

# Experiencia en la generación de estrategias de monitorización y evaluación en la implantación de Guías de Práctica Clínica en España

Experience Generating Evaluation and Monitoring Strategies in the Implementation of Clinical Practice Guidelines in Spain.

Experiência na geração de estratégias de monitoramento e avaliação na implementação de manuais de prática clínica na Espanha

*Esther González-María, Enf., MSc., PhD.<sup>1</sup> , Daniel Muñoz-Jiménez, Enf., MSc., PhD.<sup>2</sup> , María Pilar Córcoles-Jiménez, Enf., MSc., PhD.<sup>3</sup> , Laura Albornos-Muñoz, Bs., MSc.,<sup>4</sup> , Ana Isabel Alcañiz-Mesas, Enf., MSc.<sup>5</sup> , Ismael Ortuño-Soriano, Enf., MSc., PhD.<sup>6</sup> , Encarnación Fernández-del Palacio, Enf., MSc., PhD.<sup>7</sup> , María Victoria Ruiz-García, Enf., MSc.<sup>8</sup> , María Teresa Moreno-Casbas, Enf., MSc., PhD.<sup>9</sup> *

1. Enfermera, Magíster en Salud Pública, Doctorado en Enfermería. Jefa de sección de la Unidad de investigación en cuidados y servicios de salud (Investén-isciii), Centro de Investigación Biomédica en Red Fragilidad y Envejecimiento Saludable (CIBERFES), Instituto de Salud Carlos III. Madrid, España.
2. Enfermero, Magíster en Investigación en Ciencias Sociosanitarias, Doctor en Ciencias Sociales y de la Salud. Supervisor de Área Funcional de Procesos, Investigación, Innovación y Sistemas de Información del Hospital Clínico San Carlos, líder del Equipo de Implantación del Programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados, co-IP del Grupo de Investigación en Cuidados del Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos (IdISSC), profesor ayudante doctor, Facultad de Enfermería y Fisioterapia Salus Infirmorum, Universidad Pontificia de Salamanca. Miembro de la Unidad de investigación en cuidados y servicios de salud (Investén-isciii). Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Prevención y Promoción de la Salud (RICAPPS). Madrid, España.
3. Enfermera, Magíster en Metodología de la Investigación en Salud, Doctorado en Historia. Supervisora del Área de Investigación y Formación continuada de la Gerencia de Atención Integrada de Albacete, colíder del Programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados. Albacete, España.
4. Bachelor Science, Magíster en Interuniversitario en Investigación en Salud, Unidad de investigación en cuidados y servicios de salud (Investén-isciii), Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Prevención y Promoción de la Salud (RICAPPS), Instituto de Salud Carlos III. Madrid, España.
5. Enfermera, Magíster en Investigación en Medicina Clínica, Gerencia de Atención Integrada de Albacete, responsable de guía en el Programa Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados. Albacete, España.
6. Enfermero, Magíster en Investigación en Cuidados, Doctor en Enfermería. Profesor, Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad Complutense de Madrid, co-IP del Grupo de Investigación en Cuidados del Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos (IdISSC). Madrid, España.
7. Enfermera, Magíster en Investigación en Cuidados, Doctora en Enfermería. Directora de Enfermería del Hospital Clínico San Carlos, miembro del Equipo de Implantación del Programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados, miembro del Grupo de Investigación en Cuidados del Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos (IdISSC). Madrid, España.
8. Enfermera, Magíster en Investigación en Medicina Clínica, Gerencia de Atención Integrada de Albacete, líder del Programa Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados. Albacete, España.
9. Enfermera, Magíster en Ciencias de la Enfermería, Doctorado en Epidemiología y Salud Pública. Directora de la Unidad de investigación en cuidados y servicios de salud (Investén-isciii), Centro de Investigación Biomédica en Red Fragilidad y Envejecimiento Saludable (CIBERFES), Instituto de Salud Carlos III. Madrid, España.



## Contribución de los Autores

### **EGM, LAM, MTMC:**

*Inició el estudio y fue responsable de su diseño general.*

### **DMJ, MPCJ, AIAM, IOS, EFP, MVRG:**

*Son expertos en sus respectivos campos, y discutieron críticamente el diseño del estudio.*

### **DMJ, MPCJ, AIAM, IOS, EFP, MVRG:**

*Se encargaron del recoger datos.*

### **EGM, LAM, MTMC:**

*Agregación de contenidos (conclusiones).*

### **EGM, LAM, MTMC, DMJ, MPCJ, AIAM, IOS, EFP, MVRG:**

*Discusión de resultados, redacción del manuscrito y revisión.*

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO:

Artículo recibido: 19 de febrero de 2023

Artículo aceptado: 19 de septiembre de 2023

DOI: <https://doi.org/10.29375/01237047.4644>

**Cómo citar.** González-María E, Muñoz-Jiménez D, Córcoles-Jiménez MP, Albornos-Muñoz L, Alcañiz-Mesas AI, Ortuño-Soriano I, et al. Experiencia en la generación de estrategias de monitorización y evaluación en la implantación de guías de práctica clínica en España. MedUNAB [Internet]. 2023;26(2):282-291. doi: <https://doi.org/10.29375/01237047.4644>

## RESUMEN

**Introducción.** La monitorización de la utilización del conocimiento y la evaluación de resultados permiten conocer la aplicación de la evidencia, cambios en los conocimientos y actitudes, el impacto en resultados de salud y la integración y el mantenimiento de las prácticas adoptadas. Existen debilidades relacionadas con la falta de sistematización, limitaciones de los registros y calidad del proceso. El objetivo de este artículo es describir la experiencia en la generación de estrategias de monitorización y evaluación de resultados de implantación de Guías de Buenas Prácticas en España. **División de temas tratados.** En primer lugar, se revisan los procesos de medición de resultados en la implantación de Guías, en el marco del Programa Best Practice Spotlight Organizations®, cuya herramienta para liderar el cambio incluye la monitorización y evaluación como una de las seis fases del ciclo de acción. En segundo lugar, se analizan las estrategias de monitorización y evaluación propuestas en la literatura, destacando la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Finalmente, se analizan las estrategias de monitorización y evaluación generadas por dos instituciones españolas participantes en el programa, centradas en adecuación de registros, explotación y análisis de indicadores, desarrollo de herramientas, procedimientos de evaluación y mecanismos de difusión y retroalimentación. **Conclusiones.** La definición de estrategias de monitorización y evaluación planificada de forma temprana contribuye a la viabilidad de la evaluación de la implantación y su sostenibilidad. Es necesario adaptarlas al contexto, con estrategias transversales que alcancen a toda la institución, facilitadas por la institución.

### **Palabras clave:**

[Ciencia de la Implementación](#); [Práctica Clínica Basada en la Evidencia](#); [Evaluación de Resultado en la Atención de Salud](#); [Mecanismos de Evaluación de la Atención de Salud](#); [Indicadores de Calidad de la Atención de Salud](#)

## ABSTRACT

**Introduction.** Monitoring the usage of knowledge and evaluating results permits one to know the application of the evidence, knowledge, and attitude changes, the impact on health results, integration, and maintenance of the adopted practices. There exist weaknesses related to lack of systematization, limitation of the records, and quality of the process. This article's objective is to describe the experience generating monitoring strategies and evaluation of the results regarding the implementation of good practice guides in Spain. **Topics for Reflection.** In the first place, the measurement process of the results regarding the implementation of guides are reviewed, in the Best Practice Spotlight Organizations® program frame, whose tool to lead the change includes monitoring and evaluation as one of the sixth phases of the action cycle. In the second place, monitoring and evaluation strategies proposed in the literature are analyzed, highlighting the Professional Nurses Association of Ontario. Finally, the monitoring and evaluation strategies are analyzed by two Spanish institutions participating in the program, focused on the adequation of records, exploitation and indicator analysis, tools development, evaluation procedures, dissemination, and feedback mechanisms. **Conclusions:** The definition of monitoring and evaluation strategies planned in advance contributes to the viability of the evaluation regarding the implementation and its sustainability. Is necessary to adapt them to the context, with transversal strategies that reach the whole institution, facilitated by the institution.

### **Keywords:**

[Implementation Science](#); [Evidence-Based Practice](#); [Outcome Assessment](#), [Health Care](#); [Health Care Evaluation Mechanisms](#); [Quality Indicators](#), [Health Care](#)

## RESUMO

**Introdução.** Monitorizar a utilização do conhecimento e avaliar os resultados permite-nos conhecer a aplicação das evidências, as mudanças nos conhecimentos e atitudes, o impacto nos resultados de saúde e a integração e manutenção das práticas adotadas. Existem fragilidades relacionadas à falta de sistematização, limitações de registros e qualidade do processo. O objetivo deste artigo é descrever a experiência na geração de estratégias de monitoramento e avaliação dos resultados da implementação de Manuais de Boas Práticas na Espanha. **Divisão dos temas abordados.** Em primeiro lugar, são revistos os processos de medição de resultados na implementação dos Manuais, no âmbito do Programa Best Practice Spotlight Organizations®, cuja ferramenta para liderar a mudança inclui a monitorização e avaliação como uma das seis fases do ciclo de ação. Em segundo lugar, são analisadas as estratégias de monitoramento e avaliação propostas na literatura, com destaque para a Associação Profissional de Enfermeiros de Ontário. Por fim, são analisadas as estratégias de monitoramento e avaliação geradas por duas instituições espanholas participantes do programa, focadas na adaptação de registros, exploração e análise de indicadores, desenvolvimento de ferramentas, procedimentos de avaliação e mecanismos de divulgação e feedback. **Conclusões.** A definição de estratégias de monitoramento e avaliação planeadas antecipadamente contribui para a viabilidade da avaliação da implementação e para a sua sustentabilidade. É necessário adaptá-los ao contexto, com estratégias transversais que alcancem toda a instituição, facilitadas pela instituição.

### Palavras-chave:

Ciência da Implementação; Prática Clínica Baseada em Evidências; Avaliação de Resultados em Cuidados de Saúde; Mecanismos de Avaliação da Assistência à Saúde; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde

## Introducción

La implantación de evidencia, o utilización del conocimiento, favorece la mejora de la calidad de los cuidados y es promovida en planes nacionales, especialmente mediante la adopción de Guías de Buenas Prácticas (GBP) (o Guías de Práctica Clínica) (1-3). Los programas que promueven la implantación de evidencia integran los componentes de monitorización y evaluación como elementos fundamentales para valorar la brecha entre la evidencia y la práctica, y promover acciones dirigidas a profesionales y a las instituciones (4) que conduzcan a mejorar la calidad de los cuidados y los resultados en salud (5, 6).

La monitorización de la utilización del conocimiento permite hacer seguimiento de la práctica clínica y establecer mejoras, al apoyar la implantación de soluciones o cambios en la práctica basados en la evidencia. La evaluación permite identificar los cambios que se producen en los conocimientos, las actitudes y la adopción del nuevo conocimiento, y demostrar su impacto en los resultados en salud, en la organización y el sistema.

Además, la integración de ambos componentes en las organizaciones contribuye a generar cambios y fomentar prácticas basadas en la evidencia (7). Las organizaciones que apoyan la implantación de GBP con datos objetivos reportados regularmente, ciclos continuos de mejora y retroalimentación impulsan más fácilmente el cambio de práctica en los profesionales, al promover actitudes positivas y el involucramiento de los sanitarios en el cambio, con lo que obtienen mejores resultados en salud (8).

En muchos casos, la información sobre implantación de evidencias y resultados de salud se basa en las historias clínicas. De forma global, es necesario establecer procesos sistemáticos de recogida de datos, por las debilidades presentes en la evaluación de resultados clínicos, como la complejidad que supone la extracción de datos de los registros clínicos, procedimientos imprecisos para la toma de decisiones, carencias en las herramientas de registro, registros de datos incompletos y no sistematizados e interpretaciones inadecuadas de los datos (9). Estas debilidades pueden conducir a mediciones inadecuadas o incompletas (10), que dificultan conocer si la utilización del conocimiento tiene el efecto esperado en la mejora de los cuidados y en la salud de las personas, lo que puede minimizarse con la estandarización de la evaluación.

El objetivo de este manuscrito es describir la experiencia en la generación de estrategias de monitorización y evaluación de resultados de implantación de Guías de Buenas Prácticas en España. Específicamente, cómo se materializaron estas estrategias, adaptándolas a las necesidades del contexto y al tipo de recursos existentes.

## División de los temas tratados

1. Programa Best Practice Spotlight Organizations® y antecedentes en el proceso de medición de resultados en la implantación de GBP.

El programa Best Practice Spotlight Organizations® (BPSO®), desarrollado por la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO - Registered Nurses’

Association of Ontario) se inició en 2003 (1) para apoyar la implantación de sus GBP, con el fin de mejorar los cuidados clínicos y los resultados en salud de los pacientes. Se sustenta en tres pilares: i) el desarrollo de GBP; ii) la participación de instituciones sanitarias y académicas mediante un compromiso de tres años como candidatas para implantar GBP hasta alcanzar los objetivos establecidos, tras lo que continúan como instituciones designadas BPSO®; iii) la monitorización y evaluación de resultados en salud, organizaciones y sistema. En este desarrollo, los *champions* o impulsores de buenas prácticas son clave.

El Programa promueve tanto la implantación como la evaluación y el mantenimiento de las buenas prácticas. Para ello se basa en la Herramienta para Liderar el Cambio, que integra los modelos teóricos del “Conocimiento a la acción” y el “Marco de acción del movimiento social” (4), proporcionando herramientas que se asocian a aspectos como la promoción de la motivación intrínseca de los usuarios a los que va dirigido y del liderazgo emergente.

El marco de “Conocimiento a la acción” integra el proceso de creación de conocimiento, que supone la identificación de la evidencia y su síntesis en herramientas y productos de conocimiento, y el ciclo de acción, centrado en la aplicación de conocimientos en el ámbito de la práctica. El ciclo de acción se compone de seis etapas, que incluyen la monitorización de la utilización de conocimiento y evaluación de resultados (11).

RNAO estandariza el método de evaluación y define indicadores mínimos comunes de estructura, proceso y resultado basados en el modelo de Donabedian (12), y facilita internacionalmente la herramienta de recogida y reporte de datos, Nursing Quality Indicators for reporting and Evaluation® (NQuIRE®).

En España, en 2012 se inició este programa (Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados® - CCEC®/BPSO®), promovido por la Unidad de Investigación en Cuidados y Servicios de Salud (Investén-ISCH) y el Centro Español para los Cuidados de Salud Basados en la Evidencia. Actualmente participan 62 organizaciones BPSO®.

Por su parte, también en España, la evaluación se apoya también en la herramienta Care Evaluation Indicators® (CarEvID®), que contiene indicadores específicos del ámbito nacional adicionales a los que establece RNAO. La recogida de datos se realiza utilizando una metodología definida; no obstante, las organizaciones deben materializar sus procedimientos adaptándolos a su contexto. En un estudio nacional del Programa BPSO® se identificaron como debilidad los sistemas de información

y la capacidad de explotación en desarrollo, y como oportunidad la posibilidad de comparación estandarizada de resultados propios con ajenos (13).

## 2. Estrategias de monitorización y evaluación

La Herramienta para Liderar el Cambio propone monitorizar el conocimiento conceptual (basado en los conocimientos, las actitudes y los comportamientos), el instrumental (basado en la práctica clínica) y el persuasivo (basado en las políticas) (4).

Diferentes mecanismos de monitorización propuestos son la auditoría y retroalimentación, grupos focales, entrevistas, observación o encuestas a profesionales y pacientes, entre otros (4,14). En particular, la auditoría y retroalimentación se han mostrado efectivas (15) al informar de los resultados a todos los interesados, aunque el efecto depende del formato, la frecuencia o la intensidad.

Para decidir la técnica de recogida de datos o la fuente se debe verificar si las medidas permitirán obtener la información deseada (16). Planificar la evaluación requiere identificar roles y responsabilidades, y establecer marcos temporales de cumplimiento realistas para alcanzar los objetivos de implantación. Los indicadores clave para la evaluación de la implantación de GBP estarán basados en la organización, el proveedor, los pacientes/familiares y los costes (4).

Aunque la evaluación se centra mayoritariamente en el conocimiento conceptual e instrumental, desde la ciencia de implantación se aboga por complementarla con medidas de cumplimiento de nivel organizacional (10) y evaluación de los mecanismos subyacentes que favorecen la utilización del conocimiento con el fin de orientar las estrategias (17).

## 3. Experiencia en instituciones clínicas del Programa BPSO® en España

Se presentan las experiencias de dos hospitales universitarios de tercer nivel de atención, participantes en el Programa desde 2012: el Hospital Clínico San Carlos (HCSC) y el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA), posteriormente reestructurado en Gerencia de Atención Integrada.

### *Hospital Clínico San Carlos*

El Hospital Clínico San Carlos (HCSC) atiende a 368,000 habitantes de la ciudad de Madrid. Lo integran un centro hospitalario de 720 camas, 3 centros de especialidades y 4 centros de salud mental.

En 2012, se partía de una historia clínica (HC) en papel, complementada con un sistema informático de cuidados (Gacela®) y numerosas aplicaciones departamentales, con diferentes niveles de desarrollo y escasa interoperatividad. Aunque el registro electrónico de cuidados (REC) para hospitalización se inició 12 años antes y no contaba con evoluciones de versión ni actualizaciones recientes, se pudo modificar permitiendo la evaluación de resultados, pero con una implantación y explotación limitadas.

Este análisis preliminar sirvió al Comité de Implantación (equipo de evaluación coordinado por un enfermero experto en sistemas de información, en colaboración con expertos y referentes clínicos) para entender que la evaluación sería un importante reto que requeriría desarrollar estrategias y herramientas. Con este fin se constituyó un grupo de evaluación, cuyo objetivo fue analizar profundamente los indicadores, las características y necesidades de las unidades e identificar los datos fuente o primarios.

Las primeras GBP abordadas fueron “Promoción de la lactancia materna” y “Cuidado y manejo de la ostomía” (2012). En el caso de la lactancia materna, el análisis preliminar arrojó una carencia importante de información clínica relacionada en el REC, con reducidas posibilidades de implementación en la planta de obstetricia. Se optó por desarrollar un sistema de recogida de información centralizado en la figura emergente de la matrona de lactancia. Inicialmente, se desarrolló un Registro de Lactancia en papel que incluía, además de los indicadores de proceso y resultado principales, información clínica complementaria útil para la asistencia y el seguimiento de la díada lactante. Este documento fue validado por diferentes comisiones hospitalarias para su inclusión en la historia clínica. Posteriormente, y basándonos en el registro desarrollado, el equipo de evaluación creó un registro electrónico propio que la matrona de lactancia pudiera cumplimentar directamente, garantizando así la continuidad y calidad de la información, y que esta pudiera exportarse en los formatos necesarios. Paralelamente, se implantaron ciertos registros en el REC siguiendo las recomendaciones de las guías, como la escala LATCH (Latch, Audible swallowing, Type of nipple, Comfort, Hold positioning) y el indicador “Tipo de lactancia al alta”, en el informe de cuidados de enfermería como texto no analizable.

En la Guía de Cuidado y Manejo de la Ostomía, la Unidad de Estomaterapia trabajaba sobre un registro informatizado propio, por lo que existía una cultura de registro y evaluación de indicadores. Sin embargo, se encontraron dificultades para incluir los datos necesarios en dicho registro y automatizar la exportación con base en el formato requerido por el Programa. Al igual que en la

Guía de Lactancia, se desarrolló un registro denominado “Ficha del Estoma” en el REC.

La complejidad en la monitorización de indicadores de las guías transversales como “Valoración y manejo del dolor” (implantada en 2015) y “Prevención de caídas y lesiones derivadas” (implantada en 2019) fue mayor. En la primera, la estrategia se centró en la implementación de indicadores en el REC, único sistema que garantizaba el alcance de la evaluación. La estrategia se dirigió a tres líneas principales: potenciar la visibilidad del registro del dolor, aumentar la especificidad de la valoración y adaptarla a los diferentes contextos. Una de las primeras medidas aplicadas fue incluir la valoración del dolor dentro de la gráfica de constantes, de manera que se pudiera monitorizar su intensidad. Se creó un formulario dentro del REC para la “Valoración integral del dolor” a fin de no limitar la información del dolor exclusivamente a la intensidad. Por último, se implantaron en el REC nuevas escalas de valoración observacionales específicas (Pain Assessment in Advanced Dementia [Painad]; y llanto, actitud, normorrespiración, tono postural y observación facial [Llanto]) en ámbitos como geriatría y pediatría. La extracción de datos en Unidades que disponían de REC se realizó mediante una herramienta para evaluadores desarrollada *ad hoc*, que permitía introducir los datos primarios para construir los indicadores, los cuales se autoculcaban en campos velados al introducir la información. Los campos se ordenaban en una secuencia lógica de consulta de los registros que facilitaba su extracción. Este sistema proporcionó rigor y homogeneidad a la evaluación, pues los datos primarios son objetivos y no sujetos a interpretación, mientras que los indicadores pueden verse influidos por el conocimiento o la interpretación del evaluador. El sistema permitía la exportación de datos en la estructura de tablas solicitada por el programa.

En ámbitos en que no se disponía de REC, se desarrollaron registros propios, como en neonatología, con escalas de valoración del dolor asociadas a manipulaciones e intervenciones antiálgicas (Premature Infant Pain Profile [PIPP]; y Crying, Requires oxygen, Increased vital signs from baseline, Expression, Sleeplessness [CRIES]) o en la Unidad de Reanimación Posanestésica, donde fue necesario adecuar el indicador de detección, de acuerdo con la corta duración de la estancia media de los pacientes.

Finalmente, los indicadores de incidencia y características de la caída de la Guía de Prevención de Caídas y Lesiones Derivadas fueron evaluados mediante la combinación de dos fuentes de información: un sistema de notificación de caídas preexistente, normalizado y gestionado por la Unidad de Calidad, y la información sobre la valoración del riesgo mediante la escala Downton y las consecuencias de la caída a partir del Sistema Electrónico de Cuidados.

La experiencia acumulada durante diez años de implantación y evaluación ha permitido ir dotando las herramientas de registro de la información necesaria para medir procesos y resultados de la práctica enfermera. En 2021, comenzó el desarrollo de la Historia Clínica Digital (Selene-plus®), lo que ampliará las posibilidades de exportación y análisis de los datos. Sin embargo, es escaso el valor de un sistema de información que no permita recoger indicadores básicos para enfermería, por ello, hemos trasladado los registros e indicadores implementados al nuevo sistema de información para la evaluación y monitorización automatizada de los indicadores, dando continuidad a lo aprendido.

#### *Complejo Hospitalario Universitario de Albacete / Gerencia de Atención Integrada de Albacete*

El Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA), con 949 camas, atiende a más de 275,680 habitantes (dos tercios residen en Albacete, la capital de provincia, el resto en zonas rurales). Con la HC informatizada recién implantada (2012), no se permitían modificaciones, por lo que tenían que adaptarse a los recursos disponibles para poder monitorizar y evaluar. En 2014, al actualizarse la HC, se solicitaron los cambios necesarios para mejorar el registro de intervenciones enfermeras y la explotación de datos. En 2018, el CHUA se reestructuró como Gerencia de Atención Integrada (GAI), incorporando la Atención Primaria y Sociosanitaria al CHUA, y hubo que replantear las estrategias de implantación, monitorización y evaluación.

En los planes de evaluación desarrollados en la GAI de Albacete, para cada GBP implementada y cada ámbito de implantación (hospital, atención primaria y atención sociosanitaria) se ha elaborado un manual de evaluación, con el sistema de selección de la muestra, indicadores por evaluar y cuándo considerarlos cumplidos, para evitar la variabilidad entre evaluadores.

Se constituyó un equipo evaluador por cada GBP, coordinado por líder y colíder, quienes hacen el seguimiento del proceso de evaluación. El equipo evaluador estuvo formado inicialmente por supervisoras de enfermería; actualmente, lo constituyen impulsores interesados en la recogida de datos y el Equipo de Seguimiento de la implantación, que reciben formación en línea y presencial.

Se han establecido sistemas de recogida de datos *ad hoc* encriptados para garantizar la protección de datos, adaptándolos al sistema CarEVID®.

La recogida de datos se inició convocando reuniones grupales y, posteriormente, de manera individual, manteniendo contacto continuo con el equipo. Se establecieron circuitos de recogida: los evaluadores

centralizan el envío de información a la coordinadora de evaluación y a la colíder del proyecto, quienes la revisan, asegurando varios niveles de control de calidad. La coordinadora de evaluación reporta la información en las plataformas del Programa y mantiene el registro y la notificación de incidencias a los evaluadores.

Existe una base de datos propia, que añade indicadores comunes e internos sensibles a la práctica enfermera, relevantes para la profesión y los pacientes, que permite ampliar el análisis de los datos y establecer relaciones entre variables para detectar áreas de mejora.

El sistema de explotación de la información evolucionó de la extracción directa y manual de los datos de la HC a la explotación automática, con gran ahorro de tiempo y esfuerzo.

Semestralmente, los resultados se presentan a todas las partes de interés, desde la dirección a los profesionales clínicos, en cada unidad y centro. Se convocan reuniones grupales e individuales, motivadoras y enriquecedoras, al poder analizar y debatir de manera particular los resultados y plantear áreas de mejora. Se han diseñado infografías apoyando los informes, difundidas a través de grupos WhatsApp, donde se recuerda la importancia de implantar las recomendaciones de cada GBP y los resultados más destacables. Además, se pueden consultar los protocolos elaborados, materiales, resultados de periodos anteriores e información relacionada con el Programa BPSO® a través del código Quick Response (QR).

Para la sostenibilidad del programa, los indicadores de las GBP se han incluido como parte de los objetivos en el contrato de gestión de la institución.

La monitorización también ha fomentado el desarrollo de investigación y difusión (con 8 proyectos de investigación, 9 publicaciones en revistas científicas, y la obtención de varios premios de investigación), así como adquirir nuevas competencias.

En la Tabla 1, se presenta el resumen de las estrategias adoptadas por HCSC y GAI Albacete para monitorizar y evaluar (Tabla 1).

**Tabla 1.** Estrategias de monitorización de la utilización del conocimiento y evaluación de resultados

Estrategias	GAI Albacete	Hospital Clínico San Carlos	Tipo de estrategia*
<ul style="list-style-type: none"> <li>Análisis detallado de los registros en HC</li> <li>Identificación de datos primarios</li> <li>Evaluación de indicadores de cuidados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reuniones (equipos de implantación y clínicos expertos en HC) para detectar registros existentes y carencias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reuniones (equipo de evaluación, implantación) para identificar datos primarios en HC y valorar su adecuación a los indicadores</li> <li>Evaluación de sistemas de registros de cuidados empleados en las unidades de implantación: Gacela®(hospitalización) ICCA®(cuidados críticos) y SISU®(urgencias)</li> </ul>	Derivada del diseño del plan de evaluación y la materialización de la herramienta de implantación (DDPEHI): definición de medidas y estrategias de medida (4)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Incorporación de escalas validadas, actividades de enfermería y nuevas variables en HC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Escalas</li> <li>Agrupación estandarizada de actividades para guías</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Escalas</li> <li>Identificación de variables/ categorías; adecuación de indicadores: <ul style="list-style-type: none"> <li>Tipo de dolor</li> <li>Complicaciones de la piel periestomal</li> </ul> </li> </ul>	DDPEHI: definición de medidas y estrategias de medida incluyendo instrumentos válidos y fiables (4)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Diseño de indicadores internos adaptados al contexto y características de la población diana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resultado valoración riesgo de caídas</li> <li>Asignación de actividades para guías</li> <li>Día de dolor máximo durante el ingreso</li> <li>Resultado valoración de independencia para las actividades de la vida diaria (Índice de Barthel)</li> <li>Resultado valoración de la disfagia (Test MECV-V)</li> <li>Resultado estado nutricional en ictus. Mini Nutricional Assessment Tool Short-Form</li> <li>Altas de enfermería con información sobre cuidados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adaptación de criterios en Unidad de Neonatos (manipulación y medida antiálgica)</li> <li>Adaptación de evaluación del dolor en Urgencias en contexto de Unidad de Corta Estancia</li> <li>Adaptación de la evaluación URPA (ajuste de detección del dolor a 2 horas de inicio de cuidados)</li> <li>Tipo de lactancia durante el ingreso, 2, 6 y 12 meses</li> <li>Estratificación de indicadores por estancias &lt;24 horas en valoraciones de dolor y riesgo de caídas</li> </ul>	DDPEHI: definición de medidas y estrategias/ alcance de las medidas (4)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Explotación automática de datos de HC y aplicativos informáticos para medir indicadores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formularios: <ul style="list-style-type: none"> <li>“Recién nacido”: indicadores de lactancia</li> <li>“Valoración de enfermería al ingreso” y “Valoración de enfermería de seguimiento”: indicadores de caídas, LPP, ictus</li> <li>Constantes y parámetros”: indicadores del dolor</li> </ul> </li> <li>Protocolo salud infantil, antecedentes perinatales: indicadores de lactancia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Detección de posibilidades de explotación directa en registros implantados en el sistema de registro de cuidados: Ficha del estoma</li> <li>Valoración integral del dolor</li> <li>Registro de lactancia materna</li> <li>Detección del dolor en URPA y Neonatos</li> </ul>	DDPEHI (4)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Formación y entrenamiento de equipos evaluadores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acreditada</li> <li>por equipos de guías</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Del equipo evaluador</li> </ul>	DDPEHI: capacitación (4)

<ul style="list-style-type: none"> <li>Supervisión continua de los equipos evaluadores por coordinadora de la evaluación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Seguimiento continuo para resolución de dudas</li> <li>Auditorías internas de calidad de los datos</li> </ul>	DDPEHI: diseño de auditoría y feedback (4)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Diseño y análisis de datos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diseño base de datos propia</li> </ul>	DDPEHI: diseño de auditoría y feedback (4)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Diseño de sostenibilidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Compensación horaria</li> <li>Liberación de actividad asistencial</li> <li>Certificados de participación</li> <li>Participación en proyectos de investigación</li> <li>Participación en actividades de formación y difusión de resultados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Constitución del equipo de evaluación general que realiza el seguimiento de la evaluación realizada por los equipos de las unidades de implantación</li> <li>Desarrollo de protocolos de evaluación y uso de bases de datos propias y generales</li> </ul>	DDPEHI: fase de sostenibilidad (4)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Realización de planes de evaluación y manuales para cada GBP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manuales de evaluación: Lactancia en Atención Primaria y Hospitalaria</li> <li>Prevención de caídas por cada ámbito</li> <li>En Atención Hospitalaria:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención a pacientes con ictus</li> <li>- Valoración y manejo del dolor</li> <li>- Valoración y manejo de lesiones por presión</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manuales para todas las guías</li> </ul>	DDPEHI: como parte del diseño de auditoría y feedback (4)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Fomento de la difusión (interna y externa) de resultados de la implantación, dirigido a profesionales sanitarios y población en general</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Espacio BPSO® en la web institucional</li> <li>Facilitar presentaciones en eventos científicos</li> <li>Estudios de investigación basados en la implantación de GBP</li> <li>Notas de prensa</li> <li>Redes sociales</li> <li>Jornadas por GBP y generales dirigidas a profesionales sanitarios y público general</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apartados específicos de indicadores BPSO® en Cuadro de Mandos de Dirección de Enfermería</li> <li>Espacio BPSO® en la intranet institucional con reporte de resultados cuatrimestrales de indicadores</li> <li>Reportes periódicos de resultados a unidades de implantación por correo institucional</li> <li>Financiación para la difusión de resultados en eventos científicos</li> <li>Notas de prensa y medios de comunicación</li> <li>Redes sociales</li> </ul>	DDPEHI: como parte del diseño de auditoría y feedback (4)

GAI: Gerencia de Atención Integrada; HC: Historia Clínica; DDPEHI: Estrategia Derivada del diseño del plan de evaluación y la materialización de la herramienta de implantación de RNAO; URPA: Unidad de Recuperación Posanestésica; GBP: Guía de Buenas Prácticas.

**Fuente:** elaborado por los autores.

## Conclusiones

Los BPSO® en España comparten dificultades y desarrollo de estrategias en la fase de monitorización de la implantación de GBP y evaluación de resultados. Es fundamental establecer una metodología donde se planifiquen los objetivos y se desarrollen los procedimientos, que integre técnicas, descripción de datos, indicadores, análisis y retroalimentación, así como los recursos necesarios. Esta planificación debe ser temprana en el desarrollo de programas de implantación, con perspectiva de sostenibilidad y con abordajes personalizados adaptados al contexto.

La estrategia en el HCSC se centró en realizar cambios a nivel macro de la propia estructura de la organización, con un peso importante en el análisis de variables, contextos y datos primarios de los sistemas de información, y proporcionando retroalimentación a los profesionales. En la GAI Albacete se despliegan mecanismos para implicar a los equipos en el desarrollo de sistemas de evaluación, análisis y retroalimentación. En ambos casos, las estrategias han fomentado la motivación intrínseca de los equipos y el liderazgo.

La monitorización del proceso de implantación de las GBP y la evaluación de resultados son de los componentes que más esfuerzo han supuesto, al tener que adaptar los sistemas de información para alinearse con la evaluación internacional. Existen dificultades como la escasez de medios para evaluar fácilmente, incluso teniendo historia clínica electrónica, por la falta de registros adecuados de los indicadores del programa, la multiplicidad de fuentes en las que recabar la información y las limitaciones para la explotación de datos; la falta de cultura de monitorización y retroalimentación inmediata a profesionales clínicos; o las carencias en la cumplimentación adecuada de registros.

Sin embargo, los beneficios que aporta son relevantes para introducir áreas de mejora en los cuidados enfermeros, implicar a los profesionales y mejorar los resultados en salud, así como para ser precursor del planteamiento de nuevas preguntas de investigación. Acorde con la literatura, un proceso priorizando fue el sistema de retroalimentación o feedback, que está consiguiendo cambios cuantitativamente pequeños, pero que implican mejoras potenciales en la práctica profesional (15).

Es necesario seguir incorporando indicadores de evaluación de cuidados, inequívocamente definidos y apoyados en la evidencia, a la vez que se invierten recursos suficientes para una evaluación precisa, ágil y sostenible, en el marco de un método estandarizado internacional y en clave de necesidades internas de cada BPSO®.

## Agradecimientos

Manifestamos nuestro agradecimiento a las personas que han desarrollado la plataforma CarEVID+.

## Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

## Financiación

El Programa Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados® / Best Practice Spotlight Organizations® (CCEC®/BPSO®) está parcialmente financiado por el Centro Español para los Cuidados de Salud Basados en la Evidencia.

## Referencias

- Albornos-Muñoz L, González-María E, Moreno-Casbas T. Implantación de guías de buenas prácticas en España. Programa de centros comprometidos con la excelencia de cuidados. MedUNAB [Internet]. 2015;17(3):163-9. doi: <https://doi.org/10.29375/01237047.2383>
- Cannaby AM, Gkantaras I, Finn A, Foreman B, Butler G, Topping A, et al. Implementing a nursing systems framework in a developing country. Int Nurs Rev [Internet]. 2017;64(3):345-52. doi: <https://doi.org/10.1111/inr.12380>
- Kronick R. AHRQ's Role in Improving Quality, Safety, and Health System Performance. Public Health Rep [Internet]. 2016;131(2):229-32. doi: <https://doi.org/10.1177/003335491613100205>
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Leading change toolkit. [Internet]. 2023. Recuperado a partir de: <https://rnao.ca/leading-change-toolkit>
- VanDeVelde-Coke S, Doran D, Grinspun D, Hayes L, Boal AS, Velji K, et al. Measuring outcomes of nursing care, improving the health of Canadians: NNQR (C), C-HOBIC and NQuiRE. Nurs Leadersh (Tor Ont) [Internet]. 2012;25(2):26-37. Recuperado a partir de: <https://www.longwoods.com/content/22959/nursing-leadership/measuring-outcomes-of-nursing-care-improving-the-health-of-canadians-nnqr-c-c-hobic-and-nquire>
- Jeffs L, Nincic V, White P, Hayes L, Lo J. Leveraging data to transform nursing care: Insights from nurse leaders. J Nurs Care Qual [Internet]. 2015;30(3):269-74. doi: <https://doi.org/10.1097/ncq.0000000000000095>
- Chassin MR, Loeb JM, Schmaltz SP, Wachter RM. Accountability measures—using measurement to promote quality improvement. N Engl J Med [Internet]. 2010;363(7):683-8. doi: <https://doi.org/10.1056/nejmsb1002320>
- Rapin J, Pellet J, Mabire C, Gendron S, Dubois CA. How does nursing-sensitive indicator feedback with nursing or interprofessional teams work and shape nursing performance improvement systems? A rapid realist review. Syst Rev [Internet]. 2022;11(1):177. doi: <https://doi.org/10.1186/s13643-022-02026-y>
- Dixon N, Pearce M. Guide to Ensuring Data Quality in Clinical Audits. HQIP [Internet]. 2011. Recuperado a partir de: <https://www.hqip.org.uk/wp-content/uploads/2018/02/hqip-guide-to-ensuring-data-quality-in-clinical-audits.pdf>
- Lewis CC, Boyd MR, Walsh-Bailey C, Lyon AR, Beidas R, Mittman B, et al. A systematic review of empirical studies examining mechanisms of implementation in health. Implementation Sci [Internet]. 2020;15(1). doi: <https://doi.org/10.1186/s13012-020-00983-3>
- Straus SE, Tetroe J, Graham ID, Zwarenstein M, Bhattacharyya O. Monitoring and evaluating knowledge. En: Straus SE, Tetroe J, Graham ID. Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice [Internet]. Oxford UK:Wiley-Blackwell;2009. Capítulo 3,pág. 151-159. doi: <https://doi.org/10.1002/9781444311747.ch3>
- Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA [Internet]. 1988;260(12):1743-48. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>

13. Ortuño-Soriano I, Muñoz-Jiménez D, Moreno-Casbas T, Albornos-Muñoz L, González-María E, Grupo de Trabajo del Programa de Implantación de Buenas Prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®. Evaluación de estrategias de implantación del Proyecto Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados en España. *Enferm Clin* [Internet]. 2020;30(3):222-30. Recuperado a partir de: <https://www.clinicalkey.es#!/content/play-Content/1-s2.0-S1130862119305224?returnurl=https%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS1130862119305224%3Fshow-all%3Dtrue&referrer=https%2F%2Fpubmed.ncbi.nlm.nih.gov%2F>
14. Grupo de trabajo sobre implementación de GPC. Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual metodológico. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS. [Internet]. 2009. Recuperado a partir de: [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/manual\\_implementation.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/manual_implementation.pdf)
15. Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD, et al. Audit and feedback: Effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2012;(6):CD000259. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000259.pub3>
16. Jennett PA, Sinclair L, Harrison RV. Methods, tools, and techniques of evaluation. En: Davis D, Barnes BE, Fox R. The continuing professional development of physicians: From research to practice [Internet]. Chicago:American Medical Association;2003. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2003.12.038>
17. Allen P, Meagan P, Walsh-Bailey C, Hooley C, Mazzucca S, Cara C, et al. Quantitative measures of health policy implementation determinants and outcomes: A systematic review. *Implementation Sci* [Internet]. 2020;15(47). doi: <https://doi.org/10.1186/s13012-020-01007-w>