sin relacionarlo con métodos concretos estudiados ampliamente por la psicología del cambio de conductas. Esta situación dificulta la

comprensión posterior de los mecanismos por los cuales ocurriría ese cambio de comportamiento hacia prácticas basadas en la evidencia.

Conocer los métodos utilizados para promover el cambio de comportamiento es de elevado interés en el campo de la implementación de evidencias, pues un método bien especificado es esencial para evaluar la efectividad y permitir la replicación (Michie et al., 2013).

La capacidad de la TCP para predecir intenciones y comportamientos en una variedad de dominios conductuales está respaldada por varios metaanálisis (Albarracín, Johnson, Fishbein, & Muellerleile, 2001; Overstreet, Cegielski, & Hall, 2013; Schwenk & Möser, 2009; Tyson, Covey, & Rosenthal, 2014; Weigel, Hazen, Cegielski, & Hall, 2014). También se ha utilizado para comprender intenciones comportamentales de los profesionales de la salud hacia diferentes prácticas (Côté et al., 2012; Kortteisto et al., 2010; Y.-H. Lee, Yang, & Chen, 2015; Ramsay, Thomas, Croal, Grimshaw, & Eccles, 2010; Rashidian & Russell, 2011). Nuestro estudio ha utilizado esta teoría para planificar intervenciones en el campo de la PBE, un dominio conductual poco estudiado a través de esta teoría, lo que permite enriquecer el campo de dominios conductuales y, por tanto, la capacidad de la teoría para explicar y predecir comportamientos de una forma más generalizable.

El instrumento *ad hoc* de "Mapeo de posibles intervenciones" se ha desarrollado con el propósito de identificar las actividades que las EPAH podrían llevar a cabo en el contexto específico del estudio de investigación con una propuesta final de 64 posibles intervenciones. La clasificación de métodos de cambio de conductas según la TCP (Steinmetz et al., 2016) se utilizó como categoría principal preestablecida, lo que facilitó la concreción de las actividades dentro de las subcategorías formadas por las técnicas de cambio de conductas propuestas en la taxonomía de Michie et al. (Michie et al., 2013). Por otro lado, las intervenciones en los sistemas de salud elaboradas por el grupo EPOC, recogen diferentes estrategias de implementación en profesionales que han sido de gran ayuda para ejemplificar la conceptualización de las actividades dentro del grupo de métodos de cambio de conducta planteada por la TCP. Además, la especificación del mecanismo de acción asociado a cada técnica ofrecido por Carey et al. (Carey et al., 2019) facilita la

comprensión del proceso por el cual se genera el cambio en el comportamiento. Esta herramienta es de gran utilidad para organizar y sistematizar actividades de implementación de PBE, sustentada en importantes teorías y taxonomías de técnicas de cambio de conductas (Ajzen, 1991; Carey et al., 2019; Effective Practice and Organisation of Care (EPOC), 2015; Michie et al., 2013). Además, se han desplegado dentro de un marco de implementación que define: quién llevará a cabo la estrategia, cuándo, en qué contexto, para qué destinatario y con qué objetivo concreto (Harvey & Kitson, 2016), siguiendo las recomendaciones generales sobre cómo informar las estrategias de implementación ofrecidas por Proctor et al. (2013).

La intervención propuesta en esta tesis demandaba una individualización de la misma en cada unidad participante, donde cada una de las EPAH, a pesar de tener un objetivo común, realizaba intervenciones dirigidas a situaciones concretas y en tiempos diferentes. Esto implicaba a su vez, que las EPAH se encontrasen en diferentes momentos de la implementación de evidencias. Esta situación de flexibilidad de las intervenciones, el trabajo a distintos niveles y con diferentes personas o grupos objetivo, así como la posibilidad constante de cambio y adaptación de la intervención, se identificó como intervención compleja (Campbell et al., 2000; Skivington et al., 2021). Por lo tanto, una misma actividad puede tener objetivos distintos según la fase de intervención en la que se encuentre la EPAH y, por tanto, también variará su categorización. Por ejemplo, dar información sobre el estado de los indicadores clínicos de proceso enfermero podría funcionar como estrategia de “motivación” si el objetivo es mostrar lo bien que están haciendo su trabajo las enfermeras clínicas; sin embargo, también puede funcionar como estrategia de “persuasión” si todavía no se ha iniciado la conducta y se quiere animar a ello. En este sentido, los autores de la taxonomía EPOC reconocen que *“hay superposición entre categorías y subcategorías, y que algunas intervenciones podrían clasificarse en más de una categoría”*. Asimismo, también reconocen que *“no existe un sistema de clasificación aceptado universalmente para las intervenciones de los sistemas de salud y que cualquier sistema para categorizar las intervenciones de los sistemas de salud es, hasta cierto punto, arbitrario”* (Effective Practice and Organisation of Care (EPOC), 2016). Estas afirmaciones no hacen más que destacar la necesidad de investigación en este dominio conductual.

A lo largo del año de la intervención, las EPAH han utilizado 13 estrategias diferentes de cambio de conductas planteadas por la TCP. Los métodos más utilizados, coinciden con los reportados en el metaanálisis de Steinmetz et al. (Steinmetz et al., 2016). Sin embargo, es difícil comparar nuestro estudio con otros que también hayan realizado intervenciones basadas en teorías de cambio de comportamiento, pues la mayoría de ellos utiliza un solo método de cambio de conductas de forma exclusiva y los que usan más de un método, oscilan entre el uso de dos y siete métodos. Debido a la complejidad de nuestra intervención, cuyo objetivo era cambiar la práctica clínica de equipos de enfermería completos, la cantidad de variables moderadoras del efecto de las intervenciones sobre las variables de la teoría son incontables.

La literatura es controvertida en cuanto al número de métodos recomendados, pues si bien algunos autores explican que la combinación de métodos parece ser más efectiva (Grimshaw et al., 2004; Pereira et al., 2022; Registered Nurses' Association of Ontario, 2012), otros autores explican que focalizarse en un método que funcione, puede ser más importante que el uso de diferentes métodos (Steinmetz et al., 2016). Sin embargo, la EPAH ha tenido que adaptarse a las necesidades no sólo grupales, sino individuales de las enfermeras de su unidad y a los diferentes momentos del curso de la implementación, buscando un mismo comportamiento, lo que ha influido en el elevado número de técnicas identificadas.

En nuestro estudio la “información” ha sido el primer método utilizado por las EPAH con todas las enfermeras clínicas, con las noveles y e incluso con los estudiantes, por lo menos antes de iniciar la conducta de forma individual, al igual que la “persuasión”, que fue de la mano de la primera. Estos datos coinciden con otros estudios que relacionan la información y persuasión con el trabajo de la norma subjetiva en la implementación de GPC (Foy et al., 2007; Hrisos et al., 2008).

El “aumento de habilidades”, la “demostración” y el “ensayo de habilidades” son las técnicas más utilizadas a lo largo del proyecto para implementar GPC. Es donde aparecen más *verbatim*s y donde las EPAH han utilizado metodologías más diversas, coincidiendo con la mayoría de los estudios (Foy et al., 2007; Grimshaw et al., 2004; Hrisos et al., 2008; Medves et al., 2010; Pereira et al., 2022). La

formación en técnicas concretas para el manejo de AVP (Blanco-Mavillard et al., 2021; Keogh et al., 2020; Saliba et al., 2018) o formación para el cuidado de UPP (Abad-Corpa et al., 2013; Jiménez-García et al., 2019) se han mostrado eficaces para mejorar la adherencia de los equipos a las recomendaciones de GPC, pues son técnicas efectivas para mejorar la aceptación de la PCBE (Klaic et al., 2019). En este sentido, son muchos los estudios que informan del impacto de la enfermera de práctica avanzada en el aumento de competencias y habilidades en el personal de la unidad donde trabajan (McDonnell et al., 2015; Morilla-Herrera et al., 2016), lo que se relaciona con una mejor calidad del cuidado (Lasater, Sloane, McHugh, Porat - Dahlerbruch, et al., 2021).

La “planificación”, el “establecimiento de metas” y el “auto-seguimiento” han ocupado gran parte del trabajo diario de las EPAH y han sido las claves, según explican éstas en sus memorias, para conseguir el cambio de conductas pues han permitido medir posteriormente el trabajo realizado. Concretamente la insistencia en el registro de los cuidados enfermeros, así como la facilitación del formato de registro a nivel informático ha sido la actividad más presente de las EPAH traduciéndose en mejoras para esta variable en los indicadores clínicos, como se ha comentado anteriormente. La mejora y el rediseño en los registros se ha asociado con una disminución de la carga de trabajo y un aumento de la calidad y satisfacción laboral según algunos estudios sobre documentación clínica (Lindsay & Lytle, 2022; O’Brien et al., 2015). Por otro lado, las EPAH escriben en sus memorias cómo a lo largo del año de proyecto han trabajado hacia el aumento de la implicación de todas las enfermeras y la creación de un pensamiento crítico donde el equipo sea capaz de plantearse continuamente su propia práctica clínica. La implicación del equipo es un elemento clave, pues las iniciativas que surgen de abajo hacia arriba se han relacionado con una mayor eficacia del cambio hacia PBE (Abad-Corpa et al., 2013). Este tipo de intervenciones se han mostrado efectivas para trabajar la norma subjetiva que, en el caso del colectivo enfermero, es la variable más fuertemente relacionada con el desarrollo de PCBE (Côté et al., 2012; Klaic et al., 2019; Kortteisto et al., 2010).

Una vez observados los primeros cambios, la “motivación” ha acompañado a estas técnicas a lo largo de todo el proyecto. Concretamente las técnicas dirigidas a

dar una retroalimentación de resultados han sido valoradas muy positivamente por las enfermeras clínicas como parte de una mejora en la PBE según el instrumento HS-EBP, y siendo una de las técnicas más reportadas por los estudios de implementación (Abad-Corpa et al., 2013; Blanco-Mavillard et al., 2021; Grimshaw et al., 2001; Schaefer & Welton, 2018; Stetler, Ritchie, Rycroft-Malone, Schultz, & Charns, 2007; Vandervelde et al., 2023)

La “prevención de recaídas” ha sido una técnica importantemente reportada que también ha funcionado como mecanismo de persuasión constante y activa una vez iniciada la conducta para asegurar su mantenimiento. Los resultados para esta intervención se alejan de los de Steinmetz et al. pues en su metaanálisis, este método era de los menos utilizados (Steinmetz et al., 2016). Sin embargo, es un método a tener en cuenta en el entorno sanitario debido a factores organizativos cambiantes, como la presencia de períodos vacacionales donde aumenta la rotación de profesionales, y que se han identificado como un problema para mantener cambios hacia PBE ya iniciados (Abad-Corpa et al., 2013; Grimshaw et al., 2004). Específicamente, las intervenciones individualizadas basadas en valoraciones previas de barreras para el cambio han sido altamente utilizadas en este campo (Vandervelde et al., 2023).

El “estímulo/apoyo social” ha sido una parte primordial de la motivación y complemento de las anteriores. En este sentido, la EPAH ha funcionado como una referente de cuidados buscando la implicación de todas las enfermeras de la unidad en la mejora de la PBE a través de la creación de grupos de trabajo. Además, trataron de dar apoyo en momentos de mayor carga de trabajo, lo que se ha relacionado con una mayor satisfacción y mejora del trabajo en equipo (McDonnell et al., 2015). La posición que ocupa la EPAH de proximidad con el equipo de enfermeras se considera una oportunidad para dirigir la práctica, facilitar el cambio y supervisar la eficacia de las intervenciones (Ullman et al., 2015). El papel de la EPA como personal de referencia para profesionales de nueva incorporación se menciona en diferentes artículos (Jiménez-García et al., 2019) sin embargo, éstos no suelen especificar las intervenciones concretas.

El “incentivo económico” apareció en el documento conjunto como una técnica para tener en cuenta, no obstante, finalmente sólo apareció en dos de las cinco memorias analizadas. En este sentido, las EPAH estaban limitadas para llevar a cabo ciertas intervenciones que estaban fuera de su competencia, como la de destinar recursos materiales o económicos como técnicas motivacionales. Las estrategias que implican un nivel de autonomía que la enfermera no puede asumir han sido identificadas como importantes barreras en la literatura (Registered Nurses’ Association of Ontario, 2012; D. S. Thompson et al., 2007), al igual que en el presente estudio.

La “derivación” entendida como el apoyo de la EPAH en otras figuras, como la enfermera de apoyo o en la supervisora, ha sido menos reportada en las memorias, sin embargo, el hecho de saber que estaban respaldadas por esta parte del equipo ha sido una constante en los discursos mantenidos durante las reuniones y un recurso utilizado cuando la EPAH se veía limitada.

Las “otras actividades” referentes a la valoración inicial de la unidad no se consideran técnicas de cambio de conductas, pues no es lo que se trabaja con el personal clínico directamente, pero ha sido una actividad imprescindible que la EPAH ha realizado de forma constante para poder comprender las necesidades de las enfermeras clínicas y poder adaptar las intervenciones.

Las actividades desplegadas por las EPAH coinciden con toda la literatura consultada y explicada en el apartado 2.3 de la presente tesis sobre “estrategias para mejorar la implementación de PCBE de las enfermeras” (Effective Practice and Organisation of Care (EPOC), 2015; Greenhalgh et al., 2014; Grimshaw, 1999; Grol, 2001; Grol & Grimshaw, 2003; Jun et al., 2016; Kitson et al., 2021; Pereira et al., 2022; Registered Nurses’ Association of Ontario, 2012; Sadeghi-Bazargani et al., 2014).

En el contexto de la implementación de cualquier cambio dentro de una organización surgen reacciones y consecuencias que inicialmente eran impredecibles, tanto en términos positivos como negativos (Grimshaw et al., 2004; Henry et al., 2019; Melnyk et al., 2012). Los procesos de cambio y transformación generan una perspectiva epistemológica privilegiada que facilita la observación del

cambio en tiempo real. Es por eso por lo que todas las intervenciones identificadas han sido adaptadas a las circunstancias concretas de cada unidad estudiada, no sólo en la forma de su ejecución, sino en el momento en que se ha realizado o a los destinatarios de éstas. Las intervenciones han sufrido un proceso de preparación, adaptación, ejecución, valoración y perfeccionamiento que no sólo han servido para la EPAH que la ha llevado a cabo, sino para mejorar la intervención de otras EPAH, pues compartían su proceso en reuniones mensuales y estaban en continuo contacto. Sin embargo, a pesar de que otra EPAH tratase de replicar la intervención realizada por la primera, y aunque disponía de más información y recomendaciones sobre la metodología de aplicar esa intervención, era necesario volver a realizar el proceso de preparación, adaptación, ejecución, valoración y perfeccionamiento. Esta situación de cierta flexibilidad, donde imperaba la realización de procesos iterativos y que ha sido considerada como intervención compleja por su conjunto (Campbell et al., 2000; Skivington et al., 2021), ha permitido obtener respuestas a un fenómeno tan complicado como es la implementación de PBE. En este sentido, si bien la generalización de resultados no es posible, éstos sí permiten estandarizar el proceso de planificación de las intervenciones, así como sus funciones para proyectos con objetivos de implementación de PBE similares (Skivington et al., 2021).

Durante el transcurso del proyecto se han abordado las creencias hacia la PBE a través del trabajo con las diferentes recomendaciones de las GPC, y se ha trabajado directamente sobre la actitud de las enfermeras hacia esta práctica, lo que se ha traducido en una mejora significativa en las actitudes reales hacia la PBE, tal y como se ha podido observar en los resultados del HS-EBP. Además, se han trabajado las creencias normativas y las normas subjetivas mediante la aplicación de diversas técnicas que involucraban al equipo completo, como el apoyo social, la creación de grupos de trabajo, la comparación social o la información sobre la aprobación de otros (Carey et al., 2019). Asimismo, las EPAH han facilitado herramientas para que las enfermeras mejoren sus creencias de control y perciban un control sobre la conducta deseada a través de formación, mentoría, motivación, ensayo de habilidades, recursos etc. Además, se ha proporcionado retroalimentación continua a las enfermeras clínicas, permitiéndoles constatar su control real y obtener resultados tangibles. Se ha explicitado la intención conductual a lo largo de todo el

proyecto mediante la planificación y establecimiento de metas, que ha culminado en la realización efectiva de PBE, como demuestran los resultados en la adherencia a las recomendaciones de las GPC.

Contrariamente, en el análisis de las memorias no se identificaron actividades referentes a las siguientes 17 técnicas: reducir indicaciones/señales, retirar acceso a la recompensa, retirar estímulos aversivos, sobrecorrección, incentivo social, autoincentivo, reducir emociones negativas, reestructuración del entorno físico, evitar/reducir la exposición a las señales del comportamiento, creencias incompatibles, aproximación de recompensa, recompensa para situación específica, recompensa del comportamiento incompatible, reducir la frecuencia de recompensas, centrarse en el éxito pasado, diálogo interno y consecuencias vicarias.

Si se observa la jerarquización dada por los autores sobre las técnicas de cambio de comportamiento (Michie et al., 2013), estas 17 intervenciones coinciden en gran medida con las 24 intervenciones descartadas previamente para este proyecto (que se pueden encontrar en el Anexo 11). De esta forma, las técnicas de cambio de conductas menos utilizadas como estrategias de implementación de PCBE son:

- Asociaciones: se han utilizado técnicas de asociaciones dirigidas a funcionar como un recordatorio, sin embargo, no se han utilizado técnicas que impliquen una recompensa o castigo inmediatos.
- Recompensa y amenaza: sólo se han contemplado la recompensa o incentivo social, mientras todas las técnicas de castigo o amenaza no han sido pertinentes para este estudio.
- Regulación: las técnicas de regulación dirigidas a dar un apoyo farmacológico o crear asociaciones negativas a comportamientos no deseados no han sido pertinentes para nuestro estudio.
- Antecedentes: se han utilizado técnicas sobre el entorno dirigidas a proporcionar elementos facilitadores, sin embargo, el cambio del entorno social y personal, así como cambios estructurales, no eran oportunos en este proyecto.
- Consecuencias programadas: las técnicas dirigidas a provocar un refuerzo negativo no se tuvieron en cuenta para este proyecto, mientras que las técnicas

dirigidas a provocar una recompensa en situaciones específicas no se descartaron en un momento inicial pero no fueron utilizadas por las EPAH.

- Aprendizaje encubierto: se utilizaron técnicas motivacionales dirigidas a imaginar situaciones deseadas, aunque no se utilizaron técnicas dirigidas a imaginar castigos o consecuencias indirectas con refuerzo negativo.

El elevado número de intervenciones descartadas se explica porque se han seleccionado taxonomías que trabajan todo tipo de cambio de conductas estudiadas en psicología y no son específicas del fenómeno de estudio. Otras intervenciones no han sido codificadas siguiendo las indicaciones de los autores de la taxonomía (Michie et al., 2013).

El papel de la enfermera de práctica avanzada en la facilitación de PCBE de las enfermeras clínicas se ha convertido en una competencia inherente a esta figura. Melnyk realiza una propuesta de competencias para una PCBE a través de un panel de expertos que dio como resultado un conjunto de 13 competencias en PCBE para las enfermeras clínicas y 11 competencias adicionales para las EPA (Melnyk et al., 2014). Si bien las actividades que cada una llevará a cabo para conseguirlo se deberán adaptar a cada situación contextual, temporal y personal concretas, la identificación estructurada de estrategias utilizadas por las EPAH de este proyecto puede ser útil para futuros investigadores a la hora de planificar nuevos estudios o incluso para líderes de enfermería como herramienta de consulta, dados los buenos resultados obtenidos en la adherencia real de recomendaciones basadas en la evidencia.

Por otro lado, es imprescindible poner en valor la dedicación a jornada completa de las EPAH, que han mantenido esta laboriosa intervención. Según un reciente estudio de Jiménez-García et al. (Jiménez-García et al., 2019) que comparó el impacto de esta figura sobre las tasas de derivación a hospitales, de cicatrización, de prevalencia o de consumo de materiales, el modelo de dedicación de la EPA (desde jornada completa, como tiempo máximo de dedicación, hasta una vez por semana, como tiempo mínimo) influye de forma significativa en los resultados obtenidos, de forma que a mayor tiempo, mejores resultados.

6.6 Revisión de la operativización del marco teórico

El proyecto de tesis ha conseguido ajustarse a la operativización del constructo teórico planteado inicialmente, pues se han dado los elementos necesarios recomendados por éste y que han quedado explicados en el Capítulo 3, sobre la justificación de la presente tesis. Además, ha resultado ser de gran utilidad en todas y cada una de las fases de la investigación, pues ha guiado la creación del proyecto, el planteamiento metodológico, la ejecución, el análisis y la interpretación de datos posterior. El marco i-PARIHS y la TCP se han complementado de forma excelente y cómoda desde el punto de vista de la investigadora. Ambas han ayudado a comprender el difícil proceso de cambio de conductas hacia prácticas basadas en la evidencia justificando la necesidad de un elemento facilitador que funcione como el motor que dirija el cambio y que en este caso ha sido encarnado por una enfermera con un potente liderazgo clínico y profesional como la EPAH. Los instrumentos utilizados han sido pertinentes dentro de este marco. A continuación, se analizarán las características de los elementos que han confluído en esta investigación y que han conseguido cumplir con las expectativas de implementación.

El elemento de la “innovación” en nuestra investigación radica en la implementación de dos GPC que han cumplido con las características previamente establecidas. Tal y como se describe en el apartado de metodología, estas guías son transversales a todas las unidades de hospitalización, ya que el cuidado y prevención de úlceras por presión y accesos vasculares periféricos son una prioridad actual en el sistema autonómico de salud. De esta manera, las guías están alineadas con las prácticas y prioridades locales. Además, estas guías han proporcionado las variables principales que a su vez han condicionado muchas de las actividades de las EPAH.

Las enfermeras clínicas de las unidades intervención han sido los “destinatarios” de la implementación y han estado presentes durante todo el proceso. El equipo de enfermería decidió llevar a cabo el proyecto en su unidad, pactando su compromiso a través de un consentimiento informado y con su colaboración y trabajo a lo largo de todo el proyecto. Fue el propio equipo quien seleccionó el elemento principal del marco teórico, escogiendo al profesional o la profesional que

encarnaría el rol de la facilitación y que, por tanto, lideraría la consecución de objetivos, con los que sintieron motivados a cumplir.

Las enfermeras de las unidades intervención han consensuado el establecimiento de metas que se han sometido a revisión continua a lo largo de toda la intervención. Han acordado con la EPAH un seguimiento y monitorización de su trabajo, así como el establecimiento de flujos de comunicación y retroalimentación. Los destinatarios han influenciado la intervención durante todo el proyecto, según los resultados obtenidos del análisis de las memorias. En muchas ocasiones se han resistido al cambio, condicionando la puesta en marcha de nuevas estrategias por parte de la EPAH, pero también han creado redes de trabajo y colaboración formando parte de las estrategias para el cambio de conductas.

El instrumento HS-EBP ha sido útil para conocer las percepciones de las enfermeras clínicas y ha detectado importantes diferencias entre categorías enfermeras, un hallazgo que informa de la utilidad y necesidad de mantener un liderazgo en los equipos que oriente líneas de trabajo comunes dirigidas a reducir la variabilidad de la práctica clínica.

El “contexto” donde se lleva a cabo la intervención es un elemento determinante y ampliamente estudiado como uno de los factores más importantes que condicionan la implementación. El contexto donde se han incorporado las EPAH ha demostrado características propicias para la PBE, dado que contaba con apoyo a todos los niveles organizacionales, incluyendo el servicio central autónomo, la dirección del centro y las unidades hospitalarias.

Para asegurar la comparabilidad de resultados, se seleccionaron unidades tanto para el grupo control como para el grupo intervención que habían obtenido las puntuaciones más altas en el instrumento PES-NWI, de modo que se encontraron grupos equivalentes. Todas las unidades participantes contaban con un claro liderazgo formal que participó activamente y que apoyó el proyecto EPAH.

Las EPAH son líderes informales seleccionadas por su propio equipo para asumir el papel de la “facilitación”. Son enfermeras con amplia experiencia clínica, que conocen las dinámicas de la unidad y que forman parte del equipo de trabajo.

De acuerdo con el marco i-PARIHS, estas enfermeras son consideradas como facilitadores “noveles” debido a sus características iniciales, ya que es su primera vez asumiendo el rol de la facilitación. No obstante, dado que es un proyecto de ámbito local, se consideraron idóneas para asumir dicho rol.

El elemento de la facilitación ha evolucionado a lo largo del año que ha durado la intervención, adaptándose a las necesidades de un proyecto complejo como éste, y ha permitido a las EPAH desarrollar un nivel competencial enfermero avanzado según lo establecido en el instrumento IECEPA.

La facilitación se ha llevado a cabo a través de una serie de estrategias dirigidas a influir en las creencias conductuales, normativas y de control de las enfermeras clínicas de las unidades intervención y que subyacen las intenciones conductuales. La TCP ha orientado la formación de las EPAH hacia el conocimiento de los entramados del cambio de conductas. Además, el instrumento para el mapeo de posibles intervenciones basado en la TCP ha sido útil para identificar las actividades realizadas por las EPAH y para comprender los mecanismos de acción que subyacen al cambio de comportamiento objetivado por la elevada adherencia de las enfermeras clínicas a la innovación propuesta.

Trabajar para mejorar las prácticas de atención a la salud es una tarea compleja y multifacética y, por lo tanto, cualquier estrategia de mejora propuesta debe probarse cuidadosamente antes de su implementación (Grol, 2001). El presente estudio representa un primer paso hacia la comprensión de este proceso en un contexto aún incipiente en el campo de la práctica asistencial avanzada (Schober, 2019). Las EPAH deben funcionar en el marco de modelos de probada eficiencia. En línea con investigaciones previas, nuestro estudio destaca el papel de las enfermeras de práctica avanzada como agentes de cambio, estimulando prácticas basadas en la evidencia y facilitando la implementación de las recomendaciones de las GPC en los equipos de enfermería de los hospitales (Gabbay & Le May, 2016; Gerrish et al., 2011; McDonnell et al., 2015; Melnyk & Fineout-Overholt, 2019).

Es necesario realizar investigación acerca del impacto de la EPA en nuestro país para agilizar la comprensión, por parte de los gestores, del valor añadido que aporta esta figura en la atención al paciente a fin de apoyar la implementación de

nuevos roles de la EPA y sostener los existentes (Carter et al., 2013; Lamb, Martin-Misener, Bryant-Lukosius, & Latimer, 2018).

6.7 Implicaciones del estudio

Los resultados obtenidos han generado diversas implicaciones, que van desde recomendaciones para el personal de enfermería hasta cambios en el sistema de atención médica y en la política de salud. A continuación, se explicarán las implicaciones más relevantes de esta investigación.

6.7.1 Implicaciones para las enfermeras

En primer lugar, cabe destacar que la implementación de la PCBE se ha realizado en entornos reales, lo que ha dificultado la intervención a la vez que ha aumentado su valor. La implementación de evidencias desde el enfoque basado en equipos que define Melnyk (Melnyk et al., 2014) es oportuno en el entorno hospitalario. En este contexto la calidad del cuidado enfermero y la disminución de la variabilidad se ve más influenciada por la capacidad de las enfermeras de trabajar en equipo, consiguiendo mantener la continuidad de cuidados, que por utilizar diferentes tratamientos válidos en el cuidado de un mismo paciente.

Este proyecto se enmarcó en el contexto de unidades hospitalarias. Sin embargo, a medida que el proyecto avanzaba en el tiempo y en la consecución de resultados, la figura de la EPAH fue siendo más conocida en la organización y comenzó a ser reclamada para ampliar su ámbito de actuación. Esto es un síntoma de la utilidad de esta figura como referente de cuidados.

6.7.2 Implicaciones para el sistema

Aunque la contribución de las enfermeras de práctica avanzada se ha estudiado en diversos ámbitos, desde la atención primaria hasta la especializada, utilizando indicadores que reflejan directamente la atención de estas profesionales (Manzanares et al., 2021; Martin-Misener et al., 2015; Newhouse et al., 2011; Woo

et al., 2017), el papel y la importancia de esta figura en el sistema sanitario español aún no se ha definido para ser completamente determinada (Miguélez-Chamorro et al., 2019; Sastre-Fullana, De Pedro-Gómez, Bannasar-Veny, et al., 2015). Así, mientras algunas instituciones han incorporado enfermeras con habilidades avanzadas, especialmente en el cuidado de pacientes con enfermedades crónicas (Manzanares et al., 2021; Morilla-Herrera et al., 2016), la figura de la EPA aun no es bien conocida ni está regulada formalmente (Galiana-Camacho et al., 2018). Nuestro estudio muestra que la incorporación de enfermeras de práctica avanzada mejora los resultados clínicos, por lo que sería útil realizar estudios de coste-efectividad, según proponen varios autores en este campo (Donald et al., 2014; Kilpatrick et al., 2014; Martin-Misener et al., 2015; Morilla-Herrera et al., 2016). Desde nuestro punto de vista, la mejora en la calidad de la atención y las reducciones de costes facilitadas por la introducción de EPAH en las unidades hospitalarias son innegables y deben ser reconocidas por los gestores cuando surja la oportunidad de incorporar estos nuevos roles en el sistema de salud (Al-Mallah et al., 2016; Donald et al., 2014).

La identificación sistemática de estrategias empleadas por las enfermeras en este proyecto puede resultar valiosa para investigadores que deseen planificar futuros estudios, así como para líderes de enfermería como una herramienta de consulta. La implementación de la PCBE en la atención de la salud se caracteriza por ser un fenómeno complejo y multifacético que involucra una interacción dinámica y constante entre la evidencia, el contexto y las partes interesadas (Graham et al., 2018). Esta situación demanda una comprensión profunda de los procesos de toma de decisiones que permitan la integración efectiva de estos elementos clave (Holmes et al., 2017). Es necesario continuar con el uso de teorías, marcos y modelos que guíen los procesos de implementación de PCBE para llegar a alcanzar el nivel de conocimiento necesario para establecer los mecanismos por los que se produce el cambio en cada ámbito concreto y poder dirigir intervenciones eficaces. En este sentido, la utilidad de la operativización del marco teórico propuesto hace que éste pueda servir como un modelo para la planificación y ejecución de proyectos futuros.

6.7.3 Implicaciones a nivel político

En cuanto a las implicaciones a nivel político, desde el ámbito internacional se hace un llamamiento a países que están incorporando roles de práctica avanzada recientemente, como es el caso de España, a compartir evidencia de las experiencias propias para garantizar una transición sostenible (Schober, 2019). El proyecto EPAH que forma parte de esta tesis doctoral no sólo es relevante en este sentido, pues informa de una de las primeras experiencias de incorporar EPA en España, sino que ha sido incluido en la Estrategia de cuidados del Servei de Salut de les Illes Balears, en su eje denominado “liderazgo enfermero y desarrollo profesional” (Servicio de Salud de las Islas Baleares (IB-Salut), 2022). Por lo tanto, responde también al reclamo internacional de diferentes sociedades científicas hacia España de incorporar este tipo de políticas que respalden la práctica avanzada y a hacerlo, además, desde la evidencia científica.

Los resultados que presentamos manifiestan la necesidad de plantearse modificar determinados roles profesionales, adaptándolos a nuevos modelos de eficacia contrastada. Es necesario realizar investigación acerca del impacto de la EPA en nuestro país para agilizar la comprensión, por parte de los gestores, del valor añadido que puede aportar esta figura en la atención al paciente a fin de apoyar la implementación de nuevos roles de la EPA y sostener los existentes (Carter et al., 2013; Lamb et al., 2018). De esta manera, será más probable que apoyen la incorporación de esta figura en el sistema. Como explica Manzanares et al. (Manzanares et al., 2021) la implementación de la EPA en España puede estar limitada por el contexto tradicional y no tanto en atributos enfermeros, por lo que el apoyo de las partes interesadas es clave.

Siguiendo la investigación internacional en entornos clínicos, debemos sugerir que se incorporen estas figuras si deseamos mejorar los niveles de morbimortalidad en los procesos asistenciales (Aiken et al., 2021; Maier et al., 2017). Son muchos los estudios que defienden ya la importante y única contribución de esta figura en beneficio del paciente (Poghosyan & Maier, 2022).

En España, es necesario acogerse a un modelo competencial de práctica avanzada que oriente el establecimiento de políticas regulatorias de las figuras de práctica avanzada en enfermería y que permita el avance tanto de su implementación como del estudio de su impacto real (Gutiérrez-Rodríguez et al., 2019; Manzanares et al., 2021). El modelo de práctica avanzada de Sastre et al. (Sastre-Fullana, De Pedro-Gómez, Bennasar-Veny, et al., 2015) utilizado en la presente tesis ha guiado el proceso de identificación y formación de las EPAH y ha permitido el desarrollo exitoso de su implementación.

6.8 Limitaciones del estudio

Este estudio está sujeto a ciertas limitaciones, algunas de ellas mencionadas a lo largo de la tesis y que se recogen en este apartado.

Debido a la inexistencia del rol de EPA en nuestro país, el presente proyecto no ha podido contar con enfermeras con un reconocido nivel de práctica avanzada. En su lugar, se ha contado con enfermeras con un importante liderazgo y reconocimiento en su unidad, con una amplia experiencia profesional y académica, así como una motivación significativa para alcanzar los objetivos del proyecto. Esto supuso un reconocimiento institucional a dichas enfermeras. Según indican los resultados, estas enfermeras no cumplían inicialmente con los criterios para un nivel de práctica avanzada, sino que han logrado adquirirlos a lo largo del periodo de intervención. No obstante, el reto asumido por las enfermeras que han aceptado desempeñar este rol en la presente investigación y los resultados obtenidos tanto en los instrumentos como en los resultados clínicos derivados de la implementación de las GPC, son un claro ejemplo del potencial que representa la inclusión de esta figura en nuestro sistema de salud. Todo ello, aporta argumentos para dar respuesta a la hipótesis inicial planteada en esta tesis.

El momento en el que se inició la intervención en cada unidad dependió de la disponibilidad de incorporar a otra enfermera que sustituyese a la EPAH para que ésta pudiera estar liberada de sus funciones asistenciales habituales. Esa labor correspondía al hospital, por lo que estuvo fuera del alcance del equipo investigador. Debido a la problemática de sustituir a la EPAH en dos de las unidades, no todas las

EPAH iniciaron su intervención al mismo tiempo y no se pudieron asociar resultados conjuntos a variables externas comunes como podría ser el aumento de profesionales noveles en periodos vacacionales.

Otra limitación ya mencionada en el apartado de resultados fue la baja participación del grupo control a los 12 meses de la intervención y que afectó a la recogida de datos de los instrumentos PES-NWI y HS-EBP. Esta situación de baja respuesta por parte del grupo control condiciona la interpretación de resultados de los instrumentos PES-NWI y HS-EBP y, por tanto, la generalización de resultados relacionados a ellos.

La posibilidad de que se produzcan contagios y que las unidades control se beneficien de la intervención, es un sesgo difícilmente controlable, ya que al ser del mismo centro pueden existir flujos de información informales por parte de los profesionales y usuarios. En este sentido, se han observado mejoras en las unidades control en algunos de los resultados de la adherencia a las recomendaciones de las GPC que no pueden explicarse únicamente con las metodologías cuantitativas utilizadas. Esta situación puede explicarse por el efecto Hawthorne, ya que es difícil mantener el comportamiento habitual de trabajo cuando los equipos son conscientes de que están siendo estudiados (McCambridge, Witton, & Elbourne, 2014). Por otro lado, también es necesario tener en cuenta la posible existencia de perfiles de liderazgo informal en las unidades control, que puedan haber impulsado cambios o mejoras de forma paralela a las impulsadas por la EPAH.

En cuanto a las estrategias utilizadas por las EPAH, según las recomendaciones de cómo informar las estrategias de Proctor (Proctor et al., 2013) uno de los elementos a describir es la “dosificación” de la intervención. Si bien muchas de las intervenciones disponen de una “dosis” definida (por ejemplo, auditorías mensuales, retroalimentación semanal u orientación y acogida el primer día de trabajo en la unidad), la gran mayoría de las intervenciones no especifican la frecuencia. Es difícil valorar la periodicidad con la que se han utilizado en cada unidad o las condiciones exactas de su puesta en práctica, a pesar de que se intentó por parte de algunas EPAH, por ejemplo, con la creación de una agenda de actividades. Sin embargo, dado que la memoria se ha solicitado al final del proyecto,

se entiende que estas actividades son las más frecuentemente utilizadas por las EPAH.

Por último, es sabido que el tiempo necesario para conseguir la implementación total de cualquier aspecto novedoso en el sistema suele ser de entre 10 a 17 años (Boulet et al., 2006; E.A. Balas & S.A. Boren, 2000; Graham et al., 2006), por lo que es obvio asumir la limitación en la detección completa del impacto de la incorporación de EPAH en el Sistema de Salud de las Illes Balears, al tratarse de un estudio de un año de duración.

6.9 Futuras líneas de investigación

El desarrollo de esta tesis doctoral ha abierto nuevas áreas para futuras investigaciones en el campo de la práctica avanzada y la práctica clínica basada en la evidencia.

En primer lugar, sería interesante continuar con una fase con metodología cualitativa exploratoria para analizar el discurso de las enfermeras del grupo intervención desde la perspectiva de la fenomenología, con el fin de evidenciar el impacto que ha supuesto para ellas la incorporación de la figura de una EPA sobre su práctica clínica diaria y sus opiniones sobre ésta como elemento facilitador de una PCBE, teniendo en cuenta que muchos de estos factores se habrán podido identificar en el estudio cuantitativo previo. Esta metodología facilitará una mayor comprensión de los aspectos que están en el mundo subjetivo de las enfermeras, y de lo que ha supuesto para ellas la incorporación de esa nueva figura.

Se han utilizado taxonomías de estrategias de implementación y de técnicas de cambio de conductas en este estudio, que van a permitir su replicación, comprensión y generalización (Colquhoun et al., 2017; Powell et al., 2019). Sin embargo, sería interesante triangular el uso de las estrategias utilizadas junto con las EPAH para mejorar el instrumento de mapeo de posibles intervenciones y transformarlo en una herramienta de implementación de evidencias de fácil manejo y consulta para el ámbito hospitalario y comunitario.

El marco de intervenciones complejas propone en su fase IV la promoción de la implementación efectiva de la intervención, lo cual incluye el análisis de su aceptación, estabilidad, ampliación del grupo de sujetos y posibles efectos adversos (Campbell et al., 2000; Skivington et al., 2021). Este seguimiento se considera necesario debido a los continuos cambios en la demanda y provisión de servicios de salud que pueden afectar a los resultados y al impacto que los roles de EPAH puedan ejercer sobre la población y/o el sistema de salud. La presente tesis tuvo en cuenta esta fase de la implementación lo que genera una nueva línea de investigación futura. Este seguimiento permitirá obtener una visión global del desarrollo de roles de práctica avanzada y su nivel de relevancia dentro del nuevo sistema de atención sanitaria. Además, se podrán revisar cada uno de los pasos delineados a lo largo del algoritmo de implementación presentado para identificar aspectos concretos que deban ser modificados en función de los resultados de dicha evaluación.

Una vez evaluado en mayor profundidad el impacto del proyecto a través de diversos métodos, sería interesante implementar la figura de la Enfermera de Práctica Avanzada en distintos entornos clínicos y laborales. Se reconoce que un contexto favorable es crucial para el éxito de la implementación, sin embargo, sería necesario estudiar el efecto de la EPA en diferentes entornos y su impacto en la mejora de los resultados en el paciente. También resulta relevante analizar el efecto de la EPA en el posible cambio de percepción de estos entornos laborales y en su capacidad para acelerar ese cambio hacia entornos más propicios.

Asimismo, sería pertinente realizar un análisis económico de la aportación de la EPA en el sistema sanitario, con el fin de conocer su impacto en términos de coste-efectividad y determinar si su incorporación puede resultar rentable a largo plazo.

Capítulo 7

CONCLUSIONES

1. La incorporación de la EPAH a las unidades hospitalarias ha demostrado una clara mejora en la adopción de prácticas basadas en la evidencia, lo que se ha traducido en una mejoría de los indicadores clínicos del cuidado del paciente. Específicamente, se evidencia una mejora significativa de los indicadores clínicos relacionados con la prevención y tratamiento de las úlceras por presión y la inserción y mantenimiento de catéteres periféricos. En general, se ha observado una disminución en el número de eventos adversos experimentados por los pacientes.
2. El enfoque de este estudio en la aplicación de dos GPC ilustra los beneficios potenciales de la incorporación de EPAH en las unidades hospitalarias, en términos de implementación de evidencia y fomento de la adherencia a las GPC entre otros miembros del equipo de enfermería.
3. El instrumento PES-NWI ha permitido seleccionar unidades con entornos laborales bien valorados por las enfermeras clínicas, lo que ha facilitado el éxito de la intervención. Las unidades seleccionadas han sido propicias al cambio y han mostrado una buena disposición para adoptar prácticas basadas en la evidencia.
4. La percepción sobre la práctica clínica basada en la evidencia de las unidades intervención ha mejorado en su conjunto tras la incorporación de la EPAH, especialmente la percepción de “evaluación de resultados” pues es donde se han dirigido más intervenciones.
5. La percepción del entorno laboral y de la práctica clínica basada en la evidencia del grupo EPAH ha mejorado de forma estadísticamente significativa. Además, la diferencia de percepción entre profesionales que ejercen en diferentes categorías muestra una tendencia a valorar más favorablemente los ítems que miden los instrumentos PES-NWI y HS-EBP a medida que aumenta la responsabilidad dentro de la organización.
6. La capacitación específica previa impartida a las EPAH, junto con el seguimiento y la mentoría brindada por parte del equipo investigador, así como el aprendizaje experiencial de su trabajo como facilitadoras de PBE, han permitido el desarrollo competencial de las EPAH que las posiciona en un nivel avanzado de PBE y en competencias enfermeras avanzadas.

Esto se ha traducido en mejoras significativas en las puntuaciones obtenidas en los instrumentos HS-EBP e IECEPA en este grupo.

7. Los buenos resultados en los indicadores clínicos son el resultado de un proceso real de cambio de conductas de las enfermeras clínicas hacia prácticas basadas en la evidencia. Este cambio en la práctica clínica ha sido facilitado a través de una intervención estructurada y efectiva que ha implicado el uso de un conjunto de métodos y técnicas de cambio de comportamiento basados en la TCP y diferentes estrategias de implementación.
8. El marco i-PARIHS y la TCP son modelos teóricos de probada eficacia que han guiado la consecución exitosa de los objetivos planteados en esta tesis, enfatizando el papel de la facilitación de prácticas basadas en la evidencia que, en nuestro proyecto, ha sido asumido por la EPAH.

Capítulo 8

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abad-Corpa, E., Delgado-Hito, P., Cabrero-García, J., Meseguer-Liza, C., Zárata-Riscal, C. L., Carrillo-Alcaraz, A., ... Caravaca-Hernández, A. (2013). Implementing evidence in an onco-haematology nursing unit: a process of change using participatory action research. *International journal of evidence-based healthcare*, 11(1), 46-55. <https://doi.org/10.1111/1744-1609.12006>
- Ackerman, M. H., Norsen, L., Martin, B., Wiedrich, J., & Kitzman, H. (1996). Development of a model of advanced practice. *American Journal of Critical Care*, 5(1), 68-73. <https://doi.org/10.4037/ajcc1996.5.1.68>
- Aiken, L. H., Buchan, J., Ball, J., & Rafferty, A. M. (2008). Transformative impact of Magnet designation: England case study. *Journal of Clinical Nursing*, 17(24), 3330-3337. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02640.x>
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. A., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA : the journal of the American Medical Association*, 288(16), 1987-1993. <https://doi.org/10.1001/jama.288.16.1987>
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Brom, H. M., Todd, B. A., Barnes, H., Cimiotti, J. P., ... McHugh, M. D. (2021). Value of Nurse Practitioner Inpatient Hospital Staffing. *Medical Care*, 59(10), 857-863. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001628>
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., ... Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824-1830. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
- Ajzen, I. (1985). From Intentions to Actions: A Theory of Planned Behavior. En P. D. J. Kuhl & D. J. Beckmann (Eds.), *Action Control* (pp. 11-39). Springer Berlin Heidelberg.
- Ajzen, I. (1987). Attitudes, traits, and actions: Dispositional prediction of behavior in personality and social psychology. En L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 20, pp. 1-63). San Diego: CA: Academic Press.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Ajzen, I. (2011). The theory of planned behaviour: Reactions and reflections. *Psychology and Health*. <https://doi.org/10.1080/08870446.2011.613995>
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1973). Attitudinal and normative variables as predictors of specific behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 27(1), 41-57. <https://doi.org/10.1037/h0034440>

- Ajzen, I., & Madden, T. J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22(5), 453-474. [https://doi.org/10.1016/0022-1031\(86\)90045-4](https://doi.org/10.1016/0022-1031(86)90045-4)
- Al-Mallah, M. H., Farah, I., Al-Madani, W., Bdeir, B., Al Habib, S., Bigelow, M. L., ... Ferwana, M. (2016). The Impact of Nurse-Led Clinics on the Mortality and Morbidity of Patients with Cardiovascular Diseases: A Systematic Review and Meta-analysis. *The Journal of cardiovascular nursing*, 31(1), 89-95. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000224>
- Albarracín, D., Johnson, B. T., Fishbein, M., & Muellerleile, P. A. (2001). Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 127(1), 142-161. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.1.142>
- American Nurses Association (ANA). (2022). Advanced Practice Registered Nurses (APRN). Recuperado 7 de julio de 2022, de <https://www.nursingworld.org/practice-policy/aprn/>
- Bergström, A., Ehrenberg, A., Eldh, A. C., Graham, I. D., Gustafsson, K., Harvey, G., ... Wallin, L. (2020, diciembre 27). The use of the PARIHS framework in implementation research and practice - A citation analysis of the literature. *Implementation Science*. BioMed Central. <https://doi.org/10.1186/s13012-020-01003-0>
- Berthelsen, C., & Hølge-Hazelton, B. (2021). The Importance of Context and Organization Culture in the Understanding of Nurses' Barriers Against Research Utilization: A Systematic Review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. <https://doi.org/10.1111/wvn.12488>
- Bianchi, M., Bagnasco, A., Bressan, V., Barisone, M., Timmins, F., Rossi, S., ... Sasso, L. (2018). A review of the role of nurse leadership in promoting and sustaining evidence-based practice. *Journal of Nursing Management*, 26(8), 918-932. <https://doi.org/10.1111/jonm.12638>
- Birken, S. A., Clary, A., Tabriz, A. A., Turner, K., Meza, R., Zizzi, A., ... Charns, M. P. (2018). Middle managers' role in implementing evidence-based practices in healthcare: A systematic review. *Implementation Science*, 13(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0843-5>
- Birken, S. A., Lee, S. Y. D., & Weiner, B. J. (2012). Uncovering middle managers' role in healthcare innovation implementation Uncovering middle managers' role in healthcare innovation implementation Birken S Lee S Weiner B Implementation Science, (2012), 7(1). *Implementation Science*, 7(1), 1-12.
- Birken, S. A., Powell, B. J., Presseau, J., Kirk, M. A., Lorencatto, F., Gould, N. J., ... Damschroder, L. J. (2017). Combined use of the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) and the Theoretical Domains Framework (TDF): a systematic review. *Implementation Science*, 12(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0534-z>

- Birken, S. A., Powell, B. J., Shea, C. M., Haines, E. R., Alexis Kirk, M., Leeman, J., ... Presseau, J. (2017). Criteria for selecting implementation science theories and frameworks: Results from an international survey. *Implementation Science*, *12*(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0656-y>
- Birken, S. A., Rohweder, C. L., Powell, B. J., Shea, C. M., Scott, J., Leeman, J., ... Presseau, J. (2018). T-CaST: An implementation theory comparison and selection tool. *Implementation Science*, *13*(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0836-4>
- Blanco-Mavillard, I., de Pedro-Gómez, J. E., Rodríguez-Calero, M. Á., Bennasar-Veny, M., Parra-García, G., Fernández-Fernández, I., ... Castro-Sánchez, E. (2021). Multimodal Intervention for Preventing Peripheral Intravenous Catheter Failure in Adults (PREBACP Study): A Multicentre, Cluster-Randomised Controlled Trial in Spain. *SSRN Electronic Journal*, 637-647. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3824685>
- Blanco-Mavillard, I., Parra-García, G., Fernández-Fernández, I., Rodríguez-Calero, M. Á., Personat-Labrador, C., & Castro-Sánchez, E. (2020). Care of peripheral intravenous catheters in three hospitals in Spain: Mapping clinical outcomes and implementation of clinical practice guidelines. *PLOS ONE*, *15*(10), e0240086. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240086>
- Boulet, L.-P., Becker, A., Bowie, D., Hernandez, P., McIvor, A., & Rouleau, M. (2006). Implementing practice guidelines: A workshop on guidelines dissemination and implementation with a focus on asthma and COPD. *Canadian respiratory journal: journal of the Canadian Thoracic Society*, *13*(Suppl A), 5A.
- Brown, C. E., Ecoff, L., Kim, S. C., Wickline, M. a, Rose, B., Klimpel, K., & Glaser, D. (2010). Multi-institutional study of barriers to research utilisation and evidence-based practice among hospital nurses. *Journal of clinical nursing*, *19*(13-14), 1944-1951. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03184.x>
- Brown, C. E., Wickline, M. A., Ecoff, L., & Glaser, D. (2009). Nursing practice, knowledge, attitudes and perceived barriers to evidence-based practice at an academic medical center. *Journal of advanced nursing*, *65*(2), 371-381. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04878.x>
- Bryant-Lukosius, D., Valaitis, R., Martin-Misener, R., Donald, F., Peña, L. M., & Brousseau, L. (2017). Advanced Practice Nursing: A Strategy for Achieving Universal Health Coverage and Universal Access to Health. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *25*(0). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1677.2826>
- Buchan, J., & Calman, L. (2005). Skill-Mix and Policy Change in the Health Workforce: Nurses in Advanced Roles. *OECD Health Working Papers*, (17), 1-65.

- Calarco, M. M. (2011). The Impact of Positive Practices on Nurse Work Environments: Emerging Applications of Positive Organizational Scholarship. *Western Journal of Nursing Research*, 33(3), 365-384. <https://doi.org/10.1177/0193945910380211>
- Camargo, F. C., Iwamoto, H. H., Galvão, C. M., Aparecida, D., Monteiro, T., Borges Goulart, M., ... Garcia, A. (2017). MODELS FOR THE IMPLEMENTATION OF EVIDENCE-BASED PRACTICE IN HOSPITAL BASED NURSING: A NARRATIVE REVIEW. *Text & Context Nursing*, 26(4), 12. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002070017>
- Campbell, M., Fitzpatrick, R., Haines, A., Kinmonth, A. L., Sandercock, P., Spiegelhalter, D., & Tyrer, P. (2000). Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *British Medical Journal*, 321(7262), 694-696. <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7262.694>
- Canadian Nurses Association. (2018). *Evidence-informed Decision-making and Nursing Practice. Position statement.*
- Cane, J., O'Connor, D., & Michie, S. (2012). Validation of the theoretical framework for use in behaviour change and implementation research. *Implementation Science*, 7, 37.
- Carey, R. N., Connell, L. E., Johnston, M., Rothman, A. J., De Bruin, M., Kelly, M. P., & Michie, S. (2019). Behavior Change Techniques and Their Mechanisms of Action: A Synthesis of Links Described in Published Intervention Literature. *Annals of Behavioral Medicine*, 53(8), 693-707. <https://doi.org/10.1093/abm/kay078>
- Carlson, C. L., & Plonczynski, D. J. (2008). Has the BARRIERS Scale changed nursing practice? An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 63(4), 322-333. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04705.x>
- Carter, N., Dobbins, M., Ireland, S., Hoxby, H., Peachey, G., & DiCenso, A. (2013). Knowledge Gaps Regarding APN Roles: What Hospital Decision-Makers Tell Us. *Nursing Leadership*, 26(4), 60-75. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2013.23629>
- Case, R., Haynes, D., Holaday, B., & Parker, V. G. (2010). Evidence-Based Nursing. The Role of the Advanced Practice Registered Nurse in the Management of Heart Failure Patients in the Outpatient Setting. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 29(2), 57-62. <https://doi.org/10.1097/DCC.0b013e3181c92efb>
- Cassiani, S., Lopez Reyes, S., & Rosales, L. K. (2016). Fortaleciendo competencias a nivel curricular para facilitar la implementación de Enfermería de Práctica Avanzada en América Latina. *Enfermería Universitaria*, 13(4), 199-200. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.09.003>

- Cho, E., Chin, D. L., Kim, S., & Hong, O. (2016). The Relationships of Nurse Staffing Level and Work Environment With Patient Adverse Events. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(1), 74-82. <https://doi.org/10.1111/jnu.12183>
- Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group (EPOC). (2002). *Data collection checklist*.
- Colquhoun, H. L., Squires, J. E., Kolehmainen, N., Fraser, C., & Grimshaw, J. M. (2017). Methods for designing interventions to change healthcare professionals' behaviour: A systematic review. *Implementation Science*, 12(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0560-5>
- Colyer, H., & Kamath, P. (1999). Evidence-based practice. A philosophical and political analysis: some matters for consideration by professional practitioners. *Journal of Advanced Nursing*, 29(1), 188-193. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.00878.x>
- Consejo Internacional de Enfermeras. (2002). Definición y características de las funciones de la enfermera de atención directa/enfermería de práctica avanzada, 1-2.
- Consejo Internacional de Enfermeras. (2012). *Código deontológico del CIE para la profesión de Enfermería* (2012.^a ed.). Ginebra (Suiza).
- Consejo Internacional de Enfermeras. (2020). *Directrices de enfermería de práctica avanzada 2020*.
- Conselleria de Salut Illes Balears. (2015). *Plan de atención a las personas con enfermedades crónicas 2016-2021. El reto del sistema sanitario*.
- Conselleria de Salut Illes Balears. (2017a). *Atención al paciente crónico complejo y crónico avanzado*.
- Conselleria de Salut Illes Balears. (2017b). *La enfermera gestora de casos; garantía de coordinación y de continuidad asistencial*.
- Corallo, A. N., Croxford, R., Goodman, D. C., Bryan, E. L., Srivastava, D., & Stukel, T. A. (2014). A systematic review of medical practice variation in OECD countries. *Health Policy*, 114, 5-14. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.08.002>
- Côté, F., Gagnon, J., Houme, P. K., Abdeljelil, A. Ben, & Gagnon, M. P. (2012). Using the Theory of Planned Behaviour to predict nurses' intention to integrate research evidence into clinical decision-making. *Journal of Advanced Nursing*, 68(10), 2289-2298. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05922.x>
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., Petticrew, M., & Medical Research Council Guidance. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ (Clinical research ed.)*, 337, a1655.

<https://doi.org/10.1136/bmj.a1655>

- Davies, P., Walker, A. E., & Grimshaw, J. M. (2010). A systematic review of the use of theory in the design of guideline dissemination and implementation strategies and interpretation of the results of rigorous evaluations. *Implementation science*, 5(1), 14. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-14>
- De Pedro-Gómez, J. E., & Morales-Asencio, J. M. (2004). Las organizaciones ¿favorecen o dificultan una práctica enfermera basada en la evidencia? *Index de Enfermería [Index Enferm]*, 13(44-45), 44-45.
- De Pedro-Gómez, J. E., & Morales-Asencio, J. M. (2019). A critical analysis of advanced practice nursing and nursing specialties. *Enfermería Clínica*, 29(2), 138-141. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.08.006>
- De Pedro-Gómez, J. E., Morales-Asencio, J. M., Bennasar-Veny, M., Artigues Vives, G., Perelló-Campaner, C., & Gómez-Picard, P. (2012). Determining factors in evidence-based clinical practice among hospital and primary care nursing staff. *Journal of advanced nursing*, 68(2), 452-459. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05733.x>
- De Pedro-Gómez, J. E., Morales-Asencio, J. M., Sesé-Abad, A. J., Bennasar-Veny, M., Artigues Vives, G., Pericàs-Beltran, J., & de Pedro-Gómez, J. E. (2009). Validación y adaptación al español de la escala del entorno de práctica enfermera del Nursing Work Index. *Metas de enfermería*, 12(7), 65-75. <https://doi.org/10.1108/09600030910942403>
- De Pedro-Gómez, J. E., Morales-Asencio, J. M., Sesé-Abad, A. J., Bennasar-Veny, M., Pericàs-Beltran, J., & Miguélez-Chamorro, A. (2012). Psychometric testing of the Spanish version of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index in a primary healthcare context. *Journal of Advanced Nursing*, 68(1), 212-221. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05730.x>
- De Pedro-Gómez, J. E., Morales-Asencio, J. M., Sesé-Abad, A. J., Veny, M. B., Vives, G. A., & Campaner, C. P. (2011). Entorno de práctica de los profesionales de enfermería y competencia para la incorporación de la evidencia a las decisiones: situación en las Islas Baleares. *Gaceta Sanitaria*, 25(3), 191-197.
- Delamair, M.-L., & Lafortune, G. (2010). Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries. *OCDE, Health Working Papers*, (54).
- DiCenso, A., Guyatt, G. H., & Ciliska, D. (2014). *Evidence-based nursing: A guide to clinical practice*. (E. H. Sciences, Ed.), Elsevier Mosby (2007.^a ed., Vol. 16). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01705.x>

- DiCenso, A., Virani, T., Bajnok, I., Borycki, E., Davies, B., Graham, I. D., ... Scott, J. (2002). A toolkit to facilitate the implementation of clinical practice guidelines in healthcare settings. *Hospital quarterly*, 5(3), 55-60. <https://doi.org/10.12927/hcq..16515>
- Dijkstra, R., Wensing, M., Thomas, R. E., Akkermans, R., Braspenning, J., Grimshaw, J. M., & Grol, R. (2006). The relationship between organisational characteristics and the effects of clinical guidelines on medical performance in hospitals, a meta-analysis. *BMC Health Services Research*, 6, 53. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-53>
- Dogherty, E. J., Harrison, M. B., & Graham, I. D. (2010). Facilitation as a role and process in achieving evidence-based practice in nursing: a focused review of concept and meaning. *Worldviews on evidence-based nursing*, 7(2), 76-89. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2010.00186.x>
- Dogherty, E. J., Harrison, M. B., Graham, I. D., & Keeping-Burke, L. (2014). Examining the use of facilitation within guideline dissemination and implementation studies in nursing. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 12(2), 105-127. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000008>
- Donald, F., Kilpatrick, K., Reid, K., Carter, N., Martin-Misener, R., Bryant-Lukosius, D., ... DiCenso, A. (2014). A Systematic Review of the Cost-Effectiveness of Nurse Practitioners and Clinical Nurse Specialists: What Is the Quality of the Evidence? *Nursing Research and Practice*, 2014, 896587. <https://doi.org/10.1155/2014/896587>
- Donald, F., Martin-Misener, R., Carter, N., Donald, E. E., Kaasalainen, S., Wickson-Griffiths, A., ... DiCenso, A. (2013). A systematic review of the effectiveness of advanced practice nurses in long-term care. *Journal of advanced nursing*, 69(10), 2148-2161. <https://doi.org/10.1111/jan.12140>
- Doran, D. M., Haynes, R. B., Kushniruk, A., Straus, S. E., Grimshaw, J. M., Hall, L. M., ... Jedras, D. (2010). Supporting evidence-based practice for nurses through information technologies. *Worldviews on evidence-based nursing*, 7(1), 4-15. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2009.00179.x>
- Dowling, M., Beauchesne, M., Farrelly, F., & Murphy, K. (2013). Advanced practice nursing: A concept analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 19(2), 131-140. <https://doi.org/10.1111/ijn.12050>
- Durán García, M. C., & Lara Losada, M. C. (2001). Teorías de la Psicología Social. *Cuadernos hispanoamericanos de psicología*, 1(2), 23-44.

- Dutra, H. S., & Guirardello, E. de B. (2021). Nursing work environment and accreditation: Is there a relationship? *Journal of Nursing Management*, 29(7), 2183-2188.
<https://doi.org/10.1111/jonm.13371>
- E.A. Balas, & S.A. Boren. (2000). Managing Clinical Knowledge for Health Care Improvement. *Yearbook of Medical Informatics*, 65-70.
- Edwards, D. F. (1999). The Synergy Model: linking patient needs to nurse competencies. *Critical care nurse*, 19(1), 88. <https://doi.org/10.4037/ccn1999.19.1.88>
- Effective Practice and Organisation of Care (EPOC). (2015). EPOC Taxonomy.
<https://doi.org/10.5281/ZENODO.5105851>
- Effective Practice and Organisation of Care (EPOC). (2016). *The EPOC taxonomy of health systems interventions. EPOC Resources for review authors*. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.5105882>
- Elliott, N., Begley, C., Kleinpell, R., & Higgins, A. (2014). The development of leadership outcome-indicators evaluating the contribution of clinical specialists and advanced practitioners to health care: a secondary analysis. *Journal of advanced nursing*, 70(5), 1078-1093.
<https://doi.org/10.1111/jan.12262>
- Esmail, R., Hanson, H. M., Holroyd-Leduc, J., Brown, S., Strifler, L., Straus, S. E., ... Clement, F. M. (2020). A scoping review of full-spectrum knowledge translation theories, models, and frameworks. *Implementation science : IS*, 15(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s13012-020-0964-5>
- Estabrooks, C. A. (1998a). CJNR_Vol_30_Issue_01_Art_01.pdf. *Canadian Journal of Nursing Research*, 30, 15-36.
- Estabrooks, C. A. (1998b). Will evidence-based nursing practice make practice perfect? *The Canadian journal of nursing research = Revue canadienne de recherche en sciences infirmieres*, 30(1), 15-36.
- Estabrooks, C. A. (1999). The conceptual structure of research utilization. *Research in nursing & health*, 22(3), 203-216.
- Fencl, J. L., & Matthews, C. (2017). Translating Evidence Into Practice: How Advanced Practice RNs Can Guide Nurses in Challenging Established Practice to Arrive at Best Practice, 106(5), 378-392. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2017.09.002>
- Fenton, M. V, & Brykczynski, K. A. (1993). Qualitative distinctions and similarities in the practice of clinical nurse specialists and nurse practitioners. *Journal of professional nursing : official journal of the American Association of Colleges of Nursing*, 9(6), 313-326. [https://doi.org/10.1016/8755-7223\(93\)90006-x](https://doi.org/10.1016/8755-7223(93)90006-x)

- Fernández-Domínguez, J. C., de Pedro-Gómez, J. E., Morales-Asencio, J. M., Sastre-Fullana, P., & Sesé-Abad, A. J. (2017). Health Sciences-Evidence Based Practice questionnaire (HS-EBP) for measuring transprofessional evidence-based practice: Creation, development and psychometric validation. *Plos One*, *12*(5). <https://doi.org/10.1108/IJRDM-09-2015-0142>
- Fernández-Domínguez, J. C., Sesé-Abad, A. J., Morales-Asencio, J. M., Oliva-Pascual-Vaca, A., Salinas-Bueno, I., & de Pedro-Gómez, J. E. (2014). Validity and reliability of instruments aimed at measuring Evidence-Based Practice in Physical Therapy: a systematic review of the literature. *Journal of evaluation in clinical practice*. <https://doi.org/10.1111/jep.12180>
- Fernández-Domínguez, J. C., Sesé-Abad, A. J., Morales-Asencio, J. M., Sastre-Fullana, P., Pol-Castañeda, S., & De Pedro-Gómez, J. E. (2016). Content validity of a health science evidencebased practice questionnaire (HS-EBP) with a web-based modified Delphi approach. *International Journal for Quality in Health Care*, *28*(6), 764-773. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzw106>
- Fernández Salazar, S., Lafuente-Robles, N., Rodríguez Gómez, S., Casado-Mora, M. I., & Morales-Asencio, J. M. (2018). *Desarrollo Competencial de las enfermeras y enfermeros en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Estrategia de Cuidados de Andalucía*.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behaviour: An Introduction to Theory and Research*. Reading: Addison-Wesley.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. University of Massachusetts, University of Illinois: Instock.
- Font Cabrera, C., Guix Comellas, E. M., Fabrellas Padrés, N., & Juvé Udina, M. E. (2021). Práctica avanzada enfermera en los servicios de urgencias hospitalarias. *Revista Española de Enfermería*, *44*(11), 778-786.
- Foy, R., Francis, J. J., Johnston, M., Eccles, M. P., Lecouturier, J., Bamford, C., & Grimshaw, J. M. (2007). The development of a theory-based intervention to promote appropriate disclosure of a diagnosis of dementia. *BMC Health Services Research*, *7*(1), 207. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-207>
- Francis, J. J., Stockton, C., Eccles, M. P., Johnston, M., Cuthbertson, B. H., Grimshaw, J. M., ... Stanworth, S. J. (2009). Evidence-based selection of theories for designing behaviour change interventions: Using methods based on theoretical construct domains to understand clinicians' blood transfusion behaviour. *British Journal of Health Psychology*, *14*(4), 625-646. <https://doi.org/10.1348/135910708X397025>

- Friese, C. R., Lake, E. T., Aiken, L. H., Silber, J. H., & Sochalski, J. A. (2008). Hospital nurse practice environments and outcomes for surgical oncology patients. *Health services research, 43*(4), 1145-1163. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2007.00825.x>
- Gabbay, J., & Le May, A. (2011). *Practice-based evidence for healthcare: clinical mindlines*. Routledge.
- Gabbay, J., & Le May, A. (2016). Mindlines: Making sense of evidence in practice. *British Journal of General Practice, 66*(649), 402-403. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X686221>
- Galiana-Camacho, T., Gómez-Salgado, J., García-Iglesias, J. J., & Fernández-García, D. (2018). Advanced Practice Nursing in emergency care, a proposal for the change: Systematic review. *Revista española de salud pública, 92*.
- Gálvez Toro, A. (2005). Variaciones en la Práctica Médica: proyecto VPM-IRYSS. Recuperado 31 de enero de 2019, de <http://www.index-f.com/evidentia/n6/156articulo.php#1>.
- Gardner, G., Woollett, K., Daly, N., & Richardson, B. (2009). Measuring the effect of patient comfort rounds on practice environment and patient satisfaction: A pilot study. *International Journal of Nursing Practice, 15*(4), 287-293. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2009.01753.x>
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (2010). *La gestió de casos en la pràctica infermera. Secretaria d'Estratègia i Coordinació. Direcció Estratègica d'Infermeria*. Barcelona.
- Gerrish, K., McDonnell, A., Nolan, M., Guillaume, L., Kirshbaum, M., & Tod, A. (2011). The role of advanced practice nurses in knowledge brokering as a means of promoting evidence-based practice among clinical nurses. *Journal of advanced nursing, 67*(9), 2004-2014. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05642.x>
- Godin, G., Bélanger-Gravel, A., Eccles, M. P., & Grimshaw, J. M. (2008). Healthcare professionals' intentions and behaviours: A systematic review of studies based on social cognitive theories. *Implementation Science, 3*(1), 36. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-3-36>
- Godshall, M. (2009). *Fast Facts for Evidence-Based Practice: Implementing EBP in a Nutshell*.
- González-Torrente, S., Pericàs-Beltran, J., Bennasar-Veny, M., Adrover-Barceló, R., Morales-Asencio, J. M., & De Pedro-Gómez, J. E. (2012). Perception of evidence-based practice and the professional environment of primary health care nurses in the Spanish context: a cross-sectional study. *BMC health services research, 12*, 227. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-227>

- Graham, I. D., Kothari, A., McCutcheon, C., & Integrated Knowledge Translation Research Network project Leads. (2018). Moving knowledge into action for more effective practice, programmes and policy: Protocol for a research programme on integrated knowledge translation. *Implementation Science*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0700-y>
- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J. M., Caswell, W., & Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: time for a map? *The Journal of continuing education in the health professions*, 26(1), 13-24. <https://doi.org/10.1002/chp.47>
- Greenhalgh, T., Howick, J., Maskrey, N., Brasse, J., Burch, D., Burton, M., ... Spence, D. (2014). Evidence based medicine: A movement in crisis? *BMJ (Online)*, 348(June), g3725. <https://doi.org/10.1136/bmj.g3725>
- Grimshaw, J. M. (1999). Getting evidence into practice. *Effective health care*, 5(1), 1-16.
- Grimshaw, J. M., Eccles, M. P., Lavis, J. N., Hill, S. J., & Squires, J. E. (2012). Knowledge translation of research findings. *Implementation science : IS*, 7, 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-50>
- Grimshaw, J. M., Shirran, L., Thomas, R. E., Mowatt, G., Fraser, C., Bero, L., ... O'Brien, M. A. (2001). Changing provider behavior: An overview of systematic reviews of interventions. *Medical Care*, 39(8 SUPPL. 2), 44.
- Grimshaw, J. M., Thomas, R. E., Maclennan, G., Fraser, C., Ramsay, C. R., Vale, L., ... Donaldson, C. (2004). Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health technology assessment*, 8(6), 1-72.
- Grol, R. (2001). Successes and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice. *Medical care*, 39(8 Suppl 2), II46-II54.
- Grol, R., Bosch, M., Hulscher, M., Eccles, M. P., & Wensing, M. (2007). Planning and studying improvement in patient care: the use of theoretical perspectives. *Milbank Quarterly*, 85(1), 93-138. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2007.00478.x>
- Grol, R., & Grimshaw, J. M. (1999). Evidence-Based Implementation of Evidence-Based Medicine. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 25(10), 503-513. [https://doi.org/10.1016/S1070-3241\(16\)30464-3](https://doi.org/10.1016/S1070-3241(16)30464-3)
- Grol, R., & Grimshaw, J. M. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The Lancet*, 362(9391), 1225-1230. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14546-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14546-1)

- Gutiérrez-Rodríguez, L., García-Mayor, S., León-Campos, Á., Gómez-González, A. J., Pérez-Ardanaz, B., Rodríguez-Gómez, S., ... Morales-Asencio, J. M. (2022). Competency Gradients in Advanced Practice Nurses, Specialist Nurses, and Registered Nurses: A Multicentre Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(14), 8415. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148415>
- Gutiérrez-Rodríguez, L., García Mayor, S., Cuesta Lozano, D., Burgos-Fuentes, E., Rodríguez-Gómez, S., Sastre-Fullana, P., ... Morales-Asencio, J. M. (2019). Competencias de enfermeras especialistas y enfermeras de práctica avanzada. *Enfermería Clínica*, *29*(6), 328-335. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.10.001>
- Hall, L. M., Doran, D. M., & Pink, L. (2008). Outcomes of Interventions to Improve Hospital Nursing Work Environments. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, *38*(1), 40-46. <https://doi.org/10.1097/01.NNA.0000295631.72721.17>
- Hamilton, K. E., Jones, S. J., & Gardner, C. L. (2022). Factors affecting nurse practitioners' integration of evidence into practice. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, *34*(2), 275-283. <https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000615>
- Hamric, A. B. (1996). *Advanced nursing practice: An integrative approach*. (WB Saunders, Ed.) (1st ed.). Philadelphia.
- Hamric, A. B. (2005). A definition of advanced practice nursing. En *Advanced practice nursing: an integrative approach* (pp. 85-108).
- Hamric, A. B., Hanson, C. M., Tracy, M. F., & O'Grady, E. T. (2019). *Advanced practice nursing: an integrative approach*.
- Harvey, G., Gifford, W., Cummings, G. G., Kelly, J., Kislov, R., Kitson, A. L., ... Ehrenberg, A. (2019). Mobilising evidence to improve nursing practice: A qualitative study of leadership roles and processes in four countries. *International Journal of Nursing Studies*, *90*, 21-30. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.09.017>
- Harvey, G., Kelly, J., Kitson, A. L., Thornton, K., & Owen, V. (2020). Leadership for evidence-based practice—Enforcing or enabling implementation? *Collegian*, *27*(1), 57-62. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2019.04.004>
- Harvey, G., & Kitson, A. L. (2016). PARIHS revisited: From heuristic to integrated framework for the successful implementation of knowledge into practice. *Implementation Science*, *11*(1). <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0398-2>

- Harvey, G., Loftus-Hills, A., Rycroft-Malone, J., Titchen, A., Kitson, A. L., McCormack, B., ... Bsw, A. L. B. A. (2002). Getting evidence into practice: the role and function of facilitation. *Journal of advanced nursing*, 37(6), 577-588. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02126.x>
- Heale, R., & Rieck Buckley, C. (2015). An international perspective of advanced practice nursing regulation, 62(3), 421-429. <https://doi.org/10.1111/inr.12193>
- Helfrich, C. D., Damschroder, L. J., Hagedorn, H. J., Daggett, G. S., Sahay, A., Ritchie, M., ... Stetler, C. B. (2010). A critical synthesis of literature on the Promoting Action on Research Implementation in Health Services (PARiHS) framework. *Implementation science : IS*, 5, 109-135. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-82>
- Henry, S. L., Mohan, Y., Whittaker, J. L., Koster, M. A., Schottinger, J. E., & Kanter, M. H. (2019). E-SCOPE. A Strategic Approach to Identify and Accelerate Implementation of Evidence-based Best Practices. *Medical Care*, 57(Suppl 3), S239-S245. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001191>
- Holmes, B. J., Best, A., Davies, H., Hunter, D., Kelly, M. P., Marshall, M., & Rycroft-Malone, J. (2017). Mobilising knowledge in complex health systems: a call to action. *Evidence and Policy*, 13(3), 539-560. <https://doi.org/10.1332/174426416X14712553750311>
- Horrocks, S., Anderson, E., & Salisbury, C. (2002). Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ (Clinical research ed.)*, 324(7341), 819-823.
- Hrisos, S., Eccles, M. P., Johnston, M., Francis, J. J., Kaner, E. F. S., Steen, N., & Grimshaw, J. M. (2008). Developing the content of two behavioural interventions: Using theory-based interventions to promote GP management of upper respiratory tract infection without prescribing antibiotics #1. *BMC Health Services Research*, 8, 1-8. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-11>
- Hutchinson, M., East, L., Stasa, H., & Jackson, D. (2014). Deriving consensus on the characteristics of advanced practice nursing: meta-summary of more than 2 decades of research. *Nursing research*, 63(2), 116-128. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000021>
- Ingersoll, G. L. (2000). Evidence-based nursing: what it is and what it isn't. *Nursing outlook*, 48(4), 151-152. <https://doi.org/10.1067/mno.2000.107690>
- Institute of Medicine. (2003). *Health Professions Education*. Health Professions Education. National Academies Press (US). <https://doi.org/10.17226/10681>

International Council of Nurses. (2008). *The scope of practice, standards and competencies of the advanced practice nurse*. (G. : I. C. of Nurses, Ed.), *ICN Regulatory Series*.

International Council of Nurses. (2012). *Closing the gap: From evidence to action* (No. ISBN: 978-92-95094-75-8). Geneva, Switzerland.

International Council of Nurses. Mapping of Advanced Practice Nursing Competencies from Nineteen Respondent Countries against the Strong Model of Advanced Practice Nursing (2000) and the International Council of Nurses (2008) Advanced Practice Nursing Competencies Executive Summary (2019).

International Council of Nurses. (2020). *Guidelines on Advanced Nursing Practice*.

International Council of Nurses. (2022a). Definition and Characteristics of the Role.

International Council of Nurses. (2022b). ICN Nurse Practitioner / Advanced Practice Nurse Network. Recuperado de <http://www.icn-apnetwork.org>

Jean, E., Sevilla-Guerra, S., Contandriopoulos, D., Perroux, M., Kilpatrick, K., & Zabalegui, A. (2019). Context and implementation of advanced nursing practice in two countries: An exploratory qualitative comparative study. *Nursing Outlook*, 67, 365-380. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2019.02.002>

Jefatura del Estado - Gobierno de España. (2005). *BOE Núm. 108 - 7354 Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería* (No. 108).

Jefatura del Estado - Gobierno de España. (2018). *BOE Núm. 256 - 14474 Real Decreto 1302/2018, de 22 de octubre, por el que se modifica el Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano p.*

Jefferies, D., Johnson, M., Nicholls, D., & Lad, S. (2011). A ward-based writing coach program to improve the quality of nursing documentation. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.08.017>

Jiménez-García, J. F., Arboledas-Bellón, J., Ruiz-Fernández, C., Gutiérrez-García, M., Lafuente-Robles, N., & García-Fernández, F. P. (2019). The advanced practice nurse in the adequacy of chronic, complex wound care. *Enfermería clínica (English Edition)*, 29(2), 74-82. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.02.001>

Jin, Y.-H., Tan, L.-M., Khan, K. S., Deng, T., Huang, C., Han, F., ... Wang, X.-H. (2021). Determinants of successful guideline implementation: a national cross-sectional survey. *BMC medical informatics and decision making*, 21(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s12911-020-01382-w>

- Jones, M. L. (2005). Role development and effective practice in specialist and advanced practice roles in acute hospital settings: systematic review and meta-synthesis. *Journal of Advanced Nursing*, 49(2), 191-209. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03279.x>
- Jun, J., Kovner, C. T., & Stimpfel, A. W. (2016). Barriers and facilitators of nurses' use of clinical practice guidelines: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 54-68. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.03.006>
- Kajermo, K. N., Boström, A.-M., Thompson, D. S., Hutchinson, A. M., Estabrooks, C. A., Wallin, L., & Nilsson Kajermo, K. (2010). The BARRIERS scale -- the barriers to research utilization scale: A systematic review. *Implementation science : IS*, 5(1), 32. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-32>
- Kavanagh, T., Watt-Watson, J., & Stevens, B. (2007). An examination of the factors enabling the successful implementation of evidence-based acute pain practices into pediatric nursing. *Children's Health Care*, 36(3), 303-321. <https://doi.org/10.1080/02739610701377970>
- Keogh, S., Shelverton, C., Flynn, J., Mihala, G., Mathew, S., Davies, K. M., ... Rickard, C. M. (2020). Implementation and evaluation of short peripheral intravenous catheter flushing guidelines: a stepped wedge cluster randomised trial. *BMC Medicine*, 18(1), 252. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01728-1>
- Khoddam, H., Mehrdad, N., Peyrovi, H., Kitson, A. L., Schultz, T. J., & Athlin, A. M. (2014). Knowledge translation in health care: a concept analysis. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 28(98).
- Kilpatrick, K., Kaasalainen, S., Donald, F., Reid, K., Carter, N., Bryant-Lukosius, D., ... DiCenso, A. (2014). The effectiveness and cost-effectiveness of clinical nurse specialists in outpatient roles: a systematic review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 20(6), 1106-1123. <https://doi.org/10.1111/jep.12219>
- Kilpatrick, K., Reid, K., Carter, N., Donald, F., Bryant-Lukosius, D., Martin-Misener, R., ... DiCenso, A. (2015). A Systematic Review of the Cost-Effectiveness of Clinical Nurse Specialists and Nurse Practitioners in Inpatient Roles. *Nursing Leadership*, 28(3), 56-76. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2016.24456>
- Kim, K. J., Yoo, M. S., & Seo, E. J. (2018). Exploring the Influence of Nursing Work Environment and Patient Safety Culture on Missed Nursing Care in Korea. *Asian Nursing Research*, 12(2), 121-126. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2018.04.003>

- Kim, S. C., Brown, C. E., Ecoff, L., Davidson, J. E., Gallo, A.-M., Klimpel, K., & Wickline, M. A. (2013). Regional Evidence-Based Practice Fellowship Program. *Clinical Nursing Research*, 22(1), 51-69. <https://doi.org/10.1177/1054773812446063>
- Kitson, A. L. (1997). Using evidence to demonstrate the value of nursing. *Nursing Standard*, 11(28), 34-39. <https://doi.org/10.7748/ns.11.28.34.s47>
- Kitson, A. L., Harvey, G., Gifford, W., Hunter, S. C., Kelly, J., Cummings, G. G., ... Wilson, P. (2021). How nursing leaders promote evidence-based practice implementation at point-of-care: A four-country exploratory study. *Journal of Advanced Nursing*, jan.14773. <https://doi.org/10.1111/jan.14773>
- Kitson, A. L., Harvey, G., & McCormack, B. (1998). Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework. *Quality in Health Care*, 7(3), 149. <https://doi.org/10.1136/qshc.7.3.149>
- Klaic, M., McDermott, F., & Haines, T. (2019). Does the theory of planned behaviour explain allied health professionals' evidence-based practice behaviours? A focus group study. *Journal of Allied Health*, 48(1), E43-E51.
- Kok, G., Gottlieb, N. H., Peters, G.-J. Y., Mullen, P. D., Parcel, G. S., Ruiter, R. A. C., ... Bartholomew, L. K. (2016). A taxonomy of behaviour change methods: an Intervention Mapping approach. *Health Psychology Review*, 10(3), 297-312. <https://doi.org/10.1080/17437199.2015.1077155>
- Kortteisto, T., Kaila, M., Komulainen, J., Mäntyranta, T., & Rissanen, P. (2010). Healthcare professionals' intentions to use clinical guidelines: A survey using the theory of planned behaviour. *Implementation Science*, 5(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-51>
- Krakau, K., Andersson, H., Dahlin, Å. F., Egberg, L., Sterner, E., & Unbeck, M. (2021). Validation of nursing documentation regarding in-hospital falls: a cohort study. *BMC Nursing*, 20(1), 58. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00577-4>
- Labrague, L. J., Al Sabei, S., Al Rawajfah, O., AbuAlRub, R., & Burney, I. (2022). Interprofessional collaboration as a mediator in the relationship between nurse work environment, patient safety outcomes and job satisfaction among nurses. *Journal of Nursing Management*, 30(1), 268-278. <https://doi.org/10.1111/jonm.13491>
- Lafuente-Robles, N., Fernández-Salazar, S., Rodríguez-Gómez, S., Casado-Mora, M. I., Morales-Asencio, J. M., & Ramos-Morcillo, A. J. (2019). Desarrollo competencial de las enfermeras en el sistema sanitario público de Andalucía. *Enfermería Clínica*, 29(2), 83-89. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.12.013>

- Lake, E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Research in nursing & health*, 25(3), 176-188. <https://doi.org/10.1002/nur.10032>
- Lake, E. T. (2007). The nursing practice environment: measurement and evidence. *Medical care research and review : MCRR*, 64(2 Suppl), 104S-22S. <https://doi.org/10.1177/1077558707299253>
- Lake, E. T., Sanders, J., Duan, R., Riman, K. A., Schoenauer, K. M., & Chen, Y. (2019). A Meta-Analysis of the Associations Between the Nurse Work Environment in Hospitals and 4 Sets of Outcomes. *Medical Care*, 57(5), 353-361. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001109>
- Lamb, A., Martin-Misener, R., Bryant-Lukosius, D., & Latimer, M. (2018). Describing the leadership capabilities of advanced practice nurses using a qualitative descriptive study. *Nursing Open*, 5(3), 400-413. <https://doi.org/10.1002/nop2.150>
- Lasater, K. B., Sloane, D. M., McHugh, M. D., Cimiotti, J. P., Riman, K. A., Martin, B., ... Aiken, L. H. (2021). Evaluation of hospital nurse-to-patient staffing ratios and sepsis bundles on patient outcomes. *American Journal of Infection Control*, 49(7), 868-873. <https://doi.org/10.1016/J.AJIC.2020.12.002>
- Lasater, K. B., Sloane, D. M., McHugh, M. D., Porat-Dahlerbruch, J., & Aiken, L. H. (2021). Changes in proportion of bachelor's nurses associated with improvements in patient outcomes. *Research in Nursing & Health*, 44(5), 787-795. <https://doi.org/10.1002/nur.22163>
- Laurant, M. G. H., Reeves, D., Hermens, R., Braspenning, J., Grol, R., & Sibbald, B. (2005, abril 20). Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001271.pub2>
- Lee, S. E., & Scott, L. D. (2018). Hospital Nurses' Work Environment Characteristics and Patient Safety Outcomes: A Literature Review. *Western Journal of Nursing Research*, 40(1), 121-145. <https://doi.org/10.1177/0193945916666071>
- Lee, Y.-H., Yang, C.-C., & Chen, T.-T. (2015). Barriers to incident-reporting behavior among nursing staff: A study based on the theory of planned behavior. *Journal of Management & Organization*, 22(01), 1-18. <https://doi.org/10.1017/jmo.2015.8>
- Leeman, J., Baernholdt, M., & Sandelowski, M. (2007). Developing a theory-based taxonomy of methods for implementing change in practice. *Journal of Advanced Nursing*, 58(2), 191-200. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04207.x>

- Lindsay, M. R., & Lytle, K. (2022). Implementing Best Practices to Redesign Workflow and Optimize Nursing Documentation in the Electronic Health Record. *Applied Clinical Informatics*, 13(03), 711-719. <https://doi.org/10.1055/a-1868-6431>
- Llano, J. C. (2019). *La desigualdad en salud. Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en el Estado Español* (2019.^a ed.). (EAPN-ES, Ed.).
- Loveday, H. P., Wilson, J. A., Prieto, J., & Wilcox, M. H. (2016). epic3: revised recommendation for intravenous catheter and catheter site care. *Journal of Hospital Infection*, 92(4), 346-348. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2015.11.011>
- Lovink, M. H., Verbeek, F., Persoon, A., Huisman-de Waal, G., Smits, M., Laurant, M. G. H., & van Vught, A. J. (2022). Developing an Evidence-Based Nursing Culture in Nursing Homes: An Action Research Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1733. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031733>
- Mackey, A., & Bassendowski, S. (2017). The History of Evidence-Based Practice in Nursing Education and Practice. *Journal of Professional Nursing*, 33(1), 51-55. <https://doi.org/10.1016/J.PROFNURS.2016.05.009>
- Maier, C. B., Aiken, L. H., & Busse, R. (2017). *Nurses in advanced roles in primary care: policy levers for implementation* (No. 98). *OECD Health Working Papers*. Paris. <https://doi.org/10.1787/a8756593-en>
- Manzanares, I., Sevilla-Guerra, S., Peña-Ceballos, J., Carreño, M., Palanca, M., Lombraña, M., ... Zabalegui, A. (2021). The emerging role of the Advanced Practice Epilepsy nurse: a comparative study between two countries. *Journal of clinical nursing*. <https://doi.org/10.1111/jocn.15669>
- Mármol-López, M. I., Miguel Montoya, I., Montejano Lozoya, R., Escribano Pérez, A., Gea-Caballero, V., & Ruiz Hontangas, A. (2018). Impacto de las intervenciones enfermeras en la atención a la cronicidad en España. Revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*, 92.
- Marschall, J., Mermel, L. A., Fakhri, M., Hadaway, L., Kallen, A., O'Grady, N. P., ... Yokoe, D. S. (2014). Strategies to Prevent Central Line-Associated Bloodstream Infections in Acute Care Hospitals: 2014 Update. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 35(7), 753-771. <https://doi.org/10.1086/676533>
- Marsh, N., Larsen, E., Genzel, J., Mihala, G., Ullman, A. J., Kleidon, T., ... Rickard, C. M. (2018). A novel integrated dressing to secure peripheral intravenous catheters in an adult acute hospital: A pilot randomised controlled trial. *Trials*, 19(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2985-9>

- Martin-Misener, R., Harbman, P., Donald, F., Reid, K., Kilpatrick, K., Carter, N., ... DiCenso, A. (2015). Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialised ambulatory care: Systematic review. *BMJ Open*, 5(6). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007167>
- McArthur, C., Bai, Y., Hewston, P., Giangregorio, L., Straus, S. E., & Papaioannou, A. (2021). Barriers and facilitators to implementing evidence-based guidelines in long-term care: a qualitative evidence synthesis. *Implementation Science*, 16(1), 70. <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01140-0>
- McCambridge, J., Witton, J., & Elbourne, D. R. (2014). Systematic review of the Hawthorne effect: New concepts are needed to study research participation effects. *Journal of Clinical Epidemiology*, 67(3), 267-277. <https://doi.org/10.1016/J.JCLINEPI.2013.08.015>
- McCormack, B., Kitson, A. L., Harvey, G., Rycroft-Malone, J., Titchen, A., & Seers, K. (2002). Getting evidence into practice: the meaning of «context». *Journal of advanced nursing*, 38(1), 94-104. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02150.x>
- McDonnell, A., Goodwin, E., Kennedy, F., Hawley, K., Gerrish, K., & Smith, C. (2015). An evaluation of the implementation of Advanced Nurse Practitioner (ANP) roles in an acute hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, 71(4), 789-799. <https://doi.org/10.1111/jan.12558>
- McEachan, R. R. C., Conner, M., Taylor, N. J., & Lawton, R. J. (2011). Prospective prediction of health-related behaviours with the theory of planned behaviour: A meta-analysis. *Health Psychology Review*. <https://doi.org/10.1080/17437199.2010.521684>
- McHugh, M. D., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Windsor, C., Douglas, C., & Yates, P. (2021). Effects of nurse-to-patient ratio legislation on nurse staffing and patient mortality, readmissions, and length of stay: a prospective study in a panel of hospitals. *Lancet (London, England)*, 397(10288), 1905-1913. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00768-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00768-6)
- Medves, J., Godfrey, C., Turner, C., Paterson, M., Harrison, M. B., MacKenzie, L., & Durando, P. (2010). Systematic review of practice guideline dissemination and implementation strategies for healthcare teams and team-based practice. *International journal of evidence-based healthcare*, 8(2), 79-89. <https://doi.org/10.1111/j.1744-1609.2010.00166.x>
- Melnik, B. M. (2007). The Evidence-Based Practice Mentor: A Promising Strategy for Implementing and Sustaining EBP in Healthcare Systems. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4(3), 123-125. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2007.00094.x>

- Melnyk, B. M. (2014). Building cultures and environments that facilitate clinician behavior change to evidence-based practice: What works? *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(2), 79-80. <https://doi.org/10.1111/wvn.12032>
- Melnyk, B. M. (2016). Improving Healthcare Quality, Patient Outcomes, and Costs with Evidence-based Practice. *Reflections on Nursing Leadership*.
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2019). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice* (Fourth edi). Philadelphia : Wolters Kluwer, [2019].
- Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Gallagher-Ford, L., & Kaplan, L. (2012). The State of Evidence-Based Practice in US Nurses. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 42(9), 410-417. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3182664e0a>
- Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Giggelman, M., & Choy, K. (2017). A Test of the ARCC© Model Improves Implementation of Evidence-Based Practice, Healthcare Culture, and Patient Outcomes. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 14(1), 5-9. <https://doi.org/10.1111/wvn.12188>
- Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Stillwell, S. B., & Williamson, K. M. The Seven Steps of Evidence-Based Practice, 110 § (2010).
- Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Stone, P., & Ackerman, M. H. (2000). Evidence-based practice: the past, the present, and recommendations for the millennium. *Pediatric nursing*, 26(1), 77-80.
- Melnyk, B. M., Gallagher-Ford, L., Fineout-Overholt, E., & Sigma Theta Tau International. (2016). *Implementing the evidence-based practice (EBP) competencies in healthcare : a practical guide to improving quality, safety, and outcomes*.
- Melnyk, B. M., Gallagher-Ford, L., Long, L. E., & Fineout-Overholt, E. (2014). The Establishment of Evidence-Based Practice Competencies for Practicing Registered Nurses and Advanced Practice Nurses in Real-World Clinical Settings: Proficiencies to Improve Healthcare Quality, Reliability, Patient Outcomes, and Costs. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(1), 5-15. <https://doi.org/10.1111/wvn.12021>
- Meneu, R., Ortún, V., Peiró, S., & López Casanovas, G. (1998). Medicina basada en la evidencia: posibilidades y limitaciones. En López Casanovas G, dir. *La contratación de servicios sanitarios*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social (pp. 185-207).
- Mianda, S., & Voce, A. (2018). Developing and evaluating clinical leadership interventions for frontline healthcare providers: a review of the literature. *BMC Health Services Research*, 18(1), 747. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3561-4>

- Micevski, V., Korkola, L., Sarkissian, S., Mulcahy, V., Shobbbrook, C., Belford, L., & Kells, L. (2004). University Health Network framework for advanced nursing practice: development of a comprehensive conceptual framework describing the multidimensional contributions of advanced practice nurses. *Canadian journal of nursing leadership*, 17(3), 52-64. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2004.16231>
- Michie, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J. J., Hardeman, W., ... Wood, C. E. (2013). The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: Building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 46(1), 81-95. <https://doi.org/10.1007/s12160-013-9486-6>
- Michie, S., West, R., Sheals, K., Carey, R. N., & Connell, L. E. (2014). Integrating constructs across 83 theories of behaviour change: Development of a method. En *Symposium: Improving the application of theories of behavior change to the development of interventions. UK Society for Behavioural Medicine: 10th Annual Scientific Meeting: Patients, Populations and Policy Makers: behavioural medicine in practice*. Nottingham.
- Mick, D. J., & Ackerman, M. H. (2000). Advanced practice nursing role delineation in acute and critical care: application of the strong model of advanced practice. *Heart & lung : the journal of critical care*, 29(3), 210-221. <https://doi.org/10.1067/mhl.2000.106936>
- Miguélez-Chamorro, A., Casado-Mora, M. I., Company-Sancho, M. C., Balboa-Blanco, E., Font-Oliver, M. A., & Román-Medina Isabel, I. (2019). Advanced practice in case management: An essential element in the new complex chronicity care model. *Enfermería Clínica*, 29(2), 99-106. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.08.005>
- Ministerio de Sanidad. (2012). Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. *Ministerio De Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*, 1-75.
- Ministerio de Sanidad. (2019). *Reglamento interno de organización y funcionamiento del consejo nacional de especialidades en ciencias de la salud*.
- Montaño, D. E., & Kasprzyk, D. (2008). THEORY OF REASONED ACTION, THEORY OF PLANNED BEHAVIOR, AND THE INTEGRATED BEHAVIORAL MODEL. En *Health behavior and health education : theory, research, and practice* (4th ed., pp. 67-98). Jossey-Bass.
- Morales-Asencio, J. M. (2003). ¿Qué aporta el concepto de evidencia científica a la práctica clínica de los cuidados. *Index enferm*, 35-40.

- Morales-Asencio, J. M., Hueso Montoro, C., De Pedro-Gómez, J. E., & Bennasar-Veny, M. (2017). 1977-2017: La investigación enfermera en España tras 40 años en la Universidad. *Enfermería Clínica*, 27(5), 314-326. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.08.003>
- Morales-Asencio, J. M., & Morilla-Herrera, J. C. (2008). ¿Qué hace que las enfermeras utilicen resultados de investigación con sus pacientes? *Evidentia*, 5(19)(January 2017).
- Morilla-Herrera, J. C., Garcia-Mayor, S., Martín-Santos, F. J., Kaknani-Uttumchandani, S., Leon Campos, Á., Caro Bautista, J., & Morales-Asencio, J. M. (2016). A systematic review of the effectiveness and roles of advanced practice nursing in older people. *International journal of nursing studies*, 53, 290-307. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.10.010>
- Moullin, J. C., Dickson, K. S., Stadnick, N. A., Albers, B., Nilsen, P., Broder-Fingert, S., ... Aarons, G. A. (2020). Ten recommendations for using implementation frameworks in research and practice. *Implementation Science Communications*, 1(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s43058-020-00023-7>
- National Council of State Boards of Nursing. (2008). *Consensus Model for APRN Regulation: Licensure, Accreditation, Certification & Education (APRN Consensus Work Group & the National Council of State Boards of Nursing APRN Advisory Committee)*.
- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *The New England journal of medicine*, 346(22), 1715-1722. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa012247>
- Needleman, J., Buerhaus, P., Pankratz, V. S., Leibson, C. L., Stevens, S. R., & Harris, M. (2011). Nurse Staffing and Inpatient Hospital Mortality. *New England Journal of Medicine*, 364(11), 1037-1045. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa1001025>
- Needleman, J., Liu, J., Shang, J., Larson, E. L., & Stone, P. W. (2020). Association of registered nurse and nursing support staffing with inpatient hospital mortality. *BMJ quality & safety*, 29(1), 10-18. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2018-009219>
- Newhouse, R. P., Stanik-Hutt, J., White, K. M., Johantgen, M., Bass, E. B., Zangaro, G., ... Weiner, J. P. (2011). Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: A systematic review. *Nursing Economics*.
- Nguyen, Q. T., Yeh, M., Ngo, L. T. H., & Chen, C. (2023). Translating and Validating the Vietnamese Version of the Health Sciences Evidence-Based Practice Questionnaire. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(7), 5325. <https://doi.org/10.3390/ijerph20075325>

- Nilsen, P. (2015). Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation science: IS*, 10, 53. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0242-0>
- Nilsen, P. (2020). Overview of theories, models and frameworks in implementation science. En *Handbook on Implementation Science* (pp. 8-31). Edward Elgar Publishing. <https://doi.org/10.4337/9781788975995.00008>
- NP/APN Network. (2022). Frequently Asked Questions of the ICN International NP/APN Network / How many countries have NP/APN roles? Recuperado 11 de septiembre de 2022, de <https://international.aanp.org/home/faq>
- O'Brien, M. A., Weaver, C., Settergren, T., Hook, M. L., & Ivory, C. H. (2015). EHR Documentation - The Hype and the Hope for Improving Nursing Satisfaction and Quality Outcomes. *Nursing Administration Quarterly*, 39(4), 333-339. <https://doi.org/10.1097/NAQ.000000000000132>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Salud en las Américas+, edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país* (2017.^a ed.). Washington (DC).
- Overstreet, R. E., Cegielski, C. G., & Hall, D. J. (2013). Predictors of the intent to adopt preventive innovations: a meta-analysis. *Journal of Applied Social Psychology*, 43(5), 936-946. <https://doi.org/10.1111/jasp.12058>
- Paguio, J. T., Yu, D. S. F., & Su, J. J. (2020). Systematic review of interventions to improve nurses' work environments. *Journal of Advanced Nursing*, 76(10), 2471-2493. <https://doi.org/10.1111/jan.14462>
- Pancorbo-Hidalgo, P. L., García-Fernández, F. P., Pérez-López, C., & Soldevilla Agreda, J. J. (2019). Prevalencia de lesiones por presión y otras lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en población adulta en hospitales españoles: resultados del 5º Estudio Nacional de 2017. *Gerokomos*, 30(2), 76-86.
- Pancorbo-Hidalgo, P. L., García-Fernández, F. P., Torra i Bou, J.-E., Verdú Soriano, J., & Javier Soldevilla-Agreda, J. (2014). *Pressure ulcers epidemiology in Spain in 2013: results from the 4th National Prevalence Survey. ORIGINALES* (Vol. 162).
- Pereira, V. C., Silva, S. N., Carvalho, V. K. S., Zanghelini, F., & Barreto, J. O. M. (2022). Strategies for the implementation of clinical practice guidelines in public health: an overview of systematic reviews. *Health Research Policy and Systems*, 20(1), 13. <https://doi.org/10.1186/s12961-022-00815-4>

- Pericàs-Beltran, J., González-Torrente, S., De Pedro-Gómez, J. E., Morales-Asencio, J. M., & Bennasar-Veny, M. (2014). Perception of Spanish primary healthcare nurses about evidence-based clinical practice: A qualitative study. *International Nursing Review*, *61*(1), 90-98. <https://doi.org/10.1111/inr.12075>
- Poghosyan, L., & Maier, C. B. (2022). Advanced practice nurses globally: Responding to health challenges, improving outcomes. *International Journal of Nursing Studies*, *132*, 104262. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104262>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*.
- Powell, B. J., Beidas, R. S., Lewis, C. C., Aarons, G. A., McMillen, J. C., Proctor, E. K., & Mandell, D. S. (2017). Methods to Improve the Selection and Tailoring of Implementation Strategies. *The journal of behavioral health services & research*, *44*(2), 177-194. <https://doi.org/10.1007/s11414-015-9475-6>
- Powell, B. J., Fernandez, M. E., Williams, N. J., Aarons, G. A., Beidas, R. S., Lewis, C. C., ... Weiner, B. J. (2019). Enhancing the Impact of Implementation Strategies in Healthcare: A Research Agenda. *Frontiers in Public Health*, *7*, 3. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00003>
- Powell, B. J., Waltz, T. J., Chinman, M. J., Damschroder, L. J., Smith, J. L., Matthieu, M. M., ... Kirchner, J. E. (2015). A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implementation Science*, *10*(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0209-1>
- Prideaux, A. (2011). Issues in nursing documentation and record-keeping practice. *British Journal of Nursing*, *20*(22), 1450-1454. <https://doi.org/10.12968/bjon.2011.20.22.1450>
- Proctor, E. K., Powell, B. J., & McMillen, J. C. (2013). Implementation strategies: recommendations for specifying and reporting. *Implementation Science*, *8*(1), 139. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-139>
- Pronovost, P. J. (2013). Enhancing Physicians' Use of Clinical Guidelines. *JAMA*, *310*(23), 2501. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281334>
- Pronovost, P. J., Needham, D., Berenholtz, S., Sinopoli, D., Chu, H., Cosgrove, S., ... Goeschel, C. (2006). An Intervention to Decrease Catheter-Related Bloodstream Infections in the ICU. *New England Journal of Medicine*, *355*(26), 2725-2732. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa061115>
- Ramos-Morcillo, A. J., Fernández-Salazar, S., Ruzafa-Martínez, M., & Del-Pino-Casado, R. (2015). Effectiveness of a Brief, Basic Evidence-Based Practice Course for Clinical Nurses. *Worldviews on evidence-based nursing / Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing*,

12(4), 199-207. <https://doi.org/10.1111/wvn.12103>

- Ramos-Morcillo, A. J., Fernández-Salazar, S., Ruzafa-Martínez, M., & Del-Pino-Casado, R. (2015). Effectiveness of a Brief, Basic Evidence-Based Practice Course for Clinical Nurses. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 12(4), 199-207. <https://doi.org/10.1111/wvn.12103>
- Ramsay, C. R., Thomas, R. E., Croal, B. L., Grimshaw, J. M., & Eccles, M. P. (2010). Using the theory of planned behaviour as a process evaluation tool in randomised trials of knowledge translation strategies: A case study from UK primary care. *Implementation science : IS*, 5(1), 71. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-71>
- Rashidian, A., & Russell, I. (2011). Intentions and statins prescribing: Can the Theory of Planned Behaviour explain physician behaviour in following guideline recommendations? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(4), 749-757. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2011.01690.x>
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2008a). Care and maintenance to reduce vascular access complications.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2008b). Guía de buenas prácticas en enfermería. Cuidados y mantenimiento de los accesos vasculares para reducir las complicaciones. *Investen*, 1-102.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2012). *Herramienta de implantación de guías de buenas prácticas*. (Segunda Edición). Toronto, Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2014). *Promoting Evidence-Based Practice and Healthy Work Environments RNAO Vision backgrounder*.
- Rivera, J., Donohoe, E., Deady-Rooney, M., Douglas, M., & Samaniego, N. (2020). Implementing a Pressure Injury Prevention Bundle to Decrease Hospital-Acquired Pressure Injuries in an Adult Critical Care Unit: An Evidence-Based, Pilot Initiative. *Wound management & prevention*, 66(10), 20-28. <https://doi.org/doi:10.25270/wmp.2020.10.2229>
- Robert. A. Baron, & Donn Byrne. (2004). *Social Psychology* (10th editi). Pearson Education, Inc.
- Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. SINTESIS.
- Rolfe, G., Segrott, J., & Jordan, S. (2008). Tensions and contradictions in nurses' perspectives of evidence-based practice. *Journal of Nursing Management*, 16(4), 440-451. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00864.x>

- Rycroft-Malone, J., & Bucknall, T. (2010). *Models and frameworks for implementing evidence-based practice: linking evidence to action*. Wiley-Blackwell.
- Rycroft-Malone, J., Kitson, A. L., Harvey, G., McCormack, B., Seers, K., Titchen, A., & Estabrooks, C. A. (2002). Ingredients for change: revisiting a conceptual framework. *Quality & safety in health care, 11*(2), 174-180. <https://doi.org/10.1136/qhc.11.2.174>
- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Chandler, J., Hawkes, C. A., Crichton, N. J., Allen, C., ... Strunin, L. (2013). The role of evidence, context, and facilitation in an implementation trial: Implications for the development of the PARIHS framework. *Implementation Science, 8*(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-28>
- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Eldh, A. C., Cox, K., Crichton, N. J., Harvey, G., ... Wallin, L. (2018). A realist process evaluation within the Facilitating Implementation of Research Evidence (FIRE) cluster randomised controlled international trial: An exemplar. *Implementation Science, 13*(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0811-0>
- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A. L., & McCormack, B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of advanced nursing, 47*(1), 81-90. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03068.x>
- Ryder, M., Jacob, E., & Hendricks, J. (2019). An inductive qualitative approach to explore Nurse Practitioners views on leadership and research: An international perspective. *Journal of Clinical Nursing, 28*(13-14), jocn.14853. <https://doi.org/10.1111/jocn.14853>
- Sackett, D. L. (1997). Evidence-based medicine. *Seminars in Perinatology, 21*(1), 3-5. [https://doi.org/10.1016/S0146-0005\(97\)80013-4](https://doi.org/10.1016/S0146-0005(97)80013-4)
- Sackett, D. L., & Evidenced Based Medicine Working Group. (1992). Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA: the journal of the American Medical Association, 268*(17), 2420-2425.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British medical journal, 312*(7023), 71.
- Sadeghi-Bazargani, H., Tabrizi, J. S., & Azami-Aghdash, S. (2014). Barriers to evidence-based medicine: a systematic review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 20*(6), 793-802. <https://doi.org/10.1111/jep.12222>
- Saliba, P., Hornero, A., Cuervo, G., Grau, I., Jimenez, E., Berbel, D., ... Pujol, M. (2018). Interventions to decrease short-term peripheral venous catheter-related bloodstream infections: impact on incidence and mortality. *Journal of Hospital Infection, 100*(3), e178-e186. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2018.06.010>

- Sánchez-Martín, C. I. (2014). Cronicidad y complejidad: Nuevos roles en Enfermería. *Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico*. *Enfermería Clínica*, 24(1), 79-89.
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.12.007>
- Sansoni, J. (2016). Health outcomes: an overview from an Australian perspective. *Australian Health Services Research Institute*.
- Sapri, N. D., Ng, Y. T., Wu, V. X., & Klainin-Yobas, P. (2022). Effectiveness of educational interventions on evidence-based practice for nurses in clinical settings: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today*, 111, 105295.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105295>
- Sastre-Fullana, P., De Pedro-Gómez, J. E., Bennasar-Veny, M., Fernández-Domínguez, J. C., Sesé-Abad, A. J., & Morales-Asencio, J. M. (2015). Consenso sobre competencias para la enfermería de práctica avanzada en España. *Enfermería Clínica*, 25(5), 267-275.
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.06.007>
- Sastre-Fullana, P., De Pedro-Gómez, J. E., Bennasar-Veny, M., Serrano-Gallardo, P., & Morales-Asencio, J. M. (2014). Competency frameworks for advanced practice nursing: A literature review. *International Nursing Review*, 61(4), 534-542. <https://doi.org/10.1111/inr.12132>
- Sastre-Fullana, P., De Pedro-Gómez, J. E., Hernández Serra, R. M., Blanco-Mavillard, I., & Bennasar-Veny, M. (2017). Desarrollo competencial y clima organizacional para el desempeño de una práctica avanzada de los profesionales de Enfermería. *Metas de enfermería*, 20(4).
- Sastre-Fullana, P., De Pedro-Gómez, J. E., Morales-Asencio, J. M., Fernández-Domínguez, J. C., Sesé-Abad, A. J., & Bennasar-Veny, M. (2015). Advanced Practice Nursing Competency Assessment Inventory (APNCAI) Psychometric Validation. *Worldviews on Evidence-Based Nursing (en prensa)*.
- Sastre-Fullana, P., Morales-Asencio, J. M., Sesé-Abad, A. J., Bennasar-Veny, M., Fernández-Domínguez, J. C., & De Pedro-Gómez, J. E. (2017). Advanced Practice Nursing Competency Assessment Instrument (APNCAI): clinimetric validation. *BMJ Open*, 7(2), e013659.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013659>
- Schaefer, J. D., & Welton, J. M. (2018). Evidence based practice readiness: A concept analysis. *Journal of Nursing Management*, 26(6), 621-629. <https://doi.org/10.1111/jonm.12599>
- Schober, M. (2016). *Introduction to Advanced Nursing Practice. An International Focus* (Christophe). Paris, France: Springer Nature. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-32204-9>

- Schober, M. (2019). Development of advanced practice nursing (APN): the international context. *Enfermería Clínica (English Edition)*, 29(2), 63-66. <https://doi.org/10.1016/j.enfcle.2018.08.006>
- Schober, M., & Affara, F. A. (2006). *International Council of Nurses: advanced nursing practice*. Wiley-Blackwell.
- Schünemann, H. J., Fretheim, A., & Oxman, A. D. (2006). Improving the use of research evidence in guideline development. *Health Research Policy and Systems*, 4(1), 13. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-4-13>
- Schwenk, G., & Möser, G. (2009). Intention and behavior: a Bayesian meta-analysis with focus on the Ajzen–Fishbein Model in the field of environmental behavior. *Quality & Quantity*, 43(5), 743-755. <https://doi.org/10.1007/s11135-007-9162-7>
- Seers, K., Cox, K., Crichton, N. J., Edwards, R. T., Eldh, A. C., Estabrooks, C. A., ... Wallin, L. (2012). FIRE (facilitating implementation of research evidence): A study protocol. *Implementation Science*, 7(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-25>
- Seers, K., Rycroft-Malone, J., Cox, K., Crichton, N. J., Edwards, R. T., Eldh, A. C., ... Wallin, L. (2018). Facilitating Implementation of Research Evidence (FIRE): an international cluster randomised controlled trial to evaluate two models of facilitation informed by the Promoting Action on Research Implementation in Health Services (PARIHS) framework. *Implementation science : IS*, 13(1), 137. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0831-9>
- Serena, A., Dwyer, A., Peters, S., & Eicher, M. (2017). Feasibility of advanced practice nursing in lung cancer consultations during early treatment: A phase II study. *European Journal of Oncology Nursing*, 29, 106-114. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.05.007>
- Servicio Andaluz de Salud. (2018). Estrategia de Cuidados de Andalucía - Servicio Andaluz de Salud. Recuperado 7 de septiembre de 2022, de <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/el-sas/planes-marco-y-estrategias/estrategia-de-cuidados-de-andalucia>
- Servicio de Salud de las Islas Baleares (IB-Salut). (2018). *Prevención y tratamiento de las úlceras por presión* (Consejería). Spain.
- Servicio de Salud de las Islas Baleares (IB-Salut). (2022). *Instrucción 9/2022, de 27 de julio, del Director General del Servicio de Salud de las Islas Baleares, por la que se establece la puesta en marcha de la estrategia de cuidados en la red pública de salud de las Islas Baleares*. Palma de Mallorca.
- Servicio Vasco de Salud. (2012). Proyecto estratégico 8: Competencias avanzadas de enfermería. Recuperado 7 de septiembre de 2022, de https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publi/adjuntos/enf

ermeria/ProyectosPilotos.pdf

- Sevilla-Guerra, S., Miranda Salmerón, J., & Zabalegui, A. (2018). Profile of advanced nursing practice in Spain: A cross-sectional study. *Nursing and Health Sciences*, 20(1), 99-106. <https://doi.org/10.1111/nhs.12391>
- Sevilla-Guerra, S., Zabalegui, A., Comellas-Oliva, M., Estrem Cuesta, M., Martín-Baranera, M., & Ferrús Estopà, L. (2021). Advanced practice nurses: Analysis of their role from a multicentre cross-sectional study. *International Nursing Review*, (February). <https://doi.org/10.1111/inr.12706>
- Shoobridge, J., Schultz, T., Harvey, G., & Kirby, N. (2021). Using an implementation science approach to build leader facilitation capability in healthcare: a novel approach for enhancing action learning set facilitation. *Journal of Health Organization and Management*, 35(7), 846-867. <https://doi.org/10.1108/JHOM-12-2020-0510>
- Shorten, A., & Wallace, M. (1997). Evidence-Based Practice. When Quality Counts. *Australian Nursing Journal*, 4(11), 24-26.
- Skela-Savič, B., Hvalič-Touzery, S., & Pesjak, K. (2017). Professional values and competencies as explanatory factors for the use of evidence-based practice in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 73(8), 1910-1923. <https://doi.org/10.1111/jan.13280>
- Skivington, K., Matthews, L., Simpson, S. A., Craig, P., Baird, J., Blazeby, J. M., ... Moore, L. (2021). A new framework for developing and evaluating complex interventions: Update of Medical Research Council guidance. *The BMJ*, 374. <https://doi.org/10.1136/bmj.n2061>
- Spiva, L., Hart, P. L., Patrick, S., Waggoner, J., Jackson, C., & Threatt, J. L. (2017). Effectiveness of an Evidence-Based Practice Nurse Mentor Training Program. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 14(3), 183-191. <https://doi.org/10.1111/wvn.12219>
- Squires, J. E., Estabrooks, C. A., Gustavsson, J. P., & Wallin, L. (2011). Individual determinants of research utilization by nurses: a systematic review update. *Implementation Science*, 6(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-1>
- Stanley, D., & Stanley, K. (2018). Clinical leadership and nursing explored: A literature search. *Journal of Clinical Nursing*, 27(9-10), 1730-1743. <https://doi.org/10.1111/jocn.14145>
- Steinmetz, H., Knappstein, M., Ajzen, I., Schmidt, P., & Kabst, R. (2016). How effective are behavior change interventions based on the theory of planned behavior?: A three-level meta analysis. *Zeitschrift für Psychologie / Journal of Psychology*. <https://doi.org/10.1027/2151-2604/a000255>

- Stetler, C. B., Damschroder, L. J., Helfrich, C. D., & Hagedorn, H. J. (2011). A Guide for applying a revised version of the PARIHS framework for implementation. *Implementation science : IS*, 6(1), 99. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-99>
- Stetler, C. B., Ritchie, J. A., Rycroft-Malone, J., & Charns, M. P. (2014). Leadership for Evidence-Based Practice: Strategic and Functional Behaviors for Institutionalizing EBP. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(4), 219-226. <https://doi.org/10.1111/wvn.12044>
- Stetler, C. B., Ritchie, J., Rycroft-Malone, J., Schultz, A., & Charns, M. P. (2007). Improving quality of care through routine, successful implementation of evidence-based practice at the bedside: an organizational case study protocol using the Pettigrew and Whipp model of strategic change. *Implementation science : IS*, 2, 3. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-2-3>
- Stevens, K. R. (2013). The Impact of Evidence-Based Practice in Nursing and the Next Big Ideas. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 18(2). <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol18No02Man04>
- Stokke, K., Olsen, N. R., Espehaug, B., & Nortvedt, M. W. (2014). Evidence based practice beliefs and implementation among nurses: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6955-13-8>
- Straus, S. E., Tetroe, J. M., & Graham, I. D. (2013). *Knowledge translation in health care : moving from evidence to practice*. John Wiley & Sons.
- Tappen, R. M. (2022). *Advanced nursing research: from theory to practice*. (J. & B. Learning, Ed.) (Third edit). Florida.
- Thompson, C., McCaughan, D., Cullum, N., Sheldon, T. A., Thompson, D., & Mulhall, A. (2001). *Nurses' Use of Research Information in Clinical Decision making: A Descriptive and Analytical Study, Final Report*. London: NCC/SDO: University of York, York.
- Thompson, D. S., Estabrooks, C. A., Scott-Findlay, S. D., Moore, K., & Wallin, L. (2007). Interventions aimed at increasing research use in nursing: a systematic review. *Implementation science : IS*, 2(1), 15. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-2-15>
- Tyson, M., Covey, J., & Rosenthal, H. E. S. (2014). Theory of planned behavior interventions for reducing heterosexual risk behaviors: A meta-analysis. *Health Psychology*, 33(12), 1454-1467. <https://doi.org/10.1037/hea0000047>
- Ullman, A. J., Kleidon, T., & Rickard, C. M. (2015). The role of the vascular access nurse practitioner in developing evidence, promoting evidence-based vascular access practice and improving health services. *Vascular Access*, 1(1), 10-20.

- Unal, A., & Teskereci, G. (2021). Mapping the evidence-based practice research field in nursing from 1995 to 2021: A bibliometric analysis. *International Journal of Nursing Knowledge*. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12347>
- Vaajoki, A., Kvist, T., Kulmala, M., & Tervo-Heikkinen, T. (2023). Systematic education has a positive impact on nurses' evidence-based practice: Intervention study results. *Nurse Education Today*, *120*, 105597. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105597>
- van der Goot, W. E., Keers, J. C., Kuipers, R., Nieweg, R. M. B., & de Groot, M. (2018). The effect of a multifaceted evidence-based practice programme for nurses on knowledge, skills, attitudes, and perceived barriers: A cohort study. *Nurse Education Today*, *63*, 6-11. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.01.008>
- Vandervelde, S., Vlaeyen, E., de Casterlé, B. D., Flamaing, J., Valy, S., Meurrens, J., ... Milisen, K. (2023). Strategies to implement multifactorial falls prevention interventions in community-dwelling older persons: a systematic review. *Implementation Science*, *18*(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s13012-022-01257-w>
- Wakibi, S., Ferguson, L., Berry, L., Leidl, D., & Belton, S. (2021). Teaching evidence-based nursing practice: A systematic review and convergent qualitative synthesis. *Journal of Professional Nursing*, *37*(1), 135-148. <https://doi.org/10.1016/J.PROFNURS.2020.06.005>
- Waltz, T. J., Powell, B. J., Fernández, M. E., Abadie, B., & Damschroder, L. J. (2019). Choosing implementation strategies to address contextual barriers: diversity in recommendations and future directions. *Implementation Science*, *14*(1), 42. <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0892-4>
- Webster, J., Osborne, S., Rickard, C. M., & Marsh, N. (2019). Clinically-indicated replacement versus routine replacement of peripheral venous catheters. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2019*(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007798.pub5>
- Wei, H., Sewell, K. A., Woody, G., & Rose, M. A. (2018). The state of the science of nurse work environments in the United States: A systematic review. *International Journal of Nursing Sciences*, *5*(3), 287-300. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.04.010>
- Weigel, F. K., Hazen, B. T., Cegielski, C. G., & Hall, D. J. (2014). Diffusion of Innovations and the Theory of Planned Behavior in Information Systems Research: A Metaanalysis. *Communications of the Association for Information Systems*, *34*. <https://doi.org/10.17705/1CAIS.03431>
- Wennberg, J. E. (1984). Dealing with medical practice variations: a proposal for action. *Health Affairs*, *3*(2), 33-37.

- Westendorf, J. J. (2007). Magnet recognition program. *Plastic Surgical Nursing*.
<https://doi.org/10.1097/01.PSN.0000278241.00533.ea>
- Westert, G. P., Groenewoud, S., Wennberg, J. E., Gerard, C., Dasilva, P., Atsma, F., & Goodman, D. C. (2018). Medical practice variation: Public reporting a first necessary step to spark change. *International Journal for Quality in Health Care*, *30*(9), 731-735.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy092>
- WHO- World Health Organization. (2020). *Quality health services*.
- Williams, B., Perillo, S., & Brown, T. (2015). What are the factors of organisational culture in health care settings that act as barriers to the implementation of evidence-based practice? A scoping review. *Nurse Education Today*, *35*(2), e34-e41.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.11.012>
- Wong, C. A., Cummings, G. G., & Ducharme, L. (2013). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review update. *Journal of Nursing Management*, *21*(5), 709-724. <https://doi.org/10.1111/jonm.12116>
- Woo, B. F. Y., Lee, J. X. Y., & Tam, W. W. S. (2017). The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings: a systematic review. *Human Resources for Health*, *15*(1), 63.
<https://doi.org/10.1186/s12960-017-0237-9>
- Zadvinskis, I. M. (2008). Increasing Knowledge Level of Evidence-Based Nursing Through Self-Directed Learning. *Journal for Nurses in Staff Development (JNSD)*, *24*(4), E13-E19.
<https://doi.org/10.1097/01.NND.0000320659.18297.f0>

ANEXOS

Anexo 1. Descripción de las guías de práctica clínica

GPC “Prevención y tratamiento de las úlceras por presión” (Servicio de Salud de las Islas Baleares (IB-Salut), 2018).

La actualización de la GPC de UPP se publicó el mismo año de inicio del proyecto EPAH y empezó a distribuirse y a difundirse activamente por todos los centros de las Islas Baleares rápidamente. Las UPP son complicaciones frecuentes que experimentan los pacientes y que, desde el punto de vista de la seguridad clínica, forman parte del grupo de efectos adversos relacionados con la atención sanitaria. La prevalencia de UPP en España se vio aumentada según el cuarto Estudio Nacional de Prevalencia de UPP realizado en 2013 por el Grupo Nacional para el Estudio y el Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (Pancorbo-Hidalgo, García-Fernández, Torra i Bou, Verdú Soriano, & Javier Soldevilla-Agreda, 2014). Según este mismo estudio, la mayoría de las lesiones, un 65%, son de origen nosocomial, originadas durante el ingreso en hospitales o en centros socio sanitarios. La prevención y el tratamiento de UPP depende directamente del cuidado enfermero. La disposición de una nueva guía de UPP se convirtió en una oportunidad para poder medir los diferentes grados en que se implementaba en las distintas unidades y poder valorar así la contribución enfermera.

GPC “Cuidados y mantenimiento de los accesos vasculares para reducir las complicaciones” (Registered Nurses’ Association of Ontario, 2008b).

La GPC de AVP empezó a utilizarse en los diferentes hospitales de las Islas Baleares al adherirse al programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (o BPSO por sus siglas en inglés) de la RNAO. Los AVP son los sistemas más utilizados para terapia intravenosa en el ámbito de la hospitalización y una terapia de infusión segura depende exclusivamente de las enfermeras, tanto la colocación del dispositivo periférico como su cuidado y mantenimiento. Un mal uso de estos dispositivos puede provocar desde molestias leves hasta problemas más serios como bacteriemias asociadas al catéter periférico. La GPC de accesos vasculares de la RNAO (2008b) era la guía que tenían disponible todas las unidades de hospitalización de los hospitales seleccionados, por lo que su elección aseguró que todas las unidades se encontraban en las mismas condiciones al inicio del proyecto.

Anexo 2. Resolució de la sol·licitud de acreditació per al curs de formació EPAH

	<p>GOVERN DE LES ILLES BALEARS Consejeria de Salut- Of. C/ Jesus L18S22674/2019 05/06/2019 08:36:14</p>	
<p>G CONSELLERIA O SALUT I DIRECCIÓ GENERAL B ACREDITACIÓ, DOCÈNCIA / I RECERCA SALUT</p>	<p>Comissió de Formació Continuada de les Professions Sanitàries de les Illes</p>	
<p>Exp.: 04-0013-05/0443-A Document: resolució Emissor: MF/NM/jb</p>	<p>Sr. Carlos Javier Villafáfila Gomila Servei de Salut de les Illes Balears (Ib-Salut) C/ de la Reina Esclaramunda, 9 07003 Palma Illes Balears</p>	
<p>Resolució de la directora general d'Acreditació, Docència i Recerca en Salut d'acreditació d'activitats de formació continuada dels professionals sanitaris</p>		
<p>Fets</p>		
<ol style="list-style-type: none"> 1. El 15 de gener de 2019 el Sr. Carlos Javier Villafáfila Gomila, en nom de l'entitat Servei de Salut de les Illes Balears (Ib-Salut), amb CIF Q0719003F, va sol·licitar l'acreditació de l'activitat "Adquisició de competències per a la pràctica avançada en enfermeria" que va tenir lloc a les Illes Balears del 15/04/2019 al 10/07/2019. 2. Els avaluadors assignats per valorar aquesta activitat n'han emès informe favorable, assignant-li 11.2 crèdits, per la qual cosa la Secretaria Tècnica ha proposat la seva acreditació a la Comissió. 3. La Comissió de Formació Continuada de les Professions Sanitàries de les Illes Balears ha emès dictamen favorable a l'acreditació de l'activitat esmentada. 		
<p>Fonaments de dret</p>		
<ol style="list-style-type: none"> 1. L'article 30.48 de l'Estatut d'Autonomia de les Illes Balears, aprovat per Llei orgànica 2/1983, de 25 de febrer i modificat per la Llei orgànica 1/2007, de 28 de febrer, atribueix a la Comunitat Autònoma la competència exclusiva en matèria d'organització, funcionament i control dels centres sanitaris públics i dels serveis de salut. 2. El Decret 24/2015, de 7 d'agost, de la presidenta de les Illes Balears, pel qual s'estableixen les competències i l'estructura orgànica bàsica de les conselleries de l'Administració de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears, a l'article 6 determina que la Conselleria de Salut, mitjançant la Direcció General d'Acreditació, Docència i Recerca en Salut exerceix, entre d'altres, les 		
<p>C/ de Jesús, 38A 07010 Palma Tel.: 971 17 73 83 Fax: 971 17 95 52 Web: http://formaciosalut.caib.es</p>		



G CONSELLERIA
O SALUT
I DIRECCIÓ GENERAL
B ACREDITACIÓ, DOCÈNCIA
I RECERCA SALUT



Comissió de Formació Continuada
de les Professions Sanitàries de les Illes

competències relatives a polítiques de formació, d'investigació i d'informació sanitàries.

- El Decret 29/2018, de 14 de setembre, pel qual es regulen la Comissió de Formació Continuada de les Professions Sanitàries de les Illes Balears, el procediment d'acreditació i les activitats de col·laboració i avaluació que duen a terme experts avaluadors, així com les indemnitzacions que se'n deriven

Per tot això, dict la següent

Resolució

- Acreditat l'activitat "Adquisició de competencies para la práctica avanzada en enfermería", que durà a terme l'entitat Servei de Salut de les Illes Balears (Ib-Salut) a les Illes Balears, del 15/04/2019 al 10/07/2019 amb **11.2** crèdits.
- Autoritzar aquesta entitat a utilitzar el logotip de la Comissió de Formació Continuada de les Professions Sanitàries de les Illes Balears per a la publicitat de l'activitat.
- Notificar aquesta resolució a la persona interessada.

Interposició de recursos

Contra aquesta resolució –que no exhaureix la via administrativa– la persona interessada podrà interposar recurs d'alçada davant la consellera de Salut, en el termini d'un mes comptador des de l'endemà a la recepció del present document, d'acord amb els articles 114.1 i 115 de la Llei 30/1992, de 26 de novembre, de règim jurídic de les administracions públiques i del procediment administratiu comú i l'article 58 de la Llei 3/2003, de 26 de març, de règim jurídic de l'Administració de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears.

Palma de Mallorca, 28 de maig de 2019

La directora general d'Acreditació, Docència i Recerca en Salut

Margalida Frontera Borrueco

Anexo 3. Contenido de la formación de las EPAH

“Curso de adquisición de competencias para la práctica avanzada en enfermería”

1. OBJETIVOS

Objetivo general:

Mejorar las competencias profesionales para el desarrollo de roles de práctica avanzada en enfermería en el ámbito clínico.

Objetivos específicos:

- Conceptualizar los fundamentos de la enfermería de práctica avanzada.
- Conocer las teorías y modelos de transferencia de implementación del conocimiento.
- Distinguir las habilidades para la recogida de datos en el proceso de atención de enfermería.
- Operativizar la investigación relacionada con la práctica clínica basada en la evidencia.
- Justificar las bases del liderazgo clínico y profesional.
- Determinar los elementos del rol autónomo enfermero.
- Describir las habilidades necesarias para el manejo de las relaciones interprofesionales y la mentoría.
- Identificar los principios de la gestión de la calidad como componente del proceso de atención enfermero.
- Aplicar la gestión de cuidados como elemento del proceso de atención enfermero.
- Definir la enseñanza y la educación profesional como herramienta para el proceso de atención enfermero.
- Identificar las habilidades para el uso de la promoción de la salud.

Lugar de realización del curso: ver para cada sesión. Se irá rotando, utilizando aulas de los distintos hospitales donde se lleva a cabo el proyecto (HMAN, HCIN y HUSE) así como aulas de la Universitat de les Illes Balears.

2. CONTENIDOS DEL CURSO

1. “Curso de adquisición de competencias para la práctica avanzada en enfermería. Fundamentos”

Fecha y hora impartición: 6 de marzo 9 a 13h

Lugar: aula Pere Catany en el Hospital Psiquiàtric

Duración en horas: 4 + 4 de trabajo autónomo

Docente y calificación: todos los participantes del proyecto. Moderan Miguel Ángel Rodríguez (Coordinador de Investigación en Cuidados, Servicio de Salud de las Islas Baleares) y Sandra Pol Castañeda (Profesora de la Universitat de les Illes Balears).

El Sr. Miguel Ángel Rodríguez es enfermero referente en investigación del Hospital de Manacor, profesor asociado en distintas asignaturas en la Universidad de las Islas Baleares. Amplia experiencia asistencial, principalmente en servicios de vigilancia intensiva y hemodiálisis. Ha participado como investigador en varios proyectos financiados a nivel nacional y autonómico. Ha obtenido 2 premios nacionales de investigación en el campo de la enfermería nefrológica y 2 premios en certámenes autonómicos de investigación. Responsable del proyecto de investigación del que forma parte la presente actividad formativa.

La Sra Sandra Pol Castañeda es enfermera, Doctoranda en Investigación Traslacional en Salud Pública y Enfermedades de alta prevalencia por la Universidad de las Islas Baleares. Amplia experiencia clínica en enfermería geriátrica, cuidados especiales y paliativos en diferentes servicios de salud, ámbito de Atención Primaria y SUAP. Ha sido responsable de la unidad de Hospital de día Geriátrico del Hospital Sant Joan de Déu. Actualmente trabaja como PDI en la UIB, forma parte del grupo de investigación CurEs- Idisba, investigando en

el campo de la Práctica Clínica Basada en la Evidencia y Práctica Avanzada en Enfermería. Responsable del proyecto de investigación del que forma parte la presente actividad formativa.

La Sra. Estrella Mesa Garrido es Enfermera de Práctica Avanzada en el Pius Hospital de Valls en Cataluña. Es responsable de enfermería del centro socio sanitario. Enfermera referente en heridas crónicas del Pius Hospital de Valls.

Contenido:

- Presentación del Proyecto EPAH (objetivos, equipo investigador, desarrollo y cronograma del proyecto).
- Concepto de la Enfermería de Práctica Avanzada.
- Introducción a las teorías y modelos de transferencia del conocimiento.
- Estado de la Enfermería de Práctica Avanzada a nivel internacional y nacional.
- Presentación de un vídeo con la experiencia de una EPA de Cataluña.
- Estado de la Enfermería de Práctica Avanzada en las Illes Balears.

2. “Curso de adquisición de competencias para la práctica avanzada en enfermería. Formación instrumental”

Fecha impartición: 7 y 22 de marzo de 9h a 13h

Lugar: Hospital de Inca (7 de marzo), Hospital Universitari Son Espases (22 de marzo)

Duración en horas: 4 + 4 de trabajo autónomo

Docente y calificación: Dra. Concepción Zaforteza (*Directora de enfermería del Hospital de Inca*), Sr. Ian Blanco (*Comisión de investigación en enfermería del Hospital Manacor*), Sra. Silvia García (*Enfermera Gestora de Casos del Hospital Universitari Son Espases*)

La Dra Concepción Zaforteza es enfermera, actualmente Directora de enfermería del Hospital de Inca. Profesora en la Facultat y Departament d’Infermeria i Fisioteràpia (Universitat de les Illes Balears) desde el año 2001. Imparte docencia en asignaturas de nivel de grado y máster, relacionadas con la metodología de investigación cualitativa. Miembro del grupo de Investigación Crítica en Salud/ Critical Health Research Group (GICS-IUNICS). Trabaja en una línea clínica de atención a los familiares al paciente crítico y una línea de metodología que explora el uso de metodologías participativas como herramientas para el cambio de práctica clínica y la transferencia del conocimiento.

El Sr. Ian Blanco es enfermera referente de investigación del hospital de Manacor, profesor asociado del departamento de enfermería y fisioterapia de la Universitat de les Illes Balears y Vocal de investigación en el Ilustre Colegio de Enfermería de las islas Baleares. Tiene amplia experiencia clínica en el ámbito de la diálisis. Premio nacional de investigación en el ámbito renal. Editor de la revista Enfermería nefrológica. Actualmente, forma parte del grupo de investigación EVES trabajando en un modelo de implementación de evidencias para la movilización efectiva del conocimiento en la práctica clínica.

La Sra. Silvia García es enfermera. Pionera en la atención como profesional gestora de casos en la comunidad autónoma de las Illes Balears

Contenido:

- Cumplimentación de un diario de campo.
- Presentación de la GPC “Cuidados y mantenimiento de los **accesos vasculares** para reducir las complicaciones” (Registered Nurses’ Association of Ontario, 2008b).
- Presentación de la GPC “Prevención y tratamiento de las **úlceras por presión**” (Servicio de Salud de las Islas Baleares (IB-Salut), 2018).
- Indicadores y métodos de recogida de datos.
- Métodos de explotación de datos.
- Sesión por parte de una Enfermera Gestora de casos en el ámbito hospitalario. “Experiencia en los inicios de nuevos proyectos y superación de incertidumbres”.

3. "Curso de adquisición de competencias para la práctica avanzada en enfermería. Metodología de la investigación en salud"

Fecha impartición: 12, 15 y 19 de marzo y 17 de mayo de 9h a 13h todos los días

Lugar: aula GC A16, UIB (12 de marzo); aula B12 y aula ID AIBP7, UIB (15 de marzo) y Hospital de Inca (19 de marzo)

Duración en horas: 12 + 12 de trabajo autónomo

Docente y calificación: Dr. Joan de Pedro (Universitat de les Illes Balears), Dra. Concha Zaforteza (Directora de enfermería del Hospital de Inca).

El Dr. Joan de Pedro es enfermero, profesor del Departament d'Infermeria i Fisioteràpia de la Universitat de les Illes Balears desde el año 1998. Imparte asignaturas relacionadas con la adquisición de competencias para relacionarse con el conocimiento científico y la metodología propia de la enfermería. Experiencia profesional como enfermero en el ámbito clínico, docente y de gestión. Forma parte del grupo de investigación EVES prioritariamente en la identificación de las condiciones que intervienen tanto a nivel personal como organizacional en la transferencia del conocimiento a la práctica clínica.

Contenido:

- Fundamentos de la investigación y pensamiento crítico.
- Manejo de fuentes documentales.
- Métodos de investigación cuantitativa.
- Métodos de investigación cualitativa.
- Metaanálisis y metasíntesis.
- Práctica Enfermera basada en la evidencia.
- Comunicación y Escritura Científica.
- Ética de la investigación.
- Lectura crítica.

4. "Curso de adquisición de competencias para la práctica avanzada en enfermería. Liderazgo clínico y profesional"

Fecha impartición: 28 de marzo de 9h a 13h

Lugar: Hospital de Inca

Duración en horas: 4 + 4 de trabajo autónomo

Docente y calificación: Sra. Soledad Gallardo (Directora gerente del Hospital de Inca)

La Sra. Soledad Gallardo es diplomada en enfermería y licenciada en antropología; máster universitaria en sociedad de la información y el conocimiento, diplomada en dirección de servicios integrados de salud por la escuela de negocios ESADE y experta universitaria en gestión de servicios enfermeros. Actualmente directora gerente del Hospital de Inca.

Contenido:

- Introducción al concepto de liderazgo.
- Lenguaje y comunicación humana. Habilidades para una comunicación eficiente.
- Desarrollo e implementación de innovaciones.
- Gestión de redes de compromisos.
- Enfermera de práctica avanzada como consultora basada en la evidencia.
- Habilidades para comunicar de forma asertiva.
- Gestión de situaciones conflictivas o negativas.

5. "Curso de adquisición de competencias para la práctica avanzada en enfermería. Rol autónomo enfermero"

Fecha impartición: 3 y 10 de abril de 9h a 13h

Lugar: IB-Salut

Duración en horas: (4 + 4 de trabajo autónomo) + (4 + 4 de trabajo autónomo)

Docente y calificación: Sr. Carlos Villafáfila (*Subdirector de Cures Assistencials i Atenció a l'Usuari, Servei de Salut de les Illes Balears*), Dra. Eva Timonet (*Enfermera de Práctica Avanzada Servicio Andaluz de Salud*).

El Sr. Carlos Villafáfila es enfermero. Amplia experiencia en gestión, ha sido coordinador de hospitalización en Clínica Juaneda, Coordinador de enfermería y Subdirector de enfermería en Hospital Son Llàtzer. Ha sido profesor asociado del Departament d'Infermeria i Fisioteràpia de la Universitat de les Illes Balears. Forma parte del grupo de investigación y PBE de Son Llàtzer. Actualmente es Subdirector de Cures Assistencials i Atenció a l'Usuari en el Servei de Salut de les Illes Balears).

La Dra. Eva Timonet Andreu es enfermera asistencial desde 1992. Responsable de Unidad de Enfermería de Cardiología del Hospital Costa del Sol desde 2005. Formación de Máster en Nuevas Tendencias en Investigación por Universidad de Málaga 2012. Doctora en Ciencias de la Salud (CCSS) Facultad de enfermería por Universidad de Málaga 2014. Profesora-Colaborador Honorario Facultad CCSS UMA. Investigadora Colaboradora de Grupo PAIDI CTS970 - Cronicidad, dependencia, cuidados y servicios de salud.

Contenido:

- Contexto legislativo español para la atención sanitaria por parte de enfermería.
- Prescripción enfermera.
- Marco de actuación de la enfermera de práctica avanzada.
- Código deontológico de la enfermería.
- Metodología enfermera y planes de cuidados de enfermería.
- Costes de los servicios de salud.
- Terapias y circuitos dentro del contexto clínico.
- Circuitos de pacientes.
- Sesión EPA Servicio Andaluz de Salud.

6. "Curso de adquisición de competencias para la práctica avanzada en enfermería. Relaciones interprofesionales y mentoría"

Fecha impartición: 17 de abril de 9h a 13h

Lugar: aula GC B12, UIB

Duración en horas: 4 + 4 de trabajo autónomo

Docente y calificación: Dra. Noemí Sansó (*Universitat de les Illes Balears*)

La Dra. Noemí Sansó es enfermera profesora en el Departament d'Infermeria i Fisioteràpia de la Universitat de les Illes Balears. Amplia experiencia en el sector de la gestión, ha sido directora asistencial de Residencia geriátrica pública, Subdirectora de Gestión del Conocimiento en GESMA, Responsable de la Unidad Técnica de Estrategia Balear de Cuidados paliativos en la Conselleria de Salut i Consum. Actualmente su línea de investigación está relacionada con la gestión sanitaria.

Contenido:

- Comunicación interprofesional y técnicas de resolución de problemas.
- EPA y la mediación.
- EPA y la mentoría.
- Supervisión clínica basada en la mediación y la mentoría.
- Tutorización académica como elemento de calidad, vínculo y adquisición de nuevos conocimientos y habilidades.

7. "Curso de adquisición de competencias para la práctica avanzada en enfermería. Gestión de Calidad"

Fecha impartición: 24 abril de 9h a 13h

Lugar: aula GC B12, UIB

Duración en horas: 4 + 4 de trabajo autónomo

Docente y calificación: Dr. Pedro Sastre (*Enfermero de la Oficina de Calidad, Gabinete técnico Servei de Salut de les Illes Balears*), Dr. Joan de Pedro (*Profesor de la Universitat de les Illes Balears*), Dr. José Miguel Morales (*Universidad de Málaga*)

El Dr. Pedro Sastre es enfermero con amplia experiencia en el ámbito asistencial, profesor asociado del Departament d'infermeria i Fisioteràpia de la Universitat de les Illes Balears. Ha realizado su tesis doctoral sobre la identificación de competencias de enfermería de práctica avanzada. Forma parte del grupo de investigación EVES. Actualmente trabaja en la Oficina de Calidad, Gabinete técnico del Servei de salut de les Illes Balears.

El Dr. José Miguel Morales es profesor del Departamento de Enfermería de la Universidad de Málaga desde 2009, y ha sido Director del mismo entre 2010-2018. Anteriormente fue profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública, Coordinador de la Unidad de Efectividad e Investigación del Distrito Sanitario Málaga y enfermero clínico en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria, donde también fue Jefe de Bloque de Cuidados Críticos y Subdirector. Es profesor invitado de las Universidades de Almería, Navarra, Baleares, Autónoma de Madrid, Sevilla, Cádiz y Visiting Professor de la University of Hertfordshire (UK).

Contenido:

- Variabilidad en la práctica clínica.
- EPA y Práctica Clínica Basada en la Evidencia.
- EPA como elemento en la disminución de la variabilidad en la práctica clínica.
- Las teorías y modelos de transferencia del conocimiento como elemento imprescindible en la adherencia a los nuevos resultados.
- La innovación, elemento clave para el cambio y la mejora de la práctica clínica.
- Implementación basada en los resultados y la posterior evaluación.

8. "Curso de adquisición de competencias para la práctica avanzada en enfermería. Gestión de Cuidados"

Fecha impartición: 2 de mayo de 9h a 13h

Lugar: Hospital de Manacor

Duración en horas: (4 + 4 de trabajo autónomo)

Docente y calificación: Sr. Carlos Villafáfila (*Subdirector de Cures Assistencials i Atenció a l'Usuari, Servei de Salut de les Illes Balears*), Dr. Joan de Pedro (*Profesor de la Universitat de les Illes Balears*)

Contenido:

- Organigrama del Sistema Nacional de Salud de les Illes Balears.
- Financiación de los sistemas de atención sanitaria.
- El proceso de atención de enfermería como base del proceso asistencial y para la continuidad de cuidados.
- Agenda de pacientes y gestión de casos.
- Supervisión de los resultados de la atención sanitaria y su repercusión sobre la gestión clínica y las intervenciones.
- La formación como base de la atención clínica a pacientes y familiares.
- Metodología enfermera.

9. "Curso de adquisición de competencias para la práctica avanzada en enfermería. Promoción de la salud"

Fecha impartición: 15 de mayo de 9h a 13h

Lugar: Hospital de Manacor

Duración en horas: 4 + 4 de trabajo autónomo

Docente y calificación: Sra. Yolanda Cáceres (Enfermera de Atención Primaria, Servei de Salut de les Illes Balears)

La Sra. Yolanda Cáceres es enfermera de Atención Primaria de Mallorca del Centro de Salud de Esporles, con amplia experiencia en este sector. Licenciada en Derecho. Se describe como entregada al Programa Patient Actiu Illes Balears.

Contenido:

- Políticas de sanidad a nivel mundial y local.
- Técnicas y estrategias de promoción de la salud.
- Desarrollo e implementación de programas de promoción de la salud en adolescentes y adultos.
- Prevención secundaria y terciaria a adolescentes y adultos con problemas de salud múltiples o crónicos.
- Promoción de autocuidados dentro del conjunto de la familia y/o los sistemas de soporte para facilitar su participación en la atención sanitaria.
- Empoderamiento del individuo, los grupos y las comunidades sobre la adopción de estilos de vida saludables y los autocuidados.

CALENDARIO FORMACIÓN

Marzo

L	M	X	J	V	S	D
			1	2	3	4
5	6 Sesión 1 Fundamentos	7 Sesión 2 Instrumental	8	9	10	11
12 Sesión 3 Investig. Cualit	13	14	15 Sesión 3 Investig. Cuanti	16	17	18
19 Sesión 3 Lectura crítica	20	21	22 Sesión 2 Instrumental	23	24	25
26	27	28 Sesión 4 Liderazgo	29	30	31	1

Abril

L	M	X	J	V	S	D
2	3 Sesión 5 Rol autónomo	4	5	6	7	8
9	10 Sesión 5 Rol autónomo	11	12	13	14	15
16	17 Sesión 6 Rel. Interprofes.	18	19	20	21	22
23	24 Sesión 7 Gestión Calidad	25	26	27	28	29

Mayo

L	M	X	J	V	S	D
30	1	2 Sesión 8 Gestión Cuidado	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15 Sesión 9 Promo Salud	16	17 Sesión 3 Metodología	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

Anexo 4. Tabla objetivos, variables e instrumentos

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS	INSTRUMENTOS	RESULTADOS	SUJETOS
¿La incorporación de enfermeras de práctica avanzada en unidades de hospitalización (EPAH) facilita la implementación de prácticas basadas en evidencias por parte de las enfermeras clínicas?	Evaluar el impacto de la incorporación de la EPAH sobre el entorno laboral	PES-NWI	ENTORNO LABORAL (PRE-POST)	
			Participación enfermera	Grupo Intervención
			Fundamento enfermero	Grupo Control
			Capacidad de liderazgo	Grupo EPAH (post)
			Adecuación RRHH	
			Puntuación Total PES-NWI	
	Analizar los cambios en el nivel de PCBE del equipo de enfermería tras la incorporación de la EPAH	HS-EBP	NIVEL DE PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA (PRE-POST)	
			Creencias-Actitudes	Grupo Intervención
			Investigación científica	Grupo Control
			Práctica profesional	Grupo EPAH
			Evaluación resultados	
			Puntuación Total HS-EBP	
	Valorar los cambios en el nivel competencial de las enfermeras que participan en el proyecto desarrollando el rol de EPAH	IECEPA	NIVEL COMPETENCIAL EN PRÁCTICA AVANZADA (PRE-POST)	
			Investigación y práctica basada en la evidencia	Grupo EPAH
			Liderazgo Clínico y Profesional	
			Autonomía Profesional	
			Relaciones interprofesionales y mentoría	
			Gestión de la Calidad	
			Gestión de Cuidados	
			Enseñanza y educación profesional	
			Puntuación Total IECEPA	
	Determinar el nivel de adherencia del equipo de enfermería a las recomendaciones de dos guías de práctica clínica	Auditorías <i>ad-hoc</i>	NIVEL DE ADHERENCIA A LAS RECOMENDACIONES DE LA GPC UPP (MENSUAL)	
			Indicadores de estructura de UPP	Grupo Intervención
Indicadores de proceso de UPP			Grupo Control	
Auditorías <i>ad-hoc</i>		NIVEL DE ADHERENCIA A LAS RECOMENDACIONES DE LA GPC AVP (MENSUAL)		
		Indicadores de estructura de AVP	Grupo Intervención	
		Indicadores de proceso de AVP	Grupo Control	
		Indicadores de resultado de AVP		
Identificar las estrategias de implementación que despliega la EPAH para facilitar PCBE en su unidad	Instrumento <i>ad-hoc</i> de mapeo de intervenciones	ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN UTILIZADAS POR LAS EPAH (POST)		
		Intervenciones basadas en la TCP	Grupo EPAH	
		Taxonomía Michie		
		MoA		
		Taxonomía EPOC		

Anexo 5. Instrumento PES-NWI

ESCALA DEL ENTORNO DE PRÁCTICA ENFERMERA DEL NURSING WORK INDEX

Indique, transcribiéndolo en la hoja de lectora óptica, el grado en que usted está de acuerdo en que las siguientes afirmaciones están presentes en su entorno de trabajo, teniendo en cuenta que **A** implica que está totalmente en desacuerdo con la frase que se le propone y, la **D** significa que está absolutamente de acuerdo con el enunciado

1	Sexo	A. Hombre	B. Mujer	Datos sociodemográficos		
2	Edad (años)	A. 20- 25	B. 26-30	C. 31-35	D. 36-40	E. 41-45
3	Edad (años)	A. 46-50	B. 51-55	C. 56-60	D. 61-65	E. > 65
4	Experiencia profesional	A. < 5 años	B. 5-10 años	C. 10-15 años	D. 15-20 años	E. > 20 años
5	Formación académica	A. Diplomatura/grado	B. Máster/EIR	C. Doctorado		

PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA EN ASUNTOS DEL CENTRO		Totalmente en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	Absolutamente de acuerdo
6	Las enfermeras de plantilla están formalmente involucradas en la gestión interna del centro (juntas, órganos de decisión)	A	B	C	D
7	Las enfermeras del centro tienen oportunidades para participar en las decisiones que afectan a las distintas políticas que desarrolla el mismo	A	B	C	D
8	Existen muchas oportunidades para el desarrollo profesional del personal de Enfermería	A	B	C	D
9	La Dirección escucha y da respuesta a los asuntos de sus enfermeras	A	B	C	D
10	El/la Directora/a de Enfermería es accesible y fácilmente "visible"	A	B	C	D
11	Se puede desarrollar una carrera profesional o hay oportunidades de ascenso en la carrera clínica	A	B	C	D
12	Los gestores enfermeros consultan con las enfermeras los problemas y modos de hacer del día a día	A	B	C	D
13	Las enfermeras de plantilla tienen oportunidades para participar en las comisiones del centro, tales como la comisión de investigación, de ética, de infecciones...	A	B	C	D
14	Los directivos enfermeros están al mismo nivel en poder y autoridad que el resto de directivos del centro.	A	B	C	D

FUNDAMENTO ENFERMERO DE CALIDAD DE LOS CUIDADOS		Totalmente en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	Absolutamente de acuerdo
15	Se usan los diagnósticos enfermeros	A	B	C	D
16	Hay un programa activo de garantía y mejora calidad	A	B	C	D
17	Existe un programa de acogida y tutelaje de enfermeras de nuevo ingreso	A	B	C	D
18	Los cuidados de las enfermeras están basados en un modelo enfermero, más que en un modelo biomédico	A	B	C	D

19	La asignación de pacientes de cada enfermera existente favorece la continuidad de cuidados (p. ej.: la misma enfermera cuida al paciente a lo largo del tiempo)	A	B	C	D
20	Hay una filosofía común de Enfermería, bien definida, que impregna el entorno en el que se cuida a los pacientes	A	B	C	D
21	Existe un plan de cuidados escrito y actualizado para cada paciente	A	B	C	D
22	Los gestores del centro se preocupan de que los enfermeros proporcionen cuidados de alta calidad	A	B	C	D
23	Se desarrollan programas de formación continuada para las enfermeras	A	B	C	D
24	Las enfermeras del centro tienen una competencia clínica adecuada	A	B	C	D

CAPACIDAD, LIDERAZGO Y APOYO A LAS ENFERMERAS POR PARTE DE LOS GESTORES ENFERMEROS		Totalmente en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	Absolutamente de acuerdo
25	La supervisora/coordinadora es una buena gestora y líder	A	B	C	D
26	La supervisora/coordinadora respalda a la plantilla en sus decisiones, incluso si el conflicto es con personal médico	A	B	C	D
27	La supervisora/coordinadora utiliza los errores como oportunidades de aprendizaje y mejora, no como crítica	A	B	C	D
28	La supervisora/coordinadora es comprensiva y asesora y da apoyo a las enfermeras	A	B	C	D
29	Se reconoce y elogia el trabajo bien hecho	A	B	C	D

DIMENSIÓN DE LA PLANTILLA Y ADECUACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS		Totalmente en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	Absolutamente de acuerdo
30	Hay suficiente plantilla de empleados para realizar adecuadamente el trabajo	A	B	C	D
31	Hay suficiente número de enfermeras diplomadas para proveer cuidados de calidad	A	B	C	D
32	Los servicios de apoyo (celadores, administrativos...) son adecuados y facilitan estar más tiempo con los pacientes	A	B	C	D
33	Hay tiempo suficiente y oportunidad para discutir los problemas de cuidados con las otras enfermeras	A	B	C	D

RELACIONES ENTRE MÉDICOS Y ENFERMERAS		Totalmente en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	Absolutamente de acuerdo
34	Se realiza mucho trabajo en equipo entre médicos y enfermeras	A	B	C	D
35	Entre los médicos y las enfermeras se dan buenas relaciones de trabajo	A	B	C	D
36	La práctica entre enfermeras y médicos está basada en una colaboración apropiada	A	B	C	D

Anexo 6. Instrumento HS-EBP

CUESTIONARIO PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA EN CIENCIAS DE LA SALUD (HS-EBP) ©

El cuestionario que usted está a punto de contestar está diseñado para recoger información sobre el uso de la Práctica Basada en la Evidencia en Ciencias de la Salud.

Los ítems que se le van a presentar valoran, desde diferentes aproximaciones, aspectos de la práctica profesional en general, y de su propia práctica en particular. No existen respuestas correctas ni incorrectas, sino que se trata de responder con la mayor sinceridad posible a las cuestiones que se le planteen.

Esta herramienta para medir la práctica basada en la evidencia transprofesional tiene 5 partes; una sobre Creencias y actitudes, otra sobre Resultados provenientes de la investigación científica, la siguiente sobre Desarrollo de la práctica profesional, a continuación una sobre Evaluación de resultados y la última sobre Barreras y/o Facilitadores.

Todas ellas se realizan respondiendo a las cuestiones sobre una escala Likert de 1 a 10.

Debemos asimismo indicarle que el tiempo estimado de cumplimentación del cuestionario es de 20 minutos.

1	Sexo	C. Hombre	D. Mujer	Datos sociodemográficos		
2	Edad (años)	F. 20- 25	G. 26-30	H. 31-35	I. 36-40	J. 41-45
3	Edad (años)	F. 46-50	G. 51-55	H. 56-60	I. 61-65	J. > 65
4	Experiencia profesional	D. < 5 años	E. 5-10 años	F. 10-15 años	D. 15-20 años	E. > 20 años
5	Formación académica	A. Diplomatura/grado	B. Máster/EIR	C. Doctorado		

CREENCIAS Y ACTITUDES

Esta parte del cuestionario tiene como objetivo recoger su OPINIÓN acerca de diferentes aspectos relacionados con el paradigma de la Práctica Basada en la Evidencia.

Puntúe en una escala de 1 a 10 su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones (correspondiendo 1 al mínimo y 10 al máximo).

Item 1. Utilizar los resultados de investigación es importante para el desarrollo de mi/nuestra práctica profesional.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 2. La práctica basada en la evidencia (PBE) ejerce gran impacto sobre mi labor profesional.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 3. La PBE debe jugar un papel positivo en mi práctica profesional.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 4. Considero que la PBE mejora la calidad y los resultados de las intervenciones.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 5. En el ejercicio profesional, la PBE es una herramienta de ayuda para la toma de decisiones.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 6. La PBE implica obtener resultados más eficientes.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 7. La PBE ayuda a que atendamos de igual forma y con la misma eficacia a las personas.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 8. Considero que los resultados de la investigación tienen importancia para mi práctica diaria.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 9. Aplicar la PBE se encuentra entre mis prioridades profesionales.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 10. Considero motivante aplicar la PBE.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Item 11. Me interesaría mejorar las competencias necesarias para aplicar la PBE.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 12. Estoy dispuesto a cambiar las rutinas de mi práctica cuando éstas se demuestren inadecuadas.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Las siguientes tres partes del cuestionario están diseñadas para recoger información sobre conocimientos-habilidades y especialmente sobre el uso de la práctica basada en la evidencia entre profesionales de Ciencias de la Salud.

En ellas estamos por tanto interesados especialmente en el USO que usted hace de la evidencia científica y de las distintas fuentes de información disponibles en su práctica. Por tanto, le rogamos que trate de responder con la mayor sinceridad posible a las diferentes afirmaciones que se le plantean.

Puntúe en una escala de 1 a 10 (correspondiendo 1 al mínimo y 10 al máximo) el nivel de frecuencia con que realiza las siguientes conductas y/o su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones (según proceda)

RESULTADOS PROVENIENTES DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

Item 1. Resuelvo las dudas o preguntas que surgen de mi práctica mediante la búsqueda de resultados científicos actualizados.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 2. Me hago preguntas cuya formulación pueda ser contestadas mediante los resultados de la investigación.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 3. Utilizo información proveniente de la investigación científica para responder las preguntas que surgen de mi práctica profesional.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 4. Utilizo las principales fuentes de información científica en mi disciplina.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 5. Soy capaz de llevar a cabo una búsqueda efectiva de la literatura científica en bases de datos electrónicas.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 6. Estoy al día de los resultados de investigación relacionados con mi práctica habitual	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 7. Conozco los diferentes diseños de estudios científicos que me permitirán responder a mis dudas o mis preguntas.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 8. Suelo utilizar procedimientos de ayuda estandarizados para valorar la calidad de la literatura científica.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 9. Suelo valorar la calidad de la metodología utilizada en los estudios de investigación que encuentro.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 10. Reconozco las posibles variables extrañas o de confusión y las limitaciones de los estudios seleccionados.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 11. Soy capaz de interpretar las implicaciones prácticas de los resultados estadísticos.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 12. Valoro la relevancia de los resultados de la investigación sobre las futuras intervenciones.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 13. Utilizo investigación actualizada para la toma de decisiones habituales en mi práctica profesional.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 14. Utilizo documentación procedente de la literatura científica para orientar mis intervenciones hacia una PBE.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

DESARROLLO DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL										
Item 1. Incorporo los resultados más actualizados de la investigación científica en la resolución de los problemas de mi práctica profesional.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 2. Cuando los resultados de la investigación no concuerdan con mi práctica habitual, la cambio para incorporarlos.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 3. Repito las intervenciones que me han dado buenos resultados en situaciones no apoyadas por los resultados de la investigación.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 4. En mi práctica diaria utilizo el intercambio de opiniones con otros profesionales.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 5. Al abordar situaciones no resueltas por la investigación, pido la opinión a profesionales de reconocido prestigio.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 6. Las necesidades y preocupaciones inmediatas de los pacientes y/o sus familiares suponen un elemento importante de mi intervención.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 7. Informo a mis pacientes para que puedan considerar las diferentes alternativas de intervención que podemos aplicar.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 8. Tengo en cuenta la información proporcionada por mis pacientes sobre su evolución para evaluar mis intervenciones.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 9. Integro las preferencias, valores y expectativas del paciente en mis intervenciones.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 10. Mis actuaciones profesionales están pactadas en función de las preferencias, valores y expectativas de los pacientes.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
EVALUACIÓN DE RESULTADOS										
Item 1. Conozco las medidas objetivas de evaluación de resultados más frecuentemente utilizadas en mi área concreta de práctica.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 2. Utilizo medidas estandarizadas, basadas en la evidencia científica, para evaluar los resultados de mis intervenciones.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 3. Las medidas de evaluación de resultados que utilizo han sido avaladas por la investigación.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 4. Valoro de forma crítica los instrumentos/herramientas disponibles para llevar a cabo el análisis de resultados.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 5. Utilizo un procedimiento estandarizado de recogida y almacenamiento de la información de mis pacientes.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 6. Registro de forma sistemática los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos o técnicas de valoración sobre mis pacientes.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 7. Registro la información relativa a posibles cambios en la evolución de un caso o durante su intervención.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 8. Análisis de forma sistemática y continuada la información recogida sobre las intervenciones con mis pacientes.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 9. Evaluó los efectos de mi práctica mediante los registros de resultados.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 10. Evaluó los resultados de la aplicación de mis decisiones en términos de su eficiencia.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 11. Tengo en cuenta los resultados no esperados tras la evaluación de mi práctica.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Item 12. Cuando los resultados no se ajustan a lo esperado, reviso todo el proceso aplicado para analizar las posibles explicaciones que los justifiquen.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

BARRERAS-FACILITADORES

Esta última parte del cuestionario tiene como objetivo recabar información sobre todos aquellos aspectos relacionados con su entorno laboral o con las características de la propia evidencia que usted percibe como BARRERAS O FACILITADORES para la adopción de una Práctica Basada en la Evidencia en su práctica diaria. Puntúe en una escala de 1 a 10 su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones (correspondiendo 1 al mínimo y 10 al máximo).

Item 1. Puedo acceder a recursos relacionados con la evidencia científica en mi lugar de trabajo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 2. En mi lugar de trabajo existen documentos que orientan las intervenciones hacia una PBE.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 3. Mantenerse actualizado con los resultados de la investigación es una prioridad en mi lugar de trabajo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 4. En mi trabajo existen espacios para compartir y discutir los resultados de la investigación científica con otros compañeros.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 5. La mayoría de compañeros de profesión con los que me relaciono mantienen una actitud favorable hacia el uso de los resultados de investigación en su práctica.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 6. Los compañeros de otras profesiones con lo que me relaciono fomentan la utilización de los resultados de la investigación en la práctica.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 7. Mis pacientes exigen que sus tratamientos estén basados en la evidencia científica.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 8. Mis responsables jerárquicos fomentan la PBE, o si ejerzo exclusivamente de forma autónoma, yo mismo fomento la PBE.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 9. Las recomendaciones o exigencias existentes en mi entorno de trabajo para el uso de la PBE son suficientes.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 10. La distribución del tiempo de mi jornada laboral facilita la búsqueda y aplicación de la evidencia científica.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 11. En mi lugar de trabajo se incentiva/recompensa aplicar una PBE.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Item 12. En mi lugar de trabajo es sencillo cambiar patrones de práctica habituales establecidos.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Anexo 7. Instrumento IECEPA

INVENTARIO PARA LA EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS EN ENFERMERAS DE PRÁCTICA AVANZADA (IECEPA) Versión de Autoevaluación

Indique, marcando con una cruz, la frecuencia con que desempeña las siguientes conductas en su práctica profesional. Cada grupo de conductas está asociado a una dimensión específica de la profesión enfermera, aunque sólo deben tenerse en cuenta las conductas a la hora de realizar la autoevaluación.

DIMENSIÓN	CONDUCTAS PROFESIONALES	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
<i>1- Investigación y Práctica Basada en La Evidencia</i>	1.1 Actúo o bien como investigador/a primario o como colaborador/a con otros profesionales sanitarios del equipo o del ámbito comunitario; identifico, conduzco y apoyo la investigación que potencia o beneficia a la atención sanitaria.					
	1.2 Evalúo la práctica clínica actual, a nivel individual y sistémico en base a los últimos hallazgos en investigación.					
	1.3 Identifico las prioridades de investigación en mi área de práctica profesional.					
	1.4 Dirijo el desarrollo de planes basados en la evidencia para alcanzar las necesidades individuales, familiares, de la comunidad y de la población.					
	1.5 Utilizo estrategias efectivas para el cambio de conducta profesional y de trabajo en equipo para promocionar así la adopción de prácticas e innovaciones basadas en la evidencia en el ejercicio de la atención sanitaria.					
	1.6 Implemento algoritmos, guías clínicas, protocolos y vías de actuación para la población basadas en la evidencia.					
	1.7 Desarrollo e implemento mecanismos para la supervisión periódica y la evaluación de políticas que influyan en los servicios de atención sanitaria y los traduzco en planes de salud, estructuras y programas.					
	1.8 Lidero la promoción de colaboraciones interdisciplinarias para implementar programas de atención al paciente orientados al resultado que puedan cumplir con las necesidades clínicas de los pacientes, las familias, las poblaciones y las comunidades.					
<i>2- Liderazgo Clínico y Profesional</i>	2.1 Asumo posiciones de liderazgo avanzadas y complejas con el propósito de iniciar y encauzar la evolución del trabajo.					
	2.2 Contribuyo al avance de la práctica enfermera a través del desarrollo y la implementación de innovaciones.					
	2.3 Proporciono servicios de consultoría basándome en datos clínicos, marcos teóricos y práctica basada en la evidencia.					
	2.4 Emito recomendaciones en base al proceso de consultoría.					

DIMENSIÓN	CONDUCTAS PROFESIONALES	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
3- <i>Autonomía Profesional</i>	3.1 Prescribo, ordeno y/o implemento intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, tratamientos y procedimientos tal y como se definen en los planes de atención sanitaria dentro del contexto legislativo apropiado.					
	3.2 Diagnostico problemas de salud complejos e inestables mediante la colaboración y consulta con el equipo de atención sanitaria multidisciplinar, según lo indicado por el contexto, la especialidad y el conocimiento y experiencia individuales.					
	3.3 Proporciono a los usuarios la información necesaria sobre los efectos y potenciales efectos adversos esperados de las terapias prescritas. Ofrezco también información sobre los costes, además de los tratamientos y procedimientos alternativos, cuando sea preciso.					
	3.4 Obtengo datos sobre el contexto y la etiología (incluyendo factores relacionados y no relacionados con la enfermedad) necesarios para formular diagnósticos diferenciales y planes de cuidados, y para identificar y evaluar los resultados.					
	3.5 Selecciono, prescribo y superviso intervenciones terapéuticas, farmacológicas y no farmacológicas, medidas de diagnóstico, equipamiento, procedimientos y tratamientos dirigidos a la satisfacción de las necesidades de los pacientes, familias y grupos, de acuerdo con la preparación profesional, los privilegios institucionales, las leyes locales y estatales y reglamentos profesionales.					
	3.6 Diagnostico y manejo enfermedades agudas y crónicas mientras atiendo las respuestas del paciente a su proceso de enfermedad.					
	3.7 Solicito, llevo a cabo e interpreto los resultados de pruebas y tests habituales de screening y diagnóstico.					
	3.8 Planifico y desarrollo visitas de seguimiento de forma apropiada para monitorizar a los pacientes y evaluar el proceso salud/enfermedad.					
4- <i>Relaciones interprofesionales y mentoría</i>	4.1 Encuentro el tiempo para atender a las preocupaciones y peticiones profesionales de mis compañeros de profesión.					
	4.2 Animo al individuo a compartir conmigo cualquier asunto o problema que afecte a su desarrollo personal y cualquier idea o sugerencia relacionados con éste, asistiéndole en la resolución de sus problemas de forma objetiva y constructiva.					

	4.3 Colaboro con los miembros del equipo de atención sanitaria para proveer una atención sanitaria interprofesional y centrada en el paciente, familia y/o comunidad con las que trabajo. a niveles individual, organizacional y sistémico.					
	4.4 Superviso mi propia práctica profesional al mismo tiempo que participo en la supervisión y revisión de la práctica clínica a niveles inter e intradisciplinarios.					
	4.5 Actúo como vínculo (función mediadora) entre los distintos profesionales del ámbito sanitario implicados.					
DIMENSIÓN	CONDUCTAS PROFESIONALES	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
5- <i>Gestión de la Calidad</i>	5.1 Tutorizo al personal sanitario, a los estudiantes universitarios y demás en la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades para ayudarles en el ejercicio de su profesión.					
	5.2 Anticipo la variabilidad de práctica clínica y actúo proactivamente en la implementación de intervenciones que garanticen la calidad.					
	5.3 Diseño innovaciones para efectuar cambios en la práctica clínica y mejoras en los resultados de la atención sanitaria.					
	5.4 Utilizo los resultados de la mejora de calidad para iniciar cambios en la práctica enfermera y el sistema de atención sanitaria.					
	5.5 Evalúo a otras/os enfermeras/os, a mí misma/o y al sistema a través de la gestión y control de la calidad como parte de un programa de mejora continua de calidad.					
6- <i>Gestión de Cuidados</i>	6.1 Organizo los componentes del plan de cuidados y coordino la atención sanitaria.					
	6.2 Mantengo un conocimiento actualizado sobre la organización para la que trabajo, así como sobre la financiación de los sistemas de atención sanitaria y el modo en que éstos afectan a la actividad asistencial.					
	6.3 Facilito la continuidad de los cuidados y valoro el estado de los usuarios a la hora de ajustarse a sus problemas de salud en su propio contexto vital.					
	6.4 Superviso los resultados de los programas de atención sanitaria y aconsejo sobre la gestión clínica y las intervenciones apropiadas.					
	6.5 Contribuyo al desarrollo del sistema de atención sanitaria global y adopto modelos enfermeros utilizados en el sistema para obtener los resultados óptimos.					
	6.6 Promuevo la capacidad del paciente, familiares y/o comunidades con las que trabajo para participar en las decisiones relacionadas con el proceso de atención y el manejo de sus necesidades de salud, de acuerdo con la					

	evaluación de las preferencias del paciente, familiares y/o comunidades con las que trabajo y los recursos disponibles.					
DIMENSIÓN	CONDUCTAS PROFESIONALES	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
<i>7- Enseñanza y educación profesional</i>	7.1 Asumo la responsabilidad de una formación continuada para mi propio desarrollo profesional y el mantenimiento de mis competencias profesionales.					
	7.2 Promociono y abogo por programas que apoyen la educación interdisciplinaria en la atención sanitaria.					
	7.3 Promociono y potencio un ambiente que favorezca el aprendizaje efectivo.					
	7.4 Utilizo la información obtenida en actividades formativas para mejorar el desempeño profesional.					
<i>8- Promoción de la Salud</i>	8.1 Participo en el desarrollo y la implementación de programas de promoción de la salud en adolescentes y adultos.					
	8.2 Proporciono prevención secundaria y terciaria a adolescentes y adultos con problemas de salud múltiples o crónicos.					
	8.3 Promuevo los autocuidados en adolescentes y adultos dentro del conjunto de la familia y/o los sistemas de soporte y facilito su participación en la atención sanitaria cuando sea apropiado.					
	8.4 Actúo para empoderar al individuo, los grupos y las comunidades sobre la adopción de estilos de vida saludables y los autocuidados.					

Anexo 8. Indicadores derivados de las GPC UPP y AVP

INDICADORES PARA MEDIR LA ADHERENCIA A LAS RECOMENDACIONES DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

A continuación, se indican los indicadores derivados de la GPC de prevención y tratamiento de úlceras por presión (UPP) (Servicio de Salud de las Islas Baleares (IB-Salut), 2018). Estos indicadores se han dividido según sean de estructura, proceso o resultado.

Indicadores de estructura

Conocimiento de la GPC

Responde a la pregunta “¿Todo el personal conoce la GPC de UPP?”. Mide el nivel de implantación de la GPC en la unidad. Su conocimiento permite dotar a la unidad del material didáctico necesario y poder establecer sesiones formativas. Esta información se recoge por entrevista directa con la enfermera a través de un corte anual. Los indicadores son los siguientes:

Indicador:

- N.º de enfermeros de la unidad que conocen la GPC x 100 / N.º de enfermeros de la unidad
- N.º de enfermeros de la unidad que han tenido una sesión x 100/ N.º de enfermeros de la unidad

Necesidades de recursos materiales

Responde a la pregunta “¿Se valoran las necesidades de los recursos materiales para la prevención y el tratamiento de las UPP en las unidades?”. Mide el porcentaje de unidades con informe de necesidades sobre recursos materiales. Permite pactar las existencias de productos, dotar a las unidades de recursos materiales, usar los recursos de forma adecuada y controlar los costes. Esta información se recoge por entrevista directa con la supervisora de la unidad a través de un corte anual. El indicador responde a la presencia o ausencia de un informe de necesidades realizado en la unidad donde se recoja información sobre el perfil de pacientes de cada unidad (distribuidos según el nivel de riesgo) y a la necesidad de cada producto según el nivel de riesgo de los pacientes.

Indicador:

- La unidad tiene un informe de necesidades (Valor dicotómico, Sí/No).

Indicadores de proceso

Riesgo de UPP

Responde a la pregunta “¿El paciente tiene riesgo de padecer una UPP según la Escala Braden?”. Mide el porcentaje de pacientes con riesgo de UPP según la Escala de Braden⁷ en la población diana.

⁷ La Escala Braden mide el riesgo del paciente de padecer UPP. La Escala de Braden consta de seis subescalas que se miden a través de la valoración directa del paciente: percepción sensorial, exposición de la piel a la humedad, actividad física, movilidad, nutrición, roce y peligro de lesiones cutáneas. Cada apartado dispone

Permite mejorar el procedimiento de identificación de la población diana susceptible de recibir los cuidados derivados de la guía. Esta información se recogió a través de auditorías mensuales por parte de la EPAH.

Indicador:

- N.º total de pacientes con riesgo de UPP según la Escala de Braden x 100 / N.º total de pacientes hospitalizados

Candidato a cuidado extendido

Responde a la pregunta “¿El paciente es candidato de recibir cuidados extendidos basados en la GPC de prevención y tratamiento de UPP?”. Mide el porcentaje de pacientes con riesgo de UPP según la Escala Braden o que presentan una UPP instaurada en el momento de la valoración. La prevención de UPP debe realizarse con todos los pacientes ingresados, sin embargo, se utilizó este indicador de forma práctica para poder continuar con la auditoría. Si el paciente tenía riesgo de UPP o presentaba una UPP ya instaurada en el momento de la valoración, se continuaba con la auditoría midiendo el resto de los indicadores de proceso. Esta información se recogió a través de auditorías mensuales por parte de la EPAH.

Indicador:

- N.º total de pacientes con riesgo de UPP según la Escala de Braden o con una UPP instaurada x 100 / N.º total de pacientes hospitalizados

Valoración del riesgo de UPP al ingreso

Responde a la pregunta “¿Se valora el riesgo de UPP al ingreso del paciente en la unidad?”. Hace referencia a la valoración del riesgo de UPP según la Escala de Braden en la población diana en el momento de su ingreso. Permite mejorar el procedimiento de identificación de la población diana susceptible de recibir los cuidados derivados de la guía. La recogida de información debería poder hacerse mediante explotación de datos a nivel informático, pero también se recogió por auditoría de la EPAH. Se realizó una comparación entre el registro y la tasa real.

Indicador:

- N.º total de pacientes con valoración del riesgo de UPP según la Escala de Braden x 100 / N.º total de pacientes hospitalizados

Valoración del riesgo de UPP en pacientes candidatos a cuidado extendido

Responde a la pregunta “¿Se valora el riesgo de UPP al ingreso del paciente en la unidad en pacientes candidatos a un cuidado extendido?”. Hace referencia a la valoración del riesgo de UPP según la Escala de Braden en pacientes con riesgo de UPP o con una UPP ya instaurada. Permite mejorar el procedimiento de identificación de la población diana susceptible de recibir los cuidados derivados de la guía. La recogida de información debería poder hacerse mediante explotación de datos a nivel

de una definición exacta de lo que se debe interpretar en cada uno de ellos y especifica una puntuación. Tras el sumatorio de estos subniveles, la escala especifica puntos de corte que indican el nivel de riesgo (alto, moderado o bajo).

informático, pero también se recogió por auditoría de la EPAH. Se realizó una comparación entre el registro y la tasa real.

Indicador:

- $N.º \text{ total de pacientes con riesgo de UPP o con UPP instaurada con valoración de Escala Braden realizada} \times 100 / N.º \text{ total de pacientes con riesgo de UPP según la Escala Braden o con UPP instaurada}$

Reevaluación del riesgo de UPP

Responde a la pregunta “¿Se reevalúa el riesgo de UPP al paciente con riesgo de UPP según las recomendaciones de la Escala Braden?”. Mide el porcentaje de pacientes en riesgo que han sido correctamente evaluados con la Escala Braden según su nivel de riesgo: cada 24 horas si es de alto riesgo, cada 72 horas si es de riesgo moderado, semanalmente si es de bajo riesgo⁸. En todos los casos de riesgo o presencia de UPP, reevaluar si se produce un cambio clínico relevante. Esta información se recogió a través de auditorías mensuales por parte de la EPAH.

Indicador:

- $N.º \text{ total de pacientes con riesgo de UPP según la escala de Braden con nivel de riesgo reevaluado correctamente} \times 100 / N.º \text{ total de pacientes con riesgo de UPP según la Escala Braden o con UPP instaurada}$

Valoración diaria de la piel

Responde a la pregunta “¿Se valora diariamente el estado de la piel en aquellos pacientes candidatos a cuidados extendidos?”. Mide la proporción de pacientes con riesgo de UPP según la Escala Braden o con UPP ya instaurada a los que se les valora diariamente el estado de la piel. Permite disponer de un seguimiento del estado de la piel del paciente y poder planificar los cuidados óptimos. Esta información se recogió a través de auditorías mensuales por parte de la EPAH.

Indicador:

- $N.º \text{ de pacientes con riesgo de UPP o con UPP ya instaurada a los que se le ha valorado diariamente la piel} \times 100 / N.º \text{ total de pacientes con riesgo de UPP según la Escala Braden o con UPP instaurada}$

Uso de cremas y ácidos grasos hiperoxigenados

Responde a la pregunta “¿Se aplican cremas hidratantes o ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) en las zonas de riesgo de aparición de UPP a pacientes candidatos a cuidado extendido?”. Mide la proporción de pacientes con riesgo de UPP según la Escala Braden o con UPP ya instaurada a los que se les aplican cremas hidratantes o AGHO en las zonas de riesgo de aparición de UPP. Permite mantener un estado de la piel óptimo que prevenga la aparición de lesiones o heridas. Esta información se recogió a través de auditorías mensuales por parte de la EPAH.

Indicador:

⁸ Niveles de riesgo según la escala Braden: Riesgo alto 12 puntos o inferior; riesgo moderado 13-14 puntos; riesgo bajo 15-16 puntos en pacientes menores de 75 años o 15-18 puntos en pacientes mayores de 75 años; sin riesgo 17-23 puntos en pacientes menores de 75 años o 19-23 puntos en pacientes mayores de 75 años

- N.º de pacientes con riesgo de UPP o con UPP ya instaurada a los que se aplican cremas o AGHO en zonas de riesgo de UPP x 100 / N.º total de pacientes con riesgo de UPP según la Escala Braden o con UPP instaurada

Registro diario del estado de la piel

Responde a la pregunta “¿Se registra diariamente el estado de la piel de los pacientes candidatos a cuidado extendido?”. Mide la proporción de pacientes con riesgo de UPP según la Escala Braden o con UPP ya instaurada con un registro diario del estado de la piel. Permite asegurar una prevención de la aparición de lesiones por fricción o presión. Esta información se recogió a través de auditorías mensuales por parte de la EPAH.

Indicador:

- N.º de pacientes con riesgo de UPP o con UPP ya instaurada con registro diario del estado de la piel x 100 / N.º total de pacientes con riesgo de UPP según la Escala Braden o con UPP instaurada

Cambios posturales

Responde a la pregunta “¿Se planifican cambios posturales a los pacientes candidatos a cuidados extendidos?”. Mide el porcentaje de pacientes candidatos a cuidados extendidos que requieren una ayuda total o parcial para realizar cambios posturales, que los tienen planificados de manera correcta. Permite adecuar la dotación de los recursos materiales y humanos en las unidades, así como distribuir las cargas de trabajo. Esta información se recogió a través de auditorías mensuales por parte de la EPAH.

Indicador:

- N.º de pacientes con riesgo de UPP o con UPP ya instaurada con los cambios posturales planificados según sus necesidades x 100/ N.º total de pacientes con riesgo de UPP según Escala Braden o con UPP ya instaurada

Superficies Especiales o de Alivio para el Manejo de la Presión

Responde a la pregunta “¿Se colocan Superficies Especiales o de Alivio para el Manejo de la Presión en prevención y tratamiento de UPP (SEMP/SA) a los pacientes de riesgo que lo necesitan?”. Mide el porcentaje de pacientes candidatos a cuidado extendido que necesitan ayuda para realizar cambios posturales y que tienen colocada una SEMP/SA de forma apropiada según el riesgo: superficie activa para pacientes con alto riesgo de UPP o que presenten UPP en estadio 3 o 4; superficie pasiva en caso contrario. Permite adecuar las existencias de SEMP/SA en las unidades. La GPC recomienda utilizar colchones viscoelásticos en este tipo de pacientes. Ya que todas las camas de los hospitales incluidos en el estudio disponen de colchón viscoelástico para todos los pacientes, se midieron aquellos con colchón de aire alternante o baja presión continua. Esta información se recogió a través de auditorías mensuales por parte de la EPAH.

Indicador:

- N.º de pacientes con riesgo de UPP o con UPP ya instaurada con colchón de aire alternante o baja presión continua x 100/ N.º total de pacientes con riesgo de UPP según la Escala Braden o con UPP instaurada

Valoración nutricional

Responde a la pregunta “¿Se realiza valoración nutricional a los pacientes candidatos a cuidados extendidos?”. Mide el porcentaje de pacientes con riesgo de UPP según la Escala Braden o con UPP ya instaurada que tienen realizada una valoración nutricional. Esta información se recogió a través de auditorías mensuales por parte de la EPAH.

Indicador:

- N.º de pacientes con riesgo de UPP o con UPP ya instaurada con valoración nutricional realizada x 100/ N.º total de pacientes con riesgo de UPP según la Escala Braden o con UPP instaurada

Registro completo de las características de la UPP

Responde a la pregunta “¿Se han registrado las características de la UPP en aquellos pacientes con UPP?”. Mide el porcentaje de pacientes que presentan UPP ya instaurada y que dispongan de un registro de las características de la UPP completo (procedencia, localización y categoría). Permite adecuar la dotación de los recursos materiales y humanos en las unidades, así como distribuir las cargas de trabajo. Esta información se recogió a través de auditorías mensuales por parte de la EPAH.

Indicador:

- N.º de pacientes con UPP ya instaurada con registro completo de las características de UPP x 100/ N.º total de pacientes con riesgo de UPP según la Escala Braden o con UPP instaurada

Registro del tratamiento de la UPP

Responde a la pregunta “¿Se han registrado el tratamiento de la UPP en aquellos pacientes con UPP?”. Mide el porcentaje de pacientes que presentan UPP ya instaurada y que dispongan de un tratamiento de la UPP registrado (especificando tipo de tratamiento, frecuencia, tipo de apósito, control del dolor precura, etc). Permite adecuar la dotación de los recursos materiales y humanos en las unidades, así como distribuir las cargas de trabajo. Esta información se recogió a través de auditorías mensuales por parte de la EPAH.

Indicador:

- N.º de pacientes con UPP ya instaurada con tratamiento registrado x 100/ N.º total de pacientes con riesgo de UPP según la Escala Braden o con UPP instaurada

Comprensión de la situación por parte del paciente y familia

Responde a la pregunta “¿El paciente candidato a cuidados extendidos y/o sus familiares comprenden la situación?”. Mide el porcentaje de pacientes candidatos a cuidado extendido o de sus familiares que saben lo que es una UPP y cómo se previene (a excepción de aquellos con deterioro cognitivo o que presenten barrera idiomática). Esta información se recogió a través de auditorías mensuales por parte de la EPAH.

Indicador:

- N.º de pacientes informados sobre UPP x 100/ N.º total de pacientes con riesgo de UPP según la Escala Braden o con UPP instaurada

Cumplimiento general de las recomendaciones de la GPC UPP

Responde a la pregunta “¿El paciente hospitalizado en la unidad recibe los cuidados recomendados por la GPC?”. Mide el promedio del resultado porcentual de las 11 variables de proceso de UPP: evaluación del riesgo de UPP, evaluación de riesgo de UPP entre candidatos a cuidados extendidos, reevaluación de riesgo de UPP, evaluación diaria de la piel, uso de cremas y AGHO, registro diario del estado de la piel, cambios posturales programados, SEMP/SA, valoración nutricional, registro completo de las características de la UPP, tratamiento de la UPP, comprensión de la situación por parte del paciente y familia. Esta información se recogió a partir del resto de variables a través de auditorías mensuales por parte de la EPAH.

Indicador:

- N.º medio de recomendaciones cumplidas en cada paciente x100 / N.º total de recomendaciones de la guía UPP.

Indicadores de resultado*Prevalencia de UPP*

Responde a la pregunta “¿Cuántos pacientes presentan UPP en el momento del estudio?”. Mide el porcentaje de pacientes que presentan UPP en el momento del estudio (o de corte mensual). Permite adecuar el proceso de prevención de UPP. La recogida de información debería poder hacerse mediante explotación de datos a nivel informático, pero también se recogió por auditoría de la EPAH. Se realizó una comparación entre el registro y la tasa real.

Indicador:

- N.º total de pacientes que presentan UPP x100/ N.º total de pacientes hospitalizados en la unidad durante el estudio

Prevalencia de UPP en pacientes con riesgo de UPP

Responde a la pregunta “¿Cuántos pacientes con riesgo de UPP presentan UPP?”. Mide el porcentaje de pacientes de riesgo que presentan UPP en el momento del estudio. Permite adecuar el proceso de prevención de UPP. La recogida de información debería poder hacerse mediante explotación de datos a nivel informático, pero también se recogió por auditoría de la EPAH. Se realizó una comparación entre el registro y la tasa real.

Indicador:

- N.º total de pacientes que presentan UPP x 100/ N.º total de pacientes con riesgo durante el periodo del estudio

Incidencia de UPP

Responde a la pregunta “¿Cuántos pacientes sin UPP inicialmente desarrollan UPP durante el estudio?”. Mide el porcentaje de pacientes inicialmente sin UPP que desarrollan UPP durante el periodo de estudio. Permite adecuar el proceso de prevención de UPP. La recogida de información debería poder hacerse mediante explotación de datos a nivel informático, pero también se recogió por auditoría de la EPAH. Se realizó una comparación entre el registro y la tasa real.

Indicador:

- N.º total de pacientes inicialmente libres de UPP que han desarrollado al menos una UPP durante el periodo del estudio x 100/ N.º total acumulado de pacientes hospitalizados en la unidad durante el periodo del estudio

Incidencia de UPP en pacientes con riesgo de UPP

Responde a la pregunta “¿Cuántos pacientes de riesgo sin UPP inicialmente desarrollan UPP durante el periodo del estudio?”. Mide el porcentaje de pacientes de riesgo sin UPP inicialmente que desarrollan UPP durante el tiempo del estudio. Permite valorar el cumplimiento del protocolo de UPP y adecuar la dotación de recursos. La recogida de información debería poder hacerse mediante explotación de datos a nivel informático, pero también se recogió por auditoría de la EPAH. Se realizó una comparación entre el registro y la tasa real.

Indicador:

- N.º de pacientes inicialmente libres de UPP que han desarrollado al menos una UPP durante el periodo de estudio x 100/ N.º total acumulado de pacientes con riesgo (escala de Braden) durante el periodo del estudio.

Otras lesiones de la piel

Responde a la pregunta “¿Cuántos pacientes candidatos a cuidados extendidos presentan otras lesiones en la piel en el momento del estudio?”. Mide el porcentaje de pacientes con riesgo de UPP o con UPP ya instaurada que presentan lesiones en la piel diferentes a una UPP (lesiones por humedad, fricción o heridas) en el momento del estudio (o de corte mensual). La recogida de información se recogió por auditoría de la EPAH.

Indicador:

- N.º total de pacientes que presentan UPP x100/ N.º total de pacientes hospitalizados en la unidad durante el estudio

INDICADORES PARA MEDIR LA ADHERENCIA A LAS RECOMENDACIONES DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE ACCESOS VASCULARES PERIFÉRICOS

A continuación, se indican los indicadores derivados de la GPC de accesos vasculares periféricos (AVP) (Registered Nurses' Association of Ontario, 2008b). Estos indicadores se han dividido según sean de estructura, proceso o resultado.

Indicadores de estructura

Conocimiento de la GPC

Responde a la pregunta “¿Todo el personal conoce la GPC de accesos vasculares?”. Mide el nivel de implantación de la GPC en la unidad. Su conocimiento permite dotar a la unidad del material didáctico necesario y poder establecer sesiones formativas. Esta información se recoge por entrevista directa con la enfermera a través de un corte anual. Los indicadores son los siguientes:

Indicador:

- N.º de enfermeros de la unidad que conocen la GPC x 100 / N.º de enfermeros de la unidad
- N.º de enfermeros de la unidad que han tenido una sesión x 100/ N.º de enfermeros de la unidad

Necesidades de recursos materiales

Responde a la pregunta “¿Se valoran las necesidades de los recursos materiales para el cuidado y manejo de AVP en las unidades?”. Mide el porcentaje de unidades con informe de necesidades sobre recursos materiales. Permite pactar las existencias de productos, dotar a las unidades de recursos materiales, usar los recursos de forma adecuada y controlar los costes. Esta información se recoge por entrevista directa con la supervisora de la unidad a través de un corte anual. El indicador responde a la presencia o ausencia de un informe de necesidades realizado en la unidad donde se recoja información sobre el perfil de pacientes de cada unidad.

Indicador:

- La unidad tiene un informe de necesidades (Valor dicotómico, Sí/No).

Indicadores de proceso

Catéteres insertados en una localización recomendada

El AVP se ha insertado en una localización recomendada. Mide el porcentaje de pacientes con AVP insertados en localizaciones recomendadas, evitando la fosa antecubital, la cara interna de la muñeca y extremidades inferiores (piernas y pies). Este indicador responde a la práctica enfermera respecto a la localización, lo que se podrá asociar a la adherencia o no a las recomendaciones de la guía. Esta información se recogió a través de auditorías mensuales por parte de la EPAH.

Indicador:

- $\text{N.º de AVP insertados en localizaciones recomendadas} \times 100 / \text{N.º total de AVP}$

Catéteres insertados en la fosa antecubital

En el caso de que el AVP se inserte en miembros superiores, el catéter se inserta en fosa antecubital. Mide el porcentaje de pacientes con AVP insertados en la fosa antecubital. Este indicador responde a la práctica enfermera respecto a la localización, lo que se podrá asociar a la adherencia o no a las recomendaciones de la guía. Esta información se recogió a través de auditorías mensuales por parte de la EPAH.

Indicador:

- $\text{N.º de AVP insertados en fosa antecubital} \times 100 / \text{N.º de AVP insertados en miembros superiores}$

Catéteres insertados en miembros inferiores

El AVP se ha insertado en miembros inferiores. Mide el porcentaje de pacientes con AVP insertados en miembros inferiores (piernas y pies). Este indicador responde a la práctica enfermera respecto a la localización, lo que se podrá asociar a la adherencia o no a las recomendaciones de la guía. Esta información se recogió a través de auditorías mensuales por parte de la EPAH.

Indicador:

- $\text{N.º de AVP insertados en miembros inferiores} \times 100 / \text{N.º total de AVP}$

Catéteres insertados con punto de inserción visible

El AVP tiene el punto de inserción visible. Mide el porcentaje de pacientes con AVP insertados que tienen el punto de inserción visible que permite valorar y monitorizar su estado. Este indicador responde a la práctica enfermera respecto al cuidado y mantenimiento, lo que se podrá asociar a la adherencia o no a las recomendaciones de la guía. Esta información se recogió a través de auditorías mensuales por parte de la EPAH.

Indicador:

- $\text{N.º de AVP insertados con el punto de inserción visible} \times 100 / \text{N.º total de AVP}$

Registro del catéter

El catéter está registrado. Mide el porcentaje de AVP registrados. Este indicador responde a la práctica enfermera respecto al registro del catéter, lo que se podrá asociar a la adherencia o no a las recomendaciones de la guía. Esta información se recogió a través de la explotación de datos del sistema informático de cada hospital y con las auditorías realizadas por las EPAH.

Indicador:

- $\text{N.º de AVP registrados} \times 100 / \text{N.º total de AVP}$

Registro de catéteres insertados en la fosa antecubital

En el caso de que exista un registro de AVP insertado en miembros superiores, el catéter se ha registrado en “fosa antecubital”. Mide el porcentaje de pacientes con AVP registrados en la fosa antecubital. Este indicador responde a la práctica enfermera respecto al registro, lo que se podrá asociar a la adherencia o no a las recomendaciones de la guía. Esta información se recogió a través de la explotación de datos del sistema informático de cada hospital.

Indicador:

- $N.º \text{ de AVP registrados en fosa antecubital} \times 100 / N.º \text{ total de AVP registrados en miembros superiores}$

Registro de catéteres insertados en miembros inferiores

En el caso de que exista un registro de AVP insertado en miembros inferiores, el catéter se ha registrado en “miembros inferiores”. Mide el porcentaje de pacientes con AVP registrados en miembros inferiores. Este indicador responde a la práctica enfermera respecto al registro, lo que se podrá asociar a la adherencia o no a las recomendaciones de la guía. Esta información se recogió a través de la explotación de datos del sistema informático de cada hospital.

Indicador:

- $N.º \text{ de AVP registrados en miembros inferiores} \times 100 / N.º \text{ total de AVP registrados}$

Registro de catéteres con punto de inserción visible

En el caso de que se haya registrado un AVP, éste tiene el punto de inserción visible. Mide el porcentaje de AVP registrados con punto de inserción visible. Este indicador responde a la práctica enfermera respecto al cuidado y mantenimiento del catéter, lo que se podrá asociar a la adherencia o no a las recomendaciones de la guía. Esta información se recogió a través de la explotación de datos del sistema informático de cada hospital y de la observación directa de la EPAH durante las auditorías.

Indicador:

- $N.º \text{ de AVP registrados con el punto de inserción visible} \times 100 / N.º \text{ total de AVP registrados}$

Catéteres en funcionamiento

El AVP se ha utilizado en las últimas 24 horas. Mide el porcentaje de pacientes con AVP insertados que están en funcionamiento correcto. Este indicador responde a la práctica enfermera respecto a la necesidad de disponer de un AVP, lo que se podrá asociar a la adherencia o no a las recomendaciones de la guía. Esta información se recogió a través de auditorías mensuales por parte de la EPAH.

Indicador:

- $N.º \text{ de AVP utilizados en las últimas 24 horas} \times 100 / N.º \text{ total de AVP}$

Tiempo de inserción del catéter

El AVP lleva menos de 96 horas insertado. Mide el porcentaje de pacientes con AVP insertados que tienen menos de 96 horas. Este indicador responde a la práctica enfermera respecto al mantenimiento de un AVP, lo que se podrá asociar a la adherencia o no a las recomendaciones de la guía. Esta información se recogió a través de auditorías mensuales por parte de la EPAH.

Indicador:

- $N.º \text{ de AVP insertados hace menos de 96 horas} \times 100 / N.º \text{ total de AVP}$

Tipo de sujeción

La sujeción del AVP sigue las recomendaciones. Mide el porcentaje de pacientes con AVP sujetos correctamente (permite valorar y monitorizar el punto de inserción además de prevenir la extravasación o el desplazamiento del catéter). Este indicador responde a la práctica enfermera respecto al cuidado y mantenimiento de un AVP, lo que se podrá asociar a la adherencia o no a las recomendaciones de la guía. Esta información se recogió a través de auditorías mensuales por parte de la EPAH.

Indicador:

- $N.º \text{ de AVP insertados con sujeción correcta} \times 100 / N.º \text{ total de AVP}$

Estado del apósito

El apósito del AVP está en buenas condiciones. Mide el porcentaje de AVP con el apósito en buenas condiciones (el apósito está limpio, seco e intacto, y permite valorar el orificio de inserción). Este indicador responde a la práctica enfermera respecto al cuidado y mantenimiento de un AVP, lo que se podrá asociar a la adherencia o no a las recomendaciones de la guía. Esta información se recogió a través de auditorías mensuales por parte de la EPAH.

Indicador:

- $N.º \text{ de AVP con correcto estado del apósito} \times 100 / N.º \text{ total de AVP}$

Cumplimiento general de las recomendaciones de la GPC AVP

Responde a la pregunta “¿El paciente hospitalizado en la unidad recibe los cuidados recomendados por la GPC?”. Mide el promedio del resultado porcentual de las 7 variables de proceso de AVP: localización correcta, punto de inserción visible, catéteres en funcionamiento, tiempo de inserción del catéter, tipo de sujeción, estado del apósito y registro del catéter. Esta información se recogió a partir del resto de variables a través de auditorías mensuales por parte de la EPAH.

Indicador:

- $N.º \text{ medio de recomendaciones cumplidas en cada paciente} \times 100 / N.º \text{ total de recomendaciones de la guía AVP}$.

Indicadores de resultado*Prevalencia de eventos adversos*

Responde a la pregunta “¿Cuántos pacientes presentan eventos adversos relacionados con la inserción de AVP?”. Mide el porcentaje de pacientes que presentan eventos adversos relacionados con el AVP durante la evaluación in situ. Los eventos adversos hacen referencia a flebitis (eritema, cordón venoso, inflamación, dolor) u otros (eventos adversos difícil de clasificar entre los anteriores). La recogida de información se recogió por auditoría de la EPAH.

Indicador:

- $N.º \text{ total de pacientes que presentan eventos adversos relacionados con el AVP} \times 100 / N.º \text{ total de pacientes hospitalizados en la unidad durante el estudio}$

Incidencia de eventos adversos

Responde a la pregunta “¿Cuál es la incidencia de eventos adversos durante el estudio?”. Mide el porcentaje de pacientes inicialmente sin eventos adversos que los desarrollan durante el periodo de

estudio. Los eventos adversos hacen referencia a flebitis (eritema, cordón venoso, inflamación, dolor) u otros (eventos adversos difícil de clasificar entre los anteriores). Permite adecuar el proceso de prevención de eventos adversos en pacientes con AVP. La recogida de información debería poder hacerse mediante explotación de datos a nivel informático, pero también se recogió por auditoría de la EPAH.

Indicador:

- N.º total de pacientes inicialmente libres de eventos adversos relacionados con AVP que han desarrollado al menos un evento adverso durante el periodo del estudio x 100/ N.º total acumulado de pacientes hospitalizados en la unidad durante el periodo del estudio

Eritema

Mide el porcentaje de catéteres insertados con punto de inserción visible que presentan eritema en el punto de inserción. Es un tipo de evento adverso. Permite adecuar las actuaciones ante la presencia de eventos adversos e iniciar medidas para su prevención. La recogida de información se recogió por auditoría de la EPAH.

Indicador:

- N.º pacientes con eritema x100 / N.º de AVP insertados con punto de inserción visible

Cordón venoso

Mide el porcentaje de catéteres insertados con punto de inserción visible que presentan cordón venoso en el recorrido del catéter. Es un tipo de evento adverso. Permite adecuar las actuaciones ante la presencia de eventos adversos e iniciar medidas para su prevención. La recogida de información se recogió por auditoría de la EPAH.

Indicador:

- N.º pacientes con cordón venoso x100 / N.º de AVP insertados con punto de inserción visible

Inflamación

Mide el porcentaje de catéteres insertados con punto de inserción visible que presentan inflamación en la zona del catéter. Es un tipo de evento adverso. Permite adecuar las actuaciones ante la presencia de eventos adversos e iniciar medidas para su prevención. La recogida de información se recogió por auditoría de la EPAH.

Indicador:

- N.º pacientes con inflamación x100 / N.º de AVP insertados con punto de inserción visible

Dolor

Mide el porcentaje de pacientes que refieren dolor relacionado con el AVP. El dolor se mide con la Escala EVA⁹ de percepción del dolor. Se considera que el paciente tiene dolor si la puntuación es igual o mayor a 1. Permite adecuar las actuaciones ante la presencia de eventos adversos e iniciar medidas para su prevención. La recogida de información se recogió por auditoría de la EPAH.

⁹ La Escala EVA es una escala numérica de valoración del dolor que va de 0 puntos a 10 puntos, donde 0 significa ausencia de dolor y 10 el dolor más fuerte que alguna vez se ha sentido.

Indicador:

- N.º pacientes con dolor x100 / N.º de pacientes hospitalizados en la unidad

Evento adverso no clasificado

Mide el porcentaje de catéteres insertados con punto de inserción visible que presentan eventos adversos difíciles de diferenciar entre los anteriores. Se considerará un evento adverso más. Permite adecuar las actuaciones ante la presencia de eventos adversos e iniciar medidas para su prevención. La recogida de información se recogió por auditoría de la EPAH.

Indicador:

- N.º pacientes con evento adverso difícil de clasificar x100 / N.º de pacientes a los que se les puede valorar evento adverso

Catéteres innecesarios

Mide el porcentaje de catéteres insertados que no se utilizan en las últimas 24 horas. Es un criterio de resultado negativo. Permite adecuar las actuaciones ante la presencia de eventos adversos e iniciar medidas para su prevención. La recogida de información se recogió por auditoría de la EPAH.

Indicador:

- N.º pacientes que presentan AVP sin uso en las últimas 24h x100 / N.º de pacientes hospitalizados en la unidad

Anexo 9. Formulario para la auditoría de UPP



Universitat
de les Illes Balears
Departament
d'Infermeria
i Fisioteràpia

Proyecto EPAH
Enfermeras de Práctica Avanzada en unidades de Hospitalización

CONSELLERIA
DE SALUT
SERVEI SALUT
ILLES BALEARS

VALORACIÓN ADHERENCIA RECOMENDACIONES GUÍA UPP ILLES BALEARS**FECHA Y HORA AUDITORÍA**

___/___/20__	__:__
--------------	-------

1. Habitación/ 2. EDAD/ 2.1.SEXO

--	--	--

3. Presenta UPP (registro formal)

Sí		No	
----	--	----	--

4. Registro BRADEN INGRESO (En unidad)

Sí		No	
----	--	----	--

5. Registro BRADEN ACTUAL

--	--

6. BRADEN según EPAH

--	--

7. Se corresponde el BRADEN

Sí		No	
----	--	----	--

Sólo si presenta riesgo de UPP según escala BRADEN o UPP, continuar con valoración

8. Revaloración BRADEN

Sí, según recomendaciones Guía	
Sí, pero diferente a la Guía	
No se ha revalorado	
No es necesario	

Registro:

Formal		Informal	
No hay registro			

9. ESTADO DE LA PIEL

Se registra diariamente el estado de la piel del paciente

Sí		No	
----	--	----	--

Cuidado preventivo de la piel:

Se utilizan cremas de barrera para evitar daños en la piel	
Se utilizan aceites hiperoxigenados en prominencias óseas	
Otras medidas para hidratación piel	
No se utilizan medidas preventivas	

Características de la piel

Presenta lesiones por humedad	
-------------------------------	--

Registro:

Formal		Informal	
No hay registro			

10. UPP (sólo si tiene)

Procedencia

Intrahospitalaria	
Extrahospitalaria	
No conocida	

Localización

Categoría*

Occipital		
Escápulas		
Codos		
Sacro/coxis		
Talones		
Maléolo		
Otra		

* (Categoría: I, II, III, IV, no categorizable)

Registro UPP

Formal		Informal	
No hay registro			

Cura UPP

Frecuencia pauta (c/12, 24, 48h,...)	
Pauta clara, comprensible	
Uso de antibiótico sistémico	
Antibióticos tópicos/antisépticos	
Apósito individualizado	
Terapia presión negativa	
Terapia oxígeno hiperbárico	
Cura de heridas paliativas	
Control del dolor	

Registro Cura UPP

Formal		Informal	
No hay registro			

11. CAMBIOS POSTURALES

El paciente necesita ayuda para realizar cambios posturales

Sí		No	
----	--	----	--

Tiene cambios posturales planificados (sólo si necesita ayuda)

Sí, según recomendaciones (c/4-6h)	
Sí, diferente a las recomendaciones	
No están planificados	
Medidas de confort/contraindicado	

Tiene sedestación programada

Sí		No	
----	--	----	--

Registro si Cambios posturales o Sedestación

Formal		Informal	
No hay registro			

Puntuación	Riesgo	Frecuencia de monitorización
< 12	Alto	Cada 24 horas
13-14	Moderado	Cada 72 horas
15-18	Bajo	Cada semana
19-23	Sin riesgo	Si hay cambios en el estado general

	Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Roces y peligros de lesiones cutáneas
1	Completamente limitada	Constantemente húmeda	Encamado	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	Húmeda con frecuencia	En silla	Muy limitado	Probablemente inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	Sin problema aparente
4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	

Riesgo alto 12 puntos o menos

Riesgo moderado 13-14 puntos

Riesgo bajo 15-16 puntos en pacientes menores de 75 años o 15-18 puntos en pacientes mayores de 75 años

Sin riesgo 17-23 puntos en pacientes menores de 75 años o 19-23 puntos en pacientes mayores de 75 años

12. (SEMP/SA) Superficies especiales para el control de la presión/superficies de alivio

Se utiliza colchón de aire alternante (antiescaras)	
Se libera presión de zonas de riesgo con otros dispositivos (ej: cojines, taloneras, toallas dobladas...)	
Dispone de cojín de espuma de alta especificación (viscolástica) cuando está sentado de forma prolongada	
No dispone de superficies especiales para el control de la presión	

Registro SEMP/SA

Formal		Informal	
No hay registro			

13. VALORACIÓN NUTRICIONAL/HIDRATACIÓN

Tiene realizada valoración nutricional, con escalas como la MNA (mini nutritional assessment).

Sí	
No	

En caso de riesgo:

Se completa valoración nutricional	
Se realiza alguna intervención	
No se realiza ninguna intervención	

Registro

Formal		Informal	
No hay registro			

14. INFORMACIÓN AL PACIENTE/FAMILIA

Sabe lo que es una UPP	Sí	No
Sabe cómo se previene una UPP		
No valorable		



Universitat
de les Illes Balears

Departament
d'Infermeria
i Fisioteràpia

Proyecto EPAH
Enfermeras de Práctica Avanzada en unidades de Hospitalización

CONSELLERIA
SALUT
SERVEI SALUT
ILLES BALEARS

COMENTARIOS:

ESCALA DE BRADEN

Factor de Riesgo	Puntuación y descripción			
Percepción sensorial Capacidad para reaccionar de manera voluntaria a una molestia relacionada con la presión	1 = completamente limitada Al tener disminuido el nivel de conciencia o al estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose, estremeciéndose o agarrándose); o bien capacidad limitada para sentir el dolor en la mayor parte del cuerpo	2 = Muy limitada Reacciona solamente a estímulos dolorosos; no puede comunicar su malestar excepto por medio de quejidos o agitación. O bien presenta un déficit sensorial al que limita la capacidad de percibir dolor o molestia en más de la mitad del cuerpo	3 = Ligeramente limitada Reacciona ante órdenes verbales, pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición. O bien presenta un déficit sensorial que limita la capacidad para sentir el dolor o la incomodidad en al menos una de las extremidades	4 = Sin limitaciones Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que le pueda limitar la capacidad de expresar o sentir el malestar
Humedad Nivel de exposición de la piel a la humedad	1 = Constantemente húmeda La piel se encuentra expuesta constantemente a la humedad por sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente	2 = Húmeda con frecuencia La piel está húmeda a menudo, pero no siempre. La ropa de cama debe cambiarse al menos una vez por turno	3 = Ocasionalmente húmeda La piel está húmeda ocasionalmente, lo cual hace necesario un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día	4 = Ráramente húmeda A piel está seca generalmente, la ropa de cama se cambia según los intervalos fijados para los cambios de rutina.
Actividad Nivel de actividad física	1 = Encamado Paciente constantemente encamado	2 = En una silla Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para sentarse en una silla o en una silla de ruedas	3 = Deambula ocasionalmente Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día pero en distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama, en una silla o en un sillón.	4 = Deambula frecuentemente Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las sesiones de paseo.
Movilidad Capacidad de cambiar y controlar la posición del cuerpo	1 = Completamente inmóvil Sin ayuda no puede hacer ningún cambio de posición del cuerpo o de alguna extremidad	2 = Muy limitada Ocasionalmente hace ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí mismo.	3 = Ligeramente limitada Hace con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí mismo.	4 = Sin limitaciones Hace con frecuencia importantes cambios de posición sin ayuda
Nutrición Patrón usual de ingesta de alimentos	1 = Muy deficiente Nunca ingiere una comida completa; raramente forma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrece; diariamente come dos raciones o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos); bebe pocos líquidos; no toma suplementos dietéticos. O bien está en ayudas y/o con dieta líquida o sueros más de cinco días	2 = Probablemente inadecuada Raramente hace una comida completa y generalmente ingiere sólo la mitad de los alimentos que se le ofrecen; la ingesta proteica incluye solamente tres raciones de carne o productos lácteos al día; ocasionalmente toma un suplemento dietético. O bien recibe menos de la cantidad óptima de dieta líquida o por sonda nasogástrica.	3 = Adecuada Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas; come un total de cuatro raciones al día de proteínas (carne o productos lácteos); ocasionalmente puede rehusar una comida, pero toma un suplemento dietético si se le ofrece. O bien recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral, la cual cubre la mayoría de sus necesidades nutricionales.	4 = Excelente Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehúsa una comida. Habitualmente come un total de cuatro raciones o más de carne y/o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere suplementos dietéticos.
Roces y peligros de lesiones cutáneas	1 = Problema Requiere asistencia entre moderada y máxima para moverse. Es imposible levantarlo del todo sin deslizamiento entre las sábanas. A menudo se desliza en la cama o en una silla y a menudo necesita recolocarse con el máximo de ayuda. La espasticidad, las contracturas o la agitación producen un roce casi constante.	2 = Problema potencial Se mueve muy débilmente o requiere de asistencia mínima. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra las sábanas, la silla, los sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar	3 = Sin problema aparente Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene fuerza muscular suficiente para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o en la silla	

Anexo 10. Formulario para la auditoría de AVP

VALORACIÓN MANTENIMIENTO DEL ACCESO VENOSO PERIFÉRICO



FECHA Y HORA AUDITORIA

___/___/20__	__:__
--------------	-------

1. Habitación/ Edad / Sexo

--	--	--

2. INFORMACION CATETER

¿Valorable?	SI/ NO
¿Sabe qué es un catéter?	SI/ NO
¿Quién le ha informado?	Nadie/Enf/Exp/Otros

3. LOCALIZACIÓN DEL CATÉTER

DER IZQ

Dorso mano		
Muñeca		
Antebrazo		
Fosa antecubital (Flexura)		

OTRA LOCALIZACIÓN

--	--	--

4. CALIBRE DEL CATÉTER

14 gauge (naranja)	
16 gauge (gris)	
18 gauge (verde)	
20 gauge (rosa)	
22 gauge (azul)	
24 gauge (amarillo)	
No valorable	

5. UNIDAD DE INSERCIÓN

--

6. ¿ESTÁ REGISTRADA LA FECHA EN EL APOSITO? ___/___

SI	NO
----	----

7. LA FECHA DEL APOSITO CORRESPONDE A ...

Inserción	
Mantenimiento	

8. TIEMPO INSERCIÓN ___/___

Menos de 48 horas (2 días)	
Entre 48 horas y 96 horas	
Mas de 96 horas (4 días)	
Desconocido	

9. INSPECCIÓN VISUAL A SIMPLE VISTA

Orificio visible	
Orificio no visible	

10. SUJECIONES (marcar varias opciones)

Sin sujeción	
Presencia de malla	
Presencia de vendaje	
Tiras adhesivas	
Esparadrapo	
¿Impide la sujeción visibilizar el orificio?	SI/NO

11. TIPO DE APÓSITO

Semipermeable transparente	
Gasa estéril	
No visible	

12. ¿EL APÓSITO ESTÁ LIMPIO, SECO E INTACTO?

Sí (Seleccione sí, sólo si los tres se cumplen)	
No (Identifica la causa)	
a. No intacto (despegado)	
b. Sucio (fuera apósito)	
c. Húmedo (dentro apósito)	
d. Restos hemáticos (dentro del apósito)	
No valorable	

13. INSPECCION VISUAL DE EVENTOS ADVERSOS

Ausencia de signos	
Eritema	
Inflamación	
Cordón venoso menor a 3 cm o endurecimiento	
Cordón venoso mayor 3 cm o endurecimiento	
No valorable	

14. ESCALA DEL DOLOR RELACIONADA CON EL CATÉTER PERIFÉRICO (Marca con una x donde proceda)

Sin dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Máximo dolor
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------

15. CONEXIONES DEL CATÉTER

Sin alargadera (Catéter + tapón sellado / infusión directa)	
Catéter + alargadera	
Catéter + llave de 3 vías	
Catéter + Alargadera + llave de 3 vías (especificar nº de llaves)	
No valorable	

16. EQUIPOS DE INFUSIÓN

Sin infusión conectada	
Infusión actualmente en curso	
Infusión completada y sistema colgando, especificar HORA	

17. RESTOS HEMÁTICOS O MEDICAMENTOS EN...

Alargadera	SI/NO/¿?
Sistema de infusión	SI/NO/¿?

18. REGISTRO CATÉTER

No existe registro	
Informático en la HC	
Evolución enfermería papel	

19. TIPO DE INFUSION (hoja de medicación)

Infusión continua (sueroterapia)	
Infusión intermitente (analgesia o antibióticos)	
Infusión en bolo directo	
Sin tratamiento endovenoso	
Sin tratamiento EV en 24 horas	

20. MEDICAMENTOS

Amiodarona	
Antibiótico (especificar)	
Analgesia (especificar)	
Sueroterapia con potasio	
Nutrición parenteral	
Otros	

Anexo 11. Instrumento para el mapeo de posibles intervenciones

MAPEO DE POSIBLES INTERVENCIONES PARA IMPLEMENTAR GPC

A continuación, se presenta un mapeo de posibles intervenciones para la implementación de GPC que se pueden llevar a cabo en el contexto hospitalario donde se realiza el proyecto EPAH.

Tras una revisión bibliográfica exhaustiva, se elabora una herramienta que recoge intervenciones para la implementación de GPC basadas en las teorías del cambio de conductas (Tabla 1 de este anexo).

En la primera columna, la tabla recoge los 13 métodos de cambio del comportamiento basados en la TCP más frecuentemente utilizados y ordenados según su frecuencia de uso, extraídos de la revisión sistemática de Steinmetz et al. (Steinmetz et al., 2016): información, aumento de habilidades, persuasión, planificación, estímulo o apoyo social, establecimiento de metas, motivación, autoseguimiento, incentivo económico, modelado/demostración, ensayo de habilidades, prevención de recaídas, referencia/derivación. Los autores proporcionan, además, una definición general del método de cambio de conductas basado en la taxonomía de Michie et al. (Michie et al., 2013) y de varios estudios primarios.

En la segunda y tercera columna, la tabla recoge diferentes técnicas de cambio de comportamiento de las 93 diferentes técnicas que recoge la taxonomía de Michie et al. (Michie et al., 2013) y las definiciones de cada una respectivamente. Se han seleccionado las técnicas que probablemente se puedan utilizar en el contexto donde se realiza el proyecto EPAH. Se han recogido un total de 69 técnicas. Las otras 24 se descartan por no ser pertinentes para el proyecto o porque la misma taxonomía indica que no deben codificarse ciertas técnicas si se han codificado otras claramente pertinentes. Las 24 técnicas no incluidas, con la definición y el motivo por el cual se descartaron, se recogen en la Tabla 2 de este anexo.

En la cuarta columna, la Tabla 1 recoge los Mecanismos de Acción relacionados con algunas de las técnicas de cambio del comportamiento de la Taxonomía de Michie, según el estudio realizado por Carey et al. (Carey et al., 2019).

En la quinta columna, la tabla recoge diferentes intervenciones en el sistema de salud que propone la taxonomía EPOC (Effective Practice and Organisation of Care (EPOC), 2015). Esta taxonomía propone cuatro dominios de intervenciones: organizacionales, financieras, gubernamentales, y estrategias de implementación; se han seleccionado únicamente las intervenciones categorizadas como estrategias de implementación, definidas por los autores como “*intervenciones diseñadas para provocar cambios en las organizaciones sanitarias, el comportamiento de los profesionales sanitarios o el uso de los servicios sanitarios por parte de los beneficiarios de la asistencia sanitaria*” (Effective Practice and Organisation of Care (EPOC), 2016). De esta categoría, se han usado todas las intervenciones, pues todas ellas van dirigidas a provocar cambios en el comportamiento de los profesionales sanitarios, que es el ámbito de actuación de la EPAH. Se han colocado en la columna en función del método de cambio de conductas al que puede responder siguiendo la definición exacta de la propia taxonomía como criterio.

Tabla 1. Mapeo de posibles intervenciones para la implementación de GPC en el contexto del proyecto EPAH

Theory of Planned Behavior change method and Definition (Steinmetz et al., 2016)	Behavior change technique and definition (Michie et al., 2013)	Mechanism of action related to Behavior change technique (Carey et al., 2019)	Implementation strategies and definition (EPOC, 2015)
Information <i>Provide any kind of information objectively and unemotionally</i>	Information about antecedents (4.2) <i>Provide information about antecedents (e.g. social and environmental situations and events, emotions, cognitions) that reliably predict performance of the behaviour</i>		Clinical Practice Guidelines: <i>Clinical guidelines are systematically developed statements to assist healthcare providers and patients to decide on appropriate health care for specific clinical circumstances'(US IOM).</i> Educational outreach visits, or academic detailing: <i>Personal visits by a trained person to health workers in their own settings, to provide information with the aim of changing practice.</i>
	Information about health consequences (5.1) <i>Provide information (e.g. written, verbal, visual) about health consequences of performing the behavior</i>	Knowledge about consequences Beliefs about behavior Attitude toward the behavior Perceived susceptibility/vulnerability Intention	
	Information about social and environmental consequences (5.3) <i>Provide information (e.g. written, verbal, visual) about social and environmental consequences of performing the behavior</i>	Beliefs about consequences Attitude towards the behavior Knowledge	
	Information about emotional consequences (5.6) <i>Provide information (e.g. written, verbal, visual) about emotional consequences of performing the behavior</i>	Beliefs about consequences Attitude towards the behavior Emotion	
	Information about others' approval (6.3) <i>Provide information about what other people think about the behavior. The information clarifies whether others will like, approve or disapprove of what the person is doing or will do</i>	Subjective norms Intention	

	Credible source (9.1)	<i>Present verbal or visual communication from a credible source in favour of or against the behavior</i>	General attitudes/beliefs Social/professional role and identity	
Increasing skills <i>Advise or agree on how to perform the behavior*</i>	Instruction on how to perform the behavior (4.1)	<i>Advise or agree on how to perform the behavior (includes 'Skills training')</i>	Knowledge Skills	Educational games: <i>The use of games as an educational strategy to improve standards of care.</i> Educational materials: <i>Distribution to individuals, or groups, of educational materials to support clinical care, i.e., any intervention in which knowledge is distributed. For example this may be facilitated by the internet, learning critical appraisal skills; skills for electronic retrieval of information, diagnostic formulation; question formulation</i>
	Behavioral experiments (4.4)	<i>Advise on how to identify and test hypotheses about the behavior, its causes and consequences, by collecting and interpreting data</i>		Educational meetings: <i>Courses, workshops, conferences or other educational meetings</i> Inter-professional education: <i>Continuing education for health professionals that involves more than one profession in joint, interactive learning</i>
Persuasion <i>Tell the person that he/she can successfully perform the wanted behavior, arguing against self-doubts and asserting that he/she can and will succeed*</i>	Re-attribution (4.3)	<i>Elicit perceived causes of behavior and suggest alternative explanations (e.g. external or internal and stable or unstable)</i>		
	Salience of consequences (5.2)	<i>Use methods specifically designed to emphasise the consequences of performing the behaviour with the aim of making them more memorable (goes beyond informing about consequences)</i>	Attitude towards the behavior	
	Social comparison (6.2)	<i>Draw attention to others' performance to allow comparison with the person's own</i>	Subjective norms Social influences	

	<i>performance</i> Note: <i>being in a group setting does not necessarily mean that social comparison is actually taking place</i>	
Exposure (7.7)	<i>Provide systematic confrontation with a feared stimulus to reduce the response to a later encounter</i>	
Pros and cons (9.2)	<i>Advise the person to identify and compare reasons for wanting (pros) and not wanting to (cons) change the behavior (includes 'Decisional balance')</i>	Beliefs about consequences Attitude towards the behavior Feedback processes Motivation
Comparative imagining of future outcomes (9.3)	<i>Prompt or advise the imagining and comparing of future outcomes of changed versus unchanged behaviour</i>	Beliefs about consequences
Social incentive (10.5)	<i>Inform that a verbal or non-verbal reward will be delivered if and only if there has been effort and/or progress in performing the behavior (includes 'Positive reinforcement')</i>	
Self-incentive (10.7)	<i>Plan to reward self in future if and only if there has been effort and/or progress in performing the behavior</i>	Motivation
Incentive (outcome) (10.8)	<i>Inform that a reward will be delivered if and only if there has been effort and/or progress in achieving the behavioural outcome (includes 'Positive reinforcement')</i>	
Incompatible beliefs (13.3)	<i>Draw attention to discrepancies between current or past behavior and self-image, in order</i>	Attitude towards the behavior

	<i>to create discomfort (includes 'Cognitive dissonance')</i>		
	Verbal persuasion about capability (15.1)	<i>Tell the person that they can successfully perform the wanted behavior, arguing against self-doubts and asserting that they can and will succeed</i>	Beliefs about capabilities
	Imaginary reward (16.2)	<i>Advise to imagine performing the wanted behavior in a real-life situation followed by imagining a pleasant consequence (includes 'Covert conditioning')</i>	
	Vicarious consequences (16.3)	<i>Prompt observation of the consequences (including rewards and punishments) for others when they perform the behavior</i>	
Planning <i>Prompt detailed planning of performance of the behavior (must include at least one of context, frequency, duration, and intensity). Includes implementation intention = "if-then" plans that work by linking a critical situation ("if") with an appropriate behavioral response ("then")</i>	Action planning (1.4)	<i>Prompt detailed planning of performance of the behavior (must include at least one of context, frequency, duration and intensity). Context may be environmental (physical or social) or internal (physical, emotional or cognitive) (includes 'Implementation Intentions')</i>	Behavioral regulation
Social encouragement / support <i>Advise on, arrange, or provide social support (e.g., from friends, relatives,</i>	Social support (unspecified) (3.1)	<i>Advise on, arrange or provide social support (e.g. from friends, relatives, colleagues, 'buddies' or staff) or non- contingent praise or reward for performance of the behavior. It includes</i>	Organizational culture: <i>Strategies to change organisational culture</i> Communities of practice: <i>Groups of people with a common interest who deepen their knowledge and expertise in this</i>

<i>colleagues, "buddies," or staff) or noncontingent praise or reward for performance of the behavior</i>		<i>encouragement and counselling, but only when it is directed at the behavior</i>		<i>area by interacting on an ongoing basis</i>
	Social support (practical) (3.2)	<i>Advise on, arrange, or provide practical help (e.g. from friends, relatives, colleagues, 'buddies' or staff) for performance of the behavior</i>	Social influences Environmental context and resources	<p>Local opinion leaders: <i>The identification and use of identifiable local opinion leaders to promote good clinical practice.</i></p> <p>Patient-mediated interventions: <i>Any intervention aimed at changing the performance of healthcare professionals through interactions with patients, or information provided by or to patients.</i></p>
	Social support (emotional) (3.3)	<i>Advise on, arrange, or provide emotional social support (e.g. from friends, relatives, colleagues, 'buddies' or staff) for performance of the behavior</i>		
<p>Goal setting</p> <p><i>Set or agree on a goal defined in terms of the behavior to be achieved</i></p>	Goal setting (behavior) (1.1)	<i>Set or agree on a goal defined in terms of the behavior to be achieved</i>	Behavioral regulation	<p>Continuous quality improvement: <i>An iterative process to review and improve care that includes involvement of healthcare teams, analysis of a process or system, a structured process improvement method or problem solving approach, and use of data analysis to assess changes</i></p> <p>Local consensus processes: <i>Formal or informal local consensus processes, for example agreeing a clinical protocol to manage a patient group, adapting a guideline for a local health system or promoting the implementation of guidelines.</i></p>
	Goal setting (outcome) (1.3)	<i>Set or agree on a goal defined in terms of a positive outcome of wanted behavior</i>	Goals	
	Review behavior goal(s) (1.5)	<i>Review behavior goal(s) jointly with the person and consider modifying goal(s) or behavior change strategy in light of achievement. This may lead to re-setting the same goal, a small change in that goal or setting a new goal instead of (or in addition to) the first, or no change</i>		
	Discrepancy between current behavior and goal (1.6)	<i>Draw attention to discrepancies between a person's current behavior (in terms of the form, frequency, duration, or intensity of that behavior) and the person's previously set outcome goals, behavioral goals or action plans (goes</i>	Goals Behavioral regulation	

		<i>beyond self-monitoring of behavior)</i>		
	Review outcome goal(s) (1.7)	<i>Review outcome goal(s) jointly with the person and consider modifying goal(s) in light of achievement. This may lead to re-setting the same goal, a small change in that goal or setting a new goal instead of, or in addition to the first</i>	Goals	
	Behavioral contract (1.8)	<i>Create a written specification of the behavior to be performed, agreed on by the person, and witnessed by another</i>	Goals	
	Commitment (1.9)	<i>Ask the person to affirm or reaffirm statements indicating commitment to change the behavior</i>	Values	
Motivation <i>Prompt the person to provide self-motivating statements and evaluations of their own behavior to minimize resistance to change</i>	Feedback on behavior (2.2)	<i>Monitor and provide informative or evaluative feedback on performance of the behavior (e.g. form, frequency, duration, intensity);</i>	Subjective norms Knowledge	Audit and feedback: <i>A summary of health workers' performance over a specified period of time, given to them in a written, electronic or verbal format. The summary may include recommendations for clinical action.</i> Public release of performance data: <i>Informing the public about healthcare providers by the release of performance data in written or electronic form.</i> Routine patient-reported outcome measures: <i>Routine administration and reporting of patient-reported outcome measures to providers and/or patients</i>
	Feedback on outcome(s) of behavior (2.7)	<i>Monitor and provide feedback on the outcome of performance of the behavior;</i>	Subjective norms Feedback processes	
	Social reward (10.4)	<i>Arrange verbal or non-verbal reward if and only if there has been effort and/or progress in performing the behavior (includes 'Positive reinforcement')</i>	Reinforcement	
	Self-reward (10.9)	<i>Prompt self-praise or self-reward if and only if there has been effort and/or progress in performing the behavior</i>		

Reward (outcome) (10.10)	<i>Arrange for the delivery of a reward if and only if there has been effort and/or progress in achieving the behavioral outcome (includes 'Positive reinforcement')</i>		
Identification of self as role model (13.1)	<i>Inform that one's own behavior may be an example to others</i>	Self-image	
Valued self-identity (13.4)	<i>Advise the person to write or complete rating scales about a cherished value or personal strength as a means of affirming the person's identity as part of a behavior change strategy (includes 'Self-affirmation')</i>		
Identity associated with changed behavior (13.5)	<i>Advise the person to construct a new self-identity as someone who 'used to engage with the unwanted behavior'</i>	Values Motivation	
Reward approximation (14.4)	<i>Arrange for reward following any approximation to the target behavior, gradually rewarding only performance closer to the wanted behavior (includes 'Shaping')</i>		
Situation-specific reward (14.6)	<i>Arrange for reward following the behavior in one situation but not in another (includes 'Discrimination training')</i>		
Reward incompatible behavior (14.7)	<i>Arrange reward for responding in a manner that is incompatible with a previous response to that situation (includes 'Counter-conditioning')</i>		

	<p>Mental rehearsal of successful performance (15.2)</p> <p><i>Advise to practise imagining performing the behavior successfully in relevant contexts</i></p>	Motivation Values	
	<p>Focus on past success (15.3)</p> <p><i>Advise to think about or list previous successes in performing the behavior (or parts of it)</i></p>		
	<p>Self-talk (15.4)</p> <p><i>Prompt positive self-talk (aloud or silently) before and during the behavior</i></p>		
<p>Self-monitoring</p> <p><i>Establish a method for the person to monitor and record their behavior(s) as part of a behavior change strategy</i></p>	<p>Self-monitoring of behavior (2.3)</p> <p><i>Establish a method for the person to monitor and record their behavior(s) as part of a behavior change strategy</i></p>	Behavioral regulation	<p>Clinical incident reporting: <i>System for reporting critical incidents</i></p> <p>Monitoring the performance of the delivery of healthcare: <i>Monitoring of health services by individuals or healthcare organisations, for example by comparing with an external standard.</i></p> <p>Managerial supervision: <i>outine supervision visits by health staff.</i></p>
	<p>Self-monitoring of outcome(s) of behavior (2.4)</p> <p><i>Establish a method for the person to monitor and record the outcome(s) of their behavior as part of a behavior change strategy</i></p>	Behavioral regulation	
	<p>Monitoring of emotional consequences (5.4)</p> <p><i>Prompt assessment of feelings after attempts at performing the behavior</i></p>		
<p>Financial incentive</p> <p><i>Inform that money, vouchers, or other valued objects will be delivered if and only if there has been effort and/or progression in performing the behavior</i></p>	<p>Material incentive (behavior) (10.1)</p> <p><i>Inform that money, vouchers or other valued objects will be delivered if and only if there has been effort and/or progress in performing the behavior (includes 'Positive reinforcement')</i></p>	Attitude towards the behavior	
<p>Modeling</p> <p><i>An expert shows how to correctly perform a behavior</i></p>	<p>Demonstration of the behavior (6.1)</p> <p><i>Provide an observable sample of the performance of the behaviour, directly in person or indirectly e.g. via film, pictures, for the person to aspire to</i></p>	Beliefs about capabilities Social learning/imitation	

		<i>or imitate (includes 'Modelling')</i>		
Rehearsal of skills <i>Prompt rehearsal of the performance of the behavior one or more times in a context or at a time when the performance may not be necessary, in order to increase habit and skill</i>	Behavioral practice/ rehearsal (8.1)	<i>Prompt practice or rehearsal of the performance of the behavior one or more times in a context or at a time when the performance may not be necessary, in order to increase habit and skill</i>	Skills Beliefs about capabilities	
	Behavior substitution (8.2)	<i>Prompt substitution of the unwanted behavior with a wanted or neutral behavior Note: if this occurs regularly, also code 8.4, Habit reversal</i>	Behavioral regulation	
	Habit formation (8.3)	<i>Prompt rehearsal and repetition of the behavior in the same context repeatedly so that the context elicits the behavior</i>	Behavioral cueing Behavioral regulation	
	Habit reversal (8.4)	<i>Prompt rehearsal and repetition of an alternative behavior to replace an unwanted habitual behavior</i>	Behavioral regulation Behavioral cueing Memory, attention, and decision processes	
	Overcorrection (8.5)	<i>Ask to repeat the wanted behavior in an exaggerated way following an unwanted behaviour</i>		
	Generalisation of target behavior (8.6)	<i>Advise to perform the wanted behaviour, which is already performed in a particular situation, in another situation</i>	Skills	
	Graded tasks (8.7)	<i>Set easy-to-perform tasks, making them increasingly difficult, but achievable, until behavior is performed</i>	Beliefs about capabilities	

	Reduce reward frequency (14.9)	<i>Arrange for rewards to be made contingent on increasing duration or frequency of the behavior (includes 'Thinning')</i>		
<p>Relapse prevention</p> <p><i>Following initial change, help identify situations likely to result in readopting risk behaviors or failure to maintain new behaviors and help the person plan to avoid or manage these situations</i></p>	Problem solving (1.2)	<i>Analyse, or prompt the person to analyse, factors influencing the behavior and generate or select strategies that include overcoming barriers and/or increasing facilitators (includes 'Relapse Prevention' and 'Coping Planning')</i>	Beliefs about capabilities Environmental context and resources Skills	<p>Reminders: <i>Manual or computerised interventions that prompt health workers to perform an action during a consultation with a patient, for example computer decision support systems.</i></p> <p>Tailored interventions: <i>Interventions to change practice that are selected based on an assessment of barriers to change, for example through interviews or surveys.</i></p> <p>Health conditions: <i>Interventions targeted at specific types of practice, conditions or settings: acute stroke, acute surgery, alcohol.</i></p> <p>Practice and setting: <i>Health promotion in dental settings</i></p>
	Prompts/cues (7.1)	<i>Introduce or define environmental or social stimulus with the purpose of prompting or cueing the behavior. The prompt or cue would normally occur at the time or place of performance</i>	Memory, attention, and decision processes Behavioral cueing Environmental context/resources	
	Reduce prompts/cues (7.3)	<i>Withdraw gradually prompts to perform the behavior (includes 'Fading')</i>		
	Remove access to the reward (7.4)	<i>Advise or arrange for the person to be separated from situations in which unwanted behavior can be rewarded in order to reduce the behavior (includes 'Time out')</i>		
	Remove aversive stimulus (7.5)	<i>Advise or arrange for the removal of an aversive stimulus to facilitate behavior change (includes 'Escape learning')</i>		
	Reduce negative emotions (11.2)	<i>Advise on ways of reducing negative emotions to facilitate performance of the behavior (includes 'Stress Management')</i>		

	<p>Conserving mental resources (11.3)</p> <p><i>Advise on ways of minimising demands on mental resources to facilitate behavior change</i></p>		
	<p>Restructuring the physical environment (12.1)</p> <p><i>Change, or advise to change the physical environment in order to facilitate performance of the wanted behavior or create barriers to the unwanted behavior (other than prompts/cues, rewards and punishments)</i></p>	Environmental context/resources Behavioral cueing	
	<p>Avoidance/reducing exposure to cues for the behavior (12.3)</p> <p><i>Advise on how to avoid exposure to specific social and contextual/physical cues for the behavior, including changing daily or weekly routines</i></p>	Needs	
	<p>Adding objects to the environment (12.5)</p> <p><i>Add objects to the environment in order to facilitate performance of the behavior.</i></p>	Environmental context/resources	
<p>Referral</p> <p><i>Refer patient to a specialist in the target behavior in question</i></p>			

Tabla 2. Intervenciones de la Behavior Change Technique Taxonomy descartadas

Behavior change technique and definition (Michie et al., 2013)		Motivo por el cual se descarta para el proyecto EPAH
Monitoring of behavior by others without feedback (2.1)	Observe or record behavior with the person's knowledge as part of a behavior change strategy Note: if monitoring is part of a data collection procedure rather than a strategy aimed at changing behavior, do not code; if feedback given, code only 2.2, Feedback on behavior, and not 2.1, Monitoring of behavior by others without feedback; if monitoring outcome(s) code 2.5, Monitoring outcome(s) of behavior by others without feedback; if self-monitoring behavior, code 2.3, Self-monitoring of behaviour	Como la monitorización es parte de la recogida de datos no se debe codificar según los autores
Monitoring outcome(s) of behavior by others without feedback (2.5)	Observe or record outcomes of behavior with the person's knowledge as part of a behavior change strategy Note: if monitoring is part of a data collection procedure rather than a strategy aimed at changing behavior, do not code; if feedback given, code only 2.7, Feedback on outcome(s) of behavior; if monitoring behavior code 2.1, Monitoring of behavior by others without feedback; if self-monitoring outcome(s), code 2.4, Self-monitoring of outcome(s) of behavior	Como la monitorización es parte de la recogida de datos no se debe codificar según los autores
Biofeedback (2.6)	Provide feedback about the body (e.g. physiological or biochemical state) using an external monitoring device as part of a behavior change strategy Note: if Biofeedback, code only 2.6, Biofeedback and not 2.2, Feedback on behavior or 2.7, Feedback on outcome(s) of behaviour	Como se ha utilizado "Feedback on behavior (2.2)" y "Feedback on outcome(s) of behavior", esta intervención no debe codificarse
Anticipated regret (5.5)	Induce or raise awareness of expectations of future regret about performance of the unwanted behavior Note: not including 5.6, Information about emotional consequences; if suggests adoption of a perspective or new perspective in order to change cognitions also code 13.2, Framing/reframing	No aconsejamos durante el estudio ninguna intervención que pueda producir refuerzo negativo. En este caso, además, se utiliza la información sobre consecuencias emocionales "Information about emotional consequences (5.6)"
Cue signalling reward (7.2)	<i>Identify an environmental stimulus that reliably predicts that reward will follow the behavior (includes 'Discriminative cue')</i>	No es pertinente para el estudio
Satiation (7.6)	Advise or arrange repeated exposure to a stimulus that reduces or extinguishes a drive for the unwanted behavior	No es pertinente para el estudio

Associative learning (7.8)	<p>Present a neutral stimulus jointly with a stimulus that already elicits the behavior repeatedly until the neutral stimulus elicits that behavior (includes 'Classical/Pavlovian Conditioning')</p> <p>Note: when a BCT involves reward or punishment, code one or more of: 10.2, Material reward (behavior); 10.3, Non-specific reward; 10.4, Social reward, 10.9, Self-reward; 10.10, Reward (outcome)</p>	<p>No es pertinente para el estudio</p>
Material reward (behavior) (10.2)	<p>Arrange for the delivery of money, vouchers or other valued objects if and only if there <i>has been</i> effort and/or progress in performing the behavior (includes 'Positive reinforcement')</p> <p>Note: If reward is social, code 10.4, Social reward, if unspecified code 10.3, Non-specific reward, and not 10.1, Material reward (behavior); if reward is for outcome, code 10.10, Reward (outcome). If informed of reward in advance of rewarded behaviour, also code one of: 10.1, Material incentive (behaviour); 10.5, Social incentive; 10.6, Non-specific incentive; 10.7, Self-incentive; 10.8, Incentive (outcome)</p>	<p>La EPAH no puede dar recompensa económica. En todo caso sería "Non-specific reward" y uno es incompatible con el otro.</p>
Non-specific reward (10.3)	<p>Arrange delivery of a reward if and only if there <i>has been</i> effort and/or progress in performing the behavior (includes 'Positive reinforcement')</p> <p>Note: if reward is material, code 10.2, Material reward (behavior), if social, code 10.4, Social reward, and not 10.3, Non-specific reward; if reward is for outcome code 10.10, Reward (outcome). If informed of reward in advance of rewarded behaviour, also code one of: 10.1, Material incentive (behaviour); 10.5, Social incentive; 10.6, Non-specific incentive; 10.7, Self-incentive; 10.8, Incentive (outcome)</p>	<p>La EPAH no puede dar recompensa no específica (como premios fuera de la unidad). En todo caso sería "Social reward" y uno es incompatible con el otro.</p>
Non-specific incentive (10.6)	<p>Inform that a reward <i>will be</i> delivered if and only if there has been effort and/or progress in performing the behavior (includes 'Positive reinforcement')</p> <p>Note: if incentive is material, code 10.1, Material incentive (behavior), if social, code 10.5, Social incentive and not 10.6, Non-specific incentive; if incentive is for outcome code 10.8, Incentive (outcome). If reward is delivered also code one of: 10.2, Material reward (behavior); 10.3, Non-specific reward; 10.4, Social reward, 10.9, Self-reward; 10.10, Reward (outcome)</p>	<p>La EPAH no puede prometer incentivo no específico (como premios fuera de la unidad). En todo caso sería "Social incentive" o "Material incentive" si estuviese ligado con indicadores de cumplimiento del hospital, y uno es incompatible con el otro.</p>

Future punishment (10.11)	Inform that future punishment or removal of reward will be a consequence of performance of an unwanted behavior (may include fear arousal) (includes 'Threat')	No es pertinente para el estudio
Pharmacological support (11.1)	Provide, or encourage the use of or adherence to, drugs to facilitate behavior change Note: if pharmacological support to reduce negative emotions (i.e. anxiety) then also code 11.2, Reduce negative emotions	No es pertinente para el estudio
Paradoxical instructions (11.4)	Advise to engage in some form of the unwanted behavior with the aim of reducing motivation to engage in that behaviour	No es pertinente para el estudio
Restructuring the social environment (12.2)	Change, or advise to change the social environment in order to facilitate performance of the wanted behavior or create barriers to the unwanted behavior (other than prompts/cues, rewards and punishments) Note: this may also involve 12.3, Avoidance/reducing exposure to cues for the behavior; if also restructuring of the physical environment also code 12.1, Restructuring the physical environment	Esto haría referencia a cambios sociales como "hacer que la enfermera no se junte con otros profesionales que trabajan mal o no basados en la evidencia". Algo fuera del control de la EPAH
Distraction (12.4)	Advise or arrange to use an alternative focus for attention to avoid triggers for unwanted behaviour	No es pertinente para el estudio
Body changes (12.6)	Alter body structure, functioning or support directly to facilitate behavior change	No es pertinente para el estudio
Framing/reframing (13.2)	Suggest the deliberate adoption of a perspective or new perspective on behavior (e.g. its purpose) in order to change cognitions or emotions about performing the behavior (includes 'Cognitive structuring'); <i>If information about consequences then code 5.1, Information about health consequences, 5.6, Information about emotional consequences or 5.3, Information about social and environmental consequences instead of 13.2, Framing/reframing</i>	No la utiizo porque existe ya "información sobre consecuencias para la salud, emocionales sociales y ambientales
Behavior cost (14.1)	Arrange for withdrawal of something valued if and only if an unwanted behavior is performed (includes 'Response cost'). Note if withdrawal of contingent reward code, 14.3, Remove reward	No es pertinente para el estudio
Punishment (14.2)	Arrange for aversive consequence contingent on the performance of the unwanted behavior	No es pertinente para el estudio

Remove reward (14.3)	Arrange for discontinuation of contingent reward following performance of the unwanted behavior (includes 'Extinction')	No es pertinente para el estudio
Rewarding completion (14.5)	Build up behavior by arranging reward following final component of the behavior; gradually add the components of the behavior that occur earlier in the behavioral sequence (includes 'Backward chaining') Note: also code one of 10.2, Material reward (behavior); 10.3, Non-specific reward; 10.4, Social reward, 10.9, Self-reward; 10.10, Reward (outcome)	No es pertinente para el estudio
Reward alternative behavior (14.8)	Arrange reward for performance of an alternative to the unwanted behavior (includes 'Differential reinforcement') <i>Note: also code one of 10.2, Material reward (behavior); 10.3, Non-specific reward; 10.4, Social reward, 10.9, Self-reward; 10.10, Reward (outcome); consider also coding 1.2, Problem solving</i>	Como en este caso se considera comportamiento deseado el uso de las GPC como única opción objetivo del estudio, el resto no valdría como posibilidad. No es pertinente para el estudio
Remove punishment (14.10)	Arrange for removal of an unpleasant consequence contingent on performance of the wanted behavior (includes 'Negative reinforcement')	No es pertinente para el estudio
Imaginary punishment (16.1)	Advise to imagine performing the unwanted behavior in a real-life situation followed by imagining an unpleasant consequence (includes 'Covert sensitisation')	No es pertinente para el estudio

Anexo 12. Formato de memoria EPAH



Universitat
de les Illes Balears



“GUIÓN DE MEMORIA A PRESENTAR POR LAS ENFERMERAS DEL PROYECTO EPAH TRAS 1 AÑO DE INTERVENCIÓN”

1. ANÁLISIS INICIAL

- Estado de la unidad y el centro al inicio del proyecto: profesionales, recursos, relaciones, clima laboral.
- Describir cómo se desarrollaba o adaptaba la atención sanitaria, uso de la evidencia, implantación de protocolos o tecnología, calidad de los cuidados. ¿Se hacía valoración al paciente? Uso de valoración-seguimiento de UPP. Catéteres vasculares.
- Describir indicadores de salud a los que se tuviera acceso antes de iniciar el proyecto.
- Describir dinámicas de trabajo en el equipo entre enfermeras y a nivel interdisciplinar: reuniones de equipo, toma de decisiones
- Formación continuada en la unidad, sesiones, talleres para profesionales, etc.
- Educación sanitaria a pacientes y/o cuidadores.
- Necesidades y oportunidades detectadas en el equipo y en los pacientes. Especificar estrategias desarrolladas para detectarlas.

2. ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LOS OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Explicitar objetivos planteados por la EPAH en su unidad asistencial, incluyendo los objetivos del proyecto y los propuestos por el equipo en función de necesidades / oportunidades.
- Análisis de demanda y oferta (“cartera de servicios”).
- Desarrollo de planes de mejora: qué acciones se planificaron para conseguir una mejora en la calidad y el rendimiento de los resultados, en consonancia con los objetivos.
- Información sobre la evolución de indicadores asistenciales. ¿Se han introducido nuevos indicadores durante el proceso?
- Innovaciones puestas en marcha: nuevas rutas, circuitos y flujos de trabajo.
- Investigación y formación continuada: participación en proyectos de investigación, participación o asistencia a reuniones científicas, publicaciones científicas, formación continuada y de postgrado.
- Participación en comisiones y grupos de trabajo (en la unidad, en el centro, o fuera de este).
- Tutorización de alumnos y acompañamiento de profesionales.
- Desarrollo de profesionales.

3. QUÉ APORTA EL PROYECTO

- Describir tu visión sobre la utilidad del proyecto y del rol de EPAH, su impacto en tu desarrollo profesional, en el equipo y la unidad, en el centro, en el sistema de salud.

Anexo 14. Informe del Comité de Ética de la Investigación de las Islas Baleares



G CONSELLERIA
O SALUT
I DIRECCIÓ GENERAL
B ACREDITACIÓ, DOCÈNCIA
/ I RECERCA SALUT



INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE LAS ISLAS BALEARES

Gemma Melero Quiñonero, Secretaria Técnica del Comité de Ética de la Investigación de las Islas Baleares,

CERTIFICO:

Que este Comité, en la sesión celebrada el día 30 de mayo (nº 05/18), evaluó los aspectos metodológicos, éticos y legales del estudio nº IB 3662/18 PI denominado PROYECTO DE IMPLEMENTACION DEL ROL DE ENFERMERA DE PRACTICA AVANZADA EN EL SISTEMA AUTONOMICO DE SALUD DE LA COMUNIDAD AUTONOMA DE LAS ISLAS BALEARES, código del protocolo EPAH, de la investigadora principal Sra. Sandra Pol Castañeda del Departamento de enfermería y fisioterapia de la UIB, y se acordó solicitar aclaraciones.

En la reunión 06/18 de 27 de junio se evaluó nuevamente el estudio.

Y se acordó emitir INFORME FAVORABLE para la realización de este estudio.

Que el CEI-IB, tanto en su composición como en los PNT, cumple con las normas de Buena Práctica Clínica.

Que, a la fecha de aprobación de este estudio, la composición del CEI-IB era la siguiente:

Presidente:	Francisco Campoamor Landín	Farmacología clínica
Vicepresidente:	Esther Cardo Jalón	Neurología pediátrica
Secretaria técnica:	Gemma Melero Quiñonero	Farmacía
Secretarías	Lourdes de la Vega Llompart	
administrativas:	Xisca Cifre Gual	
Vocales:	Alberto Alonso Fernández	Neumología
	Joan Bargay Lleonart	Hematología
	Joan Maria Benejam Gual	Urología
	Miquel Bennasar Veny	Enfermería
	Isabel Cuat Sintés	Psicopedagogía
	Andrés De la Peña Fernández	Medicina interna
	Fernando Do Pazo Oubiña	Farmacía
	Susana Esteban Valdés	Biología
	Magdalena Esteva Cantó	Medicina preventiva y salud pública
	Miquel Fiol Sala	Medicina intensiva
	José Fuster Salvá	Oncología médica
	Francisca Mas Busquets	Derecho



Laura Monserrat Calbó	Derecho
Jaume Orfila Timoner	Medicina interna
Antonia Obrador de Hevia	Biología
Carmen Pata Iglesias	Farmacía
José Ignacio Ramírez Manent	Medicina familiar y comunitaria
Pere Riutord Sbert	Estomatología
Llorenç Sociás Crespí	Medicina intensiva
Matíes Torrent Quetglas	Técnico de salud
Cristina Villena Portella	Biología

Palma, 9 de julio de 2018

cei comite d'ètica
de la Investigació
ILLES BALEARS
Conselleria de Salut

Anexo 15. Registro de ensayos clínicos

ISRCTN - ISRCTN18259923: Impact of advanced practice nurses in ho...

<https://www.isrctn.com/ISRCTN18259923?q=ISRCTN18259923&filt...>

ISRCTN registry

ISRCTN18259923 <https://doi.org/10.1186/ISRCTN18259923> [<https://doi.org/10.1186/ISRCTN18259923>]

Impact of advanced practice nurses in hospital units on the implementation of clinical guidelines

Submission date
09/02/2022
Registration date
11/02/2022
Last edited
14/12/2022

Recruitment status
No longer recruiting
Overall trial status
Completed
Condition category
Not Applicable

✓ Retrospectively registered
✓ Protocol available
? SAP not yet available
✓ Results available
? Raw data not yet available
✓ Study completed

Plain English Summary

Background and study aims

The incorporation of best evidence into clinical practice is key for increasing the quality and efficacy of healthcare, though a continuous challenge for healthcare teams. Advanced practices nurses may facilitate this transference due to their influence on other professionals' performance and attitudes. This research aims to evaluate whether the inclusion of advanced practice nurses in hospitalization wards teams improves patient indicators and the adherence of other nurses to the best evidence, by monitoring variables related to pressure ulcer prevention and vascular access devices management.

Who can participate?

Adult inpatients aged 18 years and above, admitted to the participating hospital wards, except patients in terminal palliative care.

What does the study involve?

We will include advanced practice nurses in the intervention wards, who will provide support and education to health teams, motivating changes in attitude, skills, knowledge, and abilities regarding two clinical guidelines used in the Balearic Islands health system (pressure ulcer prevention and vascular access devices management). Control wards will continue their current protocols and practice.

We will measure clinical indicators related to both clinical guidelines, by bedside direct observation and review of nursing records.

What are the possible benefits and risks of participating?

The intervention is expected to reduce pressure ulcer and catheter-related complications in the intervention wards, compared to those in which the intervention is not provided. Due to the nature of the intervention (education and support), we do not expect any undesired effects in the patients attended in these units.

Where is the study run from?

The study is managed collaboratively by the Healthcare Office of the Balearic Islands Health Services and the Nursing and Physiotherapy Department of the University of the Balearic Islands (Spain)

When is the study starting and how long is it expected to run for?

February 2018 to September 2019

Who is funding the study?

The study is funded by the College of Nurses of the Balearic Islands (Spain)

Who is the main contact?

Dr Miguel Angel Rodriguez Calero, mianrodriguez@ibsalut.es

Trial website

□

Contact information

Type

Principal Investigator

Primary contact

Mrs Sandra Pol-Castañeda

ORCID ID

<http://orcid.org/0000-0003-3962-4622> [<http://orcid.org/0000-0003-3962-4622>]

Contact details

ISRCTN - ISRCTN18259923: Impact of advanced practice nurses in ho... <https://www.isrctn.com/ISRCTN18259923?q=ISRCTN18259923&filt...>

Department of Nursing and Physiotherapy
University of the Balearic Islands (Gillem Cifre building)
Crta Valldemossa
Km 7,5
Palma
07122
Spain
+34 676090092
sandrapolcas@gmail.com [<mailto:sandrapolcas@gmail.com>]

Type

Scientific

Additional contact

Mrs Palma Pol-Castañeda

ORCID ID

□

Contact details

Department of Nursing and Physiotherapy
University of the Balearic Islands (Gillem Cifre building)
Crta Valldemossa
Km 7,5
Palma
07122
Spain
0034 676090092
sandrapolcas@gmail.com [<mailto:sandrapolcas@gmail.com>]

Type

Public

Additional contact

Dr Miguel Angel Rodriguez-Calero

ORCID ID

<http://orcid.org/0000-0002-2468-5660> [<http://orcid.org/0000-0002-2468-5660>]

Contact details

Carrer de la Reina Esclaramunda
9. Piso 2
Palma
07003
Spain
+34 971170097 ext 76557
mianrodriguez@ibsalut.es [<mailto:mianrodriguez@ibsalut.es>]

Additional identifiers**EudraCT/CTIS number**

Nil known

IRAS number**ClinicalTrials.gov number**

Nil known

Protocol/serial number

PI217/2019

Study information**Scientific title**

Impact of advanced practice nurses in hospital units on compliance with clinical practice guidelines: a quasi-experimental study

Acronym

EPAH

Study hypothesis

ISRCTN - ISRCTN18259923: Impact of advanced practice nurses in ho... <https://www.isrctn.com/ISRCTN18259923?q=ISRCTN18259923&filt...>

The advanced practice nurses will increase the adherence of team nurses to guidelines recommendations regarding pressure lesions and peripheral catheterization. This will reduce complications and improve patient-related indicators.

Ethics approval

Approved 27/06/2018, Comité de ética en la investigación de las Islas Baleares [Balearic Islands Research Ethics Committee], (Calle del calçat, 2A, 2ª planta, Polígono de Son Valentí, 07011 Palma, Illes Balears, Spain; +34 971 177 378; ceic_ib@caib.es), ref: IB-3662/18-PI

Study design

Prospective quasi-experimental study

Primary study design

Interventional

Secondary study design

Non randomised study

Study setting(s)

Hospital

Trial type

Other

Patient information sheet

Not available in web format, please use contact details to request participant information sheet (originally in Spanish)

Condition

Prevention of pressure ulcer and catheter-related complications in hospital care

Intervention

The intervention consists of the incorporation of an advanced practice nurse within each intervention unit involved, to participate in activities appropriate to the context in question, with a specific interest in providing support to health teams, motivating attitudinal change regarding skills, abilities, and knowledge and seeking to ensure the implementation of guidelines recommendations and the avoidance of low-value practices. Among other actions, the advanced practice nurses extend awareness of the project, assist in the implementation of the guidelines, work with the team to establish objectives, provide training for the health team, contribute to the planning of changes in circuits, materials, techniques, evaluate the results obtained, provide periodic feedback to the health team, adjust the interventions as necessary, and offer support and mentoring. Participating nurses hold monthly meetings with the research team, and took part in a specific training program, not provided to the control wards teams. The control wards do not receive any interventions, continuing with usual protocols and guideline implementation standards.

The process and outcome variables are measured once a month, in all inpatients admitted on that day.

Intervention type

Behavioural

Phase

Drug/device/biological/vaccine name(s)

Primary outcome measure

1. Prevalence of pressure ulcer is measured by in-situ inspection at baseline and monthly during 1 year.
2. Prevalence of catheter-related adverse events s measured by in-situ inspection at baseline and monthly during 1 year.

Secondary outcome measures

1. Overall adherence to pressure ulcer and catheter care recommendations are measured by in-situ follow-up of process indicators.
2. Mean number of recommendations fulfilled for each patient x100 / Total number of guideline recommendations

Overall trial start date

01/02/2018

Overall trial end date

30/09/2019

Reason abandoned (if study stopped)

Eligibility

Participant inclusion criteria

Hospitalised adults (>18 years old).

Participant type

ISRCTN - ISRCTN18259923: Impact of advanced practice nurses in ho...

<https://www.isrctn.com/ISRCTN18259923?q=ISRCTN18259923&filt...>

Patient

Age group

Adult

Sex

Both

Target number of participants

1198

Total final enrolment

3742

Participant exclusion criteria

Patients in terminal care

Recruitment start date

01/04/2019

Recruitment end date

30/09/2019

Locations**Countries of recruitment**

Spain

Trial participating centre

Hospital Manacor
Ctra Manacor-Alcudia s/n
Manacor (Mallorca)
07500
Spain

Trial participating centre

Hospital Universitario Son Espases
Ctra Valldemossa, 79
Palma (Mallorca)
07210
Spain

Trial participating centre

Hospital Comarcal de Inca
Ctra Vieja de Llubí, s/n
Inca (Mallorca)
07300
Spain

Sponsor information**Organisation**

Balearic Islands Health Services

Sponsor details

Carrer de la Reina Esclaramunda
9
Palma
07003
Spain
+34 971 175600
cvillafafila@ibsalut.es [<mailto:cvillafafila@ibsalut.es>]

Sponsor type

Government

Website<https://www.ibsalut.es/es/> [<https://www.ibsalut.es/es/>]

ISRCTN - ISRCTN18259923: Impact of advanced practice nurses in ho... <https://www.isrctn.com/ISRCTN18259923?q=ISRCTN18259923&filt...>

Organisation

University of the Balearic Islands

Sponsor details

Ctra Valldemossa
Km 7,5
Palma
07122
Spain
+34 971173000
depedro@uib.es [<mailto:depedro@uib.es>]

Sponsor type

University/education

Website

<http://www.uib.cat/> [<http://www.uib.cat/>]

Funders

Funder type

University/education

Funder name

Nursing College of the Balearic Islands

Alternative name(s)

Funding Body Type

Funding Body Subtype

Location

Results and Publications

Publication and dissemination plan

Planned publication in a high-impact peer-reviewed journal

Intention to publish date

01/03/2022

Individual participant data (IPD) sharing statement

The datasets generated and/or analysed during the current study will be published as a supplement to the subsequent results publication

IPD sharing summary

Published as a supplement to the results publication

Trial outputs

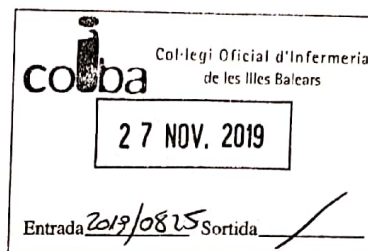
Output type	Details	Date created	Date added	Peer reviewed?	Patient-facing?
Protocol article	[https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32429332/]	16/05/2020	11/02/2022	Yes	No
Results article	[https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36447167/]	29/11/2022	14/12/2022	Yes	No

Additional files

Editorial Notes

14/12/2022: Publication reference added. 11/02/2022: Trial's existence confirmed by Balearic Islands Research Ethics Committee.

Anexo 16. Resolución y aceptación de la ayuda a Proyectos de Investigación del COIBA

**ACEPTACIÓN DE LA AYUDA DE LA 9ª CONVOCATORIA DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN DEL COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERIA DE LES ILLES BALEARS - 2019**

Sr/Sra. **SANDRA POL CASTAÑEDA**, con DNI **43171481K**, comunico al Colegio Oficial de Enfermería de les Illes Balears, como responsable del proyecto mi aceptación de la ayuda de **9.000 euros**, que se me ha otorgado para la realización del proyecto **"2019/0217-PROYECTO EPAH. IMPLEMENTACIÓN DEL ROL DE LA ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA EN EL SISTEMA AUTÓNOMICO DE SALUD DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LES ILLES BALEARS"** dentro del marco de la 9ª Convocatoria de Proyectos de Investigación del COIBA.

Palma, 27 de novembre de 2019

Firma,

Anexo 17. Evolución de los indicadores de proceso y resultado derivados de la GPC de prevención y tratamiento de úlceras por presión

Indicadores de proceso de la guía de UPP															
		Basal	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12	Total
Riesgo de UPP	<i>EPAH</i>	41/151 (27.2%)	47/125 (37.6%)	35/130 (26.9%)	44/134 (32.8%)	42/139 (30.2%)	37/141 (26.2%)	42/131 (32.1%)	46/138 (33.3%)	42/141 (29.8%)	38/145 (26.2%)	47/149 (31.5%)	46/147 (31.3%)	38/126 (30.2%)	545/1797 (30.3%)
	<i>Control</i>	53/160 (33.1%)	55/153 (35.9%)	53/153 (34.6%)	61/156 (39.1%)	54/146 (37.0%)	57/146 (39.0%)	58/141 (41.1%)	52/144 (36.1%)	50/139 (36.0%)	69/146 (47.3%)	66/153 (43.1%)	60/157 (38.2%)	55/151 (36.4%)	743/1945 (38.2%)
			p=0.236	p=0.776	p=0.162	p=0.268	p=0.226	p=0.020	p=0.121	p=0.624	p=0.270	p=0.000	p=0.037	p=0.205	p=0.271
Candidato a cuidado extendido	<i>EPAH</i>	43/151 (28.5%)	52/125 (41.6%)	36/130 (27.7%)	46/134 (34.3%)	42/139 (30.2%)	43/141 (30.5%)	41/131 (31.3%)	46/138 (33.3%)	42/141 (29.8%)	42/145 (29.0%)	49/149 (32.9%)	49/147 (33.3%)	36/126 (28.6%)	567/1797 (31.6%)
	<i>Control</i>	53/160 (33.1%)	54/153 (35.3%)	55/153 (35.9%)	62/156 (39.7%)	55/146 (37.7%)	63/146 (43.2%)	61/141 (43.3%)	56/144 (38.9%)	51/139 (36.7%)	70/146 (47.9%)	67/153 (43.8%)	60/157 (38.2%)	55/151 (36.4%)	762/1945 (39.2%)
			p=0.375	p=0.282	p=0.138	p=0.342	p=0.184	p=0.026	p=0.042	p=0.332	p=0.220	p=0.001	p=0.051	p=0.375	p=0.166
Valoración del riesgo de UPP al ingreso	<i>EPAH</i>	88/151 (58.3%)	66/125 (52.8%)	99/130 (76.2%)	119/134 (88.8%)	120/139 (86.3%)	122/141 (86.5%)	102/131 (77.9%)	116/138 (84.1%)	124/141 (87.9%)	126/145 (86.9%)	125/149 (83.9%)	127/147 (86.4%)	114/126 (90.5%)	1448/1797 (80.6%)
	<i>Control</i>	81/160 (50.6%)	70/153 (45.8%)	90/153 (58.8%)	93/156 (59.6%)	83/146 (56.8%)	76/146 (52.1%)	86/141 (61.0%)	69/144 (47.9%)	84/139 (60.4%)	89/146 (61.0%)	94/153 (61.4%)	104/157 (66.2%)	93/151 (61.6%)	1113/1945 (57.2%)
			p=0.176	p=0.242	p=0.002	p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.004	p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.000
Valoración del riesgo de UPP en pacientes candidatos a cuidado extendido	<i>EPAH</i>	28/43 (65.1%)	28/52 (53.8%)	29/36 (80.6%)	44/46 (95.7%)	39/42 (92.9%)	40/43 (93.0%)	37/41 (90.2%)	38/46 (82.6%)	34/42 (81.0%)	35/42 (83.3%)	41/49 (83.7%)	42/49 (85.7%)	34/36 (94.4%)	469/567 (82.7%)
	<i>Control</i>	32/53 (60.4%)	26/54 (48.1%)	38/55 (69.1%)	43/62 (69.4%)	35/55 (63.6%)	35/63 (55.6%)	40/61 (65.6%)	27/56 (48.2%)	30/51 (58.8%)	51/70 (72.9%)	49/67 (73.1%)	46/60 (76.7%)	34/55 (61.8%)	486/762 (63.8%)
			p=0.633	p=0.557	p=0.225	p=0.001	p=0.001	p=0.000	p=0.005	p=0.000	p=0.022	p=0.204	p=0.179	p=0.233	p=0.000

Reevaluación del riesgo de UPP	<i>EPAH</i>	5/43 (11.6%)	17/52 (32.7%)	19/36 (52.8%)	26/46 (56.5%)	28/42 (66.7%)	30/43 (69.8%)	35/41 (85.4%)	32/46 (69.6%)	28/42 (66.7%)	35/42 (83.3%)	40/49 (81.6%)	39/49 (79.6%)	30/36 (83.3%)	364/567 (64.2%)
	<i>Control</i>	7/53 (13.2%)	2/54 (3.7%)	3/55 (5.5%)	4/62 (6.5%)	6/55 (10.9%)	4/63 (6.3%)	1/61 (1.6%)	3/56 (5.4%)	5/51 (9.8%)	3/70 (4.3%)	7/67 (10.4%)	8/60 (13.3%)	9/55 (16.4%)	62/762 (8.1%)
		p=0.816	p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.000
Valoración diaria de la piel	<i>EPAH</i>	3/43 (7.0%)	3/52 (5.8%)	6/36 (16.7%)	4/46 (8.7%)	6/42 (14.3%)	21/43 (48.8%)	30/41 (73.2%)	26/46 (56.5%)	19/42 (45.2%)	16/42 (38.1%)	31/49 (63.3%)	23/49 (46.9%)	25/36 (69.4%)	213/567 (37.6%)
	<i>Control</i>	1/53 (1.9%)	1/54 (1.9%)	2/55 (3.6%)	1/62 (1.6%)	6/55 (10.9%)	13/63 (20.6%)	16/61 (26.2%)	14/56 (25.0%)	12/51 (23.5%)	15/70 (21.4%)	18/67 (26.9%)	16/60 (26.7%)	12/55 (21.8%)	127/762 (16.7%)
		p=0.322	p=0.358	p=0.054	p=0.161	p=0.617	p=0.002	p=0.000	p=0.001	p=0.027	p=0.056	p=0.000	p=0.028	p=0.000	p=0.000
Uso de cremas y ácidos grasos hiperoxigenados	<i>EPAH</i>	31/43 (72.1%)	30/52 (57.7%)	26/36 (72.2%)	25/46 (54.3%)	36/42 (85.7%)	25/43 (58.1%)	33/41 (80.5%)	37/46 (80.4%)	33/42 (78.6%)	29/42 (69.0%)	38/49 (77.6%)	43/49 (87.8%)	32/36 (88.9%)	418/567 (73.7%)
	<i>Control</i>	37/53 (69.8%)	21/54 (38.9%)	27/55 (49.1%)	30/62 (48.4%)	36/55 (65.5%)	31/63 (49.2%)	27/61 (44.3%)	37/56 (66.1%)	34/51 (66.7%)	39/70 (55.7%)	47/67 (70.1%)	47/60 (78.3%)	26/55 (47.3%)	439/762 (57.6%)
		p=0.807	p=0.053	p=0.029	p=0.540	p=0.024	p=0.366	p=0.000	p=0.106	p=0.203	p=0.162	p=0.374	p=0.197	p=0.005	p=0.000
Registro diario del estado de la piel	<i>EPAH</i>	0/43 (0.0%)	6/52 (11.5%)	8/36 (22.2%)	25/46 (54.3%)	19/42 (45.2%)	28/43 (65.1%)	32/41 (78.0%)	32/46 (69.6%)	26/42 (61.9%)	25/42 (59.5%)	38/49 (77.6%)	41/49 (83.7%)	35/36 (97.2%)	315/567 (55.6%)
	<i>Control</i>	23/53 (43.4%)	23/54 (42.6%)	17/55 (30.9%)	17/62 (27.4%)	27/55 (49.1%)	25/63 (39.7%)	21/61 (34.4%)	16/56 (28.6%)	26/51 (51.0%)	28/70 (40.0%)	25/67 (37.3%)	32/60 (53.3%)	20/55 (36.4%)	300/762 (39.4%)
		p=0.000	p=0.000	p=0.364	p=0.005	p=0.707	p=0.010	p=0.000	p=0.000	p=0.291	p=0.045	p=0.000	p=0.001	p=0.000	p=0.000
Cambios posturales	<i>EPAH</i>	29/43 (67.4%)	40/52 (76.9%)	27/36 (75.0%)	39/46 (84.8%)	39/42 (92.9%)	38/43 (88.4%)	39/41 (95.1%)	41/46 (89.1%)	34/42 (81.0%)	37/42 (88.1%)	42/49 (85.7%)	41/49 (83.7%)	33/36 (91.7%)	479/567 (84.5%)
	<i>Control</i>	29/53 (54.7%)	30/54 (55.6%)	28/55 (50.9%)	34/62 (54.8%)	40/55 (72.7%)	38/63 (60.3%)	40/61 (65.6%)	45/56 (80.4%)	27/51 (52.9%)	39/70 (55.7%)	43/67 (64.2%)	44/60 (73.3%)	37/55 (67.3%)	474/762 (62.2%)
		p=0.205	p=0.020	p=0.022	p=0.001	p=0.012	p=0.002	p=0.000	p=0.225	p=0.005	p=0.000	p=0.010	p=0.195	p=0.007	p=0.000

Superficies especiales o de alivio para el manejo de la presión (SEMP/SA)	<i>EPAH</i>	40/43 (93.0%)	47/52 (90.4%)	33/36 (91.7%)	45/46 (97.8%)	38/42 (90.5%)	43/43 (100.0%)	39/41 (95.1%)	42/46 (91.3%)	41/42 (97.6%)	41/42 (97.6%)	47/49 (95.9%)	48/49 (98.0%)	33/36 (91.7%)	537/567 (94.7%)
	<i>Control</i>	46/53 (86.8%)	51/54 (94.4%)	48/55 (87.3%)	47/62 (75.8%)	47/55 (85.5%)	51/63 (81.0%)	51/61 (83.6%)	46/56 (82.1%)	45/51 (88.2%)	59/70 (84.3%)	53/67 (79.1%)	54/60 (90.0%)	49/55 (89.1%)	647/762 (84.9%)
		p=0.320	p=0.484	p=0.512	p=0.001	p=0.457	p=0.002	p=0.077	p=0.181	p=0.123	p=0.027	p=0.009	p=0.126	p=0.687	p=0.000
Valoración nutricional	<i>EPAH</i>	9/43 (20.9%)	7/52 (13.5%)	4/36 (11.1%)	10/46 (21.7%)	8/42 (19.0%)	15/43 (34.9%)	7/41 (17.1%)	17/46 (37.0%)	19/42 (45.2%)	13/42 (31.0%)	8/49 (16.3%)	13/49 (26.5%)	12/36 (33.3%)	142/567 (25.0%)
	<i>Control</i>	16/53 (30.2%)	3/54 (5.6%)	3/55 (5.5%)	9/62 (14.5%)	8/55 (14.5%)	9/63 (14.3%)	3/61 (4.9%)	3/56 (5.4%)	6/51 (11.8%)	9/70 (12.9%)	8/67 (11.9%)	9/60 (15.0%)	9/55 (16.4%)	95/762 (12.5%)
		p=0.304	p=0.197	p=0.428	p=0.330	p=0.554	p=0.013	p=0.085	p=0.000	p=0.000	p=0.020	p=0.499	p=0.136	p=0.060	p=0.000
Registro completo de las características de la UPP	<i>EPAH</i>	36/43 (83.7%)	50/52 (96.2%)	35/36 (97.2%)	46/46 (100.0%)	42/42 (100.0%)	42/43 (97.7%)	40/41 (97.6%)	46/46 (100.0%)	42/42 (100.0%)	41/42 (97.6%)	47/49 (95.9%)	48/49 (98.0%)	36/36 (100.0%)	551/567 (97.2%)
	<i>Control</i>	44/53 (83.0%)	47/54 (87.0%)	52/55 (94.5%)	59/62 (95.2%)	55/55 (100.0%)	60/63 (95.2%)	59/61 (96.7%)	53/56 (94.6%)	46/51 (90.2%)	64/70 (91.4%)	64/67 (95.5%)	58/60 (96.7%)	52/55 (94.5%)	713/762 (93.6%)
		p=1.000	p=0.161	p=1.000	p=0.260	p=1.000	p=0.645	p=1.000	p=0.250	p=0.062	p=0.253	p=1.000	p=1.000	p=0.275	p=0.003
Registro del tratamiento de la UPP	<i>EPAH</i>	35/43 (81.4%)	50/52 (96.2%)	35/36 (97.2%)	46/46 (100.0%)	42/42 (100.0%)	42/43 (97.7%)	40/41 (97.6%)	46/46 (100.0%)	42/42 (100.0%)	37/42 (88.1%)	48/49 (98.0%)	48/49 (98.0%)	34/36 (94.4%)	545/567 (96.1%)
	<i>Control</i>	46/53 (86.8%)	51/54 (94.4%)	53/55 (96.4%)	58/62 (93.5%)	55/55 (100.0%)	58/63 (92.1%)	59/61 (96.7%)	50/56 (89.3%)	45/51 (88.2%)	61/70 (87.1%)	64/67 (95.5%)	59/60 (98.3%)	51/55 (92.7%)	710/762 (93.2%)
		p=0.469	p=1.000	p=1.000	p=0.135	p=1.000	p=0.397	p=1.000	p=0.031	p=0.031	p=0.883	p=0.637	p=1.000	p=1.000	p=0.021
Comprensión de la situación por parte del	<i>EPAH</i>	25/43 (58.1%)	40/52 (76.9%)	25/36 (69.4%)	33/46 (71.7%)	33/42 (78.6%)	35/43 (81.4%)	35/41 (85.4%)	39/46 (84.8%)	36/42 (85.7%)	38/42 (90.5%)	44/49 (89.8%)	45/49 (91.8%)	31/36 (86.1%)	459/567 (81.0%)
	<i>Control</i>	32/53 (60.4%)	37/54 (68.5%)	33/55 (60.0%)	51/62 (82.3%)	43/55 (78.2%)	53/63 (84.1%)	49/61 (80.3%)	53/56 (94.6%)	35/51 (68.6%)	57/70 (81.4%)	48/67 (71.6%)	53/60 (88.3%)	43/55 (78.2%)	587/762 (77.0%)

paciente y familia		p=0.824	p=0.332	p=0.359	p=0.194	p=0.963	p=0.713	p=0.513	p=0.179	p=0.054	p=0.196	p=0.017	p=0.751	p=0.343	p=0.084
Cumplimiento general de las recomendaciones de la GPC UPP	EPAH	5.6/11 (50.9%)	6.12/11 (55.6%)	6.86/11 (62.4%)	7.46/11 (67.8%)	7.86/11 (71.5%)	8.35/11 (75.9%)	8.95/11 (81.4%)	8.61/11 (78.3%)	8.43/11 (76.6%)	8.26/11 (75.1%)	8.65/11 (78.6%)	8.8/11 (80.0%)	9.31/11 (84.6%)	7.92/11 (72.0%)
	media ± DE	5.6 ± 1.2	6.1 ± 1.5	6.9 ± 1.7	7.5 ± 1.5	7.9 ± 1.3	8.3 ± 1.9	9.0 ± 1.9	8.6 ± 1.8	8.4 ± 2.1	8.3 ± 1.5	8.7 ± 1.9	8.8 ± 1.6	9.3 ± 1.1	7.9 ± 1.9
	Control	5.91/11 (53.7%)	5.41/11 (49.2%)	5.53/11 (50.3%)	5.69/11 (51.7%)	6.51/11 (59.2%)	5.98/11 (54.4%)	6/11 (54.5%)	6.2/11 (56.4%)	6.1/11 (55.5%)	6.07/11 (55.2%)	6.36/11 (57.8%)	7.1/11 (64.5%)	6.22/11 (56.5%)	6.09/11 (55.4%)
	media ± DE	5.9 ± 1.3	5.4 ± 1.5	5.5 ± 1.2	5.7 ± 1.8	6.5 ± 1.4	6.0 ± 2.1	6.0 ± 1.8	6.2 ± 1.6	6.1 ± 1.8	6.1 ± 1.7	6.4 ± 1.7	7.1 ± 1.7	6.2 ± 2.0	6.0 ± 1.7
		p=0.240	p=0.016	p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.000
Indicadores de resultado de la guía de UPP															
		Basal	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12	Total
Prevalencia de UPP	EPAH	12/151 (7.9%)	10/125 (8.0%)	4/130 (3.1%)	7/134 (5.2%)	6/139 (4.3%)	10/141 (7.1%)	6/131 (4.6%)	6/138 (4.3%)	3/141 (2.1%)	12/145 (8.3%)	10/149 (6.7%)	10/147 (6.8%)	7/126 (5.6%)	103/1797 (5.7%)
	Control	14/160 (8.8%)	11/153 (7.2%)	10/153 (6.5%)	11/156 (7.1%)	13/146 (8.9%)	15/146 (10.3%)	11/141 (7.8%)	15/144 (10.4%)	15/139 (10.8%)	17/146 (11.6%)	15/153 (9.8%)	12/157 (7.6%)	10/151 (6.6%)	169/1945 (8.7%)
		p=0.798	p=0.799	p=0.181	p=0.520	p=0.121	p=0.339	p=0.273	p=0.052	p=0.003	p=0.338	p=0.330	p=0.777	p=0.713	p=0.000
Prevalencia de UPP en pacientes con riesgo de UPP	EPAH	11/41 (26.8%)	7/47 (14.9%)	4/35 (11.4%)	6/44 (13.6%)	6/42 (14.3%)	8/37 (21.6%)	6/42 (14.3%)	5/46 (10.9%)	3/42 (7.1%)	10/38 (26.3%)	8/47 (17.0%)	7/46 (15.2%)	7/38 (18.4%)	88/545 (16.1%)
	Control	12/53 (22.6%)	11/55 (20.0%)	9/53 (17.0%)	11/61 (18.0%)	12/54 (22.2%)	13/57 (22.8%)	9/58 (15.5%)	12/52 (23.1%)	13/50 (26.0%)	14/69 (20.3%)	15/66 (22.7%)	12/60 (20.0%)	9/55 (16.4%)	152/743 (20.5%)
		p=0.640	p=0.500	p=0.472	p=0.546	p=0.323	p=0.893	p=0.865	p=0.111	p=0.017	p=0.475	p=0.458	p=0.525	p=0.796	p=0.049
Incidencia de UPP	EPAH	12/151 (7.9%)	22/276 (8.0%)	26/406 (6.4%)	33/540 (6.1%)	39/679 (5.7%)	49/820 (6.0%)	55/951 (5.8%)	61/1089 (5.6%)	64/1230 (5.2%)	76/1375 (5.5%)	86/1524 (5.6%)	96/1671 (5.7%)	103/1797 (5.7%)	103/1797 (5.7%)

	<i>Control</i>	14/160 (8.8%)	25/313 (8.0%)	35/466 (7.5%)	46/622 (7.4%)	59/768 (7.7%)	74/914 (8.1%)	85/1055 (8.1%)	100/1199 (8.3%)	115/1338 (8.6%)	132/1484 (8.9%)	147/1637 (9.0%)	159/1794 (8.9%)	169/1945 (8.7%)	169/1945 (8.7%)
		p=0.798	p=0.994	p=0.522	p=0.385	p=0.143	p=0.339	p=0.045	p=0.010	p=0.001	p=0.001	p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.000
Incidencia de UPP en pacientes con riesgo de UPP	<i>EPAH</i>	11/41 (26.8%)	18/88 (20.5%)	22/123 (17.9%)	28/167 (16.8%)	34/209 (16.3%)	42/246 (17.1%)	48/288 (16.7%)	53/334 (15.9%)	56/376 (14.9%)	66/414 (15.9%)	74/461 (16.1%)	81/507 (16.0%)	88/545 (16.1%)	88/545 (16.1%)
	<i>Control</i>	12/53 (22.6%)	23/108 (21.3%)	32/161 (19.9%)	43/222 (19.4%)	55/276 (19.9%)	68/333 (20.4%)	77/391 (19.7%)	89/443 (20.1%)	102/493 (20.7%)	116/562 (20.6%)	131/628 (20.9%)	143/688 (20.8%)	152/743 (20.5%)	152/743 (20.5%)
		p=0.639	p=0.885	p=0.672	p=0.510	p=0.302	p=0.310	p=0.314	p=0.131	p=0.028	p=0.062	p=0.044	p=0.035	p=0.049	p=0.049
Otras lesiones de la piel	<i>EPAH</i>	1/43 (2.3%)	3/52 (5.8%)	2/36 (5.6%)	2/46 (4.3%)	2/42 (4.8%)	0/43 (0.0%)	3/41 (7.3%)	5/46 (10.9%)	3/42 (7.1%)	0/42 (0.0%)	2/49 (4.1%)	3/49 (6.1%)	2/36 (5.6%)	28/567 (4.9%)
	<i>Control</i>	4/53 (7.5%)	2/54 (3.7%)	1/55 (1.8%)	2/62 (3.2%)	2/55 (3.6%)	2/63 (3.2%)	4/61 (6.6%)	6/56 (10.7%)	4/51 (7.8%)	3/70 (4.3%)	3/67 (4.5%)	1/60 (1.7%)	2/55 (3.6%)	36/762 (4.7%)
		p=0.376	p=0.675	p=0.560	p=1.000	p=1.000	p=0.513	p=1.000	p=1.000	p=1.000	p=1.000	p=0.291	p=1.000	p=0.324	p=0.647
UPP: Úlcera por presión; EPAH: Enfermera de práctica avanzada hospitalaria; DE: derivación estándar															

Anexo 18. Evolución de los indicadores de proceso y resultado derivados de la GPC de cuidados de accesos vasculares periféricos

Indicadores de proceso de la guía de AVP															
		Basal	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12	Total
Catéteres insertados en una localización recomendada	<i>EPAH</i>	86/102 (84.3%)	86/101 (85.1%)	69/89 (77.5%)	72/93 (77.4%)	70/97 (72.2%)	67/90 (74.4%)	90/109 (82.6%)	89/109 (81.7%)	90/110 (81.8%)	76/100 (76.0%)	69/91 (75.8%)	85/98 (86.7%)	79/101 (78.2%)	1028/129 0 (79.7%)
	<i>Control</i>	72/92 (78.3%)	94/121 (77.7%)	88/117 (75.2%)	84/102 (82.4%)	72/99 (72.7%)	84/105 (80.0%)	65/89 (73.0%)	82/113 (72.6%)	84/108 (77.8%)	78/100 (78.0%)	74/92 (80.4%)	78/108 (72.2%)	69/95 (72.6%)	1024/134 1 (76.4%)
			p=0.279	p=0.157	p=0.699	p=0.390	p=0.930	p=0.355	p=0.106	p=0.108	p=0.457	p=0.737	p=0.451	p=0.010	p=0.363
Catéteres insertados en la fosa antecubital	<i>EPAH</i>	15/101 (14.9%)	15/101 (14.9%)	20/89 (22.5%)	21/93 (22.6%)	27/97 (27.8%)	23/90 (25.6%)	19/109 (17.4%)	20/109 (18.3%)	20/110 (18.2%)	24/100 (24.0%)	22/91 (24.2%)	13/98 (13.3%)	22/101 (21.8%)	261/1289 (20.2%)
	<i>Control</i>	20/92 (21.7%)	27/121 (22.3%)	27/115 (23.5%)	17/101 (16.8%)	24/96 (25.0%)	21/105 (20.0%)	24/89 (27.0%)	29/111 (26.1%)	24/108 (22.2%)	22/100 (22.0%)	17/91 (18.7%)	30/108 (27.8%)	26/95 (27.4%)	308/1332 (23.1%)
			p=0.215	p=0.157	p=0.866	p=0.313	p=0.655	p=0.355	p=0.106	p=0.166	p=0.457	p=0.737	p=0.366	p=0.010	p=0.363
Catéteres insertados en miembros inferiores	<i>EPAH</i>	1/102 (1.0%)	0/101 (0.0%)	0/89 (0.0%)	0/93 (0.0%)	0/97 (0.0%)	0/90 (0.0%)	0/109 (0.0%)	0/109 (0.0%)	0/110 (0.0%)	0/100 (0.0%)	0/91 (0.0%)	0/98 (0.0%)	0/101 (0.0%)	1/1290 (0.1%)
	<i>Control</i>	0/92 (0.0%)	0/121 (0.0%)	2/117 (1.7%)	1/102 (1.0%)	3/99 (3.0%)	0/105 (0.0%)	0/89 (0.0%)	2/113 (1.8%)	0/108 (0.0%)	0/100 (0.0%)	1/92 (1.1%)	0/108 (0.0%)	0/95 (0.0%)	9/1341 (0.7%)
			p=1.000	NA	p=0.507	p=1.000	p=0.246	NA	NA	p=0.498	NA	NA	p=1.000	NA	NA
Catéteres insertados con punto de inserción visible	<i>EPAH</i>	68/102 (66.7%)	69/101 (68.3%)	73/89 (82.0%)	66/93 (71.0%)	77/97 (79.4%)	80/90 (88.9%)	88/109 (80.7%)	92/109 (84.4%)	103/110 (93.6%)	85/100 (85.0%)	76/91 (83.5%)	82/98 (83.7%)	91/101 (90.1%)	1050/129 0 (81.4%)
	<i>Control</i>	53/92 (57.6%)	85/121 (70.2%)	77/117 (65.8%)	66/102 (64.7%)	66/99 (66.7%)	70/105 (66.7%)	63/89 (70.8%)	74/113 (65.5%)	62/108 (57.4%)	62/100 (62.0%)	63/92 (68.5%)	69/108 (63.9%)	67/95 (70.5%)	877/1341 (65.4%)
			p=0.193	p=0.756	p=0.010	p=0.350	p=0.045	p=0.000	p=0.102	p=0.001	p=0.000	p=0.000	p=0.017	p=0.001	p=0.001

Registro del catéter	<i>EPAH</i>	62/102 (60.8%)	63/101 (62.4%)	74/89 (83.1%)	73/93 (78.5%)	79/97 (81.4%)	78/90 (86.7%)	85/109 (78.0%)	96/109 (88.1%)	92/110 (83.6%)	84/100 (84.0%)	74/91 (81.3%)	74/98 (75.5%)	86/101 (85.1%)	1020/1290 (79.1%)
	<i>Control</i>	34/92 (37.0%)	59/121 (48.8%)	60/117 (51.3%)	42/102 (41.2%)	44/99 (44.4%)	60/105 (57.1%)	39/89 (43.8%)	56/113 (49.6%)	56/108 (51.9%)	42/100 (42.0%)	32/92 (34.8%)	38/108 (35.2%)	31/95 (32.6%)	593/1341 (44.2%)
		p=0.001	p=0.042	p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.000
Registro de catéteres insertados en la fosa antecubital	<i>EPAH</i>	2/62 (3.2%)	1/63 (1.6%)	6/74 (8.1%)	7/73 (9.6%)	2/79 (2.5%)	5/78 (6.4%)	6/85 (7.1%)	9/96 (9.4%)	11/92 (12.0%)	9/84 (10.7%)	8/74 (10.8%)	7/74 (9.5%)	4/86 (4.7%)	77/1020 (7.5%)
	<i>Control</i>	1/34 (2.9%)	4/59 (6.8%)	8/58 (13.8%)	2/41 (4.9%)	4/42 (9.5%)	2/60 (3.3%)	4/39 (10.3%)	5/55 (9.1%)	2/56 (3.6%)	2/42 (4.8%)	2/31 (6.5%)	0/38 (0.0%)	1/31 (3.2%)	37/586 (6.3%)
		p=1.000	p=0.196	p=0.292	p=0.485	p=0.181	p=0.699	p=0.724	p=0.954	p=0.132	p=0.334	p=0.720	p=0.093	p=1.000	p=0.354
Registro de catéteres insertados en miembros inferiores	<i>EPAH</i>	0/62 (0.0%)	0/63 (0.0%)	0/74 (0.0%)	0/73 (0.0%)	0/79 (0.0%)	0/78 (0.0%)	0/85 (0.0%)	0/96 (0.0%)	0/92 (0.0%)	0/84 (0.0%)	0/74 (0.0%)	0/74 (0.0%)	0/86 (0.0%)	0/1020 (0.0%)
	<i>Control</i>	0/34 (0.0%)	0/59 (0.0%)	2/60 (3.3%)	1/42 (2.4%)	2/44 (4.5%)	0/60 (0.0%)	0/39 (0.0%)	1/56 (1.8%)	0/56 (0.0%)	0/42 (0.0%)	1/32 (3.1%)	0/38 (0.0%)	0/31 (0.0%)	7/593 (1.2%)
		NA	NA	p=0.199	p=0.365	p=0.126	NA	NA	p=0.368	NA	NA	p=0.302	NA	NA	p=0.001
Registro de catéteres insertados con punto de inserción visible	<i>EPAH</i>	45/62 (72.6%)	45/63 (71.4%)	62/74 (83.8%)	50/73 (68.5%)	64/79 (81.0%)	68/78 (87.2%)	73/85 (85.9%)	82/96 (85.4%)	86/92 (93.5%)	73/84 (86.9%)	64/74 (86.5%)	63/74 (85.1%)	77/86 (89.5%)	852/1020 (83.5%)
	<i>Control</i>	18/34 (52.9%)	42/59 (71.2%)	45/60 (75.0%)	29/42 (69.0%)	31/44 (70.5%)	39/60 (65.0%)	31/39 (79.5%)	37/56 (66.1%)	33/56 (58.9%)	28/42 (66.7%)	24/32 (75.0%)	22/38 (57.9%)	22/31 (71.0%)	401/593 (67.6%)
		p=0.053	p=0.976	p=0.207	p=0.951	p=0.181	p=0.002	p=0.369	p=0.005	p=0.000	p=0.007	p=0.148	p=0.001	p=0.021	p=0.000
Catéteres en funcionamiento	<i>EPAH</i>	87/102 (85.3%)	99/101 (98.0%)	85/89 (95.5%)	85/93 (91.4%)	87/97 (89.7%)	76/90 (84.4%)	99/109 (90.8%)	98/109 (89.9%)	97/110 (88.2%)	88/100 (88.0%)	79/91 (86.8%)	80/98 (81.6%)	90/101 (89.1%)	1150/1290 (89.1%)
	<i>Control</i>	85/92 (92.4%)	117/121 (96.7%)	100/117 (85.5%)	81/102 (79.4%)	86/99 (86.9%)	80/105 (76.2%)	78/89 (87.6%)	90/113 (79.6%)	83/108 (76.9%)	86/100 (86.0%)	80/92 (87.0%)	84/108 (77.8%)	79/95 (83.2%)	1129/1341 (84.2%)
		p=0.120	p=0.691	p=0.018	p=0.019	p=0.539	p=0.151	p=0.469	p=0.034	p=0.027	p=0.674	p=0.977	p=0.493	p=0.227	p=0.000

Indicadores de resultado de la guía de AVP															
		Basal	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12	Overall
Prevalencia de eventos adversos	<i>EPAH</i>	25/102 (24.5%)	21/101 (20.8%)	12/89 (13.5%)	13/93 (14.0%)	13/97 (13.4%)	11/90 (12.2%)	15/109 (13.8%)	16/109 (14.7%)	12/110 (10.9%)	9/100 (9.0%)	14/91 (15.4%)	10/98 (10.2%)	9/101 (8.9%)	180/1290 (14.0%)
	<i>Control</i>	31/92 (33.7%)	36/121 (29.8%)	22/117 (18.8%)	27/102 (26.5%)	24/99 (24.2%)	18/105 (17.1%)	11/89 (12.4%)	17/113 (15.0%)	26/108 (24.1%)	20/100 (20.0%)	19/92 (20.7%)	19/108 (17.6%)	19/95 (20.0%)	289/1341 (21.6%)
		p=0.159	p=0.128	p=0.308	p=0.031	p=0.053	p=0.336	p=0.771	p=0.939	p=0.010	p=0.027	p=0.354	p=0.128	p=0.027	p=0.000
Incidencia de eventos adversos	<i>EPAH</i>	25/102 (24.5%)	46/203 (22.7%)	58/292 (19.9%)	71/385 (18.4%)	84/482 (17.4%)	95/572 (16.6%)	110/681 (16.2%)	126/790 (15.9%)	138/900 (15.3%)	147/1000 (14.7%)	161/1091 (14.8%)	171/118 9 (14.4%)	180/1290 (14.0%)	180/1290 (14.0%)
	<i>Control</i>	31/92 (33.7%)	67/213 (31.5%)	89/330 (27.0%)	116/432 (26.9%)	140/531 (26.4%)	158/636 (24.8%)	169/725 (23.3%)	186/838 (22.2%)	212/946 (22.4%)	232/1046 (22.2%)	251/1138 (22.1%)	270/124 6 (21.7%)	289/1341 (21.6%)	289/1341 (21.6%)
		p=0.158	p=0.043	p=0.037	p=0.004	p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.001	p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.000
Eritema	<i>EPAH</i>	8/96 (8.3%)	1/99 (1.0%)	5/87 (5.7%)	2/89 (2.2%)	3/93 (3.2%)	4/89 (4.5%)	3/107 (2.8%)	4/107 (3.7%)	1/109 (0.9%)	2/100 (2.0%)	3/91 (3.3%)	1/97 (1.0%)	1/99 (1.0%)	38/1263 (3.0%)
	<i>Control</i>	13/87 (14.9%)	10/117 (8.5%)	4/108 (3.7%)	2/94 (2.1%)	2/91 (2.2%)	5/97 (5.2%)	2/85 (2.4%)	4/105 (3.8%)	5/98 (5.1%)	7/90 (7.8%)	6/88 (6.8%)	8/107 (7.5%)	2/93 (2.2%)	70/1260 (5.6%)
		p=0.161	p=0.012	p=0.516	p=1.000	p=1.000	p=1.000	p=1.000	p=1.000	p=1.000	p=0.103	p=0.087	p=0.324	p=0.037	p=0.612
Cordón venoso	<i>EPAH</i>	1/96 (1.0%)	0/99 (0.0%)	0/87 (0.0%)	0/89 (0.0%)	0/93 (0.0%)	0/89 (0.0%)	1/107 (0.9%)	1/107 (0.9%)	0/109 (0.0%)	0/100 (0.0%)	0/91 (0.0%)	0/97 (0.0%)	1/99 (1.0%)	4/1263 (0.3%)
	<i>Control</i>	3/87 (3.4%)	3/117 (2.6%)	1/108 (0.9%)	1/94 (1.1%)	1/91 (1.1%)	0/97 (0.0%)	0/85 (0.0%)	1/105 (1.0%)	5/98 (5.1%)	1/90 (1.1%)	0/88 (0.0%)	3/107 (2.8%)	4/93 (4.3%)	23/1260 (1.8%)
		p=0.348	p=0.252	p=1.000	p=1.000	p=0.495	NA	p=1.000	p=1.000	p=0.023	p=0.474	NA	p=0.248	p=0.200	p=0.000
Inflamación	<i>EPAH</i>	3/96 (3.1%)	2/99 (2.0%)	0/87 (0.0%)	0/89 (0.0%)	1/93 (1.1%)	2/89 (2.2%)	2/107 (1.9%)	1/107 (0.9%)	2/109 (1.8%)	4/100 (4.0%)	1/91 (1.1%)	1/97 (1.0%)	2/99 (2.0%)	21/1263 (1.7%)

	<i>Control</i>	2/87 (2.3%)	3/117 (2.6%)	1/108 (0.9%)	2/94 (2.1%)	3/91 (3.3%)	2/97 (2.1%)	2/85 (2.4%)	1/105 (1.0%)	3/98 (3.1%)	1/90 (1.1%)	3/88 (3.4%)	2/107 (1.9%)	5/93 (5.4%)	30/1260 (2.4%)
		p=1.000	p=1.000	p=1.000	p=0.498	p=0.365	p=1.000	p=1.000	p=1.000	p=0.669	p=0.372	p=0.362	p=1.000	p=0.267	p=0.200
Dolor	<i>EPAH</i>	16/102 (15.7%)	16/101 (15.8%)	11/89 (12.4%)	5/93 (5.4%)	9/97 (9.3%)	7/90 (7.8%)	6/109 (5.5%)	11/109 (10.1%)	10/110 (9.1%)	6/100 (6.0%)	7/91 (7.7%)	7/98 (7.1%)	7/101 (6.9%)	118/1290 (9.1%)
	<i>Control</i>	11/92 (12.0%)	13/121 (10.7%)	7/117 (6.0%)	13/102 (12.7%)	14/99 (14.1%)	7/105 (6.7%)	4/89 (4.5%)	8/113 (7.1%)	10/108 (9.3%)	7/100 (7.0%)	5/92 (5.4%)	8/108 (7.4%)	13/95 (13.7%)	120/1341 (8.9%)
		p=0.454	p=0.262	p=0.108	p=0.076	p=0.290	p=0.764	p=0.747	p=0.423	p=0.966	p=0.774	p=0.537	p=0.942	p=0.119	p=0.859
Evento adverso no clasificado	<i>EPAH</i>	6/96 (6.3%)	4/99 (4.0%)	1/87 (1.1%)	7/89 (7.9%)	1/93 (1.1%)	1/89 (1.1%)	7/107 (6.5%)	3/107 (2.8%)	/109 (0.0%)	/100 (0.0%)	3/91 (3.3%)	1/97 (1.0%)	1/99 (1.0%)	35/1263 (2.8%)
	<i>Control</i>	9/87 (10.3%)	14/117 (12.0%)	10/108 (9.3%)	12/94 (12.8%)	9/91 (9.9%)	6/97 (6.2%)	5/85 (5.9%)	6/105 (5.7%)	8/98 (8.2%)	5/90 (5.6%)	7/88 (8.0%)	3/107 (2.8%)	1/93 (1.1%)	95/1260 (7.5%)
		p=0.313	p=0.036	p=0.024	p=0.277	p=0.009	p=0.120	p=0.851	p=0.330	p=0.002	p=0.022	p=0.207	p=0.623	p=1.000	p=0.005
Catéteres innecesarios	<i>EPAH</i>	15/102 (14.7%)	2/101 (2.0%)	4/89 (4.5%)	8/93 (8.6%)	10/97 (10.3%)	14/90 (15.6%)	10/109 (9.2%)	11/109 (10.1%)	13/110 (11.8%)	12/100 (12.0%)	12/91 (13.2%)	18/98 (18.4%)	11/101 (10.9%)	140/1290 (10.9%)
	<i>Control</i>	7/92 (7.6%)	4/121 (3.3%)	17/117 (14.5%)	21/102 (20.6%)	13/99 (13.1%)	25/105 (23.8%)	11/89 (12.4%)	23/113 (20.4%)	25/108 (23.1%)	14/100 (14.0%)	12/92 (13.0%)	24/108 (22.2%)	16/95 (16.8%)	212/1341 (15.8%)
		p=0.120	p=0.691	p=0.018	p=0.019	p=0.539	p=0.151	p=0.469	p=0.034	p=0.027	p=0.674	p=0.977	p=0.493	p=0.227	p=0.000

AVP: Acceso vascular periférico; *EPAH*: Enfermera de práctica avanzada; *NA*: No aplicable

Anexo 19. Verbatims extraídos de las memorias de las EPAH

Técnica de cambio de conductas	Verbatims
Información	<p><i>“Difusión del proyecto en sesión clínica y de forma individual [...] se prepara el material con una presentación paso a paso sobre los ítems a cumplimentar, su importancia y peso legal.” (EPAH 2)</i></p> <p><i>“Sesiones informativas explicando la metodología y la importancia legal de la realización de los mismos.” (EPAH 1)</i></p>
Aumento de habilidades	<p><i>“Creación de tablón de anuncios para consulta de los cambios realizados por el equipo EPAH (actualización semanal) EL RINCÓN DE LA EPAH.” (EPAH 3)</i></p> <p><i>“Realización de guías facilitadoras de cómo realizar una correcta valoración enfermera al ingreso y un informe de alta de enfermería y se hacen mini sesiones formativas explicando la metodología y la importancia legal de la realización de los mismos.” (EPAH 1)</i></p> <p><i>“La presentación de la guía de UPP, la realización de las sesiones formativas en relación a la prevención de las lesiones relacionadas con la dependencia, el taller sobre el cuidado de las mismas [...] fueron actividades para la reforzar la necesidad de la valoración del Braden al ingreso.” (EPAH 2)</i></p> <p><i>“Siendo consciente de la limitación de tiempo, y para evitar sobrecargar al personal con sesiones fuera del horario laboral, se plantearon micro-sesiones (10-20 minutos) para poderse dar durante el horario de trabajo de los profesionales aun a sabiendas que esto pudiera alargar los tiempos de la implementación.” (EPAH 4)</i></p>
Persuasión	<p><i>“Cuando se incorpora nuevo personal a la unidad, la EPAH se encarga de realizar la formación del sistema informático y dinámicas de la planta, así como explicar el perfil del paciente [...] en algunas ocasiones he acudido en el turno de trabajo del personal nuevo para continuar con su formación.” (EPAH 3)</i></p> <p><i>“Acompañar al equipo durante el turno de mañana (estando presente en el momento del cambio de turno de las enfermeras) de lunes a viernes, se identificó como punto facilitar para hacer cercana la figura de la EPAH al equipo y ayudar a la divulgación de los procesos de implementación a aplicar.” (EPAH 4)</i></p> <p><i>“Frasas semanales motivadoras para animar al equipo y volver a estar unidos.” (EPAH 1)</i></p> <p><i>“Sus habilidades en comunicación asertiva y liderazgo (se refiere a los de la EPAH) favorecen el trabajo multidisciplinar, imprescindible para un cambio de visión.” (EPAH 2)</i></p> <p><i>“Motivar a todo el equipo para la formación en canalización eco guiada.” (EPAH 2)</i></p> <p><i>“La insistencia y persuasión que pongo cada día para que comprendan la necesidad de registrar correctamente.” (EPAH 5)</i></p> <p><i>“La adaptación al medio ha sido otra estrategia auto-aprendida durante este periodo, buscar el momento para poder hacer las intervenciones tiene una importancia vital al igual que la de saber hasta dónde se puede llegar en cada contexto al ser este el que marca la velocidad hacia el cambio buscado.” (EPAH 4)</i></p>

“Se han ido introduciendo diversos cambios en la unidad [...] para ello se han convocado reuniones informales entre los profesionales pertinentes, se han realizado votaciones mediante formularios de Doodle y creación de grupos de trabajo guiados por la EPAH para debatir la modificación de algunos hábitos.” (EPAH 3)

“Reuniones de organización de la unidad para consensuar y organizar el trabajo.” (EPAH 5)

“Implantación de nueva distribución de tareas para mejorar el trabajo en equipo.” (EPAH 3)

“Consenso en el cambio de turno sobre la necesidad de vía venosa o no en paciente sin tratamiento IV.” (EPAH 2)

“Se introduce la EPAH en el cambio de turno [...]. Este cambio permite: planificar los cuidados, planificar sesiones de educación sanitaria, seguimiento a los pacientes más complejos, completar valoraciones iniciales iniciadas en turno de noche, planificar inicio de informes al alta, etc. Todo ello disminuye la pérdida de información de un turno a otro, mantiene la continuidad aumentando la seguridad y proporciona calidad a los cuidados, disminuye los Missed-care.” (EPAH 2)

Planificación

“el tratamiento de las lesiones no estaba estandarizado en base a la guía de UPP [...] se acordó trabajar con planes de cuidados, por lo que se hace una revisión de los 13 diagnósticos de enfermería que por consenso se consideran más frecuentes en la unidad.” (EPAH 2)

“Estas guías se publican en la intranet de la unidad en la carpeta RINCON DE LA EVIDENCIA.” (EPAH 1)

“Creación de grupo de WhatsApp con todos los miembros del equipo (tanto auxiliares como enfermeras) donde se mantiene información compartida EPAH-EQUIPO de necesidades detectadas, por parte del equipo, por parte de la EPAH o para realizar FEEDBACKS de resultados obtenidos. (EPAH 1)”

“Las necesidades del equipo de profesionales se detectan mediante las preguntas directas al equipo, tanto en las reuniones como en el día a día, el uso del correo corporativo o mediante la aplicación móvil de WhatsApp, en la que tenemos creado un grupo de la unidad en que se realizan tanto propuestas nuevas como comentarios sobre dinámicas que se llevan a cabo.” (EPAH 3)

“La figura EPAH permite adecuar la atención en función de las preferencias del paciente y de los materiales disponibles en la unidad.” (EPAH 5)

“Tomo decisiones juntamente con la enfermera que lleva esa mañana al paciente.” (EPAH 5)

“Se da soporte en la toma de decisiones, del manejo de los accesos venosos y de la elección del tipo de vía más adecuada (catéter central de inserción periférica, catéter venoso periférico, catéter subcutáneo o reservorio subcutáneo).” (EPAH 3)

Estímulo / apoyo

social

“Mentoría para la correcta cumplimentación del registro informatizado.” (EPAH 2)

“Dar soporte a todos los profesionales de la unidad en la realización de actividades de búsqueda bibliográfica, elaboración de recomendaciones, etc..” (EPAH 2)

“Como digo yo: “ya no llevo 12 pacientes, llevo 38”.” (EPAH 1)

“Permite dar soporte en momentos de sobrecarga, lo que supone poner en valor un tiempo necesario para realizar “los cuidados que se pierden” en otras circunstancias.” (EPAH 2)

“Se ha dedicado mucho tiempo también al suplir acciones enfermeras que se posponen en el tiempo o que se perdería en su defecto, situación que se da cuando una enfermera tiene que priorizar entre la realización de unos cuidados u otros por motivos de tiempo y/o complejidad, fenómeno conocido como “Omisión de Cuidados”, que suele afectar más a la cumplimentación de registros y a los procesos de educación para la salud.” (EPAH 4)

“Búsqueda de evidencia sobre los efectos que puedes tener para los pacientes la carga de trabajo de las enfermeras y explorar herramienta para cuantificar esta (ver anexo 7 y 8), planteado una propuesta para actuar contra ella desde una perspectiva muy ajustada en lo que se refiere a recursos solicitados.” (EPAH 4)

“Se realizan sesiones mensuales sobre diferentes temas elegidos por el propio personal de la unidad e impartido mayoritariamente por estos mismos profesionales.” (EPAH 3)

“Talleres de educación sanitaria liderados por el equipo de auxiliares de enfermería. [...] Se facilitará un guion al equipo de auxiliares para que puedan aportar y modificar. [...] Tres tipos de talleres: Estimulación cognitiva (crucigramas, mandalas, juegos de mesa, etc.), Movilizaciones (conjunto con el equipo de fisioterapia), Prevención de lesiones relacionadas con la dependencia.” (EPAH 2)

“Estar con el equipo, hablar con ellos y compartir la realización de los cuidados de los pacientes ha sido otra estrategia de trabajo aplicada al permitir un escenario propicio para ofrecer información, reforzar conocimiento, resolver dudas, resaltar las buenas acciones y en algún momento ventilar el estrés generado por el propio trabajo.” (EPAH 4)

“Como la figura EPAH es una persona conocida en la unidad y conocedora de las técnicas específicas o de los cuidados que precisan los pacientes, permite que el equipo confíe en ella y le plantean dudas o sugerencias. Incluso a nivel interdisciplinar (nefrólogos que te sugieren o te plantean dudas de tratamientos, urólogos que te piden consejo de cuidados de determinados sistemas).” (EPAH 5)

“La EPAH es una figura cercana al equipo, considerada una igual entre los compañeros, y por ello, muchas de las propuestas o críticas se las realizan personalmente.” (EPAH 3)

“Aplicar las recomendaciones sobre Inserción y mantenimiento de catéter venoso periférico.” (EPAH 2)

“Reducción de los eventos adversos relacionados con dispositivos de acceso venoso. 4 bloques de trabajos identificados. Elección e inserción de catéter, mantenimiento, retirada y educación de los pacientes como eje de acción dentro de la filosofía de la práctica basada en la evidencia. [...] actualización en el tratamiento de úlcera por presión [...] abordaje nutricional de los pacientes ingresados en la unidad. Cribado/screening.” (EPAH 4)

**Establecimiento
de metas**

“Incrementar el número de pacientes con revaloración del Braden durante el ingreso, de acuerdo a las recomendaciones de la Guía de Prevención y Tratamiento de UPP de les Illes Balears.” (EPAH 5)

“Disminuir la variabilidad en las curas de las úlceras por presión y heridas en general.” (EPAH 3)

“Optimizar el registro de cuidados y tratamiento en el sistema informático.” (EPAH 3)

“De forma diaria la EPAH revisa la necesidad de las revaloraciones según la guía (se refiere según la escala de Braden), colaborando en las mismas.” (EPAH 2)

“Hay que adaptar la guía a la realidad en algunos casos donde la revaloración pierde su sentido, como por ejemplo en pacientes en SUD [Situación Últimos Días], o pacientes en situación de dependencia severa no reversible (demencias avanzadas o enfermedades degenerativas avanzadas), donde ya se están aplicando todas las recomendaciones y la revaloración (hace referencia a la revaloración del riesgo de UPP según la escala de Braden) pierde su valor.” (EPAH 2)

“Se ha creado una verdadera ruta del pensamiento crítico, el equipo es capaz de plantearse continuamente si están realizando de la mejor manera posible los cuidados, si hay prácticas que necesiten mejora, pero ahora la primera opción de respuesta es la búsqueda de evidencia sobre el tema en por ejemplo las guías de práctica clínica. Y es una primera opción porque se ha puesto en valor el tiempo que precisa esta búsqueda, no se robará al asistencial o al de casa, está dentro del equipo de trabajo.” (EPAH 2)

“Se realizó una encuesta mediante Doodle. [...] Se obtuvo una votación unánime del 100% para continuar con las sesiones formativas. [...] La lluvia de ideas, la votación y selección de los docentes para las sesiones formativas.” (EPAH 3)

“Mantener el flujo de información a lo largo del proceso asistencial hospitalario a partir de la síntesis de datos.” (EPAH 4)

“Feedback al personal sobre la recogida de datos de la auditoría + explotación de datos.” (COMÚN)

“Además también se ha realizado un feedback presencial con el equipo de la unidad cuando se cumplía un año de estar en el proyecto EPAH, con gran asistencia por parte del personal. Se realiza fiesta posteriormente con ellos.” (EPAH 1)

“Las sesiones han sido acreditadas con 1 crédito por la Comissió de Formació de les Illes Balears.” (EPAH 3)

“Se crea un referente no solo en la unidad sino para todos los profesionales que ven cómo se invierte en enfermería y aprovechan el recurso ante las dudas del día a día.” (EPAH 2)

Motivación

“Es un aliciente cuando tus propios compañeros sirven de apoyo a otros compañeros nuevos o EPVA y continúan con lo que hemos consensuado.” (EPAH 5)

“Durante este año, se han presentado tres comunicaciones tipo póster en el XVII Congreso Nacional I Congreso Internacional de la Sociedad Española de Enfermería Oncológica SEEO (que se añaden como documentación adjunta) y una colaboración en otra comunicación tipo póster en una investigación realizada por el equipo de enfermería de la unidad de traumatología. Asimismo, 6 enfermeras acudimos al congreso de la SEEO realizado en mayo de este año en la ciudad de Salamanca y otras 6 profesionales estamos participando en el proyecto de mejora de la unidad comentado anteriormente.” (EPAH 3)

“Otra estrategia desarrollada para favorecer el trabajo en equipo, fue el diseño de unos imanes en dos colores, (verdes para enfermeras y azules para auxiliares) en los que están los nombres de todos los profesionales de la unidad y que diariamente se colocan en un tablón, indicando que profesionales trabajan conjuntamente en ese turno y la parte de la que son responsables.” (EPAH 3)

Autoseguimiento

“Realización de auditoría de recomendaciones Catéter venoso periférico [...]. Realización de auditoría de recomendaciones Guía UPP.” (COMÚN)

“Consulta servicio Informática para la mejora y elaboración de registros.” (COMÚN)

“Se está trabajando con informática, supervisora y enfermera referente en Ulceras por Presión, un nuevo formulario donde se puedan registrar el resto de lesiones cutáneas que pueda padecer el paciente (por fricción, humedad, suturas, heridas quirúrgicas...) y así poder obtener datos mediante indicadores.” (EPAH 1)

“Se diseña y elabora un plan de cuidados informatizados sobre catéteres venosos, del cual se podrá extraer datos mediante nuevos indicadores (indicadores de proceso sobre cuidados realizados en catéteres venosos).” (EPAH 1)

“Se formó también al equipo en registro electrónico de las dos GPC y en la importancia de los indicadores de resultado de la unidad.” (EPAH 1)

“Hemos hecho varias reuniones (sept. 2018; enero 2019; junio 2019; octubre 2019) para revisar los datos explotados por el equipo de Millenium [hace referencia al sistema informático] y ver si cubren o no los objetivos, e ir recordando al personal cómo llevar a cabo el registro correcto. En estas reuniones recuerdo y refuerzo la implementación de las guías de mantenimiento de VP y prevención de UPP.” (EPAH 5)

“Las EPAH pueden ser la respuesta a esta necesidad creando estrategias para el análisis cualitativo de los informes.” (EPAH 2)

“Revisión cada día antes de la reunión en equipo, del correcto registro de los dispositivos que posean los pacientes, de los comentarios evolutivos tanto médicos como enfermeros, así como de los partes de enfermería.” (EPAH 1)

“Fotografías de seguimiento de lesiones. La figura de la EPAH [...] asegurará una continuidad en el cuidado y disminución de la variabilidad.” (EPAH 2)

“Revisión de H^a Clínicas. Explorar las historias con carácter clínico.” (EPAH 4)

“Seguimiento diario por parte de la EPAH de los pacientes con riesgo de UPP o pacientes con dispositivos.” (EPAH 3)

“He podido darme cuenta de la realidad de mi unidad. He visualizado mejor las necesidades de los pacientes y/o familiares; pero, sobre todo, de los profesionales. Tienes la posibilidad de ver las carencias y la falta de conocimientos que hacen que la priorización de las actividades se entorpezca, o que las limitaciones en cuanto a temas informáticos, por ejemplo, impidan el registro como se debiera.” (EPAH 5)

“Estar con el equipo, hablar con ellos y compartir la realización de los cuidados de los pacientes ha sido otra estrategia de trabajo aplicada al permitir [...] ventilar el estrés generado por el propio trabajo.” (EPAH 4)

“Reuniones-encuentros mensuales para el debate y exposición de temas de interés y dificultades en la implementación.” (EPAH 2)

**Incentivo
económico**

“Todos estos cambios y mejoras en el registro [...] lo hacen posible: la insistencia y persuasión que pongo cada día para que comprendan la necesidad de registrar correctamente y el incentivo económico que corresponda al cumplir los objetivos planteados en el contrato de gestión.” (EPAH 5)

Demostración

“La figura de la EPAH permitirá la formación, mentoría y seguimiento a pie de cama de estas lesiones, a su vez asegurará una continuidad en el cuidado y disminución de la variabilidad.” (EPAH 2)

Ensayo de habilidades

“Realización de la sesión (de competencias en consejo breve para promoción de la salud) con otros profesionales. Debriefing posterior para analizar puntos fuertes y de mejora.” (EPAH 2)

“En algunos momentos entrenamos el manejo de las bombas de infusión, cómo cargar medicación, etc.” (EPAH 5)

“Se retira el doble pañal en pacientes incontinentes basándonos en la evidencia que existe y de sus contraindicaciones, disminuyendo (incluso desapareciendo) las lesiones por humedad interglúteas.” (EPAH 1)

“A nivel de Centro se tiene la necesidad de transformar el conocimiento a través del consumo de evidencia, es necesario disminuir variabilidad en la práctica diaria, cambiar hábitos de trabajo.” (EPAH 2)

“Todos los pacientes de la unidad tendrán una valoración de Braden al ingreso y se realizará revaloración del mismo según las recomendaciones de la guía de la comunidad autónoma.” (EPAH 2)

“Diariamente se revisan dispositivos invasivos innecesarios y se pone en común su retirada con el equipo médico y enfermero.” (EPAH 1)

“Introducción de Catéter venoso, de las líneas medias y bioconectores.” (EPAH 2)

“Se detectan carencias en la promoción de la salud a nivel de hospitalización, hay muchos factores que lo dificultan. Las EPA son una gran oportunidad en la modificación de algunos de estos factores (hace referencia a falta de formación, falta de adaptación en el contexto hospitalario, falta de tiempo).” (EPAH 2)

“La alta rotación de personal debido a la duración de los contratos y las sustituciones de las bajas del personal más experto, hace que tengamos frecuentemente en la unidad personal poco entrenado en el cuidado del paciente oncológico [...] Esta rotación perjudica la continuidad de los cuidados y dificulta el mantenimiento de la implementación.” (EPAH 3)

“Talleres de metodología realizados ha sido dirigido al personal de nuevo incorporación en el hospital.” (EPAH 4)

“Adiestramiento a las nuevas incorporaciones, así como al personal polivalente.” (EPAH 5)

Prevención de recaídas

“Ha generado un disconfort en parte del grupo por haber sentido un incremento en las posibilidades de cuidados a ofrecer y un aumento solapado de la elaboración de documentación para dejar constancia de su realización, esto ha producido un aumento en el estrés y en la carga de trabajo percibida con un efecto de limitación en el crecimiento de la figura y del propio proyecto en sí.” (EPAH 4)

“Insisto en el registro de los dispositivos y en los cuidados de los mismos, haciendo hincapié en la implementación de la guía.” (EPAH 5)

“Se extrapolan datos de las 4 escalas dominantes del registro de VALORACION AL INGRESO (EVA, DOWTON, BRADEN y BARTHEL) al parte de enfermería, para poder tener todo el equipo, una visión global del paciente y así detectar riesgos y demandas de cuidados.” (EPAH 1)

“La identificación de los pacientes con “gomet vermell” “gomet groc” según el riesgo, en el parte de enfermería, fueron actividades para la reforzar la necesidad de la valoración del Braden al ingreso.” (EPAH 2)

“Es por ello que resumí en unas tablas los cuidados que precisan en el preoperatorio y en el postoperatorio los pacientes de urología. Estas tablas están enlazadas a los

	<p><i>cuidados en un desplegable en la agenda de cuidados del paciente, es lo que llamamos PowerPlan, y con un click se pautan los dispositivos que lleva el paciente.” (EPAH 5)</i></p> <p><i>“Tabla Diagnóstico diferencial entre las UPP y las lesiones por humedad.” (EPAH 5)</i></p> <p><i>“Se busca el formato disponible que sea más visual (hace referencia a escalas) se plastifican y se ubican en control de enfermería y libros de cuidados.” (EPAH 2)</i></p>
Derivación	<p><i>“La EPAH de apoyo juega un papel imprescindible en la unidad. Al principio su función de apoyo al proyecto y función clarificadora para el resto del equipo sobre las funciones de la EPAH. En el transcurso de todo el proyecto apoyo para realizar las auditorías, identificación de necesidades en la unidad, mentoría en el manejo de lesiones y vía venosa, ayuda en la realización de registros al resto del personal en turnos donde ni supervisión ni EPAH están presentes, etc.” (EPAH 2)</i></p>
Otras actividades previas: valoración	<p><i>“Al inicio del proyecto la unidad se encontraba en un momento donde no existía el trabajo en equipo. Éste estaba dividido entre el trabajo de enfermería y el trabajo de la auxiliar. El ambiente estaba cargado de tirantezas. [...] no había consenso de cuidados como equipo multidisciplinar. El uso de la evidencia era prácticamente nulo, existía más el “siempre se ha hecho así.” (EPAH 1)</i></p> <p><i>“Se realizaban las curas y los cuidados teniendo en cuenta más lo de “porque siempre se ha hecho así”, o “la experiencia del más veterano”. Y apenas era cuestionada la calidad de los cuidados que realizábamos.” (EPAH 5)</i></p> <p><i>“Al inicio del proyecto, existía un conflicto con un profesional del equipo que ocasionaba un gran malestar, dificultaba el trabajo diario y afectaba al ambiente laboral. Esto supuso una barrera ya que la prioridad para el equipo de enfermería era dar solución a dicho conflicto.” (EPAH 3)</i></p> <p><i>“La observación y el conocimiento del medio por parte de la EPAH fueron las herramientas utilizadas al comienzo del proyecto para determinar las líneas potenciales a trabajar.” (EPAH 4)</i></p>



Han colaborado en el proyecto de tesis:



G CONSELLERIA
O SALUT
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS



Universitat
de les Illes Balears

Departament
d'Infermeria
i Fisioteràpia



Col·legi Oficial
d'Infermeres i Infermers
de les Illes Balears