



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Sylvia Jacqueline Álvarez Sandoval

**Significado de la utilización de guías de buenas prácticas en el cuidado desde la mirada
de enfermería**

Florianópolis

2026

SYLVIA ÁLVAREZ SANDOVAL

**Significado de la utilización de guías de buenas prácticas en el cuidado desde la mirada
de enfermería**

Tesis presentada al Programa de Post-Graduación en Enfermería
de la Universidad Federal de Santa Catarina como requisito
parcial para la obtención del grado de Doctor en Enfermería.

Área de Concentración: Educación y trabajo en salud y
enfermería

Línea de Investigación: Trabajo en Salud y Enfermería

Orientadora: Profesora Doctora Mara Ambrosina de Oliveira
Vargas.

Florianópolis

2026

Ficha catalográfica gerada por meio de sistema automatizado gerenciado pela BU/UFSC.
Dados inseridos pelo próprio autor.

Álvarez, Sylvia

Significado de la utilización de guías de buenas
prácticas en el cuidado desde la mirada de enfermería /
Sylvia Álvarez ; orientadora, Mara Ambrosina Vargas, 2026.
203 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2026.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Cuidado. 3. Eventos adversos. 4.
Enfermería basada en evidencia. 5. Guías de buenas
prácticas. I. Vargas, Mara Ambrosina. II. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem. III. Título.

SYLVIA ÁLVAREZ SANDOVAL

Significado de la utilización de guías de buenas prácticas en el cuidado desde la mirada de enfermería

El presente trabajo a nivel de doctorado fue evaluado el día 18 de diciembre del 2025 y aprobado por un tribunal examinador compuestos por los siguientes miembros:

Prof.^a Dra. Diovane Ghignatti da Costa
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Dra. Aline Pestana
Universidade Federal de Santa Catarina

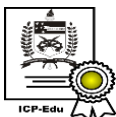
Prof.^a Dra. Amalia Silva Galleguillos
Universidad de Chile

Certificamos que esta es la versión original y final de la tesis que fue considerada apta para la obtención del título de Doctor en Enfermería.



Documento assinado digitalmente
Jose Luis Guedes dos Santos
Data: 10/03/2026 15:07:08-0300
CPF: ***,269.940-**
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Prof. Dr. José Luís Guedes dos Santos
Coordinador del Curso



Documento assinado digitalmente
Mara Ambrosina de Oliveira Vargas
Data: 10/03/2026 14:55:20-0300
CPF: ***,006.220-**
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Prof.^a Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas
Orientadora

Florianópolis, 2026

Dedico esta Tesis a mi familia y amigos

AGRADECIMIENTOS

Agradezco mis padres Ana y Roberto por acompañarme en este proceso, por su comprensión y apoyo en todo momento, son un pilar fundamental en mi vida.

Muy agradecida de Antonio por su constante apoyo y comprensión.

Agradezco a mis primas y primos quienes siempre creyeron en mí y me respaldaron emocionalmente, especialmente a Andrea por su apoyo incondicional.

Agradezco a todos mis amigos y amigas que me acompañaron en este proceso, en especial a Katty y Jonathan, muchas gracias por su ayuda desinteresada.

Agradezco a mis compañeras de trabajo por sus palabras de apoyo y ánimo, especialmente a Marisol por su constante preocupación y apoyo, y a quienes además fueron compañeras de estudios: Marisa, Patricia, Ximena, Karina y Marta, compartimos los mismos momentos y desafíos.

Quiero agradecer de manera muy especial a mi Profesora Mara Ambrosina de Oliveira Vargas por todo el apoyo brindado, por su dedicación, por la orientación entregada en este camino, por aportar a mi trabajo con su sabiduría, por creer en mí, por su cercanía... tiene toda mi admiración como profesional y como persona.

A la banca examinadora: Prof.^a Dra. Diovane Ghignatti da Costa, Prof.^a Dra. Aline Pestana, Prof.^a Dra. Amalia Silva Galleguillos, quienes contribuyeron a esta Tesis a través de sus experiencias y conocimientos.

Agradezco a todas las personas del Hospital Clínico Magallanes que hicieron posible que este estudio se realizara en dicha institución, en especial a Marcia Ureta, Enfermera supervisora de la Unidad de Paciente Crítico y coordinadora del Programa de Buenas Prácticas por la orientación en la temática y a cada persona que ayudó a gestionar de manera más expedita el inicio del proceso de investigación. También agradezco cada uno de los enfermeros que accedieron a participar de este estudio y lo hicieron posible.

Agradezco a la Universidad Federal de Santa Catarina y a la Universidad de Magallanes, ya que a través del convenio generado hicieron posible que, aun viviendo en una ciudad tan apartada en el mundo, tuviera la oportunidad de acceder al Programa de Posgraduación, enriqueciendo mi formación y ampliando mis conocimientos.

Finalmente, me reconozco a mí misma por el esfuerzo, la constancia y el compromiso que han sido indispensables en la realización de este trabajo doctoral, por la capacidad de superar las dificultades y perseverar en los momentos de mayor exigencia, que han sido fundamentales para alcanzar este objetivo.

Significado de la utilización de guías de buenas prácticas en el cuidado desde la mirada de enfermería

ÁLVAREZ, Sylvia. 2026. Significado de la utilización de guías de buenas prácticas en el cuidado desde la mirada de enfermería. 203 pgs. Tesis (Doctorado en Enfermería). Universidad Federal de Santa Catarina, Programa de Pos-Graduación en Enfermería, Florianópolis, 2026.

Orientadora: Profesora Dra Mara Ambrosina de Oliveira Vargas

Área Concentración: Educación y trabajo en salud y enfermería.

Línea de Investigación: Trabajo en Salud y Enfermería

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La atención de salud puede generar algún tipo de daño en los pacientes cuyas repercusiones pueden ser de índole personal, moral, éticas y económicas, todos ellos prevenibles. Hoy en día, la seguridad y calidad de la atención se han transformado en desafíos para los sistemas de salud, por lo que el uso de recomendaciones basadas en evidencia científica constituye una importante herramienta para las exigencias actuales de la atención. La disciplina enfermera aporta al sistema de salud desde el desarrollo de la enfermería basada en la evidencia, otorgando a través de las recomendaciones, el sustento científico a las intervenciones y cuidados de enfermería, transformando la teoría en una práctica clínica basada en evidencia científica, otorgando cuidados de calidad y seguros con efectos positivos hacia la salud del paciente, su familia, los profesionales de enfermería e instituciones, influyendo incluso en las políticas sanitarias, por lo que cada vez son más los profesionales e instituciones que promueven el uso de Guías de Buenas Prácticas basadas en recomendaciones con evidencia científica. En este sentido la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (RNAO, por sus siglas en inglés) es una organización reconocida mundialmente por su liderazgo en la creación de Guías de Buenas Prácticas, promoviendo la excelencia clínica, la seguridad del paciente y políticas públicas saludables. Asegurar la efectividad de las guías implica reconocer la participación del profesional de enfermería en el proceso de implantación, debido a la cercanía en la atención de los pacientes y la responsabilidad del cuidado. **OBJETIVO:** Interpretar el significado que los enfermeros otorgan al uso de guías de buenas prácticas en el cuidado durante la atención de enfermería a pacientes de un hospital de la Región de Magallanes. **MÉTODO:** Estudio cualitativo exploratorio descriptivo, realizado en un centro hospitalario de alta complejidad, en la ciudad de Punta Arenas, Chile, entre los meses de octubre del 2024 a enero del 2025. Participaron quince enfermeros de cuatro Centros de Responsabilidad hospitalaria, con permanencia y experiencia mínimo de seis meses en el servicio seleccionado. Para la recolección de los datos se utilizó la entrevista semi - estructurada, audio grabada. Los datos fueron tratados y analizados bajo los preceptos del análisis temático. El estudio cuenta con un marco ético respaldado por el Comité de ética de la Universidad de Magallanes. **RESULTADOS:** Perfil de los participantes: 1 es de género masculino y 14 de género femenino; el rango de edad es de 27 a 46 años; el rango en años de experiencia laboral es de 1 año, 2 meses a 24 años, con un promedio de 6 años. En el periodo de la recolección de datos: 3 participantes se desempeñaban trabajando en el Centro de Responsabilidad de Cirugía, 4 participantes de Medicina, 4 participantes de Traumatología y Pensionado y 4 participantes de la Unidad de Pacientes Críticos. En cuanto a la experiencia de utilizar guías de buenas prácticas, 3 participantes declararon dicha experiencia. En los resultados cualitativos destacan las percepciones y las expectativas de los enfermeros acerca del uso de guías de buenas prácticas

varían en dos dimensiones, una valoración positiva como respaldo técnico y ético, mejorando la seguridad y calidad del cuidado, se logra la estandarización del cuidado, además, sirven como una forma de evaluar continuamente las intervenciones en práctica, y mejora la comunicación entre pares y el trabajo en equipo, de esta forma las guías de buenas prácticas contribuyen a un mejor clima laboral, cohesionando al equipo de trabajo. Mientras que la otra dimensión se relaciona a las críticas por las dificultades prácticas y culturales de su implementación y la adaptación de las guías al contexto hospitalario local, principalmente el aumento carga laboral durante el periodo de adaptación, probables deficiencias en los recursos materiales, equipos, económicos y de personal y la resistencia al cambio. Se observa que el uso de guías de buenas prácticas genera una tensión entre facilitadores y barreras interpretándose que los profesionales perciben las guías como una oportunidad de mejora, pero a su vez son consideradas como una imposición difícil de aplicar en el contexto hospitalario, por lo tanto, la implantación dependerá como se manejen estos factores. Los principales facilitadores se traducen en el respaldo ministerial, la motivación individual, el apoyo y organización institucional con líderes que acompañen durante el proceso, conocimiento de experiencias previas efectivas y el apoyo de los pacientes y sus familias. Mientras que las principales barreras para una efectiva implementación las constituyen la falta de recursos económicos, materiales y de personal, la cultura de la resistencia a los cambios, la sobrecarga laboral. Asimismo, de la identificación de los factores facilitadores y de las barreras del proceso surgen diversas sugerencias tales como: adaptar las guías a la realidad local, una supervisión y liderazgo activo y comprometida con el proceso, la existencia de difusión adecuada de la información a través de canales actualizados como el uso de redes sociales, inclusión y participación multidisciplinaria, contar con calidad y cantidad adecuada de los recursos institucionales (insumos, materiales y equipos), programar educación y capacitación permanente acerca de las guías a poner en práctica. **CONCLUSIÓN:** Los profesionales de enfermería reconocen que utilizar guías de buenas prácticas durante la atención de salud, les permite incorporar la mejor evidencia disponible en la planificación de los cuidados de los pacientes hospitalizados, como una estrategia en la prevención de eventos adversos, promoción y consolidación de la seguridad y calidad de los cuidados, reduciendo la variabilidad de los cuidados, fortaleciendo la formación profesional, estimulando el desarrollo a la investigación y mejora continua, entre otras. Asimismo, se reconoce que el trabajo basado en guías de buenas prácticas genera beneficios tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud. Estas guías proporcionan un marco claro de actuación que contribuye a reducir las dudas que surgen durante la atención, favoreciendo la toma de decisiones en el cuidado enfermero. Además, su implementación repercute positivamente a nivel institucional, ya que optimiza los recursos y disminuye los gastos de la organización sanitaria.

PALABRAS CLAVE: Enfermería; Cuidado; Eventos adversos; Enfermería basada en evidencia; Guías de buenas prácticas

ÁLVAREZ, Sylvia. 2026. O Significado da Utilização de Diretrizes de Boas Práticas em Enfermagem. 203 fls. Tese de Doutorado em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2026.

Orientadora: Prof^{fa}. Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas

Área de Concentração: Educação Trabalho em Saúde e Enfermagem

Área de pesquisa: Trabalho em Saúde e Enfermagem

RESUMO

INTRODUÇÃO: A assistência à saúde pode causar danos aos pacientes, com repercussões pessoais, morais, éticas e econômicas, todas evitáveis. Atualmente, a segurança e a qualidade da assistência tornaram-se desafios para os sistemas de saúde, fazendo com que o uso de recomendações baseadas em evidências seja uma ferramenta importante para atender às demandas atuais da área. A enfermagem contribui para o sistema de saúde por meio do desenvolvimento da enfermagem baseada em evidências, fornecendo suporte científico para as intervenções e o cuidado de enfermagem através de recomendações. Isso transforma a teoria em prática clínica baseada em evidências, proporcionando um cuidado seguro e de alta qualidade com efeitos positivos na saúde dos pacientes, suas famílias, profissionais de enfermagem e instituições, influencia inclusive as políticas de saúde, razão pela qual um número crescente de profissionais e instituições promove o uso de diretrizes de boas práticas baseadas em recomendações cientificamente comprovadas. Nesse sentido, a Associação de Enfermeiros Registrados de Ontário (RNAO) é uma organização reconhecida mundialmente por sua liderança na criação de Diretrizes de Boas Práticas, promovendo a excelência clínica, a segurança do paciente e políticas públicas saudáveis. Garantir a eficácia dessas diretrizes exige o reconhecimento do papel dos profissionais de enfermagem no processo de implementação, dada a sua proximidade com os pacientes e a sua responsabilidade pelos cuidados. Garantir sua eficácia implica reconhecer a participação dos profissionais de enfermagem no processo de implementação, devido ao seu contato próximo com os pacientes e à sua responsabilidade pelo cuidado. **OBJETIVO:** Interpretando o significado que os enfermeiros atribuem ao uso de diretrizes de boas práticas no cuidado de enfermagem a pacientes em um hospital da Região de Magalhães. **MÉTODO:** Estudo qualitativo descritivo e exploratório realizado em um hospital de alta complexidade na cidade de Punta Arenas, Chile, entre os meses de outubro de 2024 e janeiro de 2025. Quinze enfermeiros de quatro centros de responsabilidade hospitalar participaram, com um mínimo de seis meses de experiência no serviço selecionado. Entrevistas semiestruturadas, gravadas em áudio, foram utilizadas para a coleta de dados. Os dados foram processados e analisados por meio de análise temática. O estudo possui um quadro ético aprovado pelo Comitê de Ética da Universidad de Magallanes. **RESULTADOS:** Perfil dos participantes: 1 homem e 14 mulheres; a faixa etária variou de 27 a 46 anos, e o tempo de experiência profissional, de 1 ano e 2 meses a 24 anos, com média de 6 anos. Durante o período de coleta de dados, 3 participantes trabalhavam no Departamento de Cirurgia, 4 em Clínica Médica, 4 em Traumatologia e Enfermaria Privativa e 4 na Unidade de Terapia Intensiva. Em relação à experiência com diretrizes de melhores práticas, 3 participantes relataram tê-la. Os resultados qualitativos destacam as percepções e expectativas dos enfermeiros em relação ao uso de diretrizes de boas práticas, que variam em duas dimensões. A primeira dimensão é positiva, com os enfermeiros considerando as diretrizes como um suporte técnico e ético, que

melhora a segurança e a qualidade da assistência, padroniza o cuidado e serve como um meio de avaliação contínua das intervenções na prática. Além disso, eles acreditam que as diretrizes aprimoram a comunicação entre os pares e o trabalho em equipe, contribuindo, assim, para um melhor ambiente de trabalho e promovendo a coesão da equipe. A segunda dimensão relaciona-se às críticas referentes às dificuldades práticas e culturais de implementação e adaptação das diretrizes ao contexto hospitalar local. Essas críticas decorrem principalmente do aumento da carga de trabalho durante o período de adaptação, das potenciais deficiências em recursos materiais, equipamentos, financeiros e de pessoal, e da resistência à mudança. Observa-se que o uso de diretrizes de boas práticas gera uma tensão entre facilitadores e barreiras. Os profissionais percebem as diretrizes como uma oportunidade de melhoria, mas, ao mesmo tempo, as consideram uma imposição difícil de implementar no ambiente hospitalar. Portanto, a implementação dependerá de como esses fatores forem gerenciados. Os principais facilitadores incluem o apoio ministerial, a motivação individual, o apoio institucional e a organização com líderes que orientam o processo, o conhecimento de experiências anteriores eficazes e o apoio dos pacientes e seus familiares. Por outro lado, as principais barreiras à implementação eficaz são a falta de recursos econômicos, materiais e humanos, uma cultura de resistência à mudança e a sobrecarga de trabalho. Além disso, a identificação dos fatores facilitadores e das barreiras ao processo gera diversas sugestões, tais como: adaptação das diretrizes ao contexto local, supervisão e liderança ativas e comprometidas do processo, disseminação adequada de informações por meio de canais atualizados, como o uso de redes sociais, inclusão e participação multidisciplinar, disponibilidade de recursos institucionais adequados em termos de qualidade e quantidade (suprimentos, materiais e equipamentos) e programação de educação e treinamento contínuos sobre as diretrizes a serem implementadas.

CONCLUSÃO: Os profissionais de enfermagem reconhecem que a utilização de diretrizes de melhores práticas durante a prestação de cuidados de saúde permite incorporar as melhores evidências disponíveis no planejamento do cuidado de pacientes hospitalizados. Isso serve como estratégia para prevenir eventos adversos, promover e fortalecer a segurança e a qualidade do cuidado, reduzir a variabilidade no cuidado, aprimorar o desenvolvimento profissional e estimular a pesquisa e a melhoria contínua, entre outros benefícios. Além disso, reconhece-se que o trabalho com diretrizes de melhores práticas beneficia tanto os pacientes quanto os profissionais de saúde. Essas diretrizes fornecem uma estrutura clara para ação que ajuda a reduzir a incerteza durante o cuidado, facilitando a tomada de decisões informadas na assistência de enfermagem. Ademais, sua implementação tem um impacto positivo no nível institucional, pois otimiza recursos e reduz os custos da organização de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Cuidado; Eventos adversos; Enfermagem baseada em evidências; Diretrizes de melhores práticas

ÁLVAREZ, Sylvia. 2026. The Meaning of Using Best Practice Guidelines in Nursing Care. 203 pages. Thesis (Doctoral in Nursing). Federal University of Santa Catarina, Postgraduate Program in Nursing, Florianópolis, 2026.

Advisor: Professor Dr. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas
Area of Concentration: Education Work in Health and Nursing.
Research Area: Work in Health and Nursing

SUMMARY

INTRODUCTION: Healthcare can cause harm to patients, with repercussions that can be personal, moral, ethical, and economic, all of which are preventable. Today, the safety and quality of care have become challenges for healthcare systems, making the use of evidence-based recommendations an important tool for meeting current healthcare demands. In this regard, the nursing discipline contributes to the healthcare system through the development of evidence-based nursing, providing scientific support for nursing interventions and care through recommendations. This transforms theory into evidence-based clinical practice, delivering safe, high-quality care with positive effects on the health of patients, their families, nursing professionals, and institutions. It even influences health policies, which is why more and more professionals and institutions are promoting the use of Good Practice Guidelines based on scientifically supported recommendations. In this regard, the Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) is a globally recognized organization for its leadership in creating Good Practice Guidelines, promoting clinical excellence, patient safety, and healthy public policies. Ensuring the effectiveness of these guidelines requires acknowledging the role of nursing professionals in the implementation process, given their close contact with patients and their responsibility for care. **OBJECTIVE:** To interpret the meaning that nurses attribute to the use of best practice guidelines in nursing care for patients in a hospital in the Magallanes Region. **METHOD:** A descriptive, exploratory qualitative study was conducted in a high-complexity hospital in the city of Punta Arenas, Chile, between the months of October 2024 to January 2025. Fifteen nurses from four hospital responsibility centers participated, with a minimum of six months of experience in the selected service. Semi-structured, audio-recorded interviews were used for data collection. The data were processed and analyzed using thematic analysis. The study has an ethical framework supported by the Ethics Committee of the University of Magallanes. **RESULTS:** Participant profile: 1 is male and 14 are female. Their age range was 27 to 46 years, and their years of work experience ranged from 1 year, 2 months to 24 years, with an average of 6 years. During the data collection period, 3 participants worked in the Surgery Department, 4 in Internal Medicine, 4 in Traumatology and Private Ward, and 4 in the Critical Care Unit. Regarding experience using best practice guidelines, 3 participants reported such experience. The qualitative results highlight nurses' perceptions and expectations regarding the use of best practice guidelines, which vary along two dimensions. The first dimension is positive, with nurses viewing the guidelines as providing technical and ethical support, improving the safety and quality of care, standardizing care, and serving as a means of continuously evaluating interventions in practice. Furthermore, they believe the guidelines enhance communication among peers and teamwork, thus contributing to a better work environment and fostering team cohesion. The second dimension relates to criticisms regarding the practical and cultural difficulties of implementing and adapting the guidelines to the local hospital context. These criticisms primarily stem from increased workload during the

adaptation period, potential deficiencies in material, equipment, financial, and personnel resources, and resistance to change. It is observed that the use of best practice guidelines generates a tension between facilitators and barriers. Professionals perceive the guidelines as an opportunity for improvement, but at the same time, they consider them an imposition difficult to implement in the hospital setting. Therefore, implementation will depend on how these factors are managed. The main facilitators include ministerial support, individual motivation, institutional support and organization with leaders who guide the process, knowledge of previous effective experiences, and the support of patients and their families. Meanwhile, the main barriers to effective implementation are the lack of economic, material, and human resources, a culture of resistance to change, and excessive workload. Furthermore, the identification of facilitating factors and barriers to the process yields several suggestions such as: adapting the guidelines to the local context, active and committed supervision and leadership of the process, adequate dissemination of information through updated channels such as the use of social networks, inclusion and multidisciplinary participation, having adequate quality and quantity of institutional resources (supplies, materials and equipment), and scheduling ongoing education and training on the guidelines to be implemented.

CONCLUSION: Nursing professionals recognize that using best practice guidelines during healthcare delivery allows them to incorporate the best available evidence into care planning for hospitalized patients. This serves as a strategy for preventing adverse events, promoting and strengthening the safety and quality of care, reducing variability in care, enhancing professional development, and stimulating research and continuous improvement, among other benefits. Furthermore, it is acknowledged that working with best practice guidelines benefits both patients and healthcare professionals. These guidelines provide a clear framework for action that helps reduce uncertainty during care, facilitating informed decision-making in nursing care. In addition, their implementation has a positive impact at the institutional level, as it optimizes resources and reduces healthcare organization costs.

KEYWORDS: Nursing; Care; Adverse events; Evidence-based nursing; Best practice guidelines

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Flujograma de revisión de literatura científica 2018 – 2022	32
Figura 2: Pirámide de las necesidades humanas básicas	67
Figura 3: Análisis del estudio	98

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1: Pregunta orientadora. Adaptado estructura PICO 31

Cuadro 2: Estrategia de búsqueda por base de datos 32

Cuadro 3: Resumen de artículos seleccionados y sus principales conclusiones 34

Cuadro 4: Clasificación del cuidado hospitalario en la atención de enfermería 43

Cuadro 5: Clasificación de las necesidades humanas básicas 68

Cuadro 6: Síntesis interpretativa de las percepciones de los profesionales de enfermería respecto al uso de guías de buenas prácticas 106

LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

BDENF	Base de Datos de Enfermería
BPSO	Best Practice Spotlight Organization
EBE	Enfermería Basada en la Evidencia
GBP	Guías de Buenas Prácticas
GPC	Guía de Práctica Clínica
HCM	Hospital Clínico Magallanes
KTA	Knowledge to Action
LILACS	Literatura de América Latina y el Caribe
MINSAL	Ministerio de Salud
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OMS	Organización Mundial de la Salud
PBE	Práctica Basada en la Evidencia
PICOT	Población, Intervención, Comparación, Outcome (Resultado) y Tiempo
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews And Meta-Analyses
RNAO	Registered Nurses' Association of Ontario
SciELO	Scientific Eletronic Library Online
SMA	Social Movement Action
UC	Universidad Católica
UFSC	Universidad Federal de Santa Catarina
UMAG	Universidad de Magallanes
WOS	Web of Science

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	20
2.	EL PROBLEMA	26
2.1.	Problema a investigar:.....	26
2.2.	Objetivo general:.....	26
2.3.	Objetivos específicos:	26
3.	REVISIÓN INTEGRATIVA	27
3.1.	Manuscrito 1: Cuidado de enfermería hospitalario: una revisión integrativa	27
4.	REFERENCIAL TEÓRICO.....	57
4.1.	Reseña histórica de la evolución del cuidado	57
4.2.	Dimensión ética del cuidado	60
4.3.	Gestión del cuidado.....	64
4.4.	Teoría de las necesidades humanas básicas de Wanda Horta.....	66
4.5.	Calidad y seguridad de la atención de salud y eventos adversos	69
4.6.	Guías de Buenas Prácticas en salud	78
4.7.	Programa de guías de buenas prácticas (RNAO).....	82
5.	METODOLOGÍA	87
5.1.	Tipo de estudio	87
5.2.	Área de estudio.....	88
5.3.	Participantes del estudio.....	89
5.4.	Recolección de los datos	92
5.5.	Análisis e interpretación de los datos	96
5.6.	Aspectos éticos	98
6.	RESULTADOS.....	104
6.1.	Manuscrito 2: Uso de guías de buenas prácticas en la atención sanitaria: percepciones y expectativas de enfermería.....	107
6.2.	Manuscrito 3: Factores facilitadores y barreras para la implantación de guías de buenas prácticas	126
6.3.	Manuscrito 4: Sugerencias para la implantación de guías de buenas prácticas: una opinión del profesional de enfermería.....	149
7.	CONSIDERACIONES FINALES	170
	REFERENCIAS	173
8.	APÉNDICES.....	188
9.	ANEXOS.....	201

PRESENTACIÓN

El siguiente estudio tiene como principal finalidad aportar al conocimiento de enfermería desde la perspectiva del cuidado, entendido éste, como el bien interno de la disciplina enfermera, piedra angular de las funciones en esta profesión.

Como enfermera clínica asistencial, inicié mi trayectoria profesional en el año 2000 y desde entonces me dediqué a ofrecer cuidados de calidad a los pacientes que he atendido, cumpliendo con las normas institucionales y buscando la excelencia en todas las acciones que he llevado a cabo, considerando las diferentes dimensiones del cuidado y fundamentando la práctica en la evidencia científica.

Mi experiencia como docente en la universidad de Magallanes comenzó en el año 2017, impartiendo clases en diversas asignaturas relacionadas al cuidado enfermero. En ellas, exploré diferentes aspectos y dimensiones del cuidado, tales como la ética, el cuidado crítico, el cuidado técnico y procedimental, el cuidado integral, entre otras. Ese mismo año, ingresé al Programa de Posgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina (UFSC), Brasil, periodo en que realicé la primera investigación en el campo de la enfermería, enfocada en la educación y el trabajo. Mi disertación se centró en la percepción de los estudiantes sobre el proceso de muerte y morir, y cómo brindar un cuidado enfermero adecuado al final de la vida. Gracias a este trabajo, obtuve el grado de Maestra en Enfermería en el año 2019.

Posteriormente, en el año 2021, se presenta la oportunidad de continuar con mi formación profesional en el programa de Doctorado en Enfermería impartido por la UFSC. Es así como he podido profundizar en los conocimientos relacionados con el cuidado enfermero, un concepto muy amplio y diverso. Para desarrollar esta investigación profundicé en el estudio de diversas fuentes que permitieron ampliar mis conocimientos y explorar nuevas oportunidades. De esta manera, decidí estudiar una importante temática enfocada en el cuidado, relacionado al uso de guías de buenas prácticas en el cuidado enfermero, temática que actualmente ha tomado más fuerza en la disciplina enfermera, tanto en la práctica clínica como en la academia, debido a los beneficios en el paciente y familia, para los equipos de salud, las instituciones y sistema sanitario en general.

El interés por investigar acerca del cuidado enfermero, se relaciona a mi experiencia en el área asistencial, donde en reiteradas oportunidades observé que el equipo de enfermería proponía frecuentes mejoras en los cuidados de los pacientes, con el objetivo de brindarles la

mejor atención posible, sin embargo, estas propuestas si bien estaban acompañadas de fortalezas, también existían debilidades que afectaban la motivación y la disposición al cambio por parte del equipo, lo que dificultaba el proceso y el desarrollo de una nueva medida implementada.

En 2017, el gobierno de Chile y la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (RNAO) firmaron un convenio para implementar Guías de Buenas Prácticas (GBP) en salud. En el año 2019 comenzó un proyecto piloto en seis hospitales del país, con el objetivo de lograr la certificación internacional como Centros BPSO (Best Practice Spotlight Organization). El Hospital Clínico Magallanes se incorporó en 2022, formando líderes para impulsar el cambio. A nivel nacional, se observa una tendencia hacia la estandarización de cuidados, mejorar la seguridad y calidad en la atención, en este sentido la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE), cobra real importancia transformando la teoría en práctica a través de recomendaciones clínicas y promueve el desarrollo profesional de la disciplina.

Dado a que se trata de una temática reciente a nivel nacional y regional, resulta interesante develar el significado que los profesionales de enfermería otorgan al uso y/o la utilidad de las GBP en el cuidado enfermero y en la prevención de eventos adversos y los cambios en la atención en pro del cuidado seguro, descubriendo las barreras y facilitadores que pueden influir en el proceso de implantación y las sugerencias para saltar los obstáculos del proceso y mantener aspectos positivos, todo esto desde la mirada de los profesionales encargados de implementar el proceso, y con todo lo anterior aportar con el conocimiento para formular estrategias que aporten y mejoren dicho proceso.

Cabe mencionar que este estudio destaca por su innovación y originalidad, debido a que aborda un tema del que no se tiene evidencia científica en la Región de Magallanes y Antártica Chilena, además de ser una temática de reciente desarrollo en el país.

Asimismo, este estudio constituye una gran oportunidad en mi formación profesional y desempeño académico, puesto que el Departamento de Enfermería de la Universidad de Magallanes (UMAG), al cual pertenezco, y al igual que otras entidades académicas destacadas del país, tiene la responsabilidad de implementar GBP, lo cual constituye una oportunidad de participar activamente en el proceso de implementación de dichas guías de buenas prácticas y su incorporación en el currículo de la carrera de Enfermería de la UMAG.

Este estudio tiene importantes aportes para avanzar en la disciplina de enfermería, ya que uno de los propósitos es desarrollar conocimiento que contribuya significativamente a la mejora del cuidado enfermero y la atención de salud de los pacientes y familia. Mediante la implementación de GBP se busca prevenir eventos adversos y minimizar daños que puedan surgir de la atención, elevando así la seguridad y la calidad de ésta, por lo que también es necesario la identificación de elementos que facilitan o dificultan este proceso de implementación, aportando en la fase de adaptación de las guías a la realidad de las unidades hospitalarias pilotos, haciendo partícipes a los profesionales en la mejora continua de la atención sanitaria.

1. INTRODUCCIÓN

El cuidado es una práctica que existe desde los orígenes de la humanidad. Su razón de ser está vinculada a la necesidad de supervivencia de los primeros seres humanos y a las acciones maternas que garantizaban la continuidad de la vida y de la especie, transitando de la práctica de las mujeres cuidadoras, al cuidado enfermero, transformándose en disciplina, cuyo cuerpo de conocimientos permite actualmente influir positivamente en la salud de las personas (Dandicourt *et al.*, 2017).

La disciplina enfermera, ha avanzado desde de la modernidad, junto a Florence Nightingale, periodo en el cual se buscaba que el cuidado fuese realizado bajo una práctica rutinaria, metodológica, institucionalizada, con base científica y una visión del biologicista, es decir, una mirada que fragmentaba a la persona (física, espiritual y psicosocial); actualmente, las teorías de enfermería pretenden unificar el cuidado para que éste sea holístico, considerando todas las dimensiones del ser humano al otorgar los cuidados (Hidalgo *et al.*, 2021).

El cuidado, en el ámbito profesional, cumple con dos dimensiones, una dimensión normativa, dado que las acciones o intervenciones se rigen por estándares y protocolos y, por otra parte, como bien interno, que le da sentido y valor social a la enfermería, ya que su razón de ser deriva de las necesidades sociales, es decir, en las necesidades de cuidados a la salud de personas, familia y comunidad, cuyo pilar fundamental es el conocimiento teórico, que facilita la interpretación y el análisis de los procesos relacionados con la salud y la enfermedad, permitiendo la deducción y explicación científica centrado en el fenómeno más que en los detalles que lo originan, logrando así el desarrollo y avance profesional de la disciplina (Dandicourt *et al.*, 2017; García, 2015).

La enfermería es considerada la profesión del cuidado humano, su transformación y consolidación sigue evolucionando, por lo que la disciplina enfermera contribuye a esta evolución uniendo la teoría con la práctica, empleando modelos de enfermería en la práctica clínica, fomentando la autonomía y dignidad del sujeto cuidado y fortaleciendo la práctica enfermera (Carvajal *et al.*, 2018; Raile *et al.*, 2011).

Desde el punto de vista de la deontología, la profesión de enfermería debe considerar responsabilidades éticas y jurídicas al realizar el cuidado, lo que implica una autoevaluación permanente y propuestas de planes de mejora de los cuidados en la labor asistencial, con un fundamento desde la evidencia científica. Un desafío constante para los profesionales de

enfermería es mejorar la calidad de la atención y/o cuidados que brindan a sus pacientes. Para ello, necesitan reflexionar críticamente sobre sus prácticas profesionales y buscar los mejores estándares de calidad asistencial posibles, sin embargo, estos estándares no dependen solo de ellos, sino también de otros factores que influyen en el ámbito de la salud y que actúan como facilitadores o barreras para alcanzarlos (Peres *et al.*, 2020).

La atención de calidad y segura es una prioridad mundial en todos los ámbitos de la salud y un desafío que demanda el compromiso de todos los actores en el campo de la salud, asegurando que la atención que se brinda a los usuarios se ajuste a los criterios internacionales de calidad, previniendo los riesgos propios del sistema de salud (Moreno, 2013).

En el contexto chileno, la Ley N°20.584, desde el año 2012 regula los derechos y deberes de las personas en relación con las acciones vinculadas con su atención de salud, particularmente, en el artículo 4°, reconoce el derecho de las personas a tener una atención segura, exigiendo al Ministerio de Salud (MINSAL), la elaboración de normas y protocolos en materia de seguridad del paciente, y así mismo, exige a los prestadores de salud el cumplimiento de la propuesta. Para ello, el MINSAL cuenta con el Programa de Calidad y Seguridad de la Atención, cuyo propósito es “contribuir a mejorar la calidad y seguridad del paciente a través de la elaboración y desarrollo de planes, programas y políticas públicas aplicables a los procesos sanitarios de toda la red asistencial” (Ministerio de salud, S/Fa).

Para garantizar la calidad y seguridad de la atención, es necesario considerar diversos factores, como: el entorno organizacional, los métodos diagnósticos, el ambiente y cultura de seguridad, y los recursos humanos sanitarios. Estos últimos son clave, ya que forman parte de un sistema en cadena que puede desencadenar un incidente que provoque algún tipo de daño a las personas que reciben cuidados sanitarios. En relación a esto, enfermería cumple un importante rol en la prevención de daños, dado a que es la disciplina que más interacción y contacto directo tiene con el paciente, por lo tanto, el plan de enfermería debe contemplar el riesgo específico de cada paciente, así como el contexto organizacional en el que se ejerce profesionalmente (Umpiérrez *et al.*, 2015).

Un aspecto clave de la calidad sanitaria es la seguridad de la atención, proceso que se enfoca en el conocimiento de los riesgos de eventos adversos tanto del proveedor institucional, del proveedor individual, como así también del usuario y la prevención de aquellos que son evitables mediante intervenciones efectivas. Se estima que a nivel mundial 1 de cada 10

atenciones de salud resultan en perjuicio para el paciente y que el 50% de los eventos adversos son prevenibles. En Estados Unidos, las fallas en la seguridad de la atención causarían alrededor de 400.000 muertes anuales, situándose en el 3° lugar de causa de fallecimientos en ese país, después de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. En países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) se estima que el 15% del gasto hospitalario correspondería a consecuencias del daño a los pacientes durante su atención sanitaria (Ministerio de salud, S/Fa)

En este contexto, enfermería se enfrenta al desafío de combinar prácticas competentes que garanticen la seguridad del paciente en el proceso clínico, además, con un enfoque centrado en la atención del paciente y que atienda la satisfacción integral de sus necesidades y las de su familia en el contexto hospitalario (Amezcu, *et al.*, 2020). Una herramienta propicia para lograr cuidados con los mejores estándares de calidad y de seguridad lo constituye la buena práctica en enfermería puesto que incorpora la investigación, otorgando sustento y justificación del quehacer enfermero bajo un marco de evidencia científica (Castro *et al.*, 2018).

En relación a lo anteriormente expuesto, cabe mencionar, que una de las organizaciones de reconocimiento internacional en relación a la elaboración y difusión de GBP lo constituye la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario de Canadá, organización que en el año 1999 conceptualizó y lanzó el Programa de directrices sobre mejores prácticas de la RNAO. Estas directrices corresponden a “declaraciones desarrolladas sistemáticamente para ayudar a los profesionales y a las decisiones del cliente sobre la atención clínica adecuada para circunstancias específicas” (Field *et al.*, 1990). Además, el programa hace posible que las instituciones sanitarias centren la atención en el paciente y en la excelencia clínica, utilizando la mejor evidencia clínica para llevar a la práctica, optimizando los resultados en el paciente, profesionales, instituciones y sistemas sanitarios (Grinspun *et al.*, 2021).

En Chile, el Ministerio de Salud, informa el 11 de diciembre del año 2017 que la RNAO y el gobierno forman una alianza para poner en práctica el Programa de Guías de Buenas Prácticas con la finalidad de llevar la práctica de enfermería basada en la evidencia en seis hospitales públicos del país, considerados como centros pilotos, concretándose con el inicio de la primera etapa en el año 2020, posteriormente, en el siguiente año, un total de 15 centros hospitalarios conforman esta alianza, logrando certificarse internacionalmente como “Centro

Comprometido con la Excelencia en los Cuidados” (Ministerio de salud, 2017; Ministerio de salud, 2021).

En octubre del año 2022, se suman otros seis centros de salud del país, donde el principal centro de salud de la Región de Magallanes, Hospital Clínico Magallanes aspira a convertirse en el primer centro de salud del sur austral en contar con la validación internacional BPSO, siglas en inglés que significan: Organización Destacada en Buenas Prácticas Clínicas, Centro Comprometido con la Excelencia en el Cuidado, “proyecto que permitirá fortalecer la mirada de los cuidados centrados en los usuarios, con un equipo multidisciplinario motivado y comprometido con el quehacer profesional”, palabras de la enfermera coordinadora del programa (Hospital Clínico Magallanes, 2022).

Por otra parte, en la academia, Galleguillos (2023), destaca que el uso de la enfermería basada en la evidencia y las guías de buenas prácticas clínicas de la RNAO en seis universidades chilenas, han presentado diversos beneficios académicos, como el fortalecimiento de las cualificaciones académicas, la maximización de los aprendizajes y ha favorecido las experiencias de los estudiantes en su periodo formativo, asimismo, se ha logrado desarrollar líneas de investigación, publicaciones y proyectos concursables, además, de permitir el fortalecimiento de las estrategias de trabajo entre las instituciones de salud y de educación superior, a nivel nacional e internacional, potenciando el ecosistema de la disciplina de enfermería.

El propósito del acuerdo entre el Ministerio de Gobierno y la Asociación Profesional de Enfermeras Registradas en Ontario (Canadá) consiste en establecer estándares internacionales para los procesos de enfermería basados en evidencia científica. Así se busca mejorar la calidad de la atención de los pacientes, dependiendo de la organización de los equipos para brindar el mejor cuidado posible. Además, la implementación de GBP permitirá identificar factores de riesgo frente a eventos adversos e iatrogenias presentes en el ámbito hospitalario. A su vez, los procesos de implementación permiten detectar las brechas entre las acciones que se realizan actualmente y las que se podrían incorporar en el futuro. Sin embargo, toda implementación implica incorporar cambios en las intervenciones o acciones que forman parte de la práctica cotidiana de enfermería, en este caso, aquellas destinadas a la prevención de caídas, lo que a veces genera dificultades por la posible resistencia al cambio.

Es así como el desarrollo del presente estudio aborda la temática del uso de GBP en el cuidado enfermero hospitalario, relacionadas al cuidado seguro y de calidad para la prevención de eventos adversos, principalmente las lesiones por presión, las caídas y complicaciones asociadas al uso de dispositivos vasculares, debido a que, en el Hospital Clínico Magallanes, se retomará el proceso de implementación de GBP de la RNAO.

Aunque el estudio se desarrolla en un contexto regional específico del país (Región de Magallanes y Antártica Chilena), se vincula con políticas públicas nacionales y con un programa de reconocimiento internacional (RNAO/BPSO). Este vínculo otorga al estudio la relevancia científica, social y profesional, ya que considera la práctica clínica local y la tendencia global en la gestión del cuidado. Además, esta temática es de gran relevancia y pertinencia para la enfermería y los sistemas de salud, enfocado en la Enfermería Basada en la Evidencia, la promoción de la seguridad del paciente/familia y la calidad de la atención.

La justificación de este estudio está dada en que el uso de las guías no sólo se limita a los aspectos técnicos, si no también involucra la manera en que los profesionales de enfermería interpretan, valoran y otorgan en significado de utilizar estos instrumentos en la práctica diaria, siendo interesante contar con las percepciones o expectativas que poseen los profesionales frente al proceso de implementación y el futuro uso de guías en su trabajo.

Por otra parte, se observa una laguna en la literatura relacionada a la comprensión del significado que los profesionales de enfermería otorgan a estas herramientas. La mayoría de los estudios miden la efectividad clínica o evalúan la implementación, pero existen escasos estudios respecto a una mirada más subjetiva y de experiencias por parte de los propios actores.

Es así como la presente investigación aporta un conocimiento profundo y contextualizado que permite enriquecer la práctica de enfermería, fortalecer la formación de los enfermeros/as y orientar a estrategias efectivas de implementación a la realidad local, contribuyendo con el desarrollo de la disciplina y del cuidado basado en evidencia y con sentido.

La finalidad del presente estudio fue encontrar respuesta a la siguiente pregunta: ¿Cuál es el significado que el profesional de enfermería otorga al uso de guías de buenas prácticas durante la atención y cuidado de pacientes hospitalizados?

En este contexto, se expone la siguiente tesis: Los profesionales de enfermería, reconocen que utilizar guías de buenas prácticas durante la atención de salud, les permite incorporar la

mejor evidencia disponible en la planificación de los cuidados de los pacientes hospitalizados, como una estrategia en la prevención de eventos adversos, promoción y consolidación de la seguridad y calidad de los cuidados, desde una perspectiva integral.

Para dar respuesta al a pregunta de investigación, se planteó el siguiente objetivo: interpretar el significado que las personas involucradas y responsables del cuidado enfermero a pacientes otorgan a este fenómeno social, a partir de sus experiencias, prácticas, eventos y relaciones sociales, así como de las condiciones y contextos que las rodean.

A través de los resultados obtenidos se logró contar con información suficiente y actual para ser utilizada por los gestores y líderes de la implantación de guías del HCM en estrategias e intervenciones eficaces, principalmente de aquellos aspectos que fueron observados como barreras para la implementación y uso de guías de buenas prácticas, potenciando aquellos factores que se pueden considerar beneficiosos para comenzar o continuar con la implantación de una guía de buena práctica, contribuyendo a la seguridad y calidad de la atención en salud de los pacientes, como así también en los posibles beneficios para los equipos de trabajo, la institución y el sistema de salud.

Este estudio utilizó un abordaje metodológico cualitativo, el cual permite construir conocimiento en el área de las ciencias sociales y humanas, mediante la descripción detallada, la interpretación holística y la articulación coherente de las dimensiones subjetivas y objetivas de la realidad social (Bautista, 2011). El enfoque de este estudio es de carácter exploratorio descriptivo, que consiste en detallar y especificar las propiedades, características y perfiles de lo que se analiza, ya sean personas, grupos, procesos u objetos (Hernández *et al.*, 2014). En el campo de la enfermería, este tipo de enfoque es útil para generar conocimiento e información sobre problemas clínicos o prácticos, con una finalidad pragmática y orientada a la solución (Grove *et al.*, 2019). De esta manera, esta investigación exploró y profundizó un fenómeno que no ha sido investigado en el lugar del estudio, es decir, el significado que los enfermeros otorgan al uso de guías de buenas prácticas en su labor asistencial, desde una perspectiva teórica, ya que el acercamiento a las guías se ha dado principalmente desde la teoría y solo algunos de los participantes han trabajado previamente con guías desde la práctica clínica.

2. EL PROBLEMA

2.1. Problema a investigar:

¿Cuál es el significado que el profesional de enfermería otorga al uso de guías de buenas prácticas durante la atención y cuidado de pacientes hospitalizados?

2.2. Objetivo general:

Interpretar el significado que el profesional de enfermería otorga al uso de guías de buenas prácticas durante la atención y cuidado de pacientes en un hospital de la Región de Magallanes y Antártica chilena.

2.3. Objetivos específicos:

Comprender las percepciones de los profesionales de enfermería sobre la utilización de guías de buenas prácticas en la atención de salud

Identificar factores facilitadores y barreras que influyen en la implantación de guías de buenas prácticas para el cuidado de enfermería hospitalario.

Identificar estrategias o recomendaciones de los profesionales enfermeros para el logro una implantación efectiva de guías de buenas prácticas, en el quehacer hospitalario

3. REVISIÓN INTEGRATIVA

3.1. Manuscrito 1: Cuidado de enfermería hospitalario: una revisión integrativa

Sylvia Jacqueline Álvarez Sandoval¹ <https://orcid.org/0000-0002-7018-0532>

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas² <https://orcid.org/0000-0003-4721-4260>

¹Universidad de Magallanes, Punta Arenas, Chile

²Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, S.C, Brasil

Origen del artículo

Producto de la disciplina: Tesis

Contribución de autoría

¹Concepción del estudio, colecta de datos, análisis e interpretación de datos, discusión de resultados, redacción del contenido.

²Revisión crítica del contenido, revisión y aprobación de la versión final.

Financiamiento: estudio autofinanciado

Aprobación de Comité de ética en investigación

Por tratarse de una revisión integrativa de la literatura y utilizar en su elaboración fuentes disponibles públicamente, no requirió de ser sometido a evaluación y aprobación de un Comité de Ética en Investigación, sin embargo, se consideró la rigurosidad en el cuidado ético al realizar la búsqueda, el análisis y discusión y presentación de resultados.

Conflicto de intereses

No hay conflicto de intereses

Histórico

Autor de correspondencia: Sylvia Jacqueline Álvarez Sandoval sylvia.alvarez@umag.cl

RESUMEN

Objetivo: Conocer el desarrollo del cuidado enfermero en pacientes hospitalizados desde la evidencia científica disponible.

Método: Revisión integradora con búsqueda y selección de estudios primarios y secundarios realizados en diciembre 2022 a marzo 2023 en cinco fuentes de datos relevantes en el campo de la salud: Lilacs, SciELO, BDENF, PubMed y Web of Science, de 2018 a 2022. Según los filtros aplicados y los criterios de elegibilidad y de inclusión, la muestra estuvo compuesta por 39 estudios. Los datos fueron analizados a través del Análisis del contenido.

Resultados: Se generaron cinco categorías relacionadas al cuidado hospitalario: **Cuidado físico, Gestión del cuidado, Educación para el cuidado, Relación enfermera - paciente** (subdividida en 2 subcategorías: Cuidado psicosocial y Cuidado espiritual/Respeto a la diferencia) y **Cuidado integral**.

Conclusiones: La responsabilidad del profesional de enfermería y del equipo, consiste en satisfacer las necesidades a través del cuidado en todas sus dimensiones biopsicosociales/espirituales, logrando un equilibrio de éstas durante la atención brindada, con el fin de otorgar un cuidado integral y de excelente calidad. Diferentes factores externos influyen en la entrega de la atención, desde la gestión del recurso humano hasta la infraestructura institucional y de los sistemas sanitarios, por ello es necesario que la práctica de enfermería sea gestionada a través de dirección y coordinación de enfermería para orientar el cuidado. La educación posee un rol fundamental tanto en el pregrado como en postgrado, pues el conocimiento es una herramienta que aporta al fundamento de las acciones además de otorgar seguridad al profesional durante su accionar. La relación enfermera paciente es un encuentro entre personas, facilitado principalmente, por una comunicación efectiva, el respeto de la autonomía del paciente/familia, el respeto de los valores y principios, respeto mutuo y la comprensión de que la atención se basa en la corresponsabilidad. Es necesario integrar a la familia y/o allegados en la atención de salud, pues ellos se transforman en la voz del paciente y, también pueden contribuir en la recuperación y/o cuidado.

Palabras clave: Atención de enfermería, enfermería, hospitalización, enfermería holística, práctica integral de atención en salud

INTRODUCCIÓN

El cuidado es vital para la supervivencia de la especie humana y para las relaciones interpersonales, destacando la solidaridad, de ahí que el cuidado pasa a transformarse en una actividad necesaria para la humanidad, orientada al bien común individual y grupal (Yáñez *et al.*, 2021).

El cuidado puede parecer sencillo, pues se asocia desde la satisfacción de las necesidades básicas del ser humano: cuidado corpóreo, del sueño, de respiración, etcétera, hasta cuidados relacionados al cuerpo enfermo o deteriorado producto del envejecimiento, por lo que en realidad el cuidado es una acción compleja ya que está vinculado a múltiples aspectos como económicos, institucionales, culturales, sociales, entre otros (Domínguez, 2017), y que influyen en cómo se desarrolla esta acción.

El concepto de cuidado forma parte central de la profesión de enfermería, es el objetivo principal y el fin de la profesión enfermera, diferenciando la disciplina enfermera de otras y confiriéndole valor en sí misma (Blasco *et al.*, 2016; Yáñez *et al.*, 2021).

La disciplina de Enfermería reconoce la multidimensionalidad del ser humano y reconoce la necesidad de éste a relacionarse con otros y también consigo mismo, reconoce la singularidad de las personas con énfasis en la conciencia, el intelecto, la dignidad, las emociones, los sentimientos y el conocimiento (Instituto de Ciencias del Cuidado Watson, 2019; Margadant *et al.*, 2020).

El cuidado en enfermería es definido con una visión holística de la persona, es decir, la persona considerada como un ser biopsicosocial y espiritual. Es así como existen profesionales de enfermería que tienden a ejercer principalmente el cuidado en la dimensión física, otros las dimensiones psicosociales, espirituales y otros pueden realizar el cuidado manteniendo el equilibrio en todas sus dimensiones (Jasemi *et al.*, 2017).

Para el desarrollo de buenas prácticas, el cuidado enfermero debe considerar el uso de técnicas, sin dejar de lado aquellos conceptos teóricos, los que proporcionan una guía para describir, explicar, predecir o prescribir realidades contextuales del paciente. Además, los profesionales de enfermería deben valorar sus acciones prestadas a partir de las habilidades, destrezas y aplicación de conocimientos científicos, centrado en la persona, otorgando cuidados con afecto, amor, dedicación, comprensión y otras características positivas involucradas para brindar un cuidado de enfoque biopsicosocial (Gutiérrez *et al.*, 2020).

Así mismo se debe considerar el cuidado espiritual, el cual se otorga a través de la relación interpersonal entre la enfermera y el paciente/familia, recordando que la espiritualidad se da en procesos de vida, por lo tanto, posee significados diferentes para cada persona. El cuidado espiritual es un proceso dinámico, de interacción humana, de compasión, de ayuda a la persona a trascender y a vivir de acuerdo a sus creencias, por lo tanto, es una experiencia trascendente que aporta al crecimiento personal y profesional (Alvarado *et al.*, 2018).

Para desarrollar el cuidado enfermero es indispensable la relación enfermera-paciente, pues esta interacción tiene por objetivo ejecutar un plan de cuidados con los consiguientes resultados en salud (Allende *et al.*, 2019). La interacción enfermera-paciente se relaciona con la escucha activa, comunicación, trabajo en equipo y liderazgo, promoviendo un mejor estado emocional sobre la enfermedad o la salud de los pacientes (Saavedra *et al.*, 2018).

Otro elemento fundamental es la incorporación de la familia en el cuidado hospitalario, ya que ésta pasa a ser la voz del paciente ante el cuidado de la enfermera, además de asumir el cuidado del paciente con apoyo del equipo de enfermería en unos mínimos en relación a acompañar, atender, acudir. Considerar la voz de la familia permite a la enfermera/o comprender el papel que la familia asume en el cuidado del paciente y así realizar acciones de apoyo en todos los sentidos e intervenciones educativas que permitirán garantizar el cuidado del paciente (Vásquez, 2021).

Bajo esta premisa, este estudio responde a la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo desarrollan, los profesionales de enfermería, el cuidado en pacientes hospitalizados según la mejor evidencia científica disponible?, para ello se fijó el siguiente objetivo de la revisión: Conocer el desarrollo del cuidado enfermero en pacientes hospitalizados desde la evidencia científica disponible.

MÉTODO

Diseño:

Se trata de una revisión integrativa de la literatura, desarrollada desde diciembre del 2022 a marzo del 2023. Esta metodología facilita la discusión de un tema desde un punto de vista teórico o contextual, desde estudios relevantes que sustentan la mejora de la práctica clínica (Mendes, 2008). El análisis y la reflexión teórica permiten sintetizar las investigaciones

de un tema determinado, orientando la práctica fundamentada en el conocimiento científico (Souza, 2010).

La pregunta orientadora de esta revisión fue ¿Cómo desarrollan, los profesionales de enfermería, el cuidado en pacientes hospitalizados?, dicha pregunta emerge utilizando una adaptación de la estructura PICOT (Peña, 2015), que se explicita en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Pregunta orientadora.

P	Paciente hospitalizado
I	Atención de enfermería
C	Hospitalización
O	Entrega cuidado enfermero

Adaptado estructura PICOT

Se adoptaron los siguientes criterios para la selección de estudios: artículos originales, completos y disponibles en línea; en inglés, portugués o español; publicado de 2018 a 2022; y que respondía al objetivo propuesto por el estudio. Fueron excluidos: artículos relacionados a las áreas materno – infantil, atención primaria de salud y atención pre hospitalaria, tesis y disertaciones, revisiones de literatura y artículos publicados en revistas no indexadas y duplicados.

Método de búsqueda

El cuerpo de investigación fue seleccionado a partir de búsquedas en bases de datos electrónicas: WOS; BDENF; Scielo; PUBMED; LILACS. Se utilizaron los descriptores indexados: Enfermería; Atención de Enfermería; Enfermería Holística; Práctica Integral de Atención en Salud y Hospitalización; asociado con sinónimos, en inglés, portugués y español. El cruce se realizó mediante los operadores booleanos AND, OR y AND NOT.

La búsqueda inicial, en las bases de datos, encontró 357 publicaciones: BDENF: 67; LILACS: 68; PUBMED/MEDLINES: 11; Scielo: 29 y WOS: 182 (Cuadro 2).

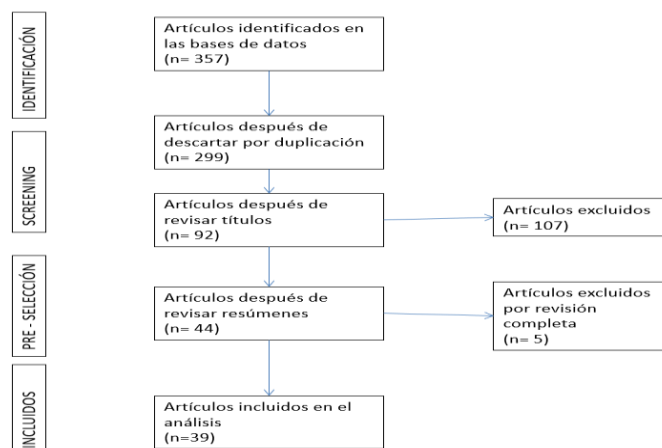
Cuadro 2. Estrategia de búsqueda por base de datos

BASE DE DATOS	ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDAS	ESTUDIOS ENCONTRADOS	LÍMITES FILTROS
BDENF	(cuidados de enfermería) OR (cuidado integral) AND (hospitalización) OR (hospital) AND NOT (pediátrico) AND NOT (maternidad)	67	12
LILACS	(cuidado de enfermería) AND (cuidado integral) AND (hospitalización) OR (hospital) AND NOT (pediátrico) OR (niño) AND NOT (maternidad)	68	1
PUBMED / MEDLINES	(cuidados de enfermería) OR (cuidado integral) AND (hospitalización) OR (hospital) AND NOT (pediátrico) AND NOT (maternidad) AND	11	2
SCIELO	((*cuidados enfermería) OR (cuidado integral) OR (cuidado holístico)) AND (hospitalización)	29	4
WOS	(Nursing Care) OR (Holistic Nursing) OR (Integral Healthcare Practice) AND (hospitalization) NOT (Children) NOT (maternity)	182	20
TOTAL		357	39

Fuente: Elaboración propia

Fueron excluidos los estudios duplicados, quedando un total de 299 publicaciones. Se leyeron los títulos y resúmenes de los artículos identificados en las bases de datos, después de aplicar los criterios de elegibilidad, se preseleccionaron los elegibles para el estudio, se preseleccionaron 43 artículos, los cuales, luego de la lectura completa por parte de los investigadores, 39 resultaron en sustento teórico, se muestra en la Figura 1 el diagrama de flujo que describe la ruta de selección de artículos, basada en el modelo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews And Meta-Analyses* (PRISMA) (Moher *et al.*, 2009).

Figura 1. Flujograma de revisión de literatura científica 2018 – 2022



Fuente: Adaptación PRISMA, 2009

Los datos recolectados fueron sometidos a los preceptos del Análisis de Contenido, cuyo objetivo es obtener inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción y recepción de mensajes, utilizando la descripción del contenido de las mismas (Minayo, 2012). Este método prevé como criterio metodológico el pre-análisis, categorización, inferencia, descripción e interpretación, para ello, solicita lecturas atentas y exhaustivas del contenido utilizado, con el objetivo de construir una visión general y completa de los datos, sin embargo, buscando identificar y sistematizar las singularidades contenidas en el material explorado; formular pre - suposiciones que irán delimitando el análisis e interpretación de los datos; dar origen a la categorización de los datos formando los conceptos teóricos que basarán el análisis de la investigación (Gomes, 2012).

RESULTADOS

Caracterización de los estudios

La búsqueda de artículos se realizó entre los años 2018 al 2022 contando con referencias actualizadas, respecto a la distribución por año de publicación, el año de mayor publicación corresponde al 2021 con un 38,4% (n=15), luego el año 2019 que corresponde al 25,6% (n=10), seguido del año 2020, con un 15,3% (n=6), seguido del año 2022, un 12,8%(n=5) y finalmente el año 2018 con un 7,6% (n=3)

En relación al lugar de publicación del estudio, un 54% se realizó en Europa (n=21), principalmente en Reino Unido; un 46% corresponden a revistas Latinoamericanas (n=18), destacando Brasil con 12 publicaciones.

Del total de investigaciones, un 5,1% corresponden al abordaje cuantitativo (n=2), ambos descriptivos, 1 transversal - correlacional y 1 retrospectivo. Por otra parte, un 28,2% de los estudios reportan utilizar el abordaje cualitativo (n=11), destaca 7 de ellos de tipo descriptivo - exploratorio, 2 de teoría fundamentada, 1 de tipo fenomenológico y 1 deductivo; mientras que un 66.6% corresponden a revisiones de literatura (n=26), 16 revisiones sistemáticas, 8 revisiones integrativas y 1 revisión de literatura narrativa. Se evidencia una distribución diferente en el abordaje de investigación, enfocado a lo cualitativo, probablemente debido a la temática del estudio relacionado al cuidado de enfermería, reflejando niveles, experiencias, vivencias, actitudes y necesidades del paciente y del profesional de enfermería desde una mirada integral.

Los artículos seleccionados para el estudio y las principales conclusiones se presentan, a continuación, en un cuadro resumen (Cuadro 3).

Cuadro 3. Cuadro resumen de artículos seleccionados y sus principales conclusiones

<i>Nº</i>	<i>AÑO</i>	<i>ARTÍCULO</i>	<i>AUTOR/ES</i>	<i>PRINCIPALES CONCLUSIONES</i>
1	2021	Actividades de enfermería para la satisfacción de necesidades familiares en cuidado intensivo adulto: una revisión integrativa	Ardila, E.; Arredondo, E.	El cuidado de las necesidades de la familia de adultos en las unidades de cuidados intensivos permite abarcar al paciente y su familia como un ser integral y único, esto con el fin de mantener la salud familiar y prevenir crisis en las mismas.
2	2021	Atención a pacientes clínicos con síntomas psiquiátricos: percepciones de enfermeros	Duarte, M.; Pereira, S.; Silva, d.; Bagatini, M.	Es fundamental planificar reflexiones sobre la atención a pacientes con síntomas psiquiátricos en otros ámbitos, contribuyendo a la inclusión de la subjetividad en la atención integral en el campo de la salud mental. Las falencias de la atención se relacionan a: escasa formación en salud mental, discontinuidad de la atención, dotación de enfermeras, entre otras. Se sugiere la oportunidad de compartir experiencias profesionales en la unidad de psiquiatría.
3	2019	Cuidado de enfermería en el proceso de extubación orotraqueal: revisión integrativa	Ezeagu, T.; Ribeiro, A.	La aplicación de cuidados de enfermería basados en la evidencia es fundamental para garantizar la seguridad del paciente, previniendo complicaciones, reduciendo tiempos y costos de internación.
4	2019	Cultivar la compasión en enfermería: un estudio de teoría fundamentada para explorar las percepciones de las personas que han experimentado el cuidado de enfermería como pacientes	Straughair, C.	Cultivar la compasión en enfermería es complejo, debido a la variedad de factores con potencial para influir en ello. Se puede cultivar efectivamente en condiciones favorables: reclutar, liderazgo efectivo, relación clínica adecuada, implementar cuidados que humanicen al individuo alejándolos de prácticas potencialmente objetivadoras que se centran principalmente en aspectos técnicos de la atención clínica.

5	2019	Implementación del modelo de enfermería de referencia en un hospital universitario	Santos, K.; Cavalcanteddos, T.; Ribeiro, A.; Alencar, T.; Fontenele, A.; Santos, D.	El modelo de Enfermera de Referencia se caracteriza por una modalidad de atención de Enfermería que pretende, como objetivo, hacer holístico el cuidado del paciente, minimizando la fragmentación del cuidado y otorgando autonomía a las enfermeras.
6	2020	Indicadores de calidad aplicados en la atención de enfermería en cuidados paliativos: revisión integrativa de la literatura	Santos, R.; Lima, F.; Hora, J.; Leao, D.	Los indicadores sensibles a los cuidados de enfermería centrados en los cuidados paliativos están estrechamente relacionados con la satisfacción de necesidades complejas y de varios dominios: físico, psicológico, emocional, social, espiritual y/o existencial.
7	2018	Prácticas de cuidado de enfermería en el contexto de la política del hombre	Freitas, E.; Berardinelli, L.; Santos, F.	Las prácticas cotidianas de Enfermería están dirigidas a personas enfermas, en situaciones clínicas y quirúrgicas, involucrando turnos de trabajo, evaluación clínica, higiene, vendajes, cateterismo vesical, administración de medicamentos, registros, orientación, ingreso y egreso. Así, las acciones de la política están contempladas, parcialmente, en el cotidiano de los profesionales de enfermería en la institución hospitalaria.
8	2021	Terapias espirituales en la atención de enfermería: una revisión integradora	Santos, C.; Souza, R.; Santos, T.; Santos, J.	Terapias espirituales en la atención de enfermería es un tema de creciente y progresivo interés en el área. Se identificó un conjunto expresivo de modalidades de terapias espirituales, siendo las más frecuentes: servicios de capellanes, oraciones, meditación, prácticas de gratitud, habilidades interpersonales y ofrenda musical.
9	2020	Experiencia de profesionales de enfermería respecto de los derechos humanos en las relaciones con la atención	Borges, T.; Anjos, K.; Ferraz, M.; et al.	Es necesario el respeto a los derechos humanos en la búsqueda de la atención integral a los usuarios de los servicios, aún frente a los límites institucionales y las insuficiencias estructurales y organizativas del servicio. Este cuidado va más allá de lo biológico, para atender demandas emocionales, psicológicas y sociales. Requiere de visibilización

				y fomento de prácticas que promuevan la garantía de los derechos de los usuarios de la salud, a través del reconocimiento de los DDHH.
10	2019	Integralidad del cuidado en la formación de enfermeros: visiones y experiencias de enfermería académica	Santos, A.; Oliveira, C.; Passos, M.; Andrade, A.; Gallot, F.	La atención integral es una construcción gradual, se basa en relaciones y reformulación de modelos unidimensionales. Para ello, es necesario asociar conocimientos y prácticas para su difusión y aplicabilidad. Existen dificultades para aplicar la integralidad durante el proceso de formación académica, hecho que puede influir en la asistencia brindada por los futuros profesionales. Una asistencia basada en la integralidad, necesita un equipo calificado para atender las diferentes demandas, articulando con acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades.
11	2021	Honneth: Aportes para el cuidado de enfermería a la luz del amor, los derechos y la solidaridad	Jesus, S.; Farias, C.; Schneider, D.; Schoeller, S.; Bertencello, K.	Las dimensiones de respeto por el amor, los derechos y la solidaridad contribuyen al reconocimiento del cuidado de enfermería y la autonomía del paciente. La comprensión del cuidado se logra a partir del establecimiento de vínculos construidos por el conocimiento profesional, las relaciones afectivas, la comunicación clara, el respeto por las singularidades, la escucha calificada, la comprensión, la mirada sensible y contextualizada, la responsabilidad y el desarrollo continuo de las habilidades enfermero-paciente.
12	2021	Humanización y tecnologías livianas aplicadas al cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos: una revisión sistemática	Nascimento, F.	La atención debe estar enfocada hacia el paciente y familia. Enfermería debe articular el cuidado objetivo y subjetivo para una mejor asistencia, con una visión holística para la prestación de un servicio asistencial orientado a la atención integral, complementando tecnología y habilidades blandas.

13	2021	Humanización en el cuidado de la salud mental: comprensión de los enfermeros	Lima, D.; Paixao, A.; Bezerra, K.; Freitas, R.; Azevedo, L.; Morais, F.	Es necesario modificar las relaciones que el discurso biomédico mantiene con quienes buscan una práctica humanizada. Las acciones desarticuladas, sin base de humanidad hacen imposible el cuidado integral.
14	2019	Un estudio de teoría fundamentada constructivista para explorar la compasión a través de las percepciones de las personas que han experimentado el cuidado de enfermería	Straughair, C.; Clarke, A.; Machin, A.	La compasión es un fenómeno complejo, construido por los individuos a través de sus experiencias personales de cuidado de enfermería y salud, experiencias de vida en el mundo social. Se percibió que la compasión se materializó fundamentalmente en experiencias de enfoque humanizador del cuidado de enfermería. Estas experiencias humanizadoras estaban influenciadas por factores biológicos, psicológicos y socio - contextuales.
15	2021	Percepciones de las enfermeras sobre su papel de apoyo a los pacientes con cáncer: un estudio cualitativo	Bafandeh, M.; Hemmati, M.; JaseMI, M.	Desarrollar una estrategia es útil para aumentar el apoyo a los pacientes con cáncer y mejorar la seguridad y la calidad de la atención de enfermería en el sistema de salud.
16	2021	Comunicación entre paciente adulto críticamente enfermo y el profesional de enfermería: una revisión integrativa	Espinoza, M.; Baeza, P.; Rivera, F.; Ceballos, P.	Los cuidados críticos se centran casi en su totalidad en acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico, relegando a un segundo plano los aspectos de interrelación con el usuario y su familia.
17	2021	Experiencias y sentimientos de las enfermeras que trabajan en oncología: una revisión integradora	Delgado, C.; Sanhueza, O.	Las enfermeras oncológicas desarrollan sentimientos y lazos emocionales hacia sus pacientes, los cuales emergen de la relación personal establecida con la persona enferma de cáncer y se cruzan con las estrategias utilizadas para enfrentar el dolor de estas y el propio.
18	2019	El cuidado del enfermero a la dimensión espiritual de los ancianos hospitalizados	Veras, S.; Menezes, T.; Guerrero, R.; Soares, M.; ANtón, F.; Pereira, G.	La espiritualidad es una dimensión del cuidado humano y holístico de enfermería. El cuidado espiritual contribuye a promover el cuidado transpersonal. Las dificultades pueden deberse a la falta de

				preparación de las enfermeras. Es necesario que cultiven y vivan la propia espiritualidad, transmitiendo comprensión en cada relación de cuidado.
19	2021	Percepción de pacientes hospitalizados en unidades medico quirúrgicas sobre el cuidado humanizado de enfermería	Melita, A.; Jara, P.; Moreno, M.	Existe una adecuada apreciación del cuidado humanizado y de la calidad del trabajo de enfermería. Se debe reforzar la comunicación con los implicados de la atención.
20	2020	Fortalecer la coordinación de enfermería para mejorar el cuidado hospitalario	Laverde, O.; Sánchez, B.	En una institución hospitalaria, la enfermera coordinadora debe mantener el norte en medio de la cotidianidad de la asistencia; acompañar y motivar al personal a su cargo mediante competencias de liderazgo, trabajo en equipo y conocimiento clínico e institucional. Requiere para el ejercicio de su rol, proyectar el cambio y mantener un pensamiento integrador.
21	2021	Indicadores sensibles a la enfermería para la atención de enfermería: una revisión sistemática (1997-2017)	Oner, B.; Zengul, F.; Oner, N.; Ivankova, N.; Karadag, A.; Patrician, P.	Las variables independientes que exhibieron los resultados más consistentes fueron: la proporción de pacientes a Enfermeras registradas (RN), la proporción de Enfermeras registradas (RN) y la educación de enfermería dentro de todos los indicadores sensibles a la enfermería. Las variables dependientes que exhibieron los indicadores de resultados centrados en el paciente examinados con mayor frecuencia fueron las infecciones nosocomiales y la mortalidad.
22	2019	Revisión sistemática de la naturaleza del cuidado de enfermería descrito mediante el Caring Behaviors Inventory	Romero, M.; Gómez, J.; Robles, J.; Jiménez, N.; Gómez, J.; Ponce, J.	Pacientes y enfermeros muestran una mayor percepción de las dimensiones conocimiento y habilidad profesional y aseguramiento de la presencia humana, destacando el énfasis en el aspecto instrumental en la percepción del cuidado de enfermería. A demás la valoración del cuidado por parte de las enfermeras es mayor que la de los pacientes. La expresión del cuidado se ve afectada por el ambiente de trabajo en el que se desarrolla la práctica profesional.

23	2022	Antecedentes del cuidado de enfermería inconcluso: una revisión sistemática de la literatura	Chiappinotto, S.; Papastavrou, E.; Efstathiou, G.; Andreou, P.; Stemmer, R.; Ströhm, C.; Schubert, M.; De Wolf-Linder, S.; Longhini, J.; Palese, A.	A nivel de unidad, (a) los factores estructurales, como niveles adecuados de personal y estrategias para hacer frente a variaciones impredecibles en las cargas de trabajo, y (b) factores de proceso, como invertir en buenos entornos de trabajo para las enfermeras, son muy recomendables para minimizar/reducir la ocurrencia del cuidado de enfermería inconcluso.
24	2020	Dónde y cómo encajan los cuidados fundamentales dentro de las teorías seminales de enfermería: Una revisión narrativa y síntesis de los conceptos clave de enfermería	Mudd, A.; Feo, R.; Conroy, T.; Kitson, A.	Cada una de las dimensiones centrales del Marco de los Fundamentos de la atención (relación enfermera-paciente, integración de la atención y contexto de la atención) se pueden identificar en las teorías de enfermería existentes, sin embargo, ninguna teoría describe completamente las tres dimensiones y la mayoría de las teorías no logran explicar suficientemente estas dimensiones. La mayoría de las teorías de enfermería son difíciles de utilizar, existiendo una brecha importante entre la teoría y la práctica.
25	2019	Experiencias de pacientes y enfermeras sobre los cuidados fundamentales de enfermería: una revisión sistemática y una síntesis cualitativa	Pentecost, C.; Frost, J.; Sugg, H.; Hilli, A.; Goodwin, V.; Richards, D.	El liderazgo de las enfermeras y las prácticas organizacionales deben demostrar la priorización de las asociaciones con los pacientes para brindar atención de enfermería esencial para mejorar la calidad de la atención de enfermería y la experiencia de atención de los pacientes.
26	2018	¿Qué impacto tiene la atención de enfermería que no se realiza en los resultados de los pacientes? Revisión de la literatura	Recio, A.; Dall'ora, C.; Maruotti, A.; Ball, J.; Briggs, J.; Meredith, P.; Redfern, O.; Kovacs, C.; Prytherch, D.; Smith, G.; Griffiths, P.	El personal de enfermería y los pacientes indican casos en los que la atención brindada o recibida es incompleta y subóptima cuando los niveles de personal son inadecuados.
27	2019	El impacto de la educación en cuidados compasivos en las enfermeras: una revisión sistemática de métodos mixtos	Coffey, A.; Saab, M.; Landers, M.; Cornally, N.; Hegarty, J.; Drennan, J.; Lunn, C.; Savage, E.	El impacto de los programas educativos de cuidados compasivos en las enfermeras fue predominantemente positivo.
28	2021	Evaluación del papel de la Enfermera Clínica	Kerr, H.; Donovan, M.; McSorley, O.	Firmemente a la enfermera clínica especialista como un miembro

		Especialista en el cuidado del cáncer: una revisión integrativa de la literatura		valioso del equipo multidisciplinario para mejorar los servicios de atención del cáncer.
29	2022	El impacto de los "cuidados de enfermería perdidos" o "cuidados no realizados" en adultos en la atención de la salud: una revisión rápida para el Proyecto de Desarrollo de Consenso	Willis, E.; Brady, C.	La investigación sobre la atención perdida sigue sin ser concluyente en términos de mortalidad, eventos adversos o falta de mantenimiento, pero sugiere una correlación entre los resultados de los pacientes y las omisiones de enfermería. La variedad de artículos identificados en esta revisión rápida también apunta a que la atención perdida es un fenómeno global.
30	2019	Una revisión sistemática cuantitativa de la asociación entre la combinación de habilidades de enfermería y los resultados de los pacientes sensibles a la enfermería en el entorno de cuidados intensivos	Twigg, D; Kutzer, I.; Jacob, E.; Seaman, K.	Los resultados de los pacientes críticos, como la mortalidad, la falla en el rescate y la duración de la estadía, se pueden mejorar con una mayor combinación de habilidades.
31	2021	La relación entre el entorno de la práctica de enfermería y cinco resultados de pacientes sensibles a la enfermería en hospitales de agudos: una revisión sistemática	Al-Ghraiyyah, T.; Sim, J.; Lago, L.	Las enfermeras brindan atención continua a los pacientes, por lo mismo es necesario mejorar el entorno de la práctica de enfermería (EPE), ya que si esta es favorable, muestra una disminución en las tasas de mortalidad. Las instituciones deben promover activamente mejoras en EPE a través del liderazgo y la gestión, garantizando una dotación de personal de enfermería adecuada basada en la evidencia, la participación de las enfermeras en la toma de decisiones de la institución, relaciones efectivas entre el equipo multidisciplinario y promocionar una cultura centrada en brindar atención al paciente de alta calidad.
32	2022	Revisión sistemática: Actitudes de seguridad de las enfermeras y su impacto en los resultados de los pacientes en hospitales de agudos	Alanazi, Faisal.; Sim, J.; Lapkin, S.	Una cultura de seguridad positiva en las unidades de enfermería y en todos los hospitales resultó en menos resultados adversos informados para los pacientes. Los directores de enfermería pueden mejorar las actitudes de seguridad de las enfermeras mediante la promoción de una respuesta no punitiva a la notificación de errores y la promoción del trabajo en

				equipo eficaz y la buena comunicación.
33	2022	Intervenciones de enfermería para pacientes con COVID-19: revisión de historias clínicas y estudio de clasificación de intervenciones de enfermería	Asghari, E.; Archibald, M.; Roshangar, F.	Las actividades de enfermería documentadas más comunes se orientaron hacia las funciones esenciales, la seguridad y el apoyo predominantemente fisiológico de las personas que requieren atención por COVID-19.
34	2020	¿Cuál es el significado del concepto de cuidar?: una metátesis	Sebrant, L.; Jong, M.	La percepción del profesional enfermero sobre el significado del concepto de cuidado en enfermería, incluye ser una persona que ejerza el cuidar desde una perspectiva reflexiva y la intención de desarrollarse. Se considera que las condiciones del contexto fueran suficientes para las acciones y actividades solicitadas en la búsqueda del cuidado. Existen obstáculos en la comprensión y ejercicio del cuidado por las dificultades en la aplicación de la teoría en la práctica clínica, a pesar de esto el cuidado entregado a los pacientes presenta coherencia con las teorías en enfermería.
35	2021	Promoción de la participación del paciente: una revisión de alcance de las acciones que se alinean con el Modelo de Atención Interactiva	Tobiano, G.; Jerofke - Owen, T.; Marshall, A.	Las enfermeras identifican varias acciones para las primeras fases del Modelo de Atención Interactiva, incluida la evaluación de las capacidades y preferencias del paciente y la participación éstos en el intercambio de información, la comunicación de opciones y la toma de decisiones. Existen oportunidades para explorar las últimas fases del Modelo de Atención Interactivo para promover la participación del paciente en la autogestión y motivar a la Gestión de la asistencia sanitaria más allá de la hospitalización. Existe una necesidad de evaluar rigurosamente las intervenciones de participación del paciente.
36	2020	Evaluación cualitativa en intervenciones de enfermería—Una revisión de la literatura	Rortveit, K.; Saetre, B.; Joa, I.; Lode, K.; Severinsson, E.	Los diferentes métodos de evaluación cualitativa en enfermería son una forma de documentar conocimientos difíciles de esclarecer en escenarios naturales y hacen un aporte importante a la hora de determinar los pros y los contras de una

				intervención. La revisión destaca el hecho de que para poder decir algo sobre las necesidades de enfermería en el campo de la salud, debemos evaluar cómo funciona la enfermería y cómo actúan las enfermeras. Cuando se atiende al paciente individualmente, los métodos cualitativos son una opción natural para revelar las cualidades únicas y específicas de las experiencias del contexto de enfermería individual
37	2022	Compartir la toma de decisiones entre la persona mayor y la enfermera: una revisión de alcance	Marriott, K.; Aw, C.; Hardiman, M.	Los hallazgos demuestran que compartir la toma de decisiones entre enfermeras y ancianos no es bien entendido en la literatura y no está traducido para la práctica de enfermería. Se necesita más investigación. Compartir la toma de decisiones con las personas mayores requiere la consideración de la emoción y la experiencia de vida, más que cualquier otro grupo de edad. La toma de decisiones compartida efectiva requiere establecer una relación, tiempo significativo y un profesional experimentado con habilidades interpersonales avanzadas.
38	2021	Efectividad de las intervenciones de Enfermería de Práctica Avanzada en el paciente con insuficiencia cardíaca: Una revisión sistemática	Ordóñez, J.; Ponce, J.; Robles, J.; Gómez, J.; Jiménez, N.; Romero, M.	Todas las preguntas abordadas fueron respondidas positivamente. La Enfermería de Práctica Avanzada produce efectos positivos para los pacientes y para la sociedad en su conjunto. Sin embargo, se necesita un mayor volumen de estudios para verificar la evidencia que la Enfermería de Práctica Avanzada es la rama capaz de hacer frente a las nuevas necesidades de atención de una población envejecida, creciente y polimedicada.
39	2018	Prácticas avanzadas y seguridad del paciente: revisión integrativa de la literatura	Rodríguez, L.; Silva, C.	Las prácticas avanzadas de enfermería pueden ejercer una influencia positiva sobre la seguridad del paciente. Sin embargo, existe un bajo número de publicaciones al respecto.

Fuente: Elaboración propia

Se obtiene el siguiente análisis de las investigaciones anteriormente descritas en el Cuadro 3, por lo que es posible clasificar el cuidado de enfermería (Cuadro 4).

Cuadro 4. Clasificación del cuidado hospitalario en la atención de enfermería

	CATEGORÍAS		INTERVENCIÓN ENFERMERÍA	ARTÍCULOS
C U I D A D O	Cuidado Físico		Asistencia para satisfacción de necesidades	1, 25, 33
			Evaluación clínica física	3, 7, 16, 33, 38
			Control de signos y síntomas	16, 33, 38
			Habilidades para la atención	2, 17, 22, 25, 34
			Calidad del quehacer enfermero	19
	Gestión del Cuidado		Organización recursos	2, 4, 7, 9, 14, 16, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 29, 30, 31, 32, 36
			Control de efectos adversos, iatrogenias	3, 30, 31, 32, 33, 39
			Resultados clínicos	21, 28, 29, 30, 31, 36, 38, 39
E N F E R M E R O	Educación para el cuidado		Formación Pregrado	2, 4, 8, 10, 16, 22, 27
			Capacitación personal	2, 4, 14, 15, 17, 20, 22, 27, 39
			Conocimiento	2, 4, 15, 17, 20, 22, 25, 27
H O S P I T A L A R I O	Relación Enfermera - Paciente	SUBCATEGORÍA	Comunicación efectiva	1, 14, 15, 16, 17, 19, 28, 34, 37
		Cuidado Psico - Social	Información paciente - familia	1, 37
			Escucha activa	1, 11, 34, 37
			Uso herramientas psico - terapéuticas	17
			Enfoque centrado en la persona	4, 25, 35, 37
			Auto propensión a la compasión	4, 14
			Disposición a la atención	14, 19
			Apoyo psico - emocional	1, 14, 15, 17
			Atención amable	4
			Liderazgo en la compasión	14
			Enfoque humanizado	4, 12, 14, 15, 20
			Respeto autonomía del paciente	13, 17
			Corresponsabilidad	13, 15
			Compromiso	14, 32
		Cuidado Espiritual / Respeto por las diferencias	Respeto de religiones - creencias	3, 8, 18, 34
			Permitir terapias alternativas	8, 17, 34
			Entrega consuelo - esperanzas	8, 18
			Escuchar preocupaciones del paciente	8, 17, 18, 34
		Cuidado Integral		

Fuente: Elaboración propia

DISCUSIÓN

El análisis de los artículos permitió identificar 5 categorías relacionadas al cuidado hospitalario: **Cuidado físico**, **Gestión del cuidado**, **Educación para brindar cuidados**, **Relación enfermera - paciente** (subdividida en 2 subcategorías: Cuidado psicosocial y Cuidado espiritual y respeto a la diferencia) y **Cuidado integral**.

Cuidado físico

Dentro de las funciones de los profesionales de enfermería se encuentra la atención y vigilancia del estado de las personas enfermas, por lo que el profesional de enfermería realiza diversas acciones a estas personas desde el conocimiento. La forma de entregar el cuidado depende, principalmente, de factores relacionados al paciente, por ejemplo, el estado y la gravedad del sujeto, sin embargo, de forma general, las acciones se orientan al monitoreo de la salud y a la asistencia sanitaria al paciente (Guerrero, 2018).

De los 39 artículos analizados, 17 de ellos mencionan en sus estudios, cuidados relacionados a la dimensión física del paciente, incluyendo las prácticas asistenciales destinadas a la satisfacción de las necesidades básicas del paciente. Algunos estudios abordan los cuidados de la higiene, comodidad (1, 25), nutrición, eliminación, movilidad (25, 33). Un estudio (1) aborda la inclusión familiar en el cuidado y la satisfacción de necesidades básicas. Otro estudio (25) destaca la importancia de fomentar la independencia del paciente durante la hospitalización, no solo a través de actividades de enfermería, sino también promoviendo el autocuidado (como cambios de posición y rehabilitación de la incontinencia urinaria), generando beneficios tanto para el paciente como para la reducción de la carga laboral del equipo de enfermería.

En la misma temática de la dimensión del cuidado físico del paciente, otros artículos mencionaron aspectos dirigidos a la evaluación clínica, en esta actividad la enfermera posee un rol muy importante en el cuidado, ya que se encuentra en constante identificación, análisis, evaluación, interpreta e interviene en las distintas situaciones que involucran al paciente y la familia (Henao *et al.*, 2021).

Los estudios también tratan de la evaluación general del paciente como: evaluación neurológica, hemodinámica, respiratoria y de temperatura (3, 7, 16, 38), el uso de escalas y distintos tipos de exámenes que permiten evaluación micro hemodinámica (7, 33). Mientras

que uno de los estudios (38) destaca que la evaluación oportuna de pacientes que cursan con insuficiencia cardíaca descompensada, por parte de enfermeros de prácticas avanzadas, favorece la rápida derivación a servicios especializados y por lo mismo, a un manejo oportuno de la sintomatología de la enfermedad. Este último resultado se asocia a los cuidados en el manejo de la sintomatología por COVID - 19, tratado en otro estudio (33), a través de intervenciones como la administración de medicamentos para el manejo de náuseas y diarrea.

Siguiendo la misma línea, en el manejo de signos y síntomas del paciente, un estudio (16) refiere que las intervenciones realizadas por enfermería en unidades críticas, derivan principalmente del diagnóstico y tratamiento médico. Otros estudios (15, 25, 33, 38) abordan el manejo de signos y síntomas a partir de la educación para el paciente, con enfoque en el autocuidado dentro de las unidades hospitalarias, a través de acciones preventivas, como por ejemplo promoción de movilidad independiente, manejo de incontinencia, de la enfermedad y también educación psicosocial.

Estudios (2, 17, 22, 25, 30, 34) coinciden que para una óptima entrega de cuidados se requiere de habilidades y competencias del profesional de enfermería para llevar a cabo las tareas programadas, es por ello necesario que exista capacitación continua para adquirir estas habilidades (17). Además, uno de los estudios (25) apunta a que la falta de habilidades del profesional iría en desmedro de la atención prestada y es considerada una barrera para lograr cuidados de calidad.

Gestión del cuidado

El personal de enfermería posee un rol importante en el desarrollo de los programas de calidad hospitalarios, esto relacionado al mayor número de profesionales en esta área y el desempeño continuo y directo con los pacientes (Manzo *et al.*, 2012), es por ello que el equipo de enfermería requiere de una organización de sus servicios bajo una única estructura basado en los cuidados para resolución de problemas de salud (Milos *et al.*, 2013).

En relación a la organización del recurso humano de enfermería, estudios destacan la sistematización de la asistencia sanitaria a través de la coordinación y dirección en los servicios o unidades asistenciales (7, 21, 23, 25, 32). Es así como varios estudios (2, 4, 9, 14, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 30) abordan la gestión del recurso humano, desde la dirección y coordinación de enfermería, destacando la influencia de la dotación de personal de enfermería sobre la calidad

de los distintos cuidados que se otorgan para entregar una asistencia de calidad. En este sentido, una dotación de personal deficiente influye negativamente sobre los indicadores de enfermería y por ende en los resultados clínicos del paciente y la calidad de la atención, dado principalmente por un aumento de la carga laboral (2, 4, 14, 16, 20), ya que muchas veces se prioriza el cuidado técnico por sobre el cuidado psicosocial y/o emocional; en cambio los niveles de dotación adecuados favorecen a los indicadores de enfermería y los resultados del paciente con tendencias a un cuidado más humanizado e integral (21, 29).

En este contexto de organización sanitaria, algunos estudios (22, 23, 29, 30, 31, 32, 36) muestran resultados relacionados a las características positivas del entorno de trabajo, donde el sistema de salud promueve relaciones interpersonales adecuadas, tanto para el paciente y familia, así como para el equipo de salud, mejorando las condiciones de trabajo, lo que facilita la entrega de cuidados de mejor calidad y mejores resultados en el paciente, siendo fundamental el trabajo en equipo (23, 32). Así mismo, estudios (4, 20, 23, 25) coinciden que el liderazgo es parte de las competencias que deben poseer los profesionales de enfermería, pues influyen directamente en el personal a través del acompañamiento y motivación de cambios positivos, a través de estrategias de implementación (36) dirigido hacia un pensamiento integrador.

Las intervenciones o actividades realizadas por el equipo de enfermería junto a las prácticas organizacionales y estructurales de los servicios sanitarios producen resultados en la condición del paciente, sean estos en beneficio para el paciente desde el manejo de signos y síntomas (16) hasta la mantención de la vida y / o recuperación.

Varios estudios abordan los resultados clínicos en el paciente desde la evidencia de las intervenciones de enfermería, relacionadas principalmente a la mortalidad, efectos adversos (infecciones asociadas a la atención de salud y lesiones por presión), complicaciones del estado de salud (21, 26, 29, 30, 31, 38), tiempo de estadía hospitalaria (21, 29), error de medicación, caídas (21, 26, 31), reingresos (38).

Un estudio de revisión (29) declara diversas conclusiones relacionadas a la influencia de las intervenciones de enfermería no realizadas o pendientes sobre los resultados clínicos en el paciente, es decir, algunos estudios de esta revisión afirman que las tareas pendientes influyen en resultados clínicos como otros concluyen que no existe tal influencia. En cambio, otros estudios establecen que la mortalidad disminuye por intervenciones de enfermería relacionadas a la educación para el paciente en el autocuidado, ya que este tipo de intervención orienta a

cambios en el estilo de vida, produciendo mejores resultados de la condición clínica (38), la dotación adecuada de enfermeras también influye en la disminución de tasas de mortalidad (21).

Un estudio cualitativo (36) abordó la evaluación de las intervenciones de enfermería, destacando la importancia de generar pautas de mejoras en dichas acciones con la finalidad de obtener resultados positivos en el paciente. Mientras que otro estudio (28) identifica resultados positivos en el paciente cuando es atendido por una enfermera/o especialista, por lo que se considera un miembro valioso dentro del equipo multidisciplinario que atiende al paciente. De las intervenciones o actividades realizadas por el equipo de enfermería junto a las prácticas organizacionales y estructurales de los servicios sanitarios se obtienen resultados en la condición del paciente, sean estos en beneficio para el paciente, como la mantención de la vida (16) manejo de signos y síntomas (33).

En relación al control de efectos adversos en el paciente y las posibles iatrogenias que podrían ocurrir durante la hospitalización, este control, junto al trabajo eficaz y un entorno favorable, contribuyen a garantizar la integridad del paciente, prevenir complicaciones, reducir el tiempo de hospitalización y costos asociados a la atención del paciente (3, 30, 32, 33).

Educación para brindar cuidados

Las estrategias para el proceso educativo y de calificación de los profesionales de las unidades clínicas, promueven la atención individualizada del paciente. Los estudios que abordan la educación para profesionales de enfermería (2, 4, 8, 14, 15, 16, 17, 20, 22, 27) consideran la importancia de capacitación y el reclutamiento dirigido hacia el personal de enfermería, incluyendo en esta temática la perspectiva psicosocial, comunicacional y de la adquisición de habilidades blandas.

Otros estudios (3, 17, 25) también abordan la capacitación desde el punto de vista técnico - científico, pues de esta forma, los profesionales se sienten mejor preparados y conscientes de las necesidades de atención específicas de los pacientes. Algunos estudios (5, 10, 11, 15, 20, 22, 34) concuerdan que el conocimiento científico asociado a la práctica es fundamental para una buena atención, puesto que permite realizar acciones o intervenciones de enfermería seguras y con calidad, finalmente contribuyendo a la salud del paciente y familia, como también en el desempeño del equipo de salud.

Además, algunos estudios (2, 4, 8, 10, 16, 22, 27) describen la importancia de la formación de pregrado, principalmente en temas orientados al cuidado integral, destacando que algunos aspectos se abordan insuficientemente en la academia, y se sugiere la inclusión de estos temas en los planes de estudios. Estas temáticas se relacionan a las dimensiones psicológica (2), compasiva (4), espiritual (8) y socioemocional (10, 16, 22, 27), de tal manera que el estudiante egrese como un profesional con competencias en las dimensiones ya nombradas.

Queda claro que las necesidades educativas, tanto en el pregrado como la capacitación al personal, van orientadas, en su mayoría, a temas psicosociales y de comunicación, con la finalidad de lograr el tan ansiado cuidado integral.

Relación enfermera - paciente

La categoría Relación enfermera - paciente fue analizada a partir de las subcategorías: Cuidado Psico - social y Cuidado Espiritual y respeto por las diferencias

Así, en relación al cuidado Psico - social, diversos estudios están de acuerdo que para que este cuidado sea posible, es necesario que la atención posea un enfoque centrado en la persona (4, 25, 35, 37) y humanizado (4, 12, 14, 15, 20). Para una adecuada relación enfermera - paciente el personal de enfermería necesita tener disposición a atender al paciente (14, 19), otorgar la atención dentro del marco de la amabilidad (4) y el compromiso que demanda la atención (14, 32).

Además, estudios (1, 17) identifican la importancia de la entrega de información hacia al paciente y la familia, pues favorece la confianza dentro de la relación, para ello es necesario el uso de la comunicación efectiva (1, 14, 15, 16, 17, 19, 28, 34, 37), algunos estudios destacan la escucha activa (1, 11, 34, 37) como elemento fundamental de la comunicación.

Dos estudios (13, 17) destacan el respeto a la autonomía del paciente dentro de la relación enfermera - paciente, acerca de la toma de decisiones en lo que respecta al manejo y tratamiento de su enfermedad. Otros estudios (13,15) abordan la corresponsabilidad en la relación clínica, puesto que las decisiones que toma el paciente deben ser con toda la información necesaria, entonces se requiere la participación de los protagonistas de esta relación, es decir el profesional de enfermería y el paciente.

Con todos los elementos tratados anteriormente se puede entregar ayuda eficaz y apoyo psico - emocional (1, 14, 15, 17) con el uso de distintas herramientas psicoterapéuticas (17).

En la segunda subcategoría, Cuidado espiritual y respeto a las diferencias, algunos estudios (3, 8, 18, 34) identifican el respeto a los valores del paciente y la familia, a sus creencias y religiosidad como elementos básicos para otorgar cuidados en el aspecto espiritual, principalmente cuando el paciente se encuentra en situaciones críticas de salud.

También implica la escucha activa desde el punto de vista de poner atención a las preocupaciones y dudas de los pacientes y sus familiares en momentos complejos de la experiencia crítica, momentos en los que más se recurre a la espiritualidad (8, 17, 18, 34), de ahí la necesidad de que el profesional de enfermería y su equipo tengan las competencias para otorgar cuidados a esta dimensión.

Estudios (8, 18) reconocen la necesidad de otorgar intervenciones basadas en el consuelo y las esperanzas en los momentos difíciles y críticos de la enfermedad, ya que estas acciones aportan a la tranquilidad ante diagnósticos ominosos. Así mismo, algunos estudios (8, 17, 34) destacan que dentro de las acciones de enfermería se deben permitir terapias alternativas a aquellos pacientes que no tienen una creencia religiosa y/o utilizan otras terapias tales como yoga, reiki, arteterapia, musicoterapia, entre otras.

De acuerdo a esta categoría, Relación enfermera - paciente, cabe destacar que un estudio (33) cuyo objetivo fue identificar las 10 intervenciones más frecuentes en época de COVID - 19, las intervenciones de carácter psicosocial / espiritual no fueron identificadas, a pesar de que en situaciones críticas los pacientes experimentan ansiedad y miedo, y, en este caso, además relacionado con la tasa de transmisión de COVID-19 y sus complicaciones y mortalidad.

Cuidado integral

Algunos estudios (1, 6, 25, 28, 34, 35) establecen que el cuidado integral corresponde principalmente a aquellas actividades orientadas a la satisfacción de necesidades complejas y de las dimensiones física, psicológica, emocional, social y/o espiritual. donde la inclusión familiar es fundamental en la atención del paciente, ya que ésta se considera junto al paciente como una unidad, para ello es necesaria la interacción humana y la comunicación.

Otros estudios (5, 9, 10, 20), además de considerar la satisfacción de las necesidades y dimensiones nombradas anteriormente, tratan esta categoría desde la búsqueda de lograr la atención integral, como la implementación de nuevos modelos de referencia para el profesional enfermero (5), el respeto de los derechos humanos para garantizar la atención integral del paciente (9), la necesidad de formar a los estudiantes con una visión integral de la atención,

destacando que existe dificultad de aplicar este concepto en la práctica, por lo que se requiere trabajar sobre los planes de estudio (10).

Del mismo modo, esta búsqueda requiere que las directivas y coordinadores de la profesión fortalezcan el rol liderando desde el conocimiento tanto institucional como del manejo clínico del paciente, utilizando la comunicación efectiva, de tal manera de influir sobre la paciente familia y el equipo de salud (20). Otro estudio (24) aborda la integralidad desde las teorías de enfermería, concluyendo que las teorías carecen de un enfoque específico y explícito sobre la integración en la atención, ya que más bien abordan principalmente las necesidades físicas o la necesidad emocional.

LIMITACIONES

Se considera limitación en este estudio, el resultado de la búsqueda de la literatura, la cual presentó 21 artículos de algún tipo de revisión de literatura, generando la lectura reiterada de éstos, utilizando más del tiempo planificado en la etapa de lectura de artículos. Hubiese sido interesante utilizar un mayor número de estudios primarios, puesto que se obtienen los resultados de estudios de primeras fuentes, otorgando una mejor comprensión del fenómeno.

CONCLUSIONES

Las categorías identificadas en esta revisión de la literatura fueron el cuidado físico, aquel cuidado que corresponde a la dimensión biológica del paciente y que se desprende del modelo biomédico, el cual exige el manejo de síntomas y el tratamiento de la enfermedad con la finalidad de la recuperación del paciente.

La segunda categoría corresponde a la gestión del cuidado, dado principalmente por la organización del recurso humano de enfermería a través de la coordinación de los directivos de la profesión. Además de orientar y guiar al equipo debe evaluar que el cuidado se entregue dentro del marco de la mejor calidad de atención, para ello se requiere el uso de indicadores, a través de los cuales se puede controlar y prevenir efectos adversos e iatrogenias que derivan de la atención, de esta forma se pretende obtener los mejores resultados clínicos en el paciente.

La tercera categoría identifica la educación para el cuidado, elemento que influye en la calidad de la atención, pues se requiere de una adecuada formación en el pregrado en todas las dimensiones del cuidado, la capacitación continua del personal y la adquisición de conocimiento que entrega la seguridad y fundamento de las intervenciones a realizar, destaca

que varios estudios sugieren incluir en los programas de estudios el cuidado integral y que se trabajen estrategias para que se pueda llevar a la práctica del estudiante.

Una cuarta categoría identificada es la relación enfermera - paciente, los estudios muestran que es necesaria la atención el cuidado psicosocial, pues la persona que recibe la atención es un ser biopsicosocial, y el cuidado debe enfocarse en la persona, para ello se requiere de habilidades blandas por parte del profesional, saber comunicar y saber escuchar, de esta forma se entregará apoyo psico- emocional efectivo con una mirada humanizada, respetando la autonomía del paciente y comprensión de que el cuidado es responsabilidad del paciente y el profesional. El cuidado espiritual permite el respeto por los valores del paciente y a sus creencias religiosas u otras creencias diferentes como otras terapias alternativas, las cuales son válidas en el cuidado, además se requiere de compasión la que puede ser inherente al profesional, pero también se puede cultivar a través de enfermeras que actúan como modelos o líderes.

Finalmente, con todos estos elementos se puede lograr el cuidado integral de la persona, es decir, cuidar a la persona/paciente en todas sus dimensiones: física, psicológica, social, emocional, espiritual y/o existencial y no olvidar incluir a la familia en el cuidado, pues paciente y familia se debe considerar como una unidad.

REFERENCIAS

- AL-GHRAIYBAH, T.; SIM, J.; LAGO, L. The relationship between the nursing practice environment and five nursing-sensitive patient outcomes in acute care hospitals: A systematic review. **Nursing Open**, 8 (5), 2262–2271. 2021.
- ALANAZI, F.; SIM J.; LAPKIN, S. Systematic review: Nurses' safety attitudes and their impact on patient outcomes in acute-care hospitals. **Nurs Open**, 9(1), 30-43. 2022.
- ALLANDE CUSSÓ, R., MACÍAS SEDA, J., PORCEL GÁLVEZ, A.M. Y PORCEL, (2019). La relación enfermera-paciente: identidad histórica, metodológica y terapéutica en los cuidados de enfermería. **Cultura de los cuidados**, 23 (55), 78-84.
- ALVARADO-VALLE E, RODRÍGUEZ-JIMÉNEZ S, CÁRDENAS-JIMÉNEZ M, et al. El cuidado espiritual un camino para trascender en la razón de ser de la Enfermería. **Rev Enferm IMSS**, 26 (1), 56-61. 2018.
- AMARAL, L.; ARAÚJO, C. Advanced practices and patient safety: an integrative literature review. **Acta Paul Enferm.**, 31, (6), p. 688-695. 2018.

ARDILA, E. y ARREDONDO, E. Actividades de enfermería para la satisfacción de necesidades familiares en cuidado intensivo adulto: una revisión integrativa. **Cuidarte**, 12 (1):e1229. 2021.

ASGHARI, E.; ARCHIBALD, M.; ROSHANGAR, F. Nursing interventions for patients with COVID-19: A medical record review and nursing interventions classification study. **Int J Nurs Knowl**, 33(1), 57-63. 2022.

BAFANDEH, M.; HEMMATI, M.; JASEMI, M. Nurses' perceptions of their supportive role for cancer patients: A qualitative study. **Nursing open**, 9(1), 646–654. 2021.

BLASCO, ML, ORTIZ, LR. Ética y Valores de Enfermería. **Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.**, 24 (2), 145-9. 2016. Disponible en: http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/viewFile/104/152 [Links]

BORGES, T.; ANJOS, K.; FERRAZ, M. et al. Vivência de profissionais de enfermagem no respeito aos direitos humanos nas relações de cuidado. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 10:e4052. 2020.

CHIAPPINOTTO, S.; PAPASTAVROU, E.; EFSTATHIOU, G.; ANDREOU, P.; STEMMER, R.; STRÖHM, C.; SCHUBERT, M.; DE WOLF-LINDER, S.; LONGHINI, J.; PALESE, A. Antecedents of unfinished nursing care: a systematic review of the literature. **BMC nursing**, 21(1), 137. 2022.

COFFEY, A.; SAAB, M.; LANDERS, M.; CORNALLY, N.; HEGARTY, J.; DRENNAN, J.; LUNN, C.; SAVAGE, E. The impact of compassionate care education on nurses: A mixed-method systematic review. **Journal of advanced nursing**, 75 (11), 2340–2351. 2019.

DELGADO, C.; SANHUEZA, O. Experiencias y sentimientos de las enfermeras que trabajan en oncología: una revisión integradora. **Cienc. enferm**, 27, 22. 2021.

DOMÍNGUEZ C. **Evolución del cuidado y profesión enfermera**. Barcelona: Ediciones San Juan de Dios. 2017.

DUARTE, M.; PEREIRA, S.; SILVA, D.; BAGATINI, M. Cuidado ao paciente clínico com sintomas psiquiátricos: percepções dos enfermeiros. **Enferm Foco**, 12 (6), 1084 - 90. 2021.

ESPINOZA, M.; BAEZA, P.; RIVERA, F.; CEBALLOS, P. Comunicación entre paciente adulto críticamente enfermo y el profesional de enfermería: una revisión integrativa. **Enfermería (Montevideo)**, 10 (1), 30-43. 2021 .

EZEAGU, T. y RIBEIRO, A. Cuidados de enfermagem no processo de extubação orotraqueal: revisão integrativa. **Cogitare enferm**, 24. 2019.

FREITAS, E.; BERARDINELLI, L.; SANTOS, F. Práticas de cuidado de enfermagem no contexto da política do homem. **Rev. Enferm UFPE on line**, 12(2), 424 - 32. 2018.

GEORGIA, T.; JEROFKE, T.; MARCHAL, A. "Promoting Patient Engagement: A Scoping Review of Actions that Align with the Interactive Care Model". **Scand J Caring Sci**, 35 (3), 722-74. 2021.

GOMES, R. **Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa**. In: Minayo, M.C.S. et al. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 31. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

GUERRERO NÚÑEZ S, VALENZUELA SUAZO S, CID HENRÍQUEZ P. Cuidado de enfermería en personas con diabetes mellitus tipo 2, según la Teoría de la Atención Burocrática. **Aquichan**, 18 (1), 20-31. 2018. Disponible en: <https://www.10.5294/aqui.2018.18.1.3> [Links]

GUTIÉRREZ, Z. & GALLARDO, I. El Cuidado Humano y el aporte de las Teorías de Enfermería a la Práctica enfermera. **Revista Científica "Conecta Libertad"**, 4 (2), 127–135. 2020. Recuperado a partir de <https://revistaitsl.itslibertad.edu.ec/index.php/ITSL/article/view/110>

HENAO, A.; ÁVILA, M.; RAMOS, S.; GUAQUETA, S.; TRIANA, M. Evaluación de la dimensión científico-clínica del cuidado en el personal de enfermería. **Investigación en Enfermería, Imagen y Desarrollo**. 23. 2021. Disponible en : <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie23.edcc>

INSTITUTO DE CIENCIAS DEL CUIDADO WATSON. Procesos de Cáritas. Boulder, CO: Instituto de Ciencias del Cuidado Watson. 2019. Disponible en: <https://www.watsoncaringscience.org/jean-bio/caring-science-theory>

JASEMI M, Valizadeh L, Zamanzadeh V, Keogh B. A Concept Analysis of Holistic Care by Hybrid Model. **Indian journal of palliative**, 23 (1), 71–80. Disponible desde: <https://doi.org/10.4103/0973-1075.197960>

JESUS, S.; FARIAS, C.; SCHNEIDER, D.; SCHOELLER, S.; BERTONCELLO, K. Honneth: Contribuições para o cuidar em enfermagem à luz do amor, direito e solidariedade. **Revista Cuidarte**, 12 (1), e1201. 2021.

KERR, H.; DONOVAN, M.; MCSORLEY, O. Evaluation of the role of the clinical Nurse Specialist in cancer care: an integrative literature review. **Eur J Cancer Care (Engl)**, 30 (3), e13415. 2021.

LAVERDE, O.; SÁNCHEZ. B. Fortalecer la coordinación de enfermería para mejorar el cuidado hospitalario. **Revista Cuidarte**. 11 (2), e826. 2020.

LIMA, D.; PAIXAO, A.; BEZERRA, K.; FREITAS, R.; AZEVEDO, L.; MORAIS, F. Humanization in mental health care: nurses' understandings. SMAD. **Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**, 17 (1), 58 - 65. 2021.

MANZO BF, RIBEIRO HCTC, BRITO MJM, ALVES M. Nursing in the hospital accreditation process: practice and implications in the work quotidian. **Rev Lat Am Enfermagem**. 20 (1), 151-8. 2012. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692012000100020&lng=en&nrm=iso&tlng=en [Links]

MARGADANT, C.; WORTEL, S.; HOOGENDOORN, M.; BOSMAN, R.; SPIJKSTRA J.; BRINKMAN, S.; et al. The Nursing Activities Score Per Nurse Ratio Is Associated With In-Hospital Mortality, Whereas the Patients Per Nurse Ratio Is Not, **Critical Care Medicine**, 48 (1), 3-9. 2020. DOI: 10.1097/CCM.0000000000004005.

MARRIOTT-STATHAM, K.; DICKSON, C.; HARDIMAN, M. Sharing decision-making between the older person and the nurse: A scoping review. **Int J Older People Nurs**, 18 (1), e12507. 2023.

MELITA, A.; JARA, P.; MORENO, M. Percepción de pacientes hospitalizados en unidades medico quirúrgicas sobre el cuidado humanizado de enfermería. **Enfermería (Montevideo)**, 10 (1), 89-105. 2021.

MENDES, K.; SILVEIRA, R.; GALVÃO, C. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, 17 (4), 758-64. 2008. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018> [Enlaces]

MILOS HURTADO, Paulina; LARRAIN SUNDT, Ana Isabel. LA GESTIÓN DEL CUIDADO EN CHILE: DE LA FUNCIÓN A LA ESTRUCTURA. **Cienc. enferm., Concepción**, 19, (2), 7-10, 2013. Disponible en <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000200001&lng=es&nrm=iso>. accedido en 21 marzo 2023. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000200001>.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

MOHER D, LIBERATI A, TETZLAFF J, ALTMAN DG; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. **PloS Med.**, 6 (7), e1000097. 2009. Available from: doi: 10.1371/journal.pmed.1000097.

MUDD, A.; FEO, R.; CONROY, T.; KITSON, A. Where and how does fundamental care fit within seminal nursing theories: A narrative review and synthesis of key nursing concepts. **Journal of Clinical Nursing**, 29 (19-20), 3652-3666. 2020.

NASCIMENTO, F. Humanization and soft technologies applied to nursing care in the intensive care unit: a systematic. **Review Nursing**, 24 (279), 6035 - 6044. 2021.

ONER, B.; ZENGUL, F.; ONER, N.; IVANKOVA, N.; KARADAG, A.; PATRICIAN, P. Nursing-sensitive indicators for nursing care: A systematic. **Review Nursing open**, 8 (3), 1005–1022. 2021.

ORDÓÑEZ, J.; PONCE, J.; ROBLES, J.; GÓMEZ, J.; JIMÉNEZ, N.; ROMERO, M. Effectiveness of the Advanced Practice Nursing interventions in the patient with heart failure: A systematic review. **Nursing open**, 8 (4), 1879–1891. 2021.

PENTECOST, C.; FROST, J.; SUGG, H.; HILLI, A.; GOODWIN, V.; RICHARDS, D. Patients' and nurses' experiences of fundamental nursing care: A systematic review and qualitative synthesis. **Journal of clinical nursing**, 29 (11-12), 1858–1882. 2019.

PEÑA HERRERA C, SORIA J. Pregunta de investigación y estrategia PICOT. **Rev. Med. FCM-UCSG.**, 19 (1): 66-9. 2015. <https://doi.org/10.23878/medicina.v19i1.647>

RECIO, A.; DALL'ORA, C.; MARUOTTI, A.; BALL, J.; BRIGGS, J.; MEREDITH, P.; REDFERN, O.; KOVACS, C.; PRYTHERCH, D.; SMITH, G.; GRIFFITHS, P. What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. **Journal of clinical nursing**, 27(11-12), 2248–2259. 2018.

ROMERO, M.; GÓMEZ, J.; ROBLES, J.; JIMÉNEZ, N.; GÓMEZ, J.; PONCE, J.; Systematic review of the nature of nursing care described by using the Caring Behaviours Inventory. **Journal of Clinical Nursing**, 28(21-22), 3734-3746. 2019.

RØRTVEIT, K.; SAETRE HANSEN, B.; JOA, I.; LODE, K.; SEVERINSSON, E. Qualitative evaluation in nursing interventions-A review of the literature. **Nursing open**, 7 (5), 1285–1298. 2020

SAAVEDRA, Liliana Ruiz; MOLINA, Liliana. Cuidado humanizado del profesional de enfermería. **Cina Research**, 2 (1), 39-45. 2018.

SANTOS, A.; OLIVEIRA, C.; PASSOS, M.; ANDRADE, A.; GALLOT, F. Integralidade do cuidado na formação do enfermeiro: visões e vivências do acadêmico de enfermagem. **Enferm. foco**, 10 (1), 122 - 126. 2019.

SANTOS, C.; SOUZA, R.; SANTOS, T.; SANTOS, J. Spiritual therapies in nursing care: an integrative. An integrative review. **J. nurs. health**, 11(2). 2021.

SANTOS, K.; CAVALCANTEDDOS, T.; RIBEIRO, A.; ALENCAR, T.; FONTENELE, A.; SANTOS, D. Implantação do modelo Enfermeiro de Referência em um hospital universitário. **Rev. Enferm. UFPE on line**, 13(1), 268 - 74. 2019.

SANTOS, R.; LIMA, F.; HORA, J.; LEAO, D. Indicadores de qualidade aplicados na assistência de enfermagem em cuidados paliativos: Revisão integrativa da literatura. **Revista Enfermagem em Foco**, 11 (2), 191 -197. 2020.

SEBRANT, L. Y JONG, M. What's the meaning of the concept of caring?: a meta-synthesis. **Scandinavian journal of caring sciences**, 35 (2), 353–365. 2020.

SOUZA, M.; SILVA, M.; CARVALHO, R. Integrative review: what is it? How to do it?. **Einstein**, 8, (1), 102–6. 2010. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>

STRAUGHAI, C. Cultivating compassion in nursing: A grounded theory study to explore the perceptions of individuals who have experienced nursing care as patients. **Nurse Educ Pract**, 35, 98 - 103. 2019.

STRAUGHAI, C.; CLARKE, A.; MACHIN, A. A constructivist grounded theory study to explore compassion through the perceptions of individuals who have experienced nursing care. **J Adv Nurs**, 75 (7), 1527-1538. 2019.

TOBIANO, G.; JEROFKE-OWEN, T.; MARSHALL, A. Promoting patient engagement: a scoping review of actions that align with the interactive care model. **Scand J Caring Sci**. 2021 Sep;35(3):722-741. doi: 10.1111/scs.12914. Epub 2020 Oct 17. PMID: 33068042.

TWIGG, D.; KUTZER, Y.; JACOB, E.; SEAMAN, K. A quantitative systematic review of the association between nurse skill mix and nursing-sensitive patient outcomes in the acute care setting. **J Adv Nurs**, 75, 3404–3423. 2019.

VÁSQUEZ, P.; BARRIENTOS, A.; BETANCUR, M.; PULIDO, C.; PÉREZ, L. La familia es la voz del paciente en la interacción con la enfermera. **Revista Cuidarte**, 11 (3). 2021. Disponible en: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/1015>

VERAS, S.; MENEZES, T.; GUERRERO, R.; SOARES, M.; ANTÓN, F.; PEREIRA, G. Nurse care for the hospitalized elderly's spiritual dimension. **Rev Bras Enferm**, 72 (2), 236-42. 2019.

WILLIS, E. y BRADY, C. The impact of "missed nursing care" or "care not done" on adults in health care: A rapid review for the Consensus Development Project. **Nurs Open**, 9 (2), 862-871. 2022.

YANEZ, K.; RIVAS, E.; CAMPILLAY, M. Ética del cuidado y cuidado de enfermería. **Enfermería (Montevideo)**, 10 (1), 3-17. 2021. Disponible en <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062021000100003&lng=es&nrm=iso>. accedido en 10 oct. 2023. Epub 01-Jun-2021. <https://doi.org/10.22235/ech.v10i1.2124>.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1. Reseña histórica de la evolución del cuidado

La historia de los cuidados de enfermería constituye una temática pertinente para la presente tesis, puesto que permite conocer el origen, la evolución y el desarrollo de esta profesión a lo largo del tiempo. La historia de los cuidados de enfermería, permite el análisis desde los distintos contextos históricos, sociales, políticos y culturales en el que se han desempeñado las enfermeras y enfermeros, así como los retos, las dificultades y los logros que han enfrentado. Además, indagar en la historia de los cuidados de enfermería, permite valorar el aporte de esta disciplina a la salud y al bienestar de las personas, las familias y las comunidades, así como su contribución al avance científico y tecnológico. Por estas razones, se considera necesario referirse acerca de la historia de los cuidados de enfermería como una forma de reconocer el legado histórico de esta profesión, así como de reflexionar sobre su presente y su futuro.

Cabe destacar que la enfermería, como profesión, encuentra su razón de ser en las necesidades de la sociedad relacionadas al cuidado de la salud de las personas, contribuyendo así con la sociedad (Dandicourt *et al.*, 2017). Inicialmente el cuidado se configuró con el propósito de subsistencia, conservación del grupo, desarrollado de forma intuitiva, sin razonamiento previo, donde la mujer jugaba un papel importante, ya que era relacionada a la fecundidad y las intervenciones maternas, asegurando la continuidad de la especie. Por lo tanto, el origen del cuidado se relaciona directamente a las necesidades de supervivencia (Dandicourt *et al.*, 2017; Laguado, 2020).

Con el paso del tiempo, los cambios sociales y el desarrollo de comunidades, el cuidado es extrapolado fuera del núcleo familiar y por influencia religiosa surge el concepto de ayuda en la práctica del cuidado, con un trasfondo vocacional cristiano caritativo, asociado a la ayuda hacia los pobres. Desde esta perspectiva, el desarrollo de la enfermería no avanza, ya que predomina la dimensión espiritual sin necesidad de aprendizaje, calidad del cuidado y salarios.

Posteriormente durante el proceso de la reforma protestante, el concepto de ayuda se modifica, y los cuidados enfermeros pierden su sentido salvador, siendo la época oscura de la enfermería (Laguado, 2020). Es así como que hasta mediados del siglo XVIII la responsabilidad del cuidado estaba dirigida por los religiosos quienes atendían a los enfermos en las Santas Casas de Misericordia, posteriormente, una vez que surgen los hospitales, la atención de salud

se reorganiza y la responsabilidad recae en el médico, por lo tanto, las monjas ejercían el cuidado subordinado a la disciplina médica, surgiendo la profesionalización del cuidado como una necesidad de la comunidad (Carregal *et al.*, 2021).

Los cambios progresistas a nivel social y económico del siglo XIX demuestran la importancia del cuidado enfermería en los hospitales, la necesidad de formación de enfermeros “practicantes” pero, descartando la necesidad de conocimientos teóricos científicos propios de la disciplina. La mujer/enfermera tiene una posición subordinada al hombre/médico y no se reconocen los saberes y prácticas de cuidado que fundamenta la ciencia de la salud y enfermería actual (Carregal *et al.*, 2021; Goulart, 2020).

A mediados del siglo XIX surge la figura de Florence Nightingale, con quién la enfermería nace y comienza a tomar forma y adquiriendo las primeras esencias del cuidado profesional con la formalización de la educación en enfermería. En la Guerra de Crimea (1853 - 1856), Florence se dedicó al cuidado de soldados, adquiriendo experiencia y conocimientos que posteriormente sentarían las bases de la enfermería moderna. De los trabajos desarrollados por Nightingale, destaca su obra, considerada la primera teoría de enfermería denominada una Teoría Ambientalista, ya que el concepto básico de sus escritos lo constituye el medio ambiente sano, el medio físico que estimula la potencia vital del ser humano, es decir, reconoce la influencia del medio ambiente en el estado de salud de las personas. Nightingale sienta las bases del cuidado y la enfermería moderna.

En el contexto latinoamericano, en Brasil, destaca Anna Neri se destaca por trabajar como enfermera en la guerra del Paraguay (1864 - 1870), donde a pesar de las dificultades vividas por prejuicios de la época que se relacionan al género, logró aliviar el sufrimiento de soldados heridos, regresando a Brasil como una heroína de la enfermería (Carregal *et al.*, 2021; Goulart, 2020; Maia, 2019; Peres *et al.*, 2021).

En el siglo XX, surgen diversas teoristas de enfermería (Orem, Roy, Peplau, Orlando y otras), que desarrollaron un cuerpo de conocimientos propios de la profesión, lo que contribuyó a la evolución independiente como disciplina. Inicialmente el conocimiento se basó en aspectos propios de la profesión que contribuyeron en la salud de las personas, en acciones derivadas de la cultura y sus costumbres (Camargo, 2017, Marriner *et al.*, 2004).

En Chile, la profesionalización de los cuidados comienza a gestarse en 1906, con un programa de formación formal de enfermería hospitalaria para mujeres laicas. En el año 1921,

el gobierno de la época, decretó que todas las escuelas de enfermería cumplieran con condiciones de admisión, planes y programas de estudios de acuerdo a las normas oficiales, de tal manera que las graduadas obtuvieran el Diploma de Enfermera Universitaria concedida por la Universidad de Chile (Núñez *et al.*, 2021).

Llevar el cuidado enfermero a la profesionalización fue un gran avance, lográndose la consolidación de los conceptos propios de la disciplina, con una visión amplia, crítica, autónoma y acorde a las necesidades que demandan las personas y comunidad, posicionando actualmente a los cuidados con la calidad exigida en la atención y bienestar de la sociedad, desde los diferentes roles que asume el profesional en el sistema de salud, contribuyendo además, al continuo desarrollo de la disciplina (Arco *et al.*, 2018; Laguado, 2020).

En el año 2020, se celebró el bicentenario de Florence Nightingale, siendo el Año Internacional de la Enfermería, celebración abruptamente interrumpida por la pandemia por COVID-19. La OMS declara en marzo de ese año que el brote causado por el nuevo coronavirus es una Emergencia de Salud Pública Internacional. Los elementos claves para la lucha contra el COVID - 19 fueron: la vigilancia epidemiológica, las medidas sanitarias y de salud pública, las estrategias de prevención y control de la infección, acciones relacionadas al legado de Florence Nightingale (Organização Panamericana de Saúde, 2020; Ribeiro *et al.*, 2020; World Health Organization, 2020), de este modo, la enfermería moderna evidencia al mundo la importancia del quehacer de los profesionales de enfermería, reforzando la necesidad de continuar desarrollando la profesión y las condiciones de trabajo de los/las enfermeros/as, con el fin de colaborar en la recuperación de los pacientes, promoción de la salud y el bienestar de la población (Ribeiro *et al.*, 2020).

La historia de la profesión deja ver las dificultades y riesgos constantes que ha tenido que afrontar y superar, como los sistemas de salud cambiantes y las distintas formas de abordar la salud y enfermedad de las personas, esto ha permitido transformar y evolucionar la disciplina en lo que es hoy en día. De ahí que la historia continúa aportando en las estrategias que permitirán afrontar nuevos desafíos en el futuro. De ahí que la disciplina enfermera es considerada una ciencia dinámica y global, ya que el estudio del cuidado se da a través del tiempo, en distintas épocas y con distintos cambios sociales y globales que han ocurrido, identificando los factores que influyen en la manera de cuidar en un momento histórico determinado (Laguado, 2020).

La evolución del cuidado hacia la persona, la familia y la comunidad, sanas o enfermas, relacionadas al entorno social, se ha desarrollado desde la práctica de mujeres cuidadoras hasta el cuidado profesional, por lo que actualmente la enfermería posee un cuerpo de conocimiento científico que entregan fundamento a las acciones del cuidado de salud de las personas. La estructura y la organización social han permitido que los cuidados se transformen en procesos sociales con el fin de garantizar su cobertura cuando las personas no pueden realizar el cuidado por sí mismos o requieren de cuidados especializados, con conocimiento científico o técnicas especiales, transformando el cuidado a una responsabilidad social que otorga el significado a los cuidados enfermeros (Dandicourt *et al.*, 2017).

4.2. Dimensión ética del cuidado

La ética del cuidado y la responsabilidad ética son conceptos fundamentales para la práctica de la enfermería, por lo que es necesario incorporar estos conceptos en la presente tesis, puesto que permiten sustentar el marco teórico, el diseño metodológico y el análisis de los resultados desde una perspectiva humanista y crítica, contribuyendo al desarrollo del conocimiento y la calidad de los cuidados de enfermería.

Enfermería es una profesión que realiza una actividad orientada a la prestación de servicios para las personas y comunidad, por lo tanto, posee un valor social y una responsabilidad que deriva de la realización de un bien interno, que otorga y da sentido y legitimidad a la profesión. Enfermería se relaciona directamente con la salud y la enfermedad de las personas, en su condición de vulnerabilidad, a razón de ésta, es necesario una respuesta ética por lo que los cuidados constituyen una forma de responder, de ahí que la enfermería es considerada una práctica moral (Bellver, 2014). En este sentido, surge un importante concepto para la disciplina: la Ética del cuidado, concepto desarrollado por Carol Gilligan y dado a conocer en el año 1983 en su libro “In a different voice: psychological theory and women's development” (Roman, 2020).

El origen de la Ética del cuidado se inicia desde los cuestionamientos de Carol Gilligan hacia Lawrence Kohlberg, acerca de los resultados del estudio del desarrollo moral y los supuestos que conducen hasta la ética de justicia, debido a los resultados que mostraron bajas puntuaciones que recibían las mujeres participantes en sus estudios sobre dilemas éticos, y la definición, por parte de Kohlberg, acerca de los roles tradicionales del hombre y de la mujer:

el hombre se presenta como alguien activo en la toma de decisiones racionales y en la resolución de conflictos, mientras la acción de la mujer se muestra débil e invisible, develando un sesgo por género, por lo que Gilligan puso en duda que el modelo utilizado por Kohlberg fuera universal, ya que a su parecer existían debilidades al momento de fundamentar los juicios y el sentido de identidad que tienen las mujeres (Durán, 2015; Medina, 2016), considerando “una omisión de verdades y una limitación en el desarrollo del concepto de condición humana” (García, 2015).

La investigación de Gilligan consta de tres estudios sistemáticos que exploraron dimensiones distintas de identidad y de desarrollo moral involucrando muestras distintas en cada estudio, obteniendo datos acerca de la identidad, creencias morales, experiencias de conflicto moral, elección y juicio sobre dilemas morales hipotéticos, por lo que obtuvo una visión más clara del desarrollo moral de las mujeres. Gilligan concluye que el desarrollo de la conciencia moral de las mujeres no es deficiente, como lo declaraba Kohlberg, sino que es diferente a la de los hombres, ya que las mujeres tienen otra forma de ver, sentir y expresar la vida moral, así mismo la experiencia está relacionada con la intimidad, el cuidado y el placer de estar con el otro, es decir, la moralidad femenina está relacionada con la preocupación y la responsabilidad por los demás (Durán, 2015; Domínguez *et al.*, 2018).

En definitiva, la investigación de Gilligan, la llevó a encontrar una voz diferente en las mujeres, que ella misma nombraría como ética del cuidado. Esta voz diferente de la moral de las mujeres no se relaciona a diferencias biológicas o innatas entre hombres y mujeres, sino más bien a una socialización distinta. Por lo tanto, Gilligan trata de expandir el ámbito de la moralidad proponiendo la noción de ética del cuidado y sentando las bases para su posterior diálogo y complementación con la ética de la justicia (Medina, 2016).

Gilligan describe como la Ética del cuidado otorga una orientación diferente al desarrollo moral de acuerdo al género, determinando que la ética del cuidado se basa principalmente en sentimientos, empatía, implicación en otras personas y la comprensión del mundo como una red de relaciones interpersonales. Además, desde la ética del cuidado surge un reconocimiento de responsabilidad hacia los otros, es decir el compromiso como forma de ayuda, ya que se relaciona a situaciones reales, tales como las necesidades ajenas, entregar protección, ser responsable y atender al otro, evitando el daño, lo que implica asumir que el ser humano tiene

una obligación moral de ayudar al otro, es decir participar en el bienestar y en la supervivencia del otro (Roman, 2020).

En relación a la propuesta teórica de Gilligan, se han generado debates teóricos relevantes, donde filósofos/as y sociólogos/as han destacado la importancia de las relaciones interpersonales en el cuidado. En este sentido, Yáñez *et al.*, (2021) rescatan en su reflexión teórica, autores como Camps, señalando que más que el deber en el cuidado, lo importante son las relaciones interpersonales y su aplicación situacional, siendo necesario combinar la racionalidad con la emotividad para enfocarse en el compromiso directo y personal con los otros. Asimismo, Lévinas refuerza la importancia de lo emocional en el cuidado, donde la sensibilidad es lo que sostiene la responsabilidad y la vigilancia extrema.

También existen pensamientos distintos a la teoría de la ética del cuidado, Beauchamp y Childress argumentan que es una teoría incompleta ya que no está constituida por un conjunto integrado de reflexiones basándose en un relativismo moral, mientras que Ferrer y Álvarez mencionan que es una simplificación que carece de compromiso con los deberes y el principio de justicia. Por otra parte, Nel Noddings (1984) reflexiona acerca de la ética del cuidado en profesiones como la enfermería, según ella, todas las personas poseen una experiencia de cuidado desde el nacimiento, por lo tanto, es un acto aprendido en la relación familiar y, es así como, al ser cuidados, se aprende a cuidar naturalmente (Massé, 2023).

Maseé (2023), postula que el cuidado natural se encuentra limitado por las relaciones humanas en círculos cerrados, como familia, amigos, conocidos, etcétera, pero al madurar moralmente, el cuidado natural se extiende a aquellas personas conectadas con los íntimos y los extraños cercanos. El cuidado ético implica receptividad, es decir, poseer la capacidad de aceptar al otro, con sus valores, sus deseos, su cultura, etc.; conexión entre los implicados de la relación de cuidado y respuesta hacia el otro, es decir el compromiso que adquiere el cuidador hacia la persona cuidada, el cuidado ético se otorga incluso si es un extraño o un enemigo. De acuerdo a Nel Noddings, el cuidado ético también beneficia al cuidador, que crece personalmente, sin embargo, se considera al cuidado profesional como una relación asimétrica y desigual, que no tiene una verdadera reciprocidad.

Si bien es cierto, la ética del cuidado no es exclusiva de enfermería, pero el cuidado que otorga se basa en los elementos mencionados anteriormente y además éstos la definen como disciplina, cuyo objetivo principal está orientado a producir un bien: el cuidado, es decir, la

atención diligente a otro ser humano que lo necesita. Corresponde a una actitud de cuidado que depende de la sensibilidad ante el sufrimiento o la necesidad de otro ser humano, es una actitud humana que deriva del reconocimiento de las personas como seres humanos, es un sentimiento de solidaridad hacia el otro, la cual corresponde a la base de los comportamientos morales y, por lo tanto, la obligación ética de no dañar deriva del reconocimiento del ser humano como tal (Bellver, 2014).

El cuidado es una actividad esencial para la preservación de la vida, que enfermería realiza hacia personas y comunidades que se pueden encontrar en situaciones de dependencia por diversas causas, por lo que enfermería basa sus acciones en los principios bioéticos, los derechos humanos básicos, el derecho a salud, equidad sanitaria y responsabilidad de los profesionales sanitarios, tal como lo establece el Código de ética profesional de las/los enfermeras/os. Enfermería tiene como objetivo preservar y recuperar la salud de las personas, prevenir las enfermedades, aliviar el dolor y sufrimiento y favorecer la rehabilitación de los pacientes, con calidad, eficiencia y eficacia, debiendo actuar con conocimiento y comprensión de la dimensión moral que rodea a su profesión, e instruir y educar a las nuevas generaciones de profesionales de salud en esta temática. (Amaro, 2014; González *et al.*, 2016; Romero, 2013; Yáñez *et al.*, 2021).

La responsabilidad ética del profesional de enfermería orienta la relación clínica con los sujetos de cuidado en los distintos escenarios de desempeño. Algunos aspectos éticos clave para la práctica son: el registro adecuado, la autonomía y la formación de las enfermeras/os. Estos aspectos varían según el tipo de institución y servicio (Parra *et al.*, 2019). Asimismo, enfermería debe tomar decisiones responsables que afectan a las personas cuidadas, considerando los fines y las consecuencias de sus acciones (Romero, 2013). Por lo que la responsabilidad ética implica seguir criterios científicos y bioéticos, como no hacer daño, hacer el bien, respetar la vida, la salud y los derechos, y actuar con justicia. Así se garantiza una atención sanitaria ética y de calidad (González *et al.*, 2016; Romero, 2013).

Según Sara Fry (2010), la relación enfermera-paciente se fundamenta en valores y principios éticos que guían el acto de cuidado y el proceso de atención de enfermería. Además, la ética profesional es esencial para el reconocimiento social de la disciplina, por lo que la/el enfermera/o debe tener referentes que orienten su actuar profesional conforme a unos estándares aceptados. Los códigos deontológicos son herramientas que facilitan el desarrollo de la

sensibilidad ética y la capacidad para el razonamiento moral de los enfermeros, y que orientan sus acciones para un ejercicio profesional adecuado (Parra *et al.*, 2019).

El ejercicio profesional de la enfermería implica una serie de responsabilidades éticas y morales que se han ido desarrollando y actualizando a lo largo de la historia (Marriner *et al.*, 2000). Desde el primer Código Internacional de Ética de la Profesión en 1953, hasta su actualización en el año 2021, se han establecido los principios y valores que orientan la práctica de las enfermeras en relación con las personas, la profesión, la salud y el entorno. En Chile, el Código de Ética del Colegio de Enfermeras de Chile en el año 2008 se actualiza debido a los cambios relacionados con el avance de la medicina, la investigación científica en salud, además, por los cambios políticos en salud del país, como es la aprobación del artículo 113, donde queda claramente establecido el quehacer de la enfermera en el Código Sanitario. Finalmente, estos códigos buscan regular y autorregular el quehacer de la enfermería en beneficio de la sociedad y adaptarse a los cambios científicos, políticos y sociales que afectan a la salud (Arco *et al.*, 2018).

4.3. Gestión del cuidado

La profesión se puede definir como una actividad que ofrece un servicio a la sociedad, que es exclusiva e indispensable. Se considera exclusiva porque es capaz de resolver dificultades en un área especializada y específica que ninguna otra profesión podría resolver: especificidad funcional profesional. Se considera indispensable porque contribuye a garantizar la vida y el bienestar de las personas. Por lo tanto, una profesión titular es aquella que posee competencias para actuar autónomamente en la provisión del servicio que le corresponde y para organizar su campo de acción con la colaboración de los niveles técnicos y auxiliares pertinentes (Campos *et al.*, 2018), de acuerdo a esta definición, enfermería se constituye como profesión.

Cabe destacar que la identidad enfermera ha ido cambiando desde un rol que se caracterizaba principalmente por una vocación desinteresada económicamente e interesada en la ayuda al otro de forma incondicional, a una nueva etapa en que se mantiene la vocación en el servicio, pero esta vez desde un servicio profesionalizado y más complejo (Chuaqui *et al.*, 2014). La disciplina enfermera ha avanzado en distintas dimensiones, desde la teoría hasta la práctica profesional. Estos avances se deben principalmente al reconocimiento, la

incorporación y la gestión del cuidado en el marco normativo y legal a nivel global, por lo que para la enfermería chilena ha sido un desafío integrar la gestión del cuidado en su quehacer (Ceballos *et al.*, 2015).

Es necesario considerar que la dignidad humana y la protección de la salud de las personas exigen que las profesiones de la salud tengan funciones específicas y diferenciadas, así lo establece el ordenamiento jurídico chileno. La disciplina de enfermería posee un enfoque científico-humanista perteneciente a las ciencias de la salud y posee lenguaje, actuación y objetivos propios, constituyéndose como una profesión regulada bajo marcos y normas legales (Campos *et al.*, 2018).

La historia legal de la profesión comienza en el año 1996, cuando el Colegio de Enfermeras de Chile A.G. adquirió la responsabilidad de formar una comisión de legislación en enfermería, cuya función fue escribir los fundamentos teórico-prácticos que se encuentran en la historia de la ley y que permitieron incorporar a la profesión al Código Sanitario chileno, por lo que la disciplina es incluida en un marco regulatorio de la enfermería en Chile: Código Sanitario libro V, inciso cuarto Artículo 113, 1997, artículo de ley donde se estipula que “los servicios profesionales de la enfermera comprenden la gestión del cuidado en lo relativo a promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente” (Ley 19.536, 1997); Ley N° 19.937 de autoridad Sanitaria y Gestión, febrero 2004; Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud Decreto 140, abril 2005; Norma General Técnico Administrativa N° 19 “Gestión del cuidado de enfermería para la atención cerrada” diciembre 2007 (Ceballos *et al.*, 2015).

Por una parte, el Código Sanitario, en el artículo 113, define las funciones específicas del profesional de enfermería y le aporta una responsabilidad legal en los cuidados (Chuaqui *et al.*, 2014). A su vez la Gestión del Cuidado, para la disciplina enfermera, ha permitido garantizar a la sociedad certeza jurídica y seguridad clínica en su campo de acción, además de permitir la organización y toma de decisiones sanitarias, también permite promover la colaboración interdisciplinar y, asimismo, define su responsabilidad profesional. Por lo tanto, la Subdirección de Gestión del Cuidado, a través de las Unidades de Gestión del Cuidado, tiene facultades y atribuciones en la gestión de los recursos relacionados con la gestión del cuidado de enfermería

y en funciones de gestión y administración del personal de enfermería que se desempeña en las unidades clínicas, incluyendo su dependencia técnica y administrativa, de acuerdo con la Norma Técnica Administrativa N°19 (Campos *et al.*, 2018).

La Norma Técnica Administrativa N°19 establece que, para ejercer la función de gestión del cuidado, “en el desempeño de la función se requerirán conocimientos sobre dirección, gestión, trabajo en equipo e investigación, a fin de garantizar la calidad, seguridad, eficacia y eficiencia, la continuidad y coordinación entre los niveles, los cuidados y, en general, el bienestar de los pacientes” (Ministerio de Salud de Chile, 2007).

En el contexto de la gestión del cuidado, fomentar un entorno seguro se ha convertido en una función esencial de los profesionales de enfermería. La gestión de riesgos y la seguridad del paciente han pasado a conformar aspectos claves para la profesión, debido a los avances y desarrollo de las políticas públicas, la atención en salud, la valoración de la seguridad en la atención y el concepto de riesgo, por lo que estos temas implican desafíos para la formación y para la investigación en enfermería. Además, existe una vinculación ética y jurídica entre la gestión del cuidado y la gestión de riesgo, por lo que la seguridad del paciente se considera un imperativo moral y profesional para la enfermería (Milos *et al.*, 2015).

4.4. Teoría de las necesidades humanas básicas de Wanda Horta

Sistematizar los cuidados de enfermería implica un gran desafío, para ello el profesional de enfermería debe considerar las dimensiones físicas, psicológicas, sociales, espirituales y culturales de la persona a su cuidado, asimismo, necesita planificar acciones, contar con personal adecuado y actualizar sus conocimientos en diversas áreas (Alves *et al.*, 2007), en este sentido la profesión de enfermería basa sus cuidados a partir de la utilización de diferentes modelos elaborados por distintas teoristas de enfermería.

En Brasil, destaca Wanda de Aguiar Horta, considerada un gran aporte para la sistematización de las acciones enfermeras, a través de su propuesta plasmada en el libro “Processo de Enfermagem”, publicado en los años 70 (Gonçalves *et al.*, 2019), Horta desarrolla la Teoría de las Necesidades Humanas Básicas inspirada en la Teoría de la Motivación Humana de Maslow y con la clasificación de João Mohana, de tal manera que propuso una metodología científica para la realización de las actividades de Enfermería llamada Proceso de Enfermería (Gonçalves *et al.*, 2019; Souza *et al.*, 2021).

Es así como Horta, una de las pioneras en la temática del Proceso de Enfermería, inicia la revolución y modernización de la profesión, con la elaboración de su teoría centrada en las necesidades humanas básicas y el Proceso de Enfermería como método de atención, cuyo objetivo principal de ambas propuestas es el de ordenar el cuidado, desde una perspectiva integral y holística, es decir, que se incorporen al cuidado las dimensiones: cuerpo-mente-espíritu (Moura, 2022).

La propuesta de Horta considera la importancia del cuidado humanizado, integral y amplio, reconociendo a la enfermería como ciencia y teoría. Los conceptos que sustentan esta teoría son: ser humano, medio ambiente, salud/enfermedad, necesidades humanas básicas, enfermería, asistencia y cuidado en enfermería. La teoría de las Necesidades Humanas Básicas se apoya en las leyes generales como lo son: el equilibrio la adaptación y el holismo (Souza *et al.*, 2021)

Para contextualizar, la Teoría de la Motivación Humana de Maslow propone la jerarquización de las necesidades humanas, organizándolas desde las más básicas que se relacionan con la supervivencia hasta las más complejas vinculadas con el desarrollo personal (Figura 2). Las necesidades ubicadas en el nivel inferior deben ser satisfechas antes de pasar a las necesidades del siguiente nivel superior. Este marco puede servir a la disciplina para orientar la atención y el cuidado de los pacientes, teniendo en cuenta sus necesidades individuales y contextuales (Gonçalves *et al.*, 2019).

Figura 2. Pirámide de las necesidades humanas básicas



Fuente: Elaborado por Gonçalves dos Santos, Emília C.; de Almeida, Yasmin Saba, 2019. Basado en Maslow, Abraham Harold. Introducción a la psicología del ser. Río de Janeiro: Eldorado, 1962

La Teoría de Wanda Horta, también se basa en la clasificación de João Mohana, clasificando las necesidades en tres dimensiones: psicobiológico, psicosocial y psicoespiritual (Cuadro 5), estableciendo una relación entre los conceptos de ser humano, medio ambiente y enfermería (Gonçalves *et al.*, 2019; Souza *et al.*, 2021).

Cuadro 5. Clasificación de las necesidades humanas básicas

Necesidades Psicobiológicas	Necesidades Psicosociales	Necesidades Espirituales
• Oxigenación • Hidratación • Dormir y descansar • Ejercicio y actividad física • Sexualidad • Refugio • Mecánica corporal • Motilidad • Integridad cutánea y mucosas • Integridad física • Regulación: térmica, hormonal, neurológica, hidrosalina, electrolítica, sistema inmunitario, crecimiento celular, vascular • Locomoción • Percepción: olfativa, visual, auditiva, táctil, gustativo, doloroso • Ambiente • Terapia	• Seguridad • Amar • Libertad • Comunicación • Creatividad • Aprendizaje (educación para la salud) • Gregario • Recreación • Ocio • Espacio • Orientación en tiempo y espacio. • Aceptación • Autorrealización • Autoestima • Participación • Auto imagen • Atención	• Religioso o teológico • Ética o filosofía de vida

Fuente: Horta, Wanda de Aguiar. El Proceso de Enfermería. São Paulo: EPU/EDUSP, 1979.

De acuerdo con la teoría de Horta, la enfermera/o es un miembro esencial del equipo de salud, que, a través del método científico, puede actuar de manera eficaz. Este método conocido como proceso de enfermería consiste en una serie de acciones sistematizadas y que se relacionan entre sí, están orientadas a ayudar al ser humano. Este proceso se divide en seis fases: historia de enfermería, diagnóstico de enfermería, plan asistencial, plan de cuidados o prescripción de enfermería, evolución y pronóstico (Horta, 1979). Desarrollando y aplicando estas fases se podrá entregar una atención de enfermería de calidad y segura para el paciente (Perao *et al.*, 2017).

En el contexto de la propuesta de abordar como tema de estudio el significado del uso de guías de buenas prácticas en la prevención de eventos adversos, es pertinente reflexionar sobre la seguridad del paciente desde el punto de vista de la teoría de Wanda Horta, la cual aborda las necesidades humanas básicas holística e integralmente, y de acuerdo con Perao *et al.* (2017), los elementos constitutivos de la teoría de Horta pueden explicar, fundamentar y dar sentido a las realidades en el entorno de instituciones de salud y al contexto.

4.5. Calidad y seguridad de la atención de salud y eventos adversos

Actualmente, la dignidad de la persona, la evidencia científica, la gestión del riesgo y la valoración de la seguridad en la asistencia son principios que orientan el cuidado, la atención de salud y las políticas públicas sanitarias. Estos principios implican que la gestión de riesgos y la seguridad de la atención del paciente sean una prioridad en el quehacer de enfermería, un desafío para la formación académica profesional (pre y post grado) y una gran oportunidad para el campo de investigación (Milos *et al.*, 2015). Los profesionales de enfermería, responsables de la gestión del cuidado, aplican el juicio profesional para planificar, organizar y controlar la entrega de cuidados: directos, oportunos, seguros, integrales, continuos y personalizados, en el marco de la atención en salud (Ministerio de Salud, 2007), además, el Consejo Internacional de Enfermeras (2021), en el Código de ética para las enfermeras, determina que el cuidado seguro es una de las funciones esenciales de las/los enfermeras/os.

La OMS (2019) define la seguridad del paciente como una rama de la salud que busca evitar y minimizar los riesgos, errores y daños que pueden ocurrir en los centros sanitarios. Se basa en el aprendizaje constante de las fallas y las situaciones adversas. Surge por los avances en la tecnología médica y de salud con una mayor complejidad de los servicios de salud, seguido del aumento de daño, que sufren los usuarios, asociado a la atención sanitaria.

La seguridad del paciente es un concepto integral que abarca el bienestar físico, emocional y social. Implica no solo cumplir con las normas, sino también prevenir, evaluar y gestionar los riesgos, así como asumir sus consecuencias. El equipo de enfermería otorga un entorno seguro y cuidados humanizados, basados en la evidencia científica, los que deben generar confianza y seguridad en los pacientes. Asimismo, los profesionales de enfermería deben fomentar la comunicación efectiva para promover transversalmente los valores humanos

y profesionales que el grupo comparte, con el fin de asegurar servicios humanizados y seguros (Milos *et al.*, 2015).

La seguridad del paciente constituye una serie de desafíos que los profesionales sanitarios deben reconocer a través de la mejora del cuidado libre de daños, dirigidos por la eficacia, la eficiencia, el conocimiento y la pertenencia de las tecnologías modernas (Zárate *et al.*, 2017). A su vez, la norma 0002 (Ministerio de Salud, S/Fb), se refiere a que la seguridad en salud es un proceso que consiste en conocer los riesgos que pueden producir un evento adverso, eliminar los riesgos innecesarios y prevenir todo riesgo evitable, lo que se logra a través de intervenciones basadas en evidencia científica cuya eficacia es demostrable.

La calidad de la atención sanitaria depende de la seguridad de los pacientes, cuya responsabilidad implica a toda la organización sanitaria y a sus profesionales. La enfermería tiene un rol clave en este aspecto, pues sus cuidados están relacionados con las estrategias y evaluaciones de seguridad (Ayuso *et al.*, 2017). Asimismo, fomentar un entorno seguro durante la atención sanitaria es una de las funciones fundamentales de la disciplina, es así como la seguridad en la atención se posiciona cada vez más en un lugar central de la gestión del cuidado (Milos *et al.*, 2015).

Barreto *et al.*, (2020) en su estudio acerca de eventos adversos en pacientes hospitalizados reportados por enfermería intensiva, reveló que los profesionales enfermeros fijan los conceptos de seguridad del paciente en la dinámica y la organización del desarrollo de su trabajo a través de estrategias, como el uso de listas de verificación, para realizar intervenciones que permiten garantizar un cuidado seguro hacia el paciente, basado en el conocimiento científico y estrategias de gestión de riesgos, lo que permite determinar barreras para el desarrollo de intervenciones e identificar oportunidades de mejora.

El Ministerio de Salud chileno (2018) determina que una óptima calidad de atención sanitaria se traduce en la capacidad de satisfacer las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de las personas o comunidades con los recursos disponibles (humanos y otros), de forma eficaz y libre de daño. La seguridad sanitaria es el principal eje de la calidad de atención e implica reconocer y prevenir los riesgos de eventos adversos, ya que estos pueden afectar a los prestadores y a los usuarios de los servicios sanitarios. Los eventos adversos son frecuentes y muchos de ellos poseen un alto costo para las instituciones, e incluso pueden provocar muertes evitables.

En Chile, la Ley 20.584 Artículo 4 (Ministerio de Salud, 2012a), garantiza el derecho de las personas a recibir una atención de salud segura y de calidad, de acuerdo a las Normas que regulan la prevención y el manejo de los eventos adversos en las prestaciones otorgadas. La Norma 0001 y 0002 (Ministerio de Salud, S/Fc; Ministerio de Salud, S/Fb), definen como evento adverso “cualquier situación o acontecimiento inesperado, relacionado con la atención sanitaria recibida por el paciente que tiene, o puede tener, consecuencias negativas para el mismo y que no está relacionado con el curso natural de la enfermedad”, asimismo, el evento centinela corresponde a un “suceso inesperado que puede producir la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas, o el riesgo potencial de que esto ocurra”

El Ministerio de Salud (2018) cuenta con el Programa de Calidad y Seguridad de la Atención, cuyo propósito busca mejorar la calidad y seguridad del paciente a través del diseño e implementación de planes, programas y políticas públicas para toda la red asistencial, además determina que la calidad de la atención y la seguridad del paciente constituye una obligación ética, técnica y legal de todas las personas que otorgan prestaciones de salud exigiendo y monitorizando el cumplimiento de las normas de calidad y seguridad a través de evidencias de efectividad de la atención prestada, utilizando estrategias de seguimiento de reportes de resultado de mediciones de indicadores de dichas normas.

Un evento importante a considerar es la pandemia por SARS-CoV-2, la cual representó una grave amenaza para la seguridad del paciente, evidenciando la fragilidad de importantes características de la calidad en salud tales como: la adecuación, seguridad, acceso, oportunidad y efectividad. La crisis sanitaria mundial planteó el reto de mejorar la calidad de la atención y la consolidación de buenas prácticas en salud a través de la inversión en organizaciones seguras, la gestión responsable y el cumplimiento de los estándares de calidad, para lo cual es necesario contar con el equipo tecnológico adecuado y suficiente, dotación de personal adecuado y capacitado, atención sanitaria basada en evidencia científica y disponibilidad de protocolos actualizados, elementos que garantizan la seguridad del paciente en diferentes contextos de salud y que constituyen una responsabilidad compartida por diferentes sectores: gobiernos, sociedad y organizaciones sanitarias (Pessoa *et al.*, 2022).

La calidad de las atenciones en una institución puede ser medida a través de indicadores de estructura, proceso o resultado. Estos indicadores permiten identificar las áreas que necesitan mejorar y diseñar acciones para lograrlo. Entre las dimensiones de la calidad, la seguridad es

una de las más relevantes, ya que afecta directamente al estado de salud de los pacientes. Los sistemas de salud deben prevenir los eventos que pueden causar daños a los pacientes y otorgar atenciones más seguras (Ministerio de Salud, 2018).

4.5.1. Eventos adversos

En este apartado se tratarán los eventos adversos que presentan mayor frecuencia y que se relacionan directamente a las guías de buenas prácticas que se implementarán en el Hospital Clínico Magallanes permitiendo mejorar los indicadores de salud y estándares de calidad y seguridad de la atención y cuidados dirigidos a los pacientes y familia.

El informe “Errar es humano” elaborado por el Instituto de Medicina de Estados Unidos en el año 1999, dejó en evidencia casos graves de eventos adversos, concluyendo que los casos de atención insegura y daño al paciente son solo una muestra de un problema mayor, ya que por cada uno que se registra y se difunde, es probable que haya muchos otros que, o no se detectan, o aun causando daño al paciente se atribuyen a la casualidad y no a que serían evitables, entendiendo que la atención insegura y el daño al paciente es el resultado de múltiples fallas en la forma en que los sistemas de salud estaban organizados y coordinados, más allá de una falla humana o individual. La visión sistémica de la ocurrencia de eventos adversos en salud es un enfoque clave para la implementación de prácticas seguras (Ministerio de Salud, 2018).

La atención sanitaria insegura es un problema grave y en aumento que afecta a la salud pública mundial y provoca muerte, discapacidad y sufrimiento evitables. Los incidentes de seguridad de los pacientes tienen consecuencias negativas para quienes la sufren, sus familias, los profesionales de la salud y los sistemas sanitarios. De ahí radica la importancia de prevenir y gestionar estos incidentes con responsabilidad y transparencia (Organização Mundial da Saúde, 2021).

Chile carece de estudios que permitan conocer la frecuencia con que se producen eventos adversos, aunque existen algunas investigaciones que se enfocan en ciertos servicios clínicos (Ministerio de Salud, 2018). Sin embargo, se estima que la atención en salud insegura causa daños y muertes a muchos pacientes a nivel mundial, sobre todo en países de escasos recursos económicos. Estudios indican que el 10% de los pacientes en países con altos ingresos per cápita sufren algún error médico en el hospital, mientras que, en países pobres, se producen 134 millones de errores médicos al año, provocando 2,6 millones de muertes. El impacto social

y económico de estos errores es enorme, entre 1 y 2 billones de dólares al año (Organização Mundial da Saúde, 2021).

El proceso de atención debe evitar daños que puedan afectar a las personas, puesto que se trata de una responsabilidad ética, técnica y legal, así lo establece la Ley 20.584/2012 en su artículo 4° 2. A partir de esta ley, el Ministerio de Salud chileno tiene el deber de regular la calidad y seguridad de la atención (Ministerio de Salud, 2023).

En el Hospital Clínico Magallanes, la prevención de eventos adversos es una prioridad que se aborda con un enfoque proactivo y sistemático. Las lesiones por presión, las caídas y complicaciones asociadas al uso de accesos vasculares son identificados como los principales riesgos para los pacientes, y su prevención se considera esencial para garantizar la seguridad y la calidad de la atención médica. El vínculo de las políticas sanitarias del Hospital Clínico Magallanes con un programa reconocido internacionalmente (BPSO/RNAO) demuestra el compromiso de la institución con la prevención de eventos adversos reflejando su dedicación a la excelencia en la atención sanitaria y su responsabilidad hacia la comunidad que sirve.

En este sentido, estudios han demostrado que la implementación, el uso de guías de práctica clínica y la adherencia a las recomendaciones constituyen indicadores fiables de la calidad de la atención. Genera un efecto positivo en la calidad de los cuidados con resultados positivos en la salud y la atención de las personas (Arza *et al.*, 2019; Granados *et al.*, 2020; Suffler, 2025)

Como se mencionó al inicio de este apartado, tiene pertinencia tratar los eventos adversos relacionados a: lesiones por presión; caídas y complicaciones derivadas del uso de dispositivos para accesos vasculares.

4.5.1.1. Evento adverso: Lesiones por presión

El Grupo Consultivo Nacional para las Úlceras por Presión de Estados Unidos (National Pressure Ulcer Advisory Panel, NPUAP) define la lesión por presión (LPP) como:

Daño localizado en la piel y/o en el tejido blando subyacente, habitualmente sobre una prominencia ósea o derivado de un dispositivo médico o de otro tipo. La lesión puede presentarse como piel intacta o como úlcera abierta y ser dolorosa. Se produce como resultado de una presión intensa y/o prolongada o debido a una presión en combinación con cizallamiento. En la tolerancia de los tejidos blandos a la presión y

el cizallamiento también pueden influir el microclima, la nutrición, la perfusión, las comorbilidades y el estado de dichos tejidos (RNAO, 2016).

Las LPP constituyen una complicación grave que afecta a pacientes hospitalizados, su aparición es rápida, pero su recuperación es lenta y difícil. Su prevención y tratamiento son un indicador de calidad de atención y un desafío para la salud pública, ya que tienen consecuencias negativas para la vida y el bienestar de los pacientes, sus familias o redes de apoyo, los profesionales sanitarios y el sistema de salud (Ministerio de Salud, 2023).

La prevalencia global de LPP en personas hospitalizadas se ha estimado en 12,8% y la incidencia en 5,4 por 10.000 pacientes, aunque hay variaciones entre países que van desde 7,8 hasta 40% de LPP entre los pacientes de un hospital. En Chile, un estudio realizado el año 2019 en un hospital de alta complejidad evidenció una incidencia local de LPP de un 0,79%. Se estima que las LPP relacionadas con el uso de un dispositivo médico, presentan una incidencia acumulada y prevalencia de 12% y 10%, respectivamente, la incidencia varía de acuerdo al tipo de servicio clínico y el perfil del paciente (Ministerio de Salud, 2023).

El estudio de Flores *et al.* (2020), utilizó como variable de interés el número de LPP por servicios. Se observó que los servicios de UCI, cirugía general, medicina interna y obstetricia tuvieron las mayores frecuencias de LPP en relación al total de pacientes, además, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre las LPP y los servicios analizados. Los autores consideran que la prevención de las LPP es un asunto relevante para el sistema hospitalario, ya que implica evitar un deterioro significativo de la calidad de vida de los pacientes, siendo necesario una atención adecuada y oportuna que reduzca el riesgo de desarrollar estas lesiones.

De acuerdo con la Orientación técnica sobre prevención de lesiones por presión (Ministerio de Salud, 2023), recomienda evaluar el nivel de riesgo de que el paciente desarrolle una LPP, utilizando un instrumento estandarizado de valoración del riesgo (escalas validadas) y hacer una valoración completa de la piel mediante el examen físico realizado por personal calificado. Además, orienta en relación a las medidas preventivas destinadas a la población objetivo en general, tales como cambios de posición con frecuencia, el uso de usar superficies especiales de manejo de presión adecuada al nivel de riesgo del paciente, protección de zonas más vulnerables a la fricción y cizalla con espumas de poliuretano, entre otras, y a la población especial como los pacientes con dispositivos médicos en contacto directo con la piel o mucosas,

pacientes quirúrgicos, pacientes neonatos y lactantes, pacientes en estado crítico y pacientes de unidades de emergencia, con las respectivas medidas de prevención específicas para cada caso, quedando claro que los cuidados se realizan de manera individual.

La prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las lesiones cutáneas son funciones esenciales del profesional de enfermería que atiende a los pacientes que las padecen. El profesional de enfermería debe evaluar los factores de riesgo que pueden provocar o aumentar la gravedad de estas lesiones y otorgar el tratamiento más adecuado según el tipo y la gravedad de la lesión, así como las posibles complicaciones que puedan surgir (García *et al.*, 2023).

En este sentido, la literatura demuestra que el uso de guías de buenas prácticas y su sostenibilidad mejora la adherencia a las recomendaciones como la reevaluación de riesgo de LPP posterior al ingreso, el uso de superficie especial de manejo de presión, entre otras, contribuyendo en el mantenimiento o mejora de los resultados en el tiempo, relacionados con la valoración y prevención de las LPP, impactando positivamente en los indicadores de calidad asistencial (Bocos *et al.*, 2023; Lorente *et al.*, 2020; Monosís *et al.*, 2021; Morales *et al.*, 2021; Romero *et al.*, 2023)

4.5.1.2. Evento adverso: Caídas

La caída se define como un cambio de la posición corporal de una persona, involuntario, provocando un descenso a un nivel más bajo que en el que se encontraba originalmente, y se puede presentar mientras está en bipedestación, sentada o acostada, o con necesidad de algún tipo de apoyo para mantenerse (World Health Organization, 2019). Las consecuencias de una caída son variables desde lesiones leves (erosiones, heridas menores) a lesiones graves severas (traumatismo encéfalo craneano, fracturas, muerte) (Ministerio de Salud, S/Fd).

Cabe destacar que las caídas en el medio hospitalario son uno de los incidentes de seguridad que se dan con mayor frecuencia, por lo que constituyen un importante problema de salud, ya que su prevalencia es alta y sus consecuencias pueden llegar a ser graves, consecuencias a nivel físico, funcional, psicológica o económica, además, el daño producido puede ser temporal o permanente en la salud de los pacientes, comprometiendo su calidad de vida y la de sus familiares (Gutiérrez *et al.*, 2022; Abreu *et al.*, 2015). Estos eventos tienen un impacto negativo en la salud y la calidad de vida de las personas que los sufren, así como en los sistemas sanitarios que los atienden, tratándose de un desafío global de salud pública, puesto

que las caídas son la segunda causa de muerte por lesiones accidentales (Carmo *et al.*, 2020; World Health Organization, 2019).

En el contexto sanitario, las caídas generan complicaciones, restricciones, aumento de días/cama y aumento de los gastos sanitarios, junto a las implicaciones éticas y jurídicas para el centro, según esto, las repercusiones no sólo son físicas, sino también psico-sociales, como el temor de un nuevo evento, la disminución de la autoestima y la confianza para caminar sin riesgo, la depresión y el incremento de las tasas de (re) ingreso (Abreau *et al.*, 2015; Luzia *et al.*, 2018).

Las caídas son multicausales, dependen de factores tanto internos como externos al individuo. Los factores internos se relacionan con las características propias de la persona, por ejemplo: edad avanzada, estado mental alterado, algunas enfermedades médicas, debilidad muscular general o de extremidades inferiores, dificultad para deambular, la incontinencia urinaria, el historial de caídas previas o los problemas sensoriales. Mientras que los factores externos se refieren al ambiente físico y al tratamiento farmacológico que reciben, es decir, las condiciones del entorno donde ocurren las caídas y el uso de medicamentos que aumentan el riesgo de caídas (Aranda *et al.*, 2015; Miyares, 2014).

Las caídas en pacientes de edad avanzada tienen consecuencias importantes, como las fracturas, deterioro funcional y mortalidad (Wu *et al.*, 2022). Dentro de las causas que más afectan a las personas mayores a sufrir caídas son dificultades para deambular, la polifarmacia, las enfermedades que padecen y la falta de ayuda cuando la necesitan por parte del personal de enfermería. El entorno físico inadecuado, también se considera factor de riesgo frente a caídas, como por ejemplo un entorno con ausencia de barras de apoyo o la no utilización de barandas en la cama (Herdman *et al.*, 2021).

En Chile, el Ministerio de Salud reconoce que las caídas de pacientes son un evento adverso muy frecuente en hospitales de agudos y de larga estadía, por lo que se realizan intervenciones para evaluar el impacto de normas nacionales relacionadas a la seguridad y calidad de la atención en salud. La Superintendencia de Salud, en el año 2019, publicó resultados de la Encuesta de Indicadores de Seguridad de la Atención en Prestadores de Atención Cerrada de alta complejidad a nivel nacional 2017, destacando que 104 prestadores reportaron evaluar incidencia de caídas durante el año 2017 (47 del ámbito público y 57 del

ámbito privado); se notificaron 4.731 caídas durante el año 2017, con una incidencia de caídas que se ha mantenido estable desde el año 2014.

Cabe destacar que, en Chile, en el año 2004, la Ley N°19.966 del Régimen de Garantías Explícitas en Salud, incorporó el concepto de calidad en la atención, exigiendo la acreditación para las instituciones de salud públicas y privadas, una iniciativa pionera en Latinoamérica en el ámbito de la seguridad y calidad asistencial. Es así como surge en el año 2007 la política pública del Sistema Nacional de Acreditación en Salud con el objetivo de garantizar la calidad de las prestaciones sanitarias y así cumplir con la Garantía de Calidad GES. La acreditación es otorgada una vez que se verifica que la institución ha cumplido con una serie de requisitos que aseguran la seguridad de las atenciones, los cuales están definidos en los distintos "Estándares de Acreditación" que el MINSAL ha determinado (Ministerio de Salud, 2018), exigiéndose, en el Ámbito 3, Gestión Clínica 2.2, medidas de prevención de caídas de pacientes, úlceras por presión, entre otras.

Enfermería cumple un rol importante en la prevención de los eventos adversos, desde la responsabilidad de enfermería, Gordillo *et al.*, (2025) concluye que el personal de enfermería requiere conocer sobre los factores de riesgo asociados a las caídas y poseer un manejo adecuado de herramientas de valoración de riesgo, ya que esto genera cuidados seguros en el paciente revelando la importancia en la prevención de eventos adversos dentro del entorno hospitalario.

Asimismo, estudios coinciden en que el uso de guías de buenas prácticas reduce el riesgo de incidencia de caídas y sus consecuencias, promueve el uso de recomendaciones basada en evidencia, mejorando la calidad de vida de las personas que se encuentran en riesgo y optimizando los recursos del sistema sanitario (Coltters *et al.*, 2020; Gordillo *et al.*, 2025; Martín *et al.*, 2023).

4.5.1.3. Evento adverso: complicaciones derivadas del uso de dispositivos para accesos vasculares

El dispositivo para accesos vasculares consiste en un catéter el cual se inserta en venas centrales o periféricas o en arterias, quedan implantados bajo la piel, permitiendo infundir líquidos y medicamentos o monitorizar la hemodinamia del paciente, como en el caso de la línea arterial. Los catéteres venosos periféricos son dispositivos ampliamente utilizados en el

ambiente hospitalario, por lo que los pacientes se encuentran propensos a sufrir complicaciones o eventos adversos durante la hospitalización por deficiencias en el manejo y/o mantención de dicho dispositivo (Conceição *et al.*, 2025; Hospital Clínico San Francisco – Pucón, 2022; Registered Nurses' Association of Ontario, 2021).

Ramírez *et al.*, (2025) describió en su estudio, relacionado a eventos adversos asociados a accesos vasculares en personas hospitalizadas, que el 33,8% catéteres venosos periféricos presentaron un evento adverso que exigió el retiro de éste, siendo los principales eventos adversos observados: infiltración/extravasación sin daño tisular 9,2%, seguida de flebitis 7,7% y auto retiro por el paciente 4%.

Diversas son las causas que pueden producir la aparición de eventos adversos asociado a dispositivos de acceso vascular, entre ellas, la administración de antibióticos, falta de higienización y antisepsia de la piel, mala elección del equipo de canalización y/o del sitio de localización de la venopunción y el desconocimiento del personal en salud (Mosquera *et al.*, 2022). En este sentido, el rol de enfermería en el cuidado de los accesos vasculares es fundamental para mejorar la calidad del cuidado y la seguridad del paciente a través de una adecuada formación y monitorización de buenas prácticas a los profesionales de enfermería (Casanova *et al.*, 2025).

Varios estudios sugieren el uso de guías de buenas prácticas como estrategias seguras para la prevención de complicaciones secundarias a accesos vasculares. Es necesaria la actualización permanente en esta temática, ya que el uso de evidencia mejora las habilidades y las competencias del personal, mejora la satisfacción laboral, facilita la adopción de nuevas tecnologías y reduce los riesgos y complicaciones en torno a el uso de accesos vasculares (Baracaldo, 2020; Buchanan *et al.*, 2023; Malpica *et al.*, 2024).

4.6. Guías de Buenas Prácticas en salud

El concepto de buenas prácticas surge en el área de la salud a inicios del siglo XXI, como una forma de identificar y difundir intervenciones que demuestran ser efectivas, eficientes y pertinentes en contextos y situaciones específicas (Organización Mundial de la Salud, 2008; Pendón *et al.*, 2020). El propósito es generar conocimiento aplicable y transferible a la solución de problemas de salud similares en distintos escenarios. Mejorar la calidad del cuidado y orientar la práctica profesional, son los principios en que se basa este modelo de práctica, cuya

perspectiva es desde la mirada de la ética y el respeto a la persona, la atención de las necesidades de los pacientes y sus familias, la evidencia científica y la excelencia clínica. Los pilares que sustentan el enfoque del modelo de buenas prácticas son: los mejores resultados de la investigación científica, la experiencia clínica y las necesidades del paciente y familia (Organización Mundial de la Salud, 2008; Vieira *et al.*, 2019).

Por lo tanto, las mejores prácticas en salud son aquellas que aplican métodos y recursos de calidad para lograr y mejorar los objetivos de salud y conocimiento en el contexto donde se realizan, conformando el pilar para la construcción de ese sistema y la unión de bases teóricas con la práctica clínica. La mejor práctica clínica se basa en evidencia científica, principios éticos y valores humanos (Bitencourt *et al.*, 2020; Brandão *et al.*, 2019).

La OMS define a las guías como recomendaciones contenidas en documentos cuyo objetivo es orientar sobre las intervenciones de salud más adecuadas, a nivel clínico como también de salud pública o políticas sanitarias. Las recomendaciones ofrecen información sobre las opciones disponibles y sus consecuencias para la salud y la utilización de los recursos. El objetivo de las recomendaciones es ayudar a los proveedores y receptores de la atención sanitaria y a otros actores relevantes, en la toma de decisiones basadas en la evidencia (World Health Organization, 2012). Las guías cumplen con la función de ofrecer recomendaciones basadas en evidencia y buenas prácticas para el diseño e implementación de políticas y programas de salud, por lo que es necesario contar con estas herramientas para orientar los aspectos financieros, políticos y de servicios que se requieren para lograr un sistema de salud sostenible y sólido (Breneol *et al.*, 2022).

En relación a las ventajas de utilizar Guías de Práctica Clínica (GPC) es que éstas son fundamentales para los profesionales de la salud, ya que proporcionan una base de evidencia científica que ayudan a unificar criterios y elevar la calidad de la atención sanitaria. Estas guías no solo ahorran tiempo al ofrecer conocimiento organizado, sino que también se adaptan a las condiciones locales, asegurando una atención relevante y factible. La implicación del personal en su desarrollo garantiza que las GPC sean aplicables y efectivas en la práctica cotidiana, contribuyendo a la eficiencia en la gestión de recursos y al control de costos, manteniendo un alto estándar de cuidado médico (Manterola *et al.*, 2019; Maya *et al.*, 2021).

Las GPC no están exentas de desventajas, un análisis de entrevistas revela que la falta de actualización en las guías limita su aplicabilidad en tratamientos iniciales, forzando a los

profesionales de la salud a buscar información adicional para casos especializados. En México se critica la falta de coherencia entre las Normas Oficiales Mexicanas y las GPC, así como las contradicciones encontradas en algunas GPC. Además, se identifica que, sin estrategias proactivas como recordatorios y auditorías, las intervenciones no logran cambiar comportamientos debido a la resistencia de los profesionales a nuevas prácticas, lo que representa un desafío para la implementación de recomendaciones actualizadas (Manterola *et al.*, 2019; Maya *et al.*, 2021).

Las guías o pautas de buenas prácticas deben ser implementadas o implantadas a través de estrategias de implementación y adaptación de manera efectiva, ya que así se facilita la adopción de intervenciones recomendadas por la evidencia (Breneol *et al.*, 2022). Las estrategias de implementación consisten en cualquier “método o técnica utilizada para mejorar la adaptación, implementación y sostenibilidad” (Proctor *et al.*, 2013), mientras que las estrategias de adaptación consisten en un "proceso de alteración reflexiva y deliberada del diseño o la ejecución de una intervención, con el objetivo de mejorar su ajuste o eficacia en un contexto dado" (Wiltsey *et al.*, 2019).

Las estrategias de implementación y/o adaptación de guías basadas en la evidencia se encuentran influenciadas por barreras o facilitadores durante todo el proceso. Las barreras más comunes son: falta de dotación del personal, disminución del trabajo en equipo, brechas del conocimiento, limitación del tiempo, recursos, entre otros; mientras que los facilitadores para implementación y adaptación se encuentran: el liderazgo, el conocimiento, las competencias, la educación superior, las estrategias, los protocolos, el trabajo en equipo, el tiempo adecuado para el trabajo, entre otros (McArthur *et al.*, 2021; Suva *et al.*, 2018).

Otros estudios muestran que la implementación de resultados de investigación en la práctica clínica enfrenta barreras personales como la resistencia al cambio y la falta de formación, así como obstáculos organizacionales que incluyen la colaboración entre colegas y el apoyo financiero. La superación de estas barreras es crucial para una atención al paciente impactante y efectiva. Además, la gestión eficaz en la salud requiere liderazgo fuerte, integración de programas y enfoque en la innovación. Para las GPC, se necesita simplificar su aplicación y mejorar la formación en interpretación de evidencia, abordando la falta de tiempo y conocimiento crítico (Castro *et al.*, 2023; Cura *et al.*, 2024; Gutiérrez *et al.*, 2015).

La implementación efectiva de guías se ve reforzada por factores (facilitadores) como la motivación personal, el conocimiento y el modelo de práctica del tutor. La claridad, brevedad y disponibilidad en varios formatos son esenciales para su utilidad. Estas guías, diseñadas con un lenguaje accesible y un enfoque práctico, son valoradas por médicos y enfermeras por su claridad, didáctica y especificidad, facilitando así la consulta rápida y la adaptación a contextos locales. Además, el uso de las GPC proporciona una base sólida y confiable para la toma de decisiones clínicas, asegurando la calidad y la seguridad en la atención sanitaria (Cura *et al.*, 2024; Gutiérrez *et al.*, 2015; Maya *et al.*, 2021).

McArthur *et al.*, (2021) sugiere que los grupos que diseñan guías de intervenciones se aseguren de respaldar la implementación de dichas guías asumiendo las barreras y facilitadores para garantizar el éxito de la aceptación de la guía antes de su implementación, identificando previamente posibles obstáculos que podrían afectar el éxito del proceso. Además, la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario recomienda la identificación proactiva de facilitadores y barreras, ya que se considera crucial para el éxito de cualquier proyecto de implementación. Al reconocer los elementos que pueden promover o impedir el progreso, se pueden diseñar estrategias más robustas y adaptativas. La participación activa de todas las partes interesadas proporciona una comprensión más profunda del contexto local, lo que es esencial para anticipar desafíos y adaptarse a los cambios.

Este enfoque dinámico y reflexivo asegura una mayor resiliencia y flexibilidad en el proceso de implementación, aumentando significativamente las probabilidades de éxito (Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario, 2012). Según el estudio de Peters *et al.*, (2022), la tendencia actual, en relación al uso de estrategias de implementación y adaptación de guías, es que existen una mayor cantidad de estudios que utilizan procesos para seleccionar y adaptar las intervenciones, en comparación con revisiones anteriores realizadas por los mismos.

Desde la mirada de la disciplina enfermera, diversos estudios demuestran que la implantación e implementación de modelos de buenas prácticas son un reto y una oportunidad para el desarrollo y crecimiento profesional de la enfermería, puesto que requiere de una alta participación y compromiso de los profesionales enfermeros de acuerdo a los aspectos que integran el conjunto de principios de la profesionalidad. Además, el trabajo en equipo de los profesionales asistenciales junto a los profesionales académicos se considera fundamental para el desarrollo del proceso de implementación de modelos de buenas prácticas en el área

asistencial ya que permiten diversas propuestas para el cuidado con autonomía profesional y con bases científicas (Benedet *et al.*, 2018; Pendón *et al.*, 2020; Santos *et al.*, 2020).

Algunos autores coinciden en que la práctica guiada por la teoría de enfermería actual puede ayudar a mejorar la calidad de la atención, puesto que permite a los profesionales articular el quehacer de enfermería con fundamentos científicos. Una de las mejores estrategias para el logro de la excelencia de los cuidados es la utilización de la Enfermería basada en la evidencia (EBE) que es definida como:

La aplicación consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica disponible relativa al conocimiento enfermero para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes, teniendo en cuenta sus preferencias y valores, e incorporando la pericia profesional en esta toma de decisiones (Alonso *et al.*, 2004, p.11)

La EBE es una herramienta esencial para los profesionales enfermeros del área clínica, ya que permite ofrecer una atención de calidad a los pacientes y sus familias basada en evidencias científicas que demuestran su eficacia y utilidad, provenientes de investigaciones previas, que permiten al profesional elegir, aplicar y evaluar las intervenciones de enfermería más adecuadas para cada situación, por lo que la EBE contribuye a la gestión del cuidado, fomentado el cuidado adecuado y eficaz, reduciendo las probabilidades de cometer errores relacionados con la práctica (Rodríguez *et al.*, 2011).

Es así como la investigación en enfermería contribuye a generar esta evidencia mediante el desarrollo de estudios que describen, explican, predicen y modifican los fenómenos relacionados con la salud y el cuidado (Grove *et al.*, 2019). Así mismo, Brandão *et al.*, (2019), sugieren que la disciplina debe continuar orientando su práctica con base en la teoría de enfermería y la evaluación de la efectividad de esa práctica guiada por ella. Las guías, basadas en evidencia científica, constituyen un apoyo para el trabajo enfermero ya que presentan un conjunto de intervenciones óptimas para la atención de salud, su utilización otorga seguridad en la atención y una disminución de efectos adversos asociados a la atención (Gaspar *et al.*, 2019; Schoberer *et al.*, 2022).

4.7. Programa de guías de buenas prácticas (RNAO)

En este estudio es relevante presentar el Programa de guías de buenas prácticas (GBP) de la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (RNAO), ya que esta asociación

constituye una de las organizaciones más importantes para el desarrollo e implementación de guías de buenas prácticas, además, es pertinente incluir esta temática ya que el Hospital Clínico Magallanes actualmente tiene el compromiso de poner en práctica recomendaciones contenidas en las GBP de esta organización.

El Programa de Guías de Buenas Prácticas es un programa de directrices sobre mejores prácticas, se lanzó en el año 1999 por la RNAO, bajo la dirección de la Dra. Doris Grinspun, es un programa subvencionado por el servicio del Ministerio de Salud de Ontario para promover cuidados de enfermería de excelente calidad. El propósito del programa es apoyar a las y los enfermeros y otros profesionales sanitarios otorgándoles guías de buenas prácticas basadas en evidencia para realizar el cuidado de pacientes en todos los niveles de salud. Está dirigido a instituciones sanitarias y académicas (Cortés *et al.*, 2016).

El compromiso con el programa se debe a los líderes tanto internos de la RNAO como los líderes externos. Los líderes que se encuentran dentro de la RNAO tienen la responsabilidad del trabajo en el desarrollo de las guías de buenas prácticas en relación a la implementación y evaluación de su impacto en los pacientes y organizaciones sanitarias y académicas que las implementan. Los líderes externos a la RNAO se encuentran en los centros comprometidos con la Excelencia quienes se encuentran guiados por los líderes internos de la RNAO y los Champions (Grinspun, 2020a; Grinspun, 2020b).

Grinspun (2021), señala que las metas del programa son: 1) Mejorar la coherencia y la calidad de la atención enfermera; 2) Mejorar el acceso a servicios de enfermería de calidad y 3) Difundir los recursos lo más ampliamente posible para maximizar los beneficios a pacientes, enfermeras y sistema sanitario. En cuanto a los objetivos del programa son: 1) Desarrollar cada año por lo menos una nueva guía de buenas prácticas; 2) Examinar y revisar las guías de buenas prácticas cada 5 años; 3) Desarrollar mecanismos de difusión e implantación efectivos para garantizar la adopción y la sostenibilidad de las guías de buenas prácticas y 4) Evaluar los procesos de desarrollo, difusión e implantación, así como los resultados asociados a las guías de buenas prácticas.

De acuerdo con la RNAO (2012), el Programa Guías de Buenas Prácticas, incluye tres pilares que juntos proporcionan resultados positivos para personas, familias, proveedores de salud, organizaciones y el sistema de salud, estos son: 1) Desarrollo de directrices; 2) Difusión, implementación y sostenibilidad y 3) Monitoreo y evaluación.

Las Guías de Buenas Prácticas de la RNAO son documentos elaborados por expertos revisores en la sede central de RNAO en Toronto, Canadá. Estos documentos ofrecen declaraciones y recomendaciones basadas en la evidencia para enfermeras y el equipo clínico interprofesional, entornos laborales y educadores. Las GBP facilitan la toma de decisiones basándose en la evidencia. Cada una de las guías contiene tres tipos de recomendaciones: Recomendaciones para los profesionales, recomendaciones educativas y recomendaciones para la organización y de políticas públicas (Bajnok *et al.*, 2018). Actualmente el sitio web de la RNAO cuenta con 56 guías disponibles.

De acuerdo a Belmar *et al.* (2018), el proceso de desarrollo de las guías consta de siete pasos, los cuales son revisados y actualizados según los estándares internacionales más altos:

1. La selección de temas
2. El uso de un panel de expertos
3. La revisión sistemática
4. La formulación de recomendaciones
5. La revisión de las partes interesadas
6. La publicación
7. La actualización de las guías cada 5 años.

Los centros de salud interesados en adoptar el programa se contactan con el grupo de trabajo de RNAO a través de su página web (www.rnao.ca) solicitando una auditoría y generando un vínculo con la asociación RNAO, comprometiéndose por tres años a implementar GBP con la posibilidad de renovar al término de ese periodo, las cláusulas exigen difusión del programa, educación al personal e implementación de a lo menos una guía de buena práctica por año, es decir, se deben implementar tres guías al final del periodo de tres años. Cabe destacar que el programa y proceso no demandan costos económicos para las instituciones adscritas (Belmar *et al.*, 2018).

En relación al proceso de implantación se planifica de acuerdo al contexto donde se otorga el cuidado, teniendo en cuenta que dicho proceso se ve influenciado por factores individuales, relacionados a las preferencias y valores del paciente para tomar en consideración las decisiones acerca de su salud/enfermedad, el juicio crítico y experiencia del profesional (Belmar *et al.*, 2018).

La RNAO posee una herramienta para lograr la adopción de cambios y su sostenibilidad utilizando dos modelos: el Marco de Acción del Movimiento Social y el Marco de Conocimiento a la Acción. El Marco de Acción del Movimiento Social ofrece una guía para entender cómo el conocimiento se puede convertir en motor de acción colectiva, asegurando que las iniciativas sociales se traduzcan en transformaciones sostenibles y significativas. El Marco de Conocimiento a la Acción ofrece una metodología organizada para trasladar la evidencia a la práctica, a través de un ciclo de acción compuesto por siete etapas. El marco se estructura en dos componentes esenciales: la generación del conocimiento y el ciclo de acción que facilita su aplicación (Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario, s/fa)

La metodología de implantación del programa se enfoca en tres niveles: Micro individual, Meso organizacional y nivel Macro de sistema de salud.

El nivel Micro individual se encuentra formado por los “champions” o “campeones”, profesionales de la institución donde se implementa el programa, se involucran en este proceso voluntariamente y son entrenados en el uso de las guías para influenciar el uso de evidencia a nivel de la unidad de servicio y la organización. Asumen distintos roles, tales como concienciar sobre las mejores prácticas para su organización, influenciar a los grupos y comités para el uso de estas mejores prácticas, movilizar, coordinar y facilitar la capacitación y el desarrollo de personal profesional en la implementación de las mejores prácticas (Grinspun, 2018).

El nivel Meso Organizacional, corresponde a los Best Practice Spotlight Organizations (BPSO), Centros comprometidos con la excelencia en el cuidado según su traducción al español, designación obtenida a través del convenio formal con la RNAO, otorgada una vez finalizada implementación de las tres primeras guías de buenas prácticas. Posteriormente se puede optar a la re acreditación por un periodo de tres años más después de una auditoría en terreno realizada por representantes de RNAO (Belmar *et al.*, 2018). Existen dos tipos de BPSO: BPSO Académico, relacionados a la implementación de las guías RNAO en el currículo universitario, y los BPSO de Servicios enfocados en implementar las guías RNAO en las instituciones que prestan servicios clínicos (Belmar *et al.*, 2018; Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario, s/fb).

El nivel Macro de Sistema de Salud se relaciona a todo el sistema sanitario a través los distintos proyectos de la RNAO en Ontario o a lo largo de Canadá, por ejemplo: programa de

tabaquismo y dejar de fumar; programa de buenas prácticas en la atención al adulto en hogares de ancianos, entre otros (Belmar *et al.*, 2018).

Para la sostenibilidad de la práctica basada en la evidencia, el programa de GBP adopta un modelo y un sistema de valoración diagnóstica con estrategias orientadas hacia el personal sanitario, las cuales se relacionan a una actitud positiva, a una práctica interprofesional reflexiva y el liderazgo. La actitud positiva es crucial cuando se enfrentan barreras continuas durante el proceso. La práctica interprofesional reflexiva de ser individual y colectiva, ya que quienes toman las decisiones deben comprender los desafíos diarios desde la perspectiva de los cuidadores, pacientes y familias, este punto es relevante para este estudio, debido a que el objetivo es conocer el significado de trabajar con GBP desde la perspectiva del profesional de enfermería, ya que ellos son quienes poseen mayor cercanía a los pacientes y a su cuidado.

Es necesario que los profesionales comprendan limitaciones de recursos y personal. Los gerentes y clínicos pueden utilizar procesos basados en la evidencia para alinear los cuidados futuros. Las reuniones de equipo y los foros familiares son oportunidades para la planificación y evaluación interprofesional. Finalmente, el liderazgo es esencial para mantener la implementación de guías desde el apoyo al equipo y organización del proceso (Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario, 2012).

La RNAO cuenta con un sistema de supervisión y evaluación del impacto de las guías en las organizaciones que las implementan, el cual consiste en un sistema de datos internacional gratuito. El proyecto Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation (NQuIRE) incluye una base de datos, un sistema de introducción de datos en línea, un diccionario de datos y procesos de recopilación de datos y elaboración de informes (Grinspun, 2021). Este sistema recopila, analiza y transmite datos sobre indicadores de calidad enviados por servicios de asistencia sanitaria y centros BPSO académicos. Ayuda a los centros BPSO a realizar mejoras efectivas en la práctica al proporcionar datos organizativos y comparativos sobre los procesos de cuidados y los resultados clínicos (Grinspun, 2021; Grdisa *et al.*, 2018).

Los centros BPSO utilizan los datos NQuIRE para supervisar el progreso, identificar áreas de mejora y optimizar los resultados. El sistema genera indicadores de calidad validados y aprobados por los centros BPSO para mejorar la comprensión de cómo la práctica enfermera basada en la evidencia influye en la calidad de la atención médica y los resultados de salud a nivel mundial (Grinspun, 2021).

5. METODOLOGÍA

Este capítulo describe el diseño metodológico que se utilizará en este estudio, detallando los aspectos más relevantes del método, enfoque, técnicas de recolección de datos, análisis e interpretación de resultados, explicando de forma clara y sistemática el proceso seguido para abordar el problema planteado y responder a los objetivos del estudio.

5.1. Tipo de estudio

Para dar respuesta a la pregunta de investigación, se realizó un estudio de abordaje cualitativo exploratorio descriptivo. La metodología cualitativa posee un enfoque humanista, permitiendo construir conocimiento en el área de las ciencias sociales y humanas, a partir de la exploración y comprensión de los fenómenos sociales desde la perspectiva de las personas involucradas, por lo que se puede llegar a conocer a las personas individualmente y a experimentar lo que ellas sienten en sus luchas cotidianas en la sociedad. La finalidad de esta metodología es indagar sobre el sentido y el significado que las personas le otorgan a sus experiencias, prácticas, acontecimientos, eventos y relaciones sociales, tal como estas ocurren, así como a las condiciones y contextos que las rodean, siendo necesario que las estrategias de recolección y análisis de datos presenten una descripción detallada, interpretación holística y articulación coherente de las dimensiones subjetivas y objetivas de la realidad social (Álvarez, 2003; Bautista, 2011).

De acuerdo a Minayo *et al.* (2023), la realidad social incluye un conjunto de fenómenos humanos, ya que el ser humano se caracteriza no solo por actuar, sino también por reflexionar sobre lo que hace y por dar sentido a sus acciones en relación con la realidad que vive y comparte con otros seres humanos.

El carácter exploratorio descriptivo permite describir fenómenos, situaciones, contextos y sucesos, detallando cómo son y cómo se manifiestan, buscando especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis (Hernández *et al.*, 2014). El uso de este tipo de enfoque en enfermería, permite proporcionar información y conocimiento de problemas clínicos o prácticos, por lo que se desarrollan para tratar problemas en la práctica, con una orientación pragmática, buscando información útil y soluciones prácticas (Grove *et al.*, 2019).

Bajo esta perspectiva, se optó por el abordaje cualitativo debido a que el objetivo del estudio fue interpretar el significado que los profesionales de enfermería otorgan al uso de guías de buenas prácticas en el cuidado hospitalario. Este objetivo requiere explorar percepciones, experiencias y valoraciones subjetivas a través de discursos y narrativas que reflejan la complejidad del fenómeno, evidenciando diferentes matices culturales, emocionales y organizacionales que influyen en la implantación de las guías. Utilizar una investigación cualitativa permitió identificar expectativas, barreras y facilitadores desde la perspectiva de los propios actores, lo que generó categorías que enriquecen la comprensión del contexto institucional y profesional. De ahí que el abordaje cualitativo es el más pertinente para lograr la profundidad interpretativa necesaria y aportar evidencia que oriente la práctica clínica, la seguridad y calidad en la atención de enfermería.

5.2. Área de estudio

El área de estudio o campo de observación (Minayo *et al.* 2023) es el lugar (y sujetos) que contiene la interrogante relacionada con el problema que se presenta y donde se realizará el estudio.

El estudio se realizó en el Hospital Clínico Magallanes "Dr. Lautaro Navarro Avaria", centro de alta complejidad y el más importante del extremo sur de Chile, ubicado en la ciudad de Punta Arenas, en la XII Región de Magallanes. El Hospital Clínico Magallanes (HCM) es el principal centro de salud del extremo sur de Chile y de la región de Magallanes y la Antártica Chilena, que inició su historia como Hospital de la Caridad en 1906, impulsado por la Fundación de Beneficencia y el gobernador Carlos Bories.

Debido al aumento de la población y la demanda en salud, el hospital se trasladó a un nuevo edificio en 1953 y se amplió con una moderna construcción de cinco pisos en 1982. El 4 de octubre de 2011, el presidente Sebastián Piñera Echenique inauguró el actual Hospital Clínico Magallanes, dotado de alta complejidad e infraestructura. El HCM se ha clasificado como tipo 2, presta atención terciaria de alta complejidad en algunas áreas que lo asimilan a un hospital tipo 1. De ello deriva que el 85% de todas las actividades del Servicio Salud Magallanes tengan su origen en este hospital. Desde el año 2017, el HCM cuenta con equipamiento que ha permitido una mayor resolutivez, mejor atención para los pacientes y mayor satisfacción usuaria (Hospital Clínico Magallanes s/f).

Es importante mencionar que se han establecido cuatro Centros de Responsabilidad (CR) o unidades piloto para la implementación de las GBP en el HCM, los cuales son: el CR de la Unidad de Paciente Crítico, que incluye la Unidad de Cuidados Intensivos, la Unidad de Tratamiento Intensivo y la Unidad de Cuidados Medios; el CR de Medicina; el CR de Cirugía y el CR de Traumatología y Pensionado.

La implementación de las GBP es un paso crucial para mejorar la calidad del cuidado proporcionado a los pacientes hospitalizados. Por ello, resulta fundamental comprender el significado y las percepciones que tienen los enfermeros y enfermeras respecto al uso de estas recomendaciones durante la atención al paciente. Esta comprensión permitirá una aplicación más efectiva de las GBP, asegurando que los procedimientos adoptados sean los más adecuados para cada situación clínica y contribuyan a la seguridad y bienestar del paciente.

5.3. Participantes del estudio

De acuerdo con Minayo *et al.* (2023), los participantes o sujetos de estudio corresponden a los individuos sociales que tienen una vinculación más significativa con el problema a ser investigado. Este estudio considera como participantes a los profesionales de enfermería que desempeñan sus labores en los cuatro servicios pilotos que iniciarán implantación de guías de buenas prácticas en el Hospital Clínico Magallanes (CR. Unidad de Paciente Crítico constituida por: Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad de Tratamiento Intensivo y la Unidad de Cuidados Medios, CR. de Medicina, CR. de Cirugía, CR. de Traumatología y Pensionado) constituyendo el universo alrededor de 60 profesionales de enfermería.

Los enfermeros del área hospitalaria desempeñan un papel crucial en la atención al paciente, siendo el principal punto de contacto en el área asistencial. Este equipo proporciona cuidados especializados a cada individuo, asegurando una atención continua y personalizada. El profesional de enfermería, con su liderazgo y competencia en la gestión del cuidado, asume la responsabilidad de implementar las GBP, garantizando así la calidad y eficacia del cuidado. Esta investigación se enfocó en este grupo de profesionales, reconociendo el rol que cumple en el proceso de atención sanitaria y su influencia directa en la recuperación y bienestar del paciente, además de conocer a cabalidad la realidad del contexto hospitalario.

La elección de la muestra se realizó de forma intencionada, ya que este tipo de muestra nos permite obtener información en un determinado diseño de investigación y son apropiadas para estudios cualitativos, por ende, contribuyen al entendimiento del fenómeno estudiado, en

este caso el significado que otorgan los profesionales enfermeros a la utilización de GBP en el cuidado enfermero y en la prevención de eventos adversos en usuarios durante la atención de salud.

La determinación del número de enfermeros/as que se incluyeron en la muestra de estudio se estableció en base a los criterios de inclusión y exclusión definidos, complementados con un enfoque de inclusión progresiva. Según Minayo et al. (2023), es recomendable no fijar previamente el número de participantes en investigaciones cualitativas. La inclusión de sujetos se realizó hasta alcanzar el punto de saturación de datos, momento en el cual las percepciones, interpretaciones y significados proporcionados por los enfermeros y enfermeras participantes mostraron consistencia, dejando de contribuir con información o datos innovadores al estudio. Este criterio de saturación se aplica cuando las opiniones de un número significativo de enfermeros y enfermeras comienzan a ser repetitivas, según lo indicado por Hernández (2014) y reafirmado por Minayo et al. (2023).

En el presente estudio se decidió detener la recolección de datos una vez que las respuestas de los participantes comenzaron a coincidir y converger en torno a los mismos temas (ejemplo: reconocimiento del valor de las guías, los beneficios de utilizar guías, dificultades en la implantación, necesidad de apoyo institucional), y ya no aparecieron perspectivas nuevas que ampliaran o fueran diferente a lo hallado. Los tres manuscritos de resultados (expectativas, factores, sugerencias) muestran que los datos se organizaron en categorías claras y recurrentes.

La variedad de servicios hospitalarios y la diversidad en los años de experiencia laboral (con un mínimo de 6 meses) aseguraron diversidad inicial, pero al analizar las entrevistas, los significados convergieron en torno a la utilidad de las guías, a los factores favorecedores de implementación, las barreras del proceso y las sugerencias para una implementación e implantación efectiva. De igual manera, los hallazgos proporcionaron conclusiones comunes en relación al uso de las guías de buenas prácticas orientadas a estrategias de seguridad y calidad del cuidado, facilitadores y barreras para la implantación y las sugerencias estratégicas, evidenciando que la saturación se logró en la entrevista número 15.

Para la selección de los sujetos del grupo de estudio se utilizaron los siguientes criterios (de inclusión y exclusión):

5.3.1. Criterios de inclusión

La inclusión de enfermeras y enfermeros con al menos seis meses de experiencia laboral en los Centros de Responsabilidad pilotos del HCM para este estudio es una decisión metodológica sólida, ya que este criterio asegura que los profesionales enfermeros tienen un conocimiento práctico y teórico consolidado, relacionado a la experiencia del cuidado de pacientes en las distintas unidades hospitalarias pilotos, permitiendo contar con valiosos datos basados en la realidad del entorno laboral. La experiencia no solo refuerza la capacidad de reflexión crítica y aplicación de conocimientos especializados (Carrillo *et al.*, 2013), sino que también garantiza que los datos recopilados reflejen una comprensión profunda de las dinámicas y desafíos específicos de las unidades hospitalarias.

Por otra parte, la orientación de un tutor (enfermero/a), como menciona Carrillo *et al.* (2013), es necesario para el desarrollo profesional continuo, permitiendo a los/las enfermeros/as identificar y enfocarse en los aspectos cruciales de su práctica, lo que se evidencia en los resultados de este estudio, donde el profesional de enfermería a través de la identificación del valor de usar GBP, identificar los facilitadores o barreras en la implementación y las sugerencias del profesional. Este enfoque enriquece la calidad del estudio, ya que los enfermeros no solo han acumulado experiencia en sus unidades de desempeño, sino que también han tenido la oportunidad de analizar y aprender de situaciones complejas, lo que les permite contribuir con una perspectiva bien informada y matizada.

5.3.2. Criterios de exclusión

Para esta investigación se determinó como criterio de exclusión la ausencia de aquellos enfermeros/as del HCM de los cuatro Centros de Responsabilidad pilotos que no estuviesen presentes durante el periodo de recolección de datos, periodo entre el 15 de octubre del 2024 al 8 de enero del 2025. Esta decisión fue en base a la necesidad de contar con información consistente, la que puede ser otorgada por un profesional activamente involucrado en el entorno laboral durante el tiempo especificado. Fueron excluidos los profesionales con ausencia prolongada (licencias médicas, vacaciones legales, permisos administrativos o cualquier otro tipo de permiso prolongado mayor a 3 meses), ya que existía el riesgo de que se contara con información desactualizada, lo cual podía afectar la validez de los datos recogidos.

Mantener la coherencia en la presencia del profesional enfermero permitió y aseguró que la recolección de datos reflejara fielmente las opiniones de quienes desempeñan las

prácticas habituales en el lugar de trabajo, obteniendo, además información precisa del entorno y las dinámicas de trabajo desde la mirada del profesional, aportando al estudio resultados confiables y aplicables a futuras iniciativas de mejora o investigación.

5.4. Recolección de los datos

Conforme a la Carta de Apoyo de Investigación emitida por el Director del Hospital Clínico Magallanes en fecha 7 de mayo de 2024 (ver Anexo 1), se concede autorización para llevar a cabo el estudio propuesto. Además, se solicitó autorización a la Subdirectora de Enfermería, autoridad máxima del equipo de enfermería del Hospital Clínico Magallanes, quién entregó su apoyo al estudio a través de la Carta de apoyo investigación del Jefe de Centro Regulador o Unidad, la cual se presentó a los documentos solicitados por la Unidad Relación Asistencial Docente del HCM (ver Anexo 2).

El estudio cumplió con los criterios éticos exigidos por el Comité de Ética Científico de la Universidad de Magallanes (UMAG), quienes otorgaron la autorización para que la investigación se llevara a cabo, aprobación documentada a través del Certificado N°035/CEC-UMAG/2024 (ver Anexo 3), iniciándose la fase de recolección de datos el 15 de octubre del 2024, la cual se desarrolló conforme a las fases detalladas a continuación.

Se estableció comunicación directa, a través de una reunión, con las enfermeras coordinadoras de cada Centro Regulador implicado en el estudio, además de las enfermeras de la Unidad de Calidad y enfermera encargada del programa de Guías de Buenas Prácticas de la RNAO, en dicha reunión se expusieron los detalles del proyecto, incluyendo la contextualización del tema a investigar, propósito, los objetivos del estudio, actividades de participación de los enfermeros en el estudio (entrevista semi estructurada), los beneficios del estudio tanto para el profesional de enfermería como para los usuarios que se atienden en el Hospital Clínico Magallanes.

Además, se informó que la institución contará con los resultados del estudio para el desarrollo de estrategias que permitan una implementación efectiva de guías de buenas prácticas, a través de la identificación y abordaje de las posibles debilidades o barreras encontradas y la promoción de facilitadores.

Se dio a conocer acerca de la autorización por parte de la Subdirección de Enfermería del HCM (Anexo 2) para acceder a los servicios clínicos y contactar a los posibles enfermeros/as participantes. Se solicitó el listado de enfermeras y enfermeros que trabajan en

los CR o unidades asistenciales pilotos y la autorización para ingresar a los servicios para contactar posibles participantes.

Luego se invitó personalmente en las unidades de trabajo a los profesionales de enfermería que cumplieran con los criterios de inclusión previamente establecidos para participar en el estudio. El propósito de este contacto directo fue informar sobre el estudio, detallando los aspectos del proyecto y enfatizando que su participación es completamente voluntaria. Una vez que decidieron participar del estudio, se programó fecha, hora y lugar de la entrevista. La entrevista se realizó en la oficina del investigador ubicada en la Facultad de Salud de la UMAG y en la Biblioteca de la UMAG ubicada en instalaciones del HCM, fue de acuerdo a la preferencia del participante. El espacio de la entrevista se dio en un entorno confidencial, donde únicamente estuvieron presentes el investigador y el participante. Este marco privado aseguró que se diera un espacio de comunicación íntimo y sin distracciones, considerando que la exclusividad del encuentro facilita un diálogo directo y personalizado, permitiendo que el participante se exprese libremente, contribuyendo a la creación de un ambiente de confianza, esencial para el intercambio de información personal.

Además, el día en que el participante aceptó ser parte de la investigación, se facilitaron los Formularios de Consentimiento Informado para la entrevista (Apéndice A) y para la audio grabación (Apéndice B), con la finalidad que le dieran lectura a priori y así el día de la entrevista consultaran dudas que hubiesen surgido. Cabe destacar que, además, el día de la entrevista, antes de comenzar, se realizó lectura de los documentos conjuntamente. Estos documentos detallan el propósito del estudio, las metodologías empleadas, los posibles beneficios y riesgos asociados con la participación, y confirma el compromiso con la privacidad de los datos mediante el uso de un sistema de anonimato, donde los enfermeros/as se identificaron a través de un código que consistió en una letra inicial “E” de Enfermera/o, seguida de un número cardinal respondiendo al orden de las entrevistas realizadas, así mismo, de esta forma se encuentran almacenados los datos en digital.

Los Formularios de Consentimiento Informado reiteran y destacan que la participación es completamente voluntaria, al igual que la autorización de la audio grabación y que, como participantes poseen la libertad de aceptar, rechazar o retirar su consentimiento en cualquier momento (revocación). Este documento requirió la lectura y firma para la validación de la participación del investigado.

Como se ha mencionado anteriormente, el instrumento de recolección de datos utilizado consistió en una entrevista semiestructurada. Para contextualizar, la entrevista es una técnica de investigación que permite obtener datos a través de un diálogo entre el investigador y el entrevistado, por lo que se considera una técnica privilegiada de comunicación. Consiste en una conversación que tiene una intencionalidad y una planeación determinada, las que dirigen el curso de la charla en razón del objetivo expuesto previamente (Bautista, 2011; Minayo *et al.*, 2023). A su vez, la entrevista semi estructurada es una técnica de investigación que permite explorar un tema con flexibilidad y profundidad. El entrevistador tiene un guion de temas, pero no de preguntas fijas, y adapta la conversación según el perfil y la respuesta del entrevistado. Así, puede indagar sobre los aspectos relevantes del tema y comprender mejor los fenómenos que lo involucran (Minayo *et al.*, 2023; Hernández *et al.*, 2014).

En este estudio la entrevista semi estructurada, constituye el instrumento que mejor enfoca al objeto de estudio, permitiendo obtener información y datos a través del diálogo generado entre el investigador y el participante del estudio, tal como lo mencionan Minayo *et al.*, 2023, por lo tanto, con el uso de este instrumento se logró obtener información desde las realidades y vivencias del profesional en el quehacer de enfermería, construyendo información acerca del significado, percepciones, opiniones, juicios, intereses y/o expectativas relacionadas a utilizar GBP en el cuidado enfermero y su influencia en la prevención de eventos adversos.

Es así como las/os enfermeras/os del HCM contribuyeron al estudio desde sus respuestas a las preguntas que constituyen la entrevista semiestructurada presencial y las preguntas sociodemográficas, cuya finalidad de estas últimas es obtener un perfil de la muestra. Para la entrevista, se contó una guía de asuntos o preguntas elaboradas previamente, no obstante, el entrevistador optó por introducir preguntas adicionales para precisar o profundizar en algunos conceptos que surgieron desde el participante permitiendo obtener mayor información, tal como sugiere Hernández *et al.* (2014).

El instrumento que orientó la entrevista, detallado en el Apéndice C, se estructuró en dos secciones principales. La primera sección recolecta información personal de los participantes, incluyendo género, edad y experiencia profesional y experiencia de uso en guías de buenas prácticas La segunda sección contiene una serie de preguntas abiertas diseñadas para fomentar un diálogo detallado y profundo. Se realizaron 15 entrevistas con una duración promedio de 20 minutos.

Para asegurar la fidelidad y precisión en la recolección de datos, se empleó un dispositivo de grabación de audio, puesto que la documentación precisa y, en la medida de lo posible, literal de entrevistas, donde el lenguaje oral es el elemento central, resulta esencial para entender adecuadamente la dinámica inherente al grupo o comunidad en estudio, en este caso, a los enfermeros/as del HCM. Según Minayo et al. (2023), la grabación de las conversaciones destaca como el método más común para asegurar esta precisión, permitiendo una revisión detallada y fidedigna del discurso y las interacciones que tienen lugar durante la recolección de datos.

Es imperativo que los participantes otorguen su consentimiento explícito para esta grabación antes de proceder con la entrevista, garantizando así la transparencia y el respeto a su privacidad, para lo cual, y como se informó anteriormente, se facilitó el Formulario de Consentimiento Informado de Grabación de entrevista (Apéndice B). A su vez, se informó a los participantes que los archivos de audio y escrito, se mantendrán en un disco duro externo por un lapso no mayor a cinco años, después del cual se efectuará su destrucción confiable mediante la supresión electrónica, garantizando así su irrecuperabilidad, el uso indebido de los mismos y por ende la confidencialidad de la información entregada por los participantes, en cada entrevista.

Las entrevistas se almacenaron de acuerdo a la identificación del participante, es decir, por la letra inicial 'E' de Enfermera/o, seguida de un número cardinal que corresponde al orden de las entrevistas realizadas. Este procedimiento se alinea con los principios éticos de la investigación y las normativas vigentes sobre la protección de datos personales.

Como se mencionó anteriormente, los participantes fueron consultados mediante un conjunto de preguntas abiertas enfocadas en cuatro aspectos clave: el significado, la utilidad y los factores que influyen en torno a guías de buenas prácticas en la atención al paciente y, finalmente recomendaciones para una implementación efectiva.

Las preguntas son:

1. En cuanto al significado de GBP para los profesionales de enfermería:
 - ¿Cómo define las guías de buenas prácticas?
 - ¿Qué importancia tiene para usted el empleo de guías de buenas prácticas en la atención de enfermería?
2. Respecto a la utilidad: los beneficios y limitantes de las guías de buenas prácticas en la atención de enfermería y la prevención de eventos adversos:

- ¿Qué valor aportan las guías de buenas prácticas a su práctica clínica diaria?
 - ¿Qué beneficios y limitaciones concretos ha notado o considera que podrían derivarse de la aplicación de guías de buenas prácticas para prevenir eventos adversos?
 - ¿De qué manera piensa que las guías de buenas prácticas inciden en la calidad de la atención de enfermería?
3. En relación con los factores que afectan la implantación de las guías de buenas prácticas en la práctica clínica:
- ¿Cuáles son los principales facilitadores y principales barreras que ha identificado para la adopción de guías de buenas prácticas en su lugar de trabajo?
4. Recomendaciones para una implantación efectiva
- ¿Qué recomendaciones haría para asegurar una efectiva implementación / implantación y seguimiento de las guías de buenas prácticas en el contexto hospitalario?

Esta estructura proporcionó claridad y facilitó la comprensión de las preguntas, permitiendo a los participantes reflexionar y responder de manera más enfocada y detallada. La claridad en la formulación de preguntas es esencial para obtener datos de calidad que reflejen con precisión las perspectivas y experiencias de los participantes, permitiendo la elaboración de categorías temáticas relevantes para el estudio, asegurando que las respuestas contribuyan significativamente al análisis y a los resultados finales.

Una vez transcritas las entrevistas, en un plazo no mayor a 7 días, se entregó una copia del documento al participante con el objetivo de que pudieran revisar, modificar, cambiar, visar y finalmente aprobar la información que se utilizó para la investigación.

Es importante destacar que cada etapa del proceso fue cuidadosamente planificada para asegurar la integridad y la validez de la información recabada. La metodología aplicada garantiza el cumplimiento de los estándares éticos y científicos requeridos, asegurando así la relevancia y la contribución significativa del estudio al cuerpo de conocimiento existente en el campo de la investigación.

5.5. Análisis e interpretación de los datos

La investigación cualitativa busca comprender las opiniones y representaciones sociales de un grupo sobre un tema específico. Se trata de analizar e interpretar el sentido y el contexto de las expresiones de los participantes, para ello, es necesario examinar aquella información

aportadas por el grupo de enfermeros/as participantes del estudio, considerando también las diferencias individuales (Minayo *et al.*, 2023).

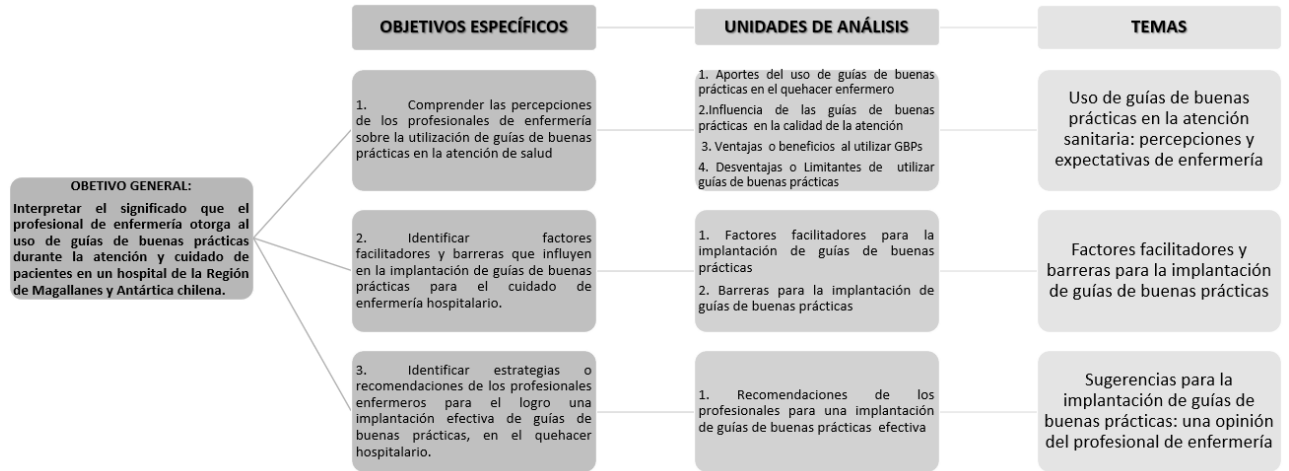
Para efecto de este estudio, el análisis e interpretación de los datos se realizó del siguiente modo:

Inicialmente, tras la grabación de las entrevistas, estas se transcribieron en el Programa Word y fueron archivadas en un disco duro externo, con la finalidad de ayudar en el tratamiento y análisis de los datos.

Tras la transcripción, los datos fueron organizados de acuerdo a cada objetivo del estudio, es decir agrupadas por semejanza en conjuntos temáticos. Los datos recolectados se sometieron a los preceptos del análisis temático. Según Minayo *et al.* (2023), el análisis temático es un método que busca identificar los temas o unidades de significación que surgen desde un texto, dependiendo de una teoría que orienta la lectura. Los temas pueden expresarse con palabras, frases o resúmenes, y se relacionan entre sí para dar sentido a la comunicación. El análisis temático se basa en la presencia o frecuencia de los temas en el texto y en su relevancia para el objetivo del estudio. Este método tiene como objetivo obtener inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción y recepción de mensajes, utilizando la descripción del contenido de las mismas (Minayo, 2023).

Este método se basa en el pre-análisis, la categorización, la inferencia, la descripción y la interpretación como criterio metodológico. Para aplicarlo, requiere de lecturas cuidadosas y exhaustivas del contenido a utilizar, con el fin de obtener una visión general y completa de los datos, el análisis implica deconstruir los datos y encontrar las conexiones entre las partes. En esta etapa del estudio se procedió a realizar la codificación de todas las entrevistas y de cada respuesta entregada, a fin de elaborar categorías, las que se relacionaron a los objetivos del estudio. Asimismo, este método de análisis busca identificar y sistematizar las particularidades contenidas en el material explorado; establecer pre - supuestos que orientan el análisis e interpretación de los datos; y generar la categorización de los datos creando los conceptos teóricos que fundamentarán el análisis de la investigación (Gomes, 2012; Minayo *et al.*, 2023). Para este estudio, se resume en el siguiente esquema (Figura 3):

Figura 3. Análisis del estudio



Fuente: Elaboración propia.

5.6. Aspectos éticos

El proyecto de investigación fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética Científico de la Universidad de Magallanes Certificado N°035/CEC-UMAG/2024 (ver Anexo 3), de acuerdo a esto se inició la recolección de los datos.

Para la eticidad del estudio, este se ajustó a los ocho criterios éticos planteados por Ezequiel Emanuel, los cuales ofrecen un fundamento sistemático y lógico para evaluar la ética de la investigación. Estos criterios derivan de las principales fuentes de orientación ética tratados en las Directrices y Normas Reguladoras de la Investigación con Seres Humanos las cuales son: el Código de Núremberg, la Declaración de Helsinki, el Informe Belmont y las Normas del Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS), documentos que surgieron como respuesta a los abusos y atrocidades cometidos contra personas vulnerables por investigaciones médicas (Lolas, 2003).

5.6.1 Valor social

El aporte social de esta investigación está dado en que a través del conocimiento generado desde los participantes del estudio, en relación al significado que entrega el profesional de enfermería a la utilización o aplicación de guías de buenas prácticas, se elabora un informe con los principales puntos a considerar durante el proceso de implementación, el cual se entregará a la enfermera coordinadora del Programa de guías de buenas prácticas de la RNAO del

Hospital Clínico Magallanes, de tal manera que esa información se utilice en la formulación de estrategias o mejoras para el desarrollo del proceso de implantación de GBP, considerándose principalmente los factores que pueden influir en el proceso, de tal forma que desde este nuevo conocimiento e información, se vean favorecidos los profesionales y, por ende, la población usuaria del Hospital Clínico Magallanes a través del cuidado enfermero de calidad y seguro basado en evidencia.

5.6.2. Validez científica

La validez científica se encuentra en el protocolo de investigación, el cual cuenta con un diseño, objetivos claramente definidos y una metodología científica que permite el análisis e interpretación adecuada de la información obtenida para la generación de nuevo conocimiento. Es así como este estudio utilizó un abordaje metodológico cualitativo, el cual permite construir conocimiento en el área de las ciencias sociales y humanas, mediante la descripción detallada, la interpretación holística y la articulación coherente de las dimensiones subjetivas y objetivas de la realidad social (Bautista, 2011). El enfoque de este estudio es de carácter exploratorio descriptivo, que consiste en detallar y especificar las propiedades, características y perfiles de lo que se analiza, ya sean personas, grupos, procesos u objetos (Hernández *et al.*, 2014). En el campo de la enfermería, este tipo de enfoque es útil para generar conocimiento e información sobre problemas clínicos o prácticos, con una finalidad pragmática y orientada a la solución (Grove *et al.*, 2019). Esta metodología es clave para comprender las percepciones y significados que los profesionales de enfermería asignan al uso de guías de buenas prácticas en el cuidado. Además, permite identificar los elementos facilitadores y las barreras que inciden en el proceso de implementación de estas guías. La entrevista se destaca como el instrumento de recolección de datos más adecuado, ya que focaliza eficazmente en el objeto de estudio y facilita la obtención de información valiosa mediante el diálogo entre el investigador y el profesional de enfermería involucrado en el estudio (Minayo *et al.*, 2023). Los datos recopilados se trataron mediante el análisis de contenido temático, un método que identifica temas o unidades de significado emergentes de un texto, guiado por una teoría específica para la interpretación. Este enfoque tiene el propósito de inferir conocimientos sobre las condiciones en las que se producen y reciben los mensajes, a través de la descripción de su contenido. Durante esta fase del estudio, se codificaron todas las entrevistas y respuestas obtenidas para desarrollar las categorías que emergieron y están vinculadas a los objetivos de la investigación. Finalmente, los hallazgos se

exponen en tres manuscritos, siguiendo la Instrucción Normativa N° 01 del 17 de agosto de 2016, del Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina (UFSC).

Además, este estudio fortalece su validez científica mediante un protocolo rigurosamente evaluado y supervisado por la Profesora Dra. Mara Ambrosina Vargas, quien es docente y coordinadora del Departamento y Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina, Brasil. Asimismo, el 17 de noviembre de 2023, a las 14:00 horas, se llevó a cabo la evaluación y aprobación del proyecto de tesis de modo remoto, virtual y en tiempo real, conforme a la Ordenanza Normativa N° 2/2020/PROPG del 25 de marzo de 2020, por una Junta Examinadora establecida bajo la Ordenanza 77/PEN/23 de la Coordinadora del PEN/UFSC, como se detalla en el Anexo 2.

5.6.3. Selección equitativa del sujeto

Esta investigación considera como sujeto de estudio a los profesionales de enfermería que desempeñan sus labores de cuidado en los cuatro Centros de Responsabilidad considerados como pilotos para iniciar la implementación de guías de buenas prácticas, así mismo, los participantes del estudio fueron seleccionados a partir de los criterios de inclusión explicados anteriormente y además, se utilizó la saturación de los datos que determinó el número de participantes.

5.6.4 Proporción favorable de riesgo – beneficio

Este estudio utilizó la técnica de entrevista como método de recolección de datos, por lo que el riesgo de daño que podía provocar la participación en esta investigación se consideró casi nulo, no obstante, se contempló la posibilidad de que las preguntas podrían provocar un mínimo grado de incomodidad o molestia para ser respondidas, por lo que se le informó al participante que existía la posibilidad de negarse a responder, lo que quedó explícito en Consentimiento Informado, tanto en el documento como en la información verbal que se entregó a cada participante.

Uno de los benéficos directos para el participante del estudio, es que la entrevista incentiva a un proceso introspectivo interno otorgando la oportunidad de autoevaluar sus competencias y limitaciones para el proceso de implementación y uso de GBP durante la atención al paciente.

A través de la colaboración voluntaria y las respuestas proporcionadas durante la

entrevista, los/las enfermeros/as aportaron valiosas perspectivas que enriquecieron la investigación. Los hallazgos obtenidos serán entregados a la institución y al Programa de GBP constituyendo una retribución del estudio y que se puede utilizar en la formulación de estrategias orientadas a la implementación efectiva de las GBP. Como resultado, se espera que los pacientes reciban una atención más segura y de mayor calidad, minimizando así el riesgo de incidencia de eventos adversos tales como lesiones por presión, errores de medicación y caídas.

5.6.5. Evaluación independiente

El investigador y co – investigador declaran no presentar conflictos de interés.

El co - investigador realizó este estudio como requisito para la obtención del grado de Doctor en Enfermería en la Universidad Federal de Santa Catarina, Brasil.

No se recibió ninguna compensación económica por la realización del mismo.

El proyecto de investigación se encuentra dentro de los límites legales, respetando los principios éticos en la investigación con seres humanos.

Además, el proyecto de investigación ha sido evaluado y autorizado para su ejecución por el Director del Hospital Clínico Magallanes, Sr. Ricardo Contreras Faúndez, el 7 de mayo de 2024, mediante la "Carta de apoyo de investigación" (Anexo 1). Esta carta subraya el compromiso de la Dirección con el fomento de la investigación y la innovación en el ámbito de la salud en la región de Magallanes. No obstante, la realización del proyecto en el HCM se condicionó a la aprobación del Comité de Ética Científico de la Universidad de Magallanes para su evaluación y consentimiento, lo que quedó documentado en el Certificado N°035/CEC-UMAG/2024. Ambas instituciones contaron con evaluadores independientes al proyecto de investigación y sus investigadores.

5.6.6. Consentimiento Informado

A los participantes del estudio se les proporcionó el Formulario de Consentimiento Informado (Apéndice A), donde se constata el carácter voluntario para la participación, este documento requirió de la firma del participante constatando que se había entregado la información necesaria del estudio y que la había comprendido. La información del consentimiento informado es:

- Los objetivos de la investigación: Conocer el significado que los profesionales de

enfermería otorgan al uso de las guías de buenas prácticas en el cuidado enfermero y prevención de eventos adversos en el paciente hospitalizado.

- Beneficios: Orientados a formular estrategias de intervención eficaz que aborde el tema. Directos al participante desde la oportunidad de autoevaluar sus competencias y limitaciones en la utilización de guías de buenas prácticas durante la atención al paciente

- Riesgos: Molestia o incomodidad frente a preguntas.

- Procedimientos a realizar: Acerca de la aplicación de la entrevista semi estructurada como método de recolección de datos, la grabación de dicha entrevista, su transcripción en Word y posterior archivo en disco duro externo, tanto de las grabaciones como de las transcripciones.

- Derecho a retirarse en cualquier momento de la investigación: Declarado explícitamente en el Formulario de Consentimiento Informado

- Derecho de confidencialidad: El resguardo de la confidencialidad de los datos aportados por participantes, manteniendo el anonimato a través de la omisión de datos que pudieran identificarlo, por lo que a cada participante se le asignó una letra E (Enfermero/a) y número (correlativo según número de entrevista) a modo de código de identidad.

- Se declara la entrega de una copia del Formulario de Consentimiento Informado y Formulario de Consentimiento Informado para la audio – grabación de la entrevista cada participante.

Cabe destacar que además de la lectura del Formulario de Consentimiento Informado por parte del participante, se socializó verbalmente para reforzar dicha información y disipar dudas.

5.6.7 Respeto a los sujetos inscritos

Para garantizar la privacidad de los participantes en cada entrevista, se adoptaron medidas estrictas para preservar el anonimato. Esto incluyó la exclusión de cualquier información que pueda conducir a su identificación en los manuscritos elaborados con los resultados. Adicionalmente, se asignó a cada participante un código único compuesto por la letra 'E' (que representa 'Enfermero/a') seguido de un número secuencial que corresponde al orden de la entrevista realizada. Este sistema de codificación está diseñado para proteger la identidad de los individuos, manteniendo la confidencialidad de la información proporcionada.

Los datos recabados durante las entrevistas han sido custodiados con el máximo cuidado por el investigador. Se encuentran almacenados de forma segura en un disco externo, accesible

únicamente por el equipo de investigación autorizado (investigador principal y co – investigador). Estos registros (escritos y audios) se conservarán durante un periodo máximo de cinco años, tras lo cual se procederá a su eliminación segura, a través del borrado digital, para asegurar que no puedan ser recuperados o utilizados de manera inapropiada. Esta práctica está en línea con los estándares éticos de investigación y con las regulaciones de protección de datos personales.

Esta investigación resguardó los derechos y dignidad de las personas, puesto que se informó la oportunidad de retirarse del estudio en cualquier momento si lo desean, sin perjuicio alguno.

También, se comunicó a los participantes que contarán con la opción de acceder a los resultados de la investigación, los cuales se divulgarán mediante artículos en revistas científicas. Para facilitar este proceso, se les ofreció la alternativa de recibir dicha información por correo electrónico, por consiguiente, se solicitó su dirección de correo electrónico durante la entrevista, asegurando así la entrega efectiva y oportuna de los hallazgos relevantes.

No existió ningún tipo de discriminación (consideraciones biológicas, sexo, situación de salud, orientación sexual, raza ni situación económica). Así mismo, se respetó en todo momento las opiniones de los individuos.

5.6.8. Previsión de compensaciones por daños

La política de compensación por daños no es aplicable a este estudio. Como se ha mencionado previamente, la metodología incluye como herramienta para la recolección de datos entrevistas semi-estructuradas, por lo que consideró que ciertas preguntas podían resultar incómodas o molestas para los participantes, a quienes se les informó que poseían plena libertad de abstenerse de responder o de abandonar el estudio si así lo deseaban. Esta medida asegura el respeto a la autonomía y bienestar de los individuos involucrados.

6. RESULTADOS

En este capítulo, los resultados de la investigación se presentan en el formato de manuscritos, conforme establece la Instrucción Normativa número 01, de 17 de agosto de 2016, del Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina, para la elaboración y formato de presentación de los Trabajos de Conclusión de Maestría y Doctorado en Enfermería.

De este modo, los resultados son presentados en manuscritos, que permiten discutir las categorías temáticas que surgieron del estudio.

Manuscrito 2: Uso de guías de buenas prácticas en la atención sanitaria: percepciones y expectativas de enfermería.

Pregunta de investigación: ¿Cuál es la percepción de los profesionales de enfermería en relación a las guías de buenas prácticas para el cuidado y atención de salud de pacientes?

Objetivo: Comprender las percepciones de los profesionales de enfermería sobre la utilización de guías de buenas prácticas en la atención de salud

Categorías:

- Influencia de las guías de buenas prácticas en la calidad y seguridad de la atención
- Contribución de las guías de buenas prácticas en el clima laboral

Subcategorías:

- Estandarización de los cuidados
 - Evaluación de intervenciones
 - Mejoras en la comunicación y coordinación interdisciplinar
- Limitaciones en el uso de las guías de buenas prácticas

Manuscrito 3: Factores facilitadores y barreras para la implantación de guías de buenas prácticas

Pregunta de investigación: ¿Cuáles son los factores facilitadores y las barreras reconocidos por los profesionales de enfermería para un proceso de implantación efectiva de guías de buenas prácticas en el cuidado y atención de salud de pacientes?

Objetivo: Identificar factores facilitadores y barreras que influyen en la implantación de guías de buenas prácticas para el cuidado de enfermería hospitalario.

Categorías:

- Experiencias nacionales, internacionales y vínculos ministeriales
- Personal de salud

Subcategorías:

- Individual
- Equipo de trabajo
- Experiencia del equipo de guías de buenas prácticas
- Organización Institucional
- Características propias del paciente
- Resistencia al cambio

Manuscrito 4: Sugerencias para la implantación de guías de buenas prácticas: una opinión del profesional de enfermería

Pregunta de investigación: ¿Qué estrategias sugieren o recomiendan los profesionales de enfermería en para el logro una implantación efectiva de guías de buenas prácticas, en el quehacer hospitalario?

Objetivo: Identificar estrategias o recomendaciones de los profesionales enfermeros para el logro una implantación efectiva de guías de buenas prácticas, en el quehacer hospitalario

Categorías:

- Adaptación de Guías de buenas prácticas a la realidad institucional
- Promoción de una Supervisión y liderazgo activo
- Difusión de información
- Organización de trabajo para una práctica efectiva del equipo

Subcategorías:

- Participación multidisciplinaria
- Reuniones de trabajo
- Educación y capacitación al equipo
- Disponibilidad de recursos adecuados.

A continuación, de acuerdo al análisis, se presenta un cuadro resumen con los temas que surgieron, sus categorías - subcategorías y la interpretación global por tema de acuerdo a los resultados (Cuadro 6).

Cuadro 6: Síntesis interpretativa de las percepciones de profesionales de enfermería respecto al uso de guías de buenas prácticas

Temas	Categorías / Subcategorías		Interpretación	
Uso de guías de buenas prácticas en la atención sanitaria: percepciones y expectativas de enfermería	1. Influencia de las guías de buenas prácticas en la calidad y seguridad de la atención		Las expectativas de los enfermeros frente al uso de guías varían en dos dimensiones, una valoración positiva como respaldo técnico y ético, mejorando la seguridad y calidad del cuidado y cohesionando al equipo de trabajo. Mientras que la otra dimensión se relaciona a las críticas por las dificultades prácticas y culturales de su implementación y la adaptación de las guías al contexto hospitalario local.	
	2. Contribución de las guías de buenas prácticas en el clima laboral	Subcategorías		
		Estandarización de los cuidados		
		Evaluación de intervenciones		
	Mejoras en la comunicación y coordinación interdisciplinar			
	3. Limitaciones en el uso de las guías de buenas prácticas			
Factores facilitadores y barreras para la implantación de guías de buenas prácticas	1. Experiencias nacionales, internacionales y vínculos ministeriales		El uso de guías de buenas prácticas generaría una tensión entre facilitadores (respaldo ministerial, motivación individual, apoyo institucional, experiencia) y barreras (falta de recursos, resistencia cultural, sobrecarga laboral) interpretándose que los profesionales perciben las guías como una oportunidad de mejora, pero a su vez las consideran como una imposición difícil de aplicar en el contexto hospitalario, por lo tanto, la implantación dependerá como se manejen estos factores.	
	2. Personal de salud	Subcategorías		
		Individual		
		Equipo de trabajo		
	3. Experiencia del equipo de guías de buenas prácticas			
	4. Organización Institucional			
	5. Características propias del paciente			
6. Resistencia al cambio				
Sugerencias para la implantación de guías de buenas prácticas: una opinión del profesional de enfermería	1. Adaptación de guías de buenas prácticas a la realidad institucional		Los profesionales de enfermería valoran el uso de guías de buenas prácticas como una oportunidad de mejora de los cuidados, pero condicionada a que sean implementadas con liderazgo, participación del equipo multidisciplinario, formación y disponibilidad de recursos, adaptadas al contexto regional.	
	2. Promoción de una supervisión y liderazgo activo			
	3. Difusión de información			
	4. Organización de trabajo para una práctica efectiva del equipo	Subcategorías		
		Participación multidisciplinaria		
		Reuniones de trabajo		
		Educación y capacitación al equipo		
5. Disponibilidad de recursos adecuados.				

Fuente: Elaboración propia

6.1. Manuscrito 2: Uso de guías de buenas prácticas en la atención sanitaria: percepciones y expectativas de enfermería.

Sylvia Jacqueline Álvarez Sandoval¹ <https://orcid.org/0000-0002-7018-0532>

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas² <https://orcid.org/0000-0003-4721-4260>

¹Universidad de Magallanes, Punta Arenas, Chile. sylvia.alvarez@umag.cl

²Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, S.C, Brasil. ambrosina.mara@ufsc.br

Resumen:

Introducción: La atención de salud puede llegar a provocar algún tipo de daño en los pacientes, con distintas repercusiones a nivel personal, moral, éticas y económicas, todos ellos prevenibles. Enfermería requiere estar a la vanguardia de los cuidados seguros y de calidad, por lo que actualmente son cada vez más los profesionales e instituciones que promueven el uso de Guías de Buenas Prácticas basadas en recomendaciones con evidencia científica. **Objetivo:** Comprender las percepciones de los profesionales de enfermería sobre la utilización de guías de buenas prácticas en la atención de salud. **Método:** Abordaje cualitativo exploratorio descriptivo. El estudio se llevó a cabo en un centro hospitalario de alta complejidad, en la ciudad de Punta Arenas, Chile. Los participantes fueron profesionales de enfermería con permanencia y experiencia mínimo de 6 meses en el servicio seleccionado. Los datos se obtuvieron a través de una entrevista semi - estructurada, audio grabada. El tratamiento y análisis de los datos se realizó bajo los preceptos del análisis temático. **Resultados:** De los 15 participantes sólo uno es de género masculino, el rango de edad es de 27 a 46 años, el rango en años de experiencia laboral es de 1 año, 2 meses a 24 años. 3 participantes pertenecían al Centro de Responsabilidad de Cirugía, 4 de Medicina, 4 de Traumatología y Pensionado y 4 a la Unidad de Pacientes Críticos. 3 participantes declararon experiencia en el uso de guías. De los resultados cualitativos emergieron las siguientes categorías: Influencia de las guías de buenas prácticas en la calidad y seguridad de la atención: destacando la percepción de que el uso de guías de buenas prácticas permite mejoras en la seguridad y calidad de la atención; Contribución de las guías de buenas prácticas en el clima laboral (Subcategorías: Estandarización de los cuidados; Evaluación de intervenciones y Mejoras en la comunicación y coordinación interdisciplinar): las guías promueven la estandarización del cuidado, permitiendo mejorar el clima laboral; y Limitaciones en el uso de las guías de buenas prácticas: destaca la percepción de que habría un aumento del trabajo durante el periodo de adaptación, existe la duda de una real implantación

por falta de recursos materiales, equipos, económicos y de personal y la resistencia al cambio se observa como una importante limitación. **Conclusión:** Los profesionales de enfermería consideran que las guías no solo benefician a los pacientes, sino también a ellos mismos al ofrecer un marco claro de actuación que les ayudarían a disminuir las dudas que pueden surgir durante la atención, facilitando la toma de decisiones en el cuidado enfermero.

Palabras claves: Calidad de la Atención de Salud. Cuidados de enfermería. Enfermería. Guías de práctica clínica.

Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la atención sanitaria puede provocar algún tipo de daño a los pacientes en cualquier ámbito y nivel de atención, llegando a originar graves repercusiones personales, morales, éticas y económicas, todas ellas prevenibles. Se estima que 1 de cada 10 pacientes resulta con algún daño asociado a la atención de salud y, anualmente, más de 3 millones de personas fallecen por esta causa, mientras que, en países de bajos y medianos ingresos, 4 de cada 100 personas mueren por este motivo, con fuertes repercusiones económicas en cuanto a reducción del crecimiento económico mundial anual y un costo indirecto que se traduce en varios billones de dólares estadounidenses (Organización Mundial de la Salud, 2023).

El Ministerio de salud de Chile (MINSAL) establece Protocolos y Normas técnicas relacionadas a la Seguridad del paciente y la calidad de la atención, la Norma 0002 determina que las lesiones por presión (LPP) y las caídas son eventos adversos centinelas, es decir, pueden provocar graves secuelas en el paciente e incluso la muerte (Superintendencia de salud de Chile, 2012). Las LPP se caracterizan por su rápida aparición, pero su recuperación es lenta y difícil (Ministerio de salud de Chile, 2023). Las caídas de pacientes constituyen un evento adverso muy frecuente en hospitales de agudos y de larga estadía (Superintendencia de salud de Chile, 2019).

Otro evento adverso que se presenta frecuentemente en la práctica clínica de los hospitales son aquellas complicaciones derivadas del uso de dispositivos para accesos vasculares (Servicio de Salud del Maule, 2018). La prevención de los eventos adversos y el tratamiento de sus complicaciones constituyen un indicador de calidad de atención y un desafío para la salud pública chilena, debido a las consecuencias negativas que pueden ocasionar en la

vida y el bienestar de los pacientes, sus allegados, en el personal de salud y en el sistema de salud (Ministerio de salud de Chile, 2023), por lo que los profesionales de enfermería tienen un importante papel en la detección precoz de aquellos pacientes que poseen mayor riesgo de sufrir estas complicaciones.

El personal de salud es quien responde por el estado de salud de los usuarios, por lo que los esfuerzos se orientan hacia procesos coordinados, para favorecer el bienestar y la seguridad de los pacientes, considerando la importancia del recurso humano en los ambientes organizacionales (Araujo et al, 2021). En este contexto, enfermería ha adoptado un rol importante en el liderazgo y la gestión del cuidado de las personas, familia y comunidad, cuya responsabilidad ética y profesional compromete la entrega de atención de salud y cuidados centrados en la persona y familia, destacando los valores profesionales y humanos en la atención, y la colaboración activa con el equipo multidisciplinario de salud en la prestación de los distintos servicios para las personas.

Asimismo, los cuidados de enfermería constituyen un desafío importante en la búsqueda de cuidados seguros y de calidad, para ello cuenta con el valioso respaldo de recomendaciones basadas en evidencia científica, las que ofrecen un sustento sólido para la práctica de enfermería, la autonomía en las intervenciones y el empoderamiento disciplinar (Castillo et al, 2023).

En este sentido, las Guías de Práctica Clínica (GPC) proporcionan recomendaciones clínicas con una base de evidencia científica que unifican los cuidados mejorando la calidad de la atención sanitaria, optimizando el tiempo al ofrecer conocimiento organizado y actualizado, además, estas guías permiten que sus recomendaciones se adapten a las condiciones locales de cada institución. La participación activa del personal en su desarrollo garantiza que las GPC sean aplicables y efectivas en la práctica diaria, contribuyendo a la eficiencia en la gestión de recursos y al control de costos, manteniendo un alto estándar de los cuidados (Manterola et al, 2019).

Con base a lo anterior, la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (RNAO), institución canadiense que ha desarrollado y elaborado Guías de Buenas Prácticas (GBP) de prestigio internacional, desde 1999 promueve la implementación de GPC en el quehacer de enfermería, basado en la excelencia del cuidado. Su expansión internacional se debe al desarrollo del Programa de Buenas Prácticas denominado BPSO (*Best Practices Spotlight*

Organizations por sus siglas en inglés o Centro Comprometido con la Excelencia en el Cuidado), el cual apoya a los distintos centros de salud que se adhieren a las GBP elaboradas por la asociación. Las GBP constituyen un respaldo basado en evidencia científica para enfermería, otros profesionales sanitarios, académicos, administradores y diseñadores de políticas públicas de salud.

Chile no ha quedado ajeno a esta tendencia, por lo que el Ministerio de Salud de Chile se suma a esta iniciativa firmando un convenio de cooperación internacional con la RNAO desde diciembre del 2017, permitiendo fortalecer la atención otorgada a la población, con la finalidad de mejorar la salud y la calidad de vida de la comunidad. Actualmente 52 hospitales públicos se han adherido al convenio, junto a centros privados como la Red UC Christus y la Asociación Chilena de Seguridad (Hospital Clínico San Borjan Arriarán, 2025).

Siguiendo la misma línea, el Hospital Clínico Magallanes (HCM), área de estudio para esta investigación, se planteó la meta de adquirir la certificación internacional como “Centro Comprometido con la Excelencia en los Cuidados”, adoptando las GBP de la RNAO, para ello ha iniciado la formación de Champions, es decir, monitores líderes encargados de transmitir las buenas prácticas al equipo multidisciplinario de salud para la prevención de eventos adversos con un enfoque proactivo y sistemático. Un importante desafío a abordar para el centro hospitalario es garantizar la seguridad y calidad de la atención a través de la prevención de eventos adversos tales como las lesiones por presión, las caídas y los daños secundarios al deficiente manejo de accesos vasculares (Hospital Clínico Magallanes, 2022).

En este sentido, las primeras GBP de la RNAO a implementar corresponden a: Prevención de caídas y disminución de lesiones derivadas de las caídas; Valoración del riesgo y prevención de lesiones por presión; y Cuidado y mantenimiento de accesos vasculares para reducir complicaciones, estas tienen carácter anual, es decir, en un periodo de tres años deben estar implementadas (Hospital Clínico Magallanes, 2022).

Existen estudios que demuestran que la efectividad de implantación y consolidación de GBP potencian la práctica profesional basada en evidencia científica, logrando resultados que impactan de manera positiva en la salud de las personas, la calidad de los cuidados y atención de salud otorgados (González et al, 2020; Granados y Esparza, 2020; Pol et al, 2022; Rojas y Reinaldos, 2024).

Sin embargo, se evidencian algunas desventajas tales como que requieren ser actualizadas periódicamente, de lo contrario se limita su aplicabilidad en cuidados iniciales, obligando a los profesionales de salud a buscar información adicional para casos especiales, además se requiere diseñar constantemente estrategias proactivas como recordatorios y/o auditorías para lograr cambiar comportamientos en el personal debido a la resistencia de los equipos a nuevas prácticas, representando un gran desafío para la implantación efectiva de GPC (Manterola et al, 2019; Maya et al, 2021).

Este estudio tiene como objetivo comprender las percepciones de los profesionales de enfermería sobre la utilización de Guías de Buenas Prácticas en la atención de salud.

Metodología

El estudio fue realizado con un abordaje cualitativo (Minayo et al. 2023), permitiendo el análisis detallado de las ideas y percepciones de los profesionales de enfermería acerca de las ventajas o beneficios y desventajas frente al uso de guías de buenas prácticas en los cuidados enfermeros y la atención de salud para pacientes hospitalizados. Por otra parte, el carácter exploratorio descriptivo para estudios en la disciplina de enfermería, permite proporcionar información y conocimiento de problemas clínicos o prácticos, por lo que se desarrollan para tratar problemas en la práctica, con una orientación pragmática, buscando información útil y soluciones prácticas (Hernández et al., 2014; Grove et al., 2019).

La investigación exploró y examinó en profundidad un fenómeno que, hasta la fecha, no ha sido estudiado en la región y lugar seleccionados, relacionado al significado de utilizar guías de buenas prácticas en el que hacer enfermero, con el propósito de formular estrategias efectivas que faciliten la implantación de GPB en el quehacer de enfermería.

El área en estudio donde se llevó a cabo la investigación fue el Hospital Clínico Magallanes "Dr. Lautaro Navarro Avaria", centro de alta complejidad y el más importante del extremo sur de Chile, ubicado en la ciudad de Punta Arenas, en la XII Región de Magallanes y Antártica chilena. Es importante destacar que se han establecido cuatro Centros de Responsabilidad (CR), los cuales funcionarán como unidades piloto en la implementación de las GBP en el HCM, estos centros son: el CR de la Unidad de Paciente Crítico, el CR de Medicina, CR de Cirugía y el CR de Traumatología y Pensionado.

El estudio considera participantes a los profesionales de enfermería que desempeñan sus labores en los cuatro servicios pilotos que iniciarán el proceso de implantación de GBP,

alrededor de 60 profesionales pertenecen a estos servicios. Los enfermeros del área hospitalaria desempeñan un papel crucial en la atención al paciente, siendo el principal punto de contacto en el área asistencial. Este equipo proporciona cuidados especializados a cada individuo, asegurando una atención continua y personalizada. El profesional de enfermería, con el liderazgo y competencia en la gestión del cuidado, asume la responsabilidad de implementar las GBP, garantizando así la calidad y eficacia del cuidado.

La elección de la muestra fue intencionada, apropiada para estudios cualitativos, contribuyendo al entendimiento del fenómeno estudiado, en este analizar la percepción que posee el profesional enfermero acerca de las ventajas y desventajas en el uso GBP durante sus cuidados. La determinación del número de enfermeros/as participantes del estudio respondió a los criterios de inclusión y exclusión definidos, complementados con un enfoque de inclusión progresiva. Los criterios de inclusión: permanencia y experiencia de 6 meses en el Centro de Responsabilidad seleccionado; criterio de exclusión: ausencia prolongada (mayor a 3 meses). Una vez aprobado el proyecto de investigación por las autoridades del HCM y el Comité de ética de la Universidad de Magallanes (Certificado N°035/CEC-UMAG/2024), resguardando la confidencialidad de los datos, el anonimato y la privacidad de los participantes, se seleccionó a los profesionales de enfermería que cumplieran con los criterios de inclusión de la muestra, el contacto fue realizado personalmente en los lugares de trabajo y otros a través de comunicación telefónica, se coordinó día y hora de la entrevista, las que se llevaron a cabo en Biblioteca de Universidad de Magallanes (UMAG) en el HCM y en la oficina de trabajo de la investigadora (UMAG).

La técnica de recogida de datos se realizó a través de entrevista la semi-estructurada, recomendada para los estudios cualitativos, la cual fue grabada por autorización del participante a través del Formulario de Consentimiento informado. El periodo de recolección de los datos estuvo comprendido desde el 15 de octubre del 2024 al 8 de enero del 2025, con una duración promedio de 20 minutos aproximadamente.

Tras la grabación de las entrevistas, éstas fueron transcritas en Programa Word, guardadas en disco duro externo. Para el tratamiento y análisis de los datos, tras la transcripción, los datos fueron organizados de acuerdo a cada objetivo del estudio, es decir agrupados por semejanza en conjuntos temáticos. Los datos obtenidos fueron tratados con los preceptos del análisis de contenido, es decir, se interpretaron los datos recolectados en el transcurso de toda

la indagación y que habían sido registrados para facilitar su estudio (Minayo et al, 2023). Se realizó lectura cuidadosa y exhaustiva del contenido, luego el análisis y posteriormente las categorías relacionadas a los objetivos del estudio.

Resultados:

Se realizó una caracterización de los participantes: 14 de ellos fueron de sexo femenino y 1 de sexo masculino, las edades fluctuaron en el rango de 27 a 46 años. En relación al Centro Regulador (CR) donde desempeñaban sus funciones al momento de la entrevista: 4 participantes de la Unidad de Pacientes Críticos, 4 participantes del CR de Medicina, 4 participantes del CR de Traumatología y Pensionado y 3 participantes del CR de Cirugía. El rango de años de experiencia laboral es de 1 año, 2 meses a 24 años, con un promedio de 6 años. 3 participantes declararon haber trabajado alguna vez con al menos una GBP y 2 de ellos informaron haber participado en la formación de Champions de Buenas Prácticas de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO), Canadá, en el año 2022. Los otros 12 participantes declararon conocer teóricamente las GBP en el contexto académico.

A partir del análisis de las narraciones de los profesionales de enfermería entrevistados, emergieron las siguientes categorías: Influencia de las guías de buenas prácticas en la calidad y seguridad de la atención; Unificación y Protocolización de los cuidados; Impacto en el clima laboral; Limitaciones en el uso de las guías de buenas prácticas, se desarrollan a continuación:

Influencia de las guías de buenas prácticas en la calidad y seguridad de la atención.

Los profesionales esperan que con el uso de guías de buenas prácticas mejore la calidad del servicio, la atención de salud, el cuidado y seguridad del paciente, reduciendo riesgos y minimizando los eventos adversos tales como las caídas, lesiones por presión o errores de medicación. A su vez el uso de estas guías disminuye los días/cama evitando una hospitalización prolongada debido a alguna complicación derivada de un evento adverso. Además, se relaciona la participación activa del paciente y su familia a través de la entrega de información lo que facilitaría la toma de decisiones respecto a la hospitalización y cuidados, favoreciendo la recuperación de la salud. Asimismo, los profesionales enfermeros identifican que las guías de buenas prácticas constituyen un respaldo científico frente a la responsabilidad del profesional en la atención del paciente.

E9. "... mejorar la calidad de la atención de nuestros pacientes, como decía anteriormente unificar los conocimientos para todos y quizás igual mejorar la eficacia, digamos prevenir las infecciones, prevenir muchos eventos adversos que de repente pasan por desconocimiento".

E13. "Completamente el mejorar la atención hacia el usuario. Porque si yo tengo un respaldo para mejorar la atención del usuario, verlo completo, ver qué está pasando, ver que la responsabilidad de su bienestar no recae tampoco solo en mí, sino que en el equipo".

E4. "Sí va a influir, porque como le mencionaba, por lo que entiendo de las guías, también evita la ocurrencia de eventos adversos o incluso eventos centinelas que igual pueden suceder, entonces sí influyen, influyen bastante, sería una buena idea empezar a practicarlas".

E12. "Así que yo creo que el uso de estas nuevas guías o de lo que se va a implementar es bueno para que nosotros veamos, en el caso de las lesiones por presión, ver desde dónde se inició esto, no que se vea cuando ya una lesión está en grado 3 o ya es para un aseo quirúrgico".

E10. "Para mí eso de las buenas prácticas, leer por ejemplo los procedimientos, saber hacerlos, evitar igual infecciones, porque igual cuando hay infecciones... después el tratamiento antibiótico... el paciente está más tiempo en hospitalización".

E1. "... para el usuario o los pacientes y sus familiares, el beneficio es que van a estar mayormente informados de lo que se puede hacer, lo que no se puede hacer, hasta dónde llega el límite, que su hospitalización, los tiempos de hospitalización capaz que se reduzcan, que su recuperación sea mucho más amigable".

E13. "Pero como yo soy responsable del equipo, tengo también, como enfermera, preocuparme por qué ingresó el paciente, que, por algo, no se vaya con agregados. Que el paciente entre... y salga en mejor estado de que como yo lo recibí. Manteniendo igual sobre todo su dignidad".

Contribución de las guías de buenas prácticas en el clima laboral

Esta categoría demuestra que los profesionales de enfermería valoran las guías porque éstas logran estandarizar cuidados evitando la variabilidad de éste, además de servir como una herramienta de evaluación continua de los procesos de cuidado, estos impactarían positivamente en el clima laboral al permitir una mejor comunicación y coordinación entre profesionales, surgiendo tres subcategorías para una mejor comprensión de la temática.

Subcategoría: Estandarización de los cuidados.

Los participantes del estudio poseen la expectativa de que con el uso de las guías de buenas prácticas se logren estandarizar los cuidados, de tal manera que sea una garantía de que todos los enfermeros sigan las mismas recomendaciones en los diferentes servicios, mejorando la continuidad del cuidado en beneficio del paciente y del equipo de salud, permitiendo que todos “hablen el mismo idioma” al momento de prestar cuidados. Además, el análisis de los datos evidencia que los profesionales de enfermería reconocen la necesidad de estandarización de los cuidados para la prevención de los eventos adversos garantizando la seguridad de la atención al paciente. Por otra parte, se espera que con el uso de las GBP se protocolicen los cuidados para ordenar el quehacer enfermero.

E6. “Algunos hacen esto... otros tienen otra estrategia... pero necesitamos una guía que nos unifique los criterios y que trasladando a los pacientes de servicio en servicio podamos seguir con el mismo estándar y con la misma calidad de cuidados que podamos entregar. Nos entenderíamos, tendríamos como un idioma estándar en ese sentido”.

E8. “El aspecto positivo es que nos otorga un plan de acción o un lineamiento de manera homogénea en cuanto a las acciones que nosotros llevamos acá, y si nosotros vamos a otro centro, si estamos abordando cierta problemática o cierta condición de salud, el manejo es el mismo o muy similar”.

E1. “... también que esté protocolizado el trato al usuario, como nos presentamos, como nos despedimos, como nos relacionamos, hasta dónde podemos dar información, qué es lo que se puede decir, qué es lo que no se puede decir. Yo creo que todo eso se puede trabajar en las buenas prácticas, no solamente las cosas técnicas, sino que también la habilidad humana”.

Subcategoría: Evaluación de intervenciones

Otra expectativa es que las guías sirvan directa o indirectamente como una herramienta o mecanismo evaluador de las intervenciones realizadas.

E13. “Da el conocimiento de lo que tengo que hacer, pero también me da como enfermera el poder supervisar con una base. Poder decirle a mi equipo: trabajemos esto en conjunto, porque tenemos cuatro lesiones por presión, si hace una semana teníamos una y que no era nuestra. Y ahora tenemos tres extras que son nuestras. ¿Qué está pasando? ¿Qué están haciendo ustedes y qué no estoy haciendo yo? ¿O qué no estamos haciendo como equipo?”

E15. “Entonces beneficios concretos serían que quizá se podría generar un recurso para que se pueda evaluar de manera más efectiva o más presencial ese tipo de actividades”

Subcategoría: Mejoras en la comunicación y coordinación interdisciplinar

La variabilidad de los cuidados evita la continuidad de la atención del paciente, lo que a su vez produce dificultades entre los profesionales, con el uso de las guías la continuidad de los cuidados se mantendría y por lo mismo se tiene la expectativa de un mejor clima laboral, principalmente en la comunicación y la coordinación interdisciplinar (enfermeros, técnicos de enfermería, kinesiólogos, médicos terapeutas, entre otros). La utilización de la guías aportaría a la organización del trabajo en equipo, evitando que cada profesional aplique su propio criterio en cada intervención, minimizando los eventos adversos y sus consecuencias tanto para el paciente y familia, como también para los profesionales y el sistema de salud, por lo que además los participantes esperan que con el tiempo exista una disminución en la carga laboral, entendiendo que la implantación de guías exige un periodo de adecuación y adaptación, ya que ésta genera una nueva responsabilidad en el quehacer enfermero.

E2. “Yo creo que una... es minimizar el riesgo, o sea el tiempo de hospitalización de los pacientes, otra es minimizar también los costos de hospitalización, también minimizar la carga del personal. La carga emocional igual de la familia del paciente”.

E11. “... pero uno tiene conflictos con las jefaturas o con el personal de los otros pisos, porque no hay una pauta que nos diga: el catéter venoso central se cura cada tantos días... con esta técnica en específico... las infusiones se van a pasar por bomba, entonces no hay nada. Las guías unifican todo”.

E13. “Siento que las guías de buenas prácticas, me permite, mantener un mejor ambiente, porque tengo un respaldo de lo que estoy haciendo y me permite también entregar esta buena atención al paciente y quizás de manera integral. Que el paciente entre y salga de mejor estado que como yo lo recibí. Manteniendo igual sobre todo su dignidad”.

Limitaciones en el uso de las guías de buenas prácticas

Existe la percepción de algunos profesionales, de que el uso de guías de buenas prácticas puede ocasionar una mayor carga laboral desde el punto de vista administrativo, exigiendo un tiempo extra de dedicación en esta área. Por otra parte, se evidencia preocupación en relación a la falta o escasez de recursos que puede exigir el uso de las guías de buenas prácticas.

Asimismo, se critica que las guías son de origen y uso internacional, con diferentes estándares de calidad, entendiendo que requieren ser adaptadas a la realidad local y a las necesidades del paciente. También se muestra preocupación frente a la posibilidad de que exista dificultad en el acceso a las guías.

E3. "... pero yo creo que cuesta mucho el poder darse el tiempo suficiente de poder aplicar todo lo que nos recomiendan en los pacientes. Y obviamente yo creo que, a todos los profesionales por la falta de tiempo, porque a veces nos vamos tarde de los turnos por la parte administrativa, no por los cuidados del paciente, pero si la parte administrativa no lleva bastante tiempo".

E8. "... pero muchas veces nosotros trabajamos con recursos súper limitados e incluso en desmedro de los recursos que tenemos porque a veces ni siquiera tenemos la cuota mínima de recursos, ya sean personas o recursos materiales para llevar a cabo nuestro quehacer de enfermería. En cambio, o asumo que, en este caso en Canadá, ellos tienen un estándar mínimo de trabajo y de hecho no se trabaja si no se tiene ese estándar. Acá nosotros tenemos que en realidad adecuarnos a la situación en realidad local".

E8. "El aspecto negativo de las guías de buenas prácticas es que estas guías primero se desarrollaron en base a análisis estadístico, a estudios, en otro país, no en Chile. Entonces la realidad no es la local, sino que es una realidad de otro país y que a nivel socioeconómico también hay una diferencia que igual es sustancial entre en este caso, Canadá y Chile. Entonces ya hay una diferencia sustancial en cuanto a los socioeconómicos de los países. Las realidades locales son distintas y también los recursos que se manejan también son distintos".

E10. "Pero hay pacientes que son alérgicos por ejemplo a ciertas cosas, entonces igual que adaptarlas".

E5. "Otra limitación puede ser el acceso a las guías, quizás no todos saben buscar en internet o acceder o buscar la información que se necesita".

Discusión de resultados

Las expectativas de los enfermeros es que con el uso de guías de buenas prácticas mejore la calidad y seguridad de la atención de salud hacia el paciente en el ámbito hospitalario, ya que se considera que las guías proporcionan evidencia científica que ayuda a reducir riesgos y por lo tanto minimiza la aparición de eventos adversos tales como las caídas, lesiones por presión o errores de medicación, entre otras. A su vez, la eficacia de la implantación de guías disminuiría los días/cama evitando una hospitalización prolongada debido a alguna complicación derivada de un evento adverso. Estas expectativas son apoyadas en diversos estudios, por ejemplo, González *et al.* (2020), evidenció el impacto positivo del uso de GBP en

los procesos de atención y en la salud de los pacientes, evidenciado en la mejora de los indicadores de salud de los pacientes y la calidad de la atención otorgada.

Asimismo, el estudio de Arredondo *et al.* (2024), evidenció la efectividad de la implantación de GBP mostrando una mejora en cuidados e indicadores de salud, mayor notificación de lesiones por presión, esto dado probablemente por el cambio de escala de evaluación de riesgo propuesto por la guía, mayor sensibilización de la prevención y concienciación del registro de valoraciones. Otros estudios también evidenciaron efectos positivos al implementar GPC mejorando significativamente los indicadores clínicos relacionados con la prevención, el tratamiento y disminución de complicaciones de las lesiones por presión y la inserción y el mantenimiento de catéteres periféricos (Pol *et al.*, 2022; Coltters y Belmar, 2020; Monsonís *et al.*, 2020).

Otro estudio evidenció un impacto positivo de resultados en pacientes pertenecientes a centros donde previamente no se había abordado sistemáticamente el problema de las caídas, mientras que los centros que ya trabajaban en la prevención de caídas mantuvieron e incluso mejoraron este indicador (Alcañiz *et al.*, 2020).

Conforme a las expectativas de los profesionales, se observa que valoran la importancia de entregar información al paciente y familia, facilitando la toma de decisiones y la recuperación de la salud del paciente. En este sentido, los cuidados enfermeros apoyados en la práctica basada en evidencia exige integrar las preferencias y valores de los pacientes como parte importante del cuidado (Grinspun, 2018).

Por otra parte, los entrevistados consideran las GBP como un respaldo científico frente a la responsabilidad del profesional en la atención del paciente. De acuerdo con este punto, Belmar *et al.* (2018), dentro de los resultados positivos de implementar GBP, se refiere la transferencia de la evidencia científica desde la investigación a la práctica y la transmisión de la base de conocimiento de enfermería.

Otra expectativa que poseen los profesionales es la estandarización de los cuidados, de tal manera de que exista una unificación de criterios de cuidados en todos los servicios o unidades hospitalarias que permita la continuidad del cuidado en situaciones de traslado intra hospital, beneficiando al paciente, ya que la continuidad de la atención se relaciona a la prevención de eventos adversos, puesto que garantiza la seguridad de la atención al paciente. Gómez *et al.* (2020), corroboran que la implantación de guías permite iniciar el proceso de

estandarización del cuidado de forma transversal en la institución que las adopta, con un seguimiento sistemático de los indicadores, lo cual ha mejorado la calidad del cuidado que prestan las enfermeras en sus diferentes roles.

Asimismo, Belmar *et al.* (2018) evidenció que existe una disminución de la variabilidad de intervenciones de enfermería en relación a la incorporación e integración del programa de buenas prácticas de RNAO. Quiños *et al.* (2021), demostró que existen entornos favorables para la implantación de recomendaciones para la prevención de las lesiones por presión, dado a que algunas unidades donde realizó su estudio se encontraban familiarizadas con las intervenciones basadas en guías, y asimismo, concluyó que existen entornos en que se torna más difícil la adherencia de los profesionales al uso de recomendaciones, entornos donde el reclutamiento comenzaba, por lo que la adopción a la nueva evidencia y la estandarización del cuidado llevaba más tiempo, manifestado en que la incidencia de las lesiones por presión no había disminuido en esas unidades.

En el presente estudio, los profesionales poseen la expectativa que el uso de GBP proporcione una forma de evaluación permanente de los cuidados otorgados. En este sentido, la implantación de guías debe ir acompañado de una evaluación permanentemente del desarrollo de todos los procesos que ello implica, de tal manera de asegurar un óptimo desarrollo e implantación efectiva de la guía, además de la evaluación de los resultados en el paciente, profesionales e institución (Grinspun 2021; Grinspun 2023).

Cabe destacar que los enfermeros/as, en sus relatos, consideran a las GBP como un sinónimo de protocolos, siendo necesario diferenciar las guías de práctica clínica de otros documentos, es decir, las guías son instrumentos que contienen recomendaciones basadas en evidencia científica, se desarrollan a partir de una metodología de trabajo sistemático, son orientadoras, adaptables y promueven el juicio crítico, mientras que otros documentos como los protocolos establecen una serie de pasos procedimentales o reglas para el manejo clínico de ciertas situaciones de salud, no son flexibles por lo que no permite la autonomía profesional (Franco *et al.*, 2020).

Los participantes muestran un gran interés en que el uso de las guías unifiquen y estandaricen los cuidados permitiendo la continuidad de la atención del paciente, de acuerdo a ellos, esto evitaría molestias entre el personal y por ende, mejoraría el clima laboral desde la comunicación y la coordinación entre el equipo multidisciplinario, aportando a la organización

del trabajo en equipo, evitando que cada profesional aplique su propio criterio en cada intervención, disminuyendo el riesgo de iatrogenias y las consecuencias negativas hacia el paciente y su familia y, por lo mismo, la carga laboral y las cargas al sistema de salud. Según esto, un estudio demostró que la utilización de la Práctica Basada en la Evidencia en los servicios de salud promueve cambios en el clima y el entorno laboral, influye positivamente en la percepción más favorable de los entornos de práctica hospitalaria, mejorando la competencia del personal de enfermería y la calidad de la atención (Fernández *et al.*, 2023).

Además, en la presente investigación, los participantes reconocen que la implantación exige un periodo de adecuación y adaptación, lo que genera una nueva responsabilidad en el quehacer enfermero aumentando la carga laboral, pero pasado un tiempo y con las guías ya adaptadas se produciría el efecto contrario. Efectivamente, de acuerdo con González *et al.* (2020), sugieren que la revisión o creación de las recomendaciones basadas en evidencia se adapten a los diferentes contextos como una de las principales actividades de la implementación.

Asimismo, este estudio evidenció la presencia de expectativas desfavorables, reflejadas en las percepciones de los participantes en relación a las limitaciones que pueden enfrentar al implementar las guías de buenas prácticas. En este sentido, los participantes declaran que, desde el punto de vista administrativo, el uso de guías de buenas prácticas provocaría una mayor carga laboral inicial, exigiendo un tiempo extra de dedicación para la revisión y registros necesarios. Castro *et al.* (2023), en su estudio también identificó como obstáculos la falta de tiempo y el excesivo trabajo administrativo para la implantación de GPC.

Por otra parte, los participantes mostraron preocupación en relación a la falta o escasez de recursos que se pudiera presentar al aplicar cuidados utilizando GBP, lo que se relaciona al origen y uso internacional, donde existen evidentes diferencias de estándares de calidad, comprendiendo que requieren ser adaptadas a la realidad local y a las necesidades del paciente. Preocupación también evidenciada en el estudio de Fernández *et al.* (2023), donde la dotación de personal y la asignación de recursos fueron las dimensiones peor valoradas por los enfermeros del estudio.

Otra limitación manifestada es la preocupación frente a la posibilidad de que exista dificultad en el acceso a las guías. Maya *et al.* (2021), constató que la dificultad el acceso a

guías se debe a la falta de equipos u obsolescencia de computadores y falta de conectividad a internet, además escasa distribución en material físico.

Limitaciones del estudio

Es necesario reconocer que la principal limitación del estudio es que éste se realizó en un centro hospitalario de referencia regional que al momento de la entrevista, los enfermeros aún no habían comenzado el proceso de implementación de guías de buenas prácticas, además sólo tres enfermeras declararon tener la experiencia de trabajar con al menos una guía y dos de ellas, haber participado en la formación de líder de la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario, por lo que sería interesante realizar un nuevo estudio una vez avanzado el proceso de la implantación de la primera guía comprometida por el centro hospitalario.

Consideraciones finales

Las guías no solo benefician a los pacientes, sino también a los profesionales al ofrecer un marco claro de actuación que ayuda a disminuir dudas que pueden surgir durante la atención, facilitando la toma de decisiones en el cuidado de enfermería.

Si bien los profesionales tienen expectativas positivas frente al uso de las guías manifestado a través del reconocimiento del valor de las guías y las ventajas de utilizar las recomendaciones, también identifican algunas desventajas o desafíos que pueden dificultar el proceso que acompaña el uso de las guías de buenas prácticas, para superar esos obstáculos, los profesionales reconocen que es necesario incorporar estrategias prácticas, el uso eficaz de los recursos disponibles, el trabajo en equipo y la motivación del personal, con el apoyo permanente de los líderes y la institución.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés, ni financiero, ni de relaciones personales que pudieran haber influenciado el trabajo presentado.

Referencias

ALCAÑIZ Mesas AI, GARCÍA González M, ZÚÑIGA Blanco L, DEL BARRIO Pintado MB, ÍÑIGO Cruces L, FOLGUERA Arnau M, et al. Experiencia en la implantación de la

Guía de prevención de caídas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®. **Enferm Clin.** 30:185---197. 2020

ARAUJO-Rosero OL, GUERRERO-Lasso PA, MATABANCHOY-Tulcán SM, BASTIDAS-Jurado CF. Revisión sistemática: eventos adversos y gestión del talento humano en el contexto hospitalario latinoamericano. **Univ. Salud.**, 23(3):351-366. 2021. <https://doi.org/10.22267/rus.212303.249>

ARREDONDO-Provecho A, MARTÍNEZ-Piédrola M, GUADARRAMA-Ortega D, MORALES-Guijarro A, RUIZ-Lujáne A. y ACEVEDO-García M. Impacto de la implantación del programa internacional de Guías de Buenas Prácticas (BPSO®) en los resultados de salud en un hospital público. **J Healthc Qual Res.**, 39(5):306-314. 2024. Spanish. doi: 10.1016/j.jhqr.2024.06.006. Epub 2024 Jul 30. PMID: 39085011.

BELMAR, A., GUELL, M., CHAPARRO, J. y GRINSPUN, D. Implementación de buenas prácticas en enfermería: programa BPSO como herramienta principal. **Rev. Med. Clin. Condes**, 29 (3), 311-321. 2018.

CASTILLO-Ayón Luz María, DELGADO-Choez Gabriela Stefani, BRIONES-Mera Bélgica Magdalena, SANTANA-Vera Melecio Enrique. La gestión de la calidad de cuidados en enfermería y la seguridad del paciente. **Salud y Vida**, 7(13): 40-49. 2023. [Internet]. [citado 2025 Ago 07] ; Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2610-80382023000100040&lng=es. Epub 19-Jul-2023. <https://doi.org/10.35381/s.v.v7i13.2417>.

CASTRO-Sandoval Johanna, CATALÁN-Peña Lucía, CAMPOS-Serrano María Sylvia. Utilización de evidencia científica en planificación del cuidado por el profesional de enfermería: revisión sistemática. **Enferm. glob.** 22(72): 517-544. 2023. [Internet]. [citado 2025 Sep 07] ; Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412023000400018&lng=es. Epub 04-Dic-2023. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.558581>.

COLTTERS-Miranda C, BELMAR-Valdebenito A. Experiencia de implementación de una guía de prevención de caídas como trabajo interdisciplinar en una unidad de cuidados del adulto mayor. **MedUNAB.** 23(1):95-106. 2020. doi:10.29375/01237047.3610

FERNÁNDEZ Castro Mercedes, LÓPEZ María, MARTÍN-Gil B, RODRÍGUEZ Soberado P, RIVAS-González N, Muñoz-Alvaredo L, DEL RÍO-García I, REDONDO-Pérez N, JIMÉNEZ J. Nurses' evidence-based practice competence and hospital practice environment after specific training under the Best Practice Spotlight Organization Programme. A cross sectional study. **Nurse Education Today**, Volume 126, 2023. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.105808>

FRANCO JVA, ARANCIBIA M, MEZA N, MADRID E, KOPITOWSKI K. Clinical practice guidelines: Concepts, limitations and challenges. *Medwave*,20(3): e7887. 2020. Doi 10.5867/medwave.2020.03.7887

GÓMEZ-Díaz OL, ESPARZA-Bohórquez M, JAIMES-Valencia ML, GRANADOS-Oliveros LM, BONILLA-Marciales A, MEDINA-Tarazona C. Experiencia en la implantación y consolidación de las Guías de buenas prácticas de la *Registered Nurses' Association of Ontario* en el ámbito clínico y académico en Colombia. *Enferm Clin*.30:145---154. 2020

GONZÁLEZ-María Esther a, María Teresa MORENO-Casbasa, , Laura ALBORNOS-Muñozb, Doris GRINSPUN, 2020. Implantación de Guías de buenas prácticas en España a través del Programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados. *Enfermería Clínica*, Vol. 30. Núm. 3. Páginas 136-144. 2020

GRANADOS-Oliveros LM, ESPARZA-Bohorquez M. Implementación y sostenibilidad de las guías de enfermería basadas en la evidencia: modelo de la RNAO. *MedUNAB*., 23(1):85-94. 2020. doi:10.29375/01237047.3725

GRINSPUN D. Experiencia obtenida con la herramienta Indicadores de Calidad de Enfermería para informes y Evaluación NQuIRE distribución. *MedUNAB*, 20(3Supl):30-31. 2018. Recuperado a partir de: <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/issue/view/243/Vol.20.N%C3%BAmero.3-Suplemento-2018>

GRINSPUN D. Transformando la enfermería a través el conocimiento: pasado, presente y futuro del programa de guías de buenas prácticas de Registered Nurses' Association of Ontario. *MedUNAB*. 24(2):239-254. 2021 doi: <https://doi.org/10.29375/01237047.3977>

GRINSPUN D. Optimizando la Práctica Clínica mediante la Integración Rigurosa de la Evidencia Científica. *MedUNAB*, 26(2):125-128. 2023. doi: <https://doi.org/10.29375/01237047.4930>

GROVE, S.; GRAY, J. y BURNS, N. **Investigación en enfermería**. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. Séptima Edición. España: Elsevier, 2019.

HERNÁNDEZ, R.; FERNÁNDEZ, C y BAPTISTA, M. **Metodología de la Investigación**. Sexta Edición. México: McGraw-Hill / Interamericana, 2014.

HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJAN ARRIARÁN. 2025. <https://hcsba.cl/sitio/programa-buenas-practicas-clinicas/>

HOSPITAL CLÍNICO MAGALLANES. 2022. <https://hospitalclinicomagallanes.cl/hospital-clinico-avanzando-hacia-la-excelencia-en-los-cuidados/>

MANTEROLA D. Carlos, OTZEN H. Tamara, GARCÍA Nayely, MORA V. Miriam. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia. *Rev. cir.* 71(5): 468-475. 2019. [Internet]. [citado 2025 Ago 06] ; Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-45492019000500468&lng=es. <http://dx.doi.org/10.35687/s2452-45492019005416>.

MAYA-Hernández C, FLORES-Hernández S, VÉRTIZ-Ramírez J de J, RUELAS-González MG, POBLANO-Verástegui O, SATURNO-Hernández PJ. Barreras y facilitadores en la implementación de guías de práctica clínica en México: perspectiva del personal de salud. **Salud Publica Mex** 63(5):662-71. 2021. [Internet]. [citado 6 de agosto de 2025]; Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/12439>

MINAYO, M.; DESLANDES, S. y GOMES, R. **Investigación social**. Teoría, método y creatividad. Buenos Aires: EDUNLa Cooperativa, 2023. ISBN 978-987-8926-26-1 DOI 10.18294/9789878926261

MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. 2023. Norma - Técnica N° 234 decreto exento N° 73 SRA 2023. Norma Técnica sobre seguridad del paciente y calidad de la atención respecto de prevención de lesiones por presión en establecimientos de atención cerrada. Disponible en: https://www.redclinica.cl/Portals/_default/Skins/Skin_HCUCH_17_03/images/calidad_docs_nacionales/NORMA-TECNICA-N%C2%B0-234-DECRETO-EXENTO-N%C2%B0-73-SRA-2023.pdf

MONSONÍS-Filella B, et al. Mejora de la valoración del riesgo y la prevención de las lesiones por presión durante la implantación de una Guía de buenas prácticas clínicas. *Enferm Clin*. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.10.027>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety> . Acceso en 2, septiembre, 2025

POL-Castañeda, S., RODRIGUEZ-Calero, M. A., VILLAFÁFILA-Gomila, C. J., BLANCO-Mavillard, I., ZAFORTEZA-Lallemmand, C., FERRER-Cruz, F., & DE PEDRO-Gómez, J. E. Impact of advanced practice nurses in hospital units on compliance with clinical practice guidelines: a quasi-experimental study. **BMC nursing**, 21(1), 331. 2022. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01110-x>

QUIÑOZ Gallardo MD, BARRIENTOS Trigo S, PORCEL Gálvez AM. Alcance de la implantación de la guía “Valoración del riesgo y prevención de úlceras por presión” de la Registered Nurses’ Association of Ontario (RNAO). **Rev Esp Salud Pública.**, 95: e202109126. 2021.

ROJAS-Avila J, REYNALDOS-Grandón K. Challenging Barriers: Registered Nurses’ Association of Ontario (RNAO) Clinical Practice Guidelines and Organizational Change. **Salud, Ciencia y Tecnología**. 4:769. 2024. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2024769>

SERVICIO DE SALUD DEL MAULE, Hospital de Curicó, 2018. Resol. Ex. N° 905 31/01/2018. Protocolo Sistema Vigilancia Eventos Adversos Asociados Atención En Salud

SUPERINTENDENCIA DE SALUD. 2019. Informe N°1/2019. Resultados Encuesta Nacional Indicadores de Seguridad de la Atención en Prestadores de Atención Cerrada de alta complejidad a nivel nacional 2017. 2019. Disponible en:
https://superdesalud.gob.cl/observatorio/671/articles-17783_recurso_1.pdf

SUPERINTENDENCIA DE SALUD DE CHILE, 2012. Norma 0001 Establece Protocolos y Normas sobre seguridad del paciente y calidad de la atención para ser aplicados por los prestadores institucionales públicos y privados. S/Fa. Disponible en:
<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/01/Norma-0001-Establece-Protocolos-y-Normas-sobre-Seguridad-del-Paciente-y-....pdf>

6.2. Manuscrito 3: Factores facilitadores y barreras para la implantación de guías de buenas prácticas

Sylvia Jacqueline Álvarez Sandoval¹ <https://orcid.org/0000-0002-7018-0532>

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas² <https://orcid.org/0000-0003-4721-4260>

¹Universidad de Magallanes, Punta Arenas, Chile. sylvia.alvarez@umag.cl

²Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, S.C, Brasil. ambrosina.mara@ufsc.br

Resumen:

Introducción: La seguridad y calidad de la atención constituyen un desafío para los sistemas de salud, por lo que el uso de recomendaciones basadas en evidencia científica son valiosas herramientas para las exigencias actuales de la atención. En este sentido enfermería cumple con un importante rol, puesto que influye directamente en el logro de la implantación efectiva de guías de buenas prácticas y en los resultados positivos en el paciente y familia, con acciones orientadas a la gestión del cuidado integral. **Objetivo:** Identificar factores facilitadores y barreras que influyen en la implantación de guías de buenas prácticas para el cuidado de enfermería hospitalario. **Método:** Estudio cualitativo exploratorio descriptivo, realizado en un centro hospitalario de alta complejidad, en la ciudad de Punta Arenas, Chile. Participaron profesionales de enfermería de cuatro centros de responsabilidad hospitalaria, con permanencia y experiencia mínimo de 6 meses en el servicio seleccionado. Para la recolección de los datos se utilizó una entrevista semi - estructurada, audio grabada. Los datos fueron tratados y analizados bajo los preceptos del análisis temático. **Resultados:** De los 15 participantes sólo un participante es de género masculino, la demás de género femenino, las edades van desde 27 a 46 años, el rango en años de experiencia laboral es de 1 año, 2 meses a 24 años. En el periodo de la recolección de datos: 3 participantes se desempeñaban en el Centro de Responsabilidad de Cirugía, 4 participantes de Medicina, 4 participantes de Traumatología y Pensionado y 4 participantes de la Unidad de Pacientes Críticos. En cuanto a la experiencia de utilizar guías de buenas prácticas, 3 participantes declararon dicha experiencia. En los resultados cualitativos, se consideran facilitadores de una implantación efectiva las experiencias exitosas en otros hospitales, respaldo ministerial, motivación personal, compromiso ético, formación académica, colaboración, comunicación efectiva, liderazgo positivo, conocimiento técnico, capacidad de acompañar y apoyo directivo, disponibilidad de recursos, cultura de calidad, pacientes informados y participativos, estrategias de sensibilización, capacitación continua y

acompañamiento. En cuanto a las probables barreras se identifican: guías no contextualizadas a nivel local, percepción de imposición, sobrecarga laboral, resistencia de grupo, falta de apoyo institucional y financiamiento, entre otras. **Conclusión:** Para una óptima y efectiva implantación y sostenibilidad de guías de buenas prácticas es necesario considerar los facilitadores del proceso y las barreras, estas últimas se deben transformar en oportunidades de mejoras.

Palabras claves: Calidad de la Atención de Salud. Cuidados de enfermería. Enfermería. Guías de práctica clínica.

Introducción:

Actualmente los sistemas de salud han orientado sus esfuerzos en dar respuesta a las múltiples necesidades de salud de las personas a través de procesos de atención adecuados que otorguen una atención equitativa, centrada en la persona, más segura y de calidad (Arredondo *et al*, 2024). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2023), la calidad de la atención se define como la atención eficaz brindada y basada en la evidencia científica, evitando daños. En este punto el profesional de enfermería desempeña un rol preponderante en la mejora de la calidad de la atención, ya que posee la responsabilidad de otorgar una atención eficaz, maximizando los beneficios de los recursos disponibles y evitando el desperdicio de estos (Organización Mundial de la Salud, 2023).

Sin embargo, con cierta frecuencia, las directrices no se alinean hacia las políticas y prácticas locales, dando como resultado intervenciones de bajo valor, las que proporcionan escaso o nulo beneficio al paciente, con riesgo de causar daño, lo que se traduce en una atención a la paciente subóptima y un desperdicio de recursos que, en los sistemas de salud pública, muchas veces son limitados (Coenen *et al.*, 2023). En este sentido la aplicación de la enfermería basada en la evidencia (EBE) junto a las guías de buenas prácticas (GBP) constituyen una herramienta para la optimización de la calidad de la atención, puesto que disminuye la variabilidad en la práctica, identifica intervenciones adecuadas y comprobadas para el cuidado del paciente y además aporta de manera positiva en el bienestar de los profesionales (Castro *et al.*, 2023; Del Cura *et al.*, 2024).

La contribución de enfermería es esencial en la implementación de directrices para buenas prácticas, puesto que influye directamente en el logro de implantación efectiva y en los

resultados positivos en el paciente con acciones dirigidas a la gestión del cuidado integral y comunicación con el equipo, familia y paciente (Rojas y Reynaldos, 2024).

La Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (RNAO), es una organización líder, reconocida mundialmente en la elaboración de guías basadas en la evidencia para enfermería, apoyando en el proceso de adaptación, sostenibilidad y evaluación del impacto en los pacientes, organizaciones y el sistema sanitario. Esta organización, a través del programa Best Practice Spotlight Organizations (Organizaciones Foco de Buenas Prácticas) o, en español, Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados, apoya a las/os enfermeras/os y estudiantes de enfermería proporcionando guías de buenas prácticas para el cuidado del paciente, mejorando las oportunidades de las/os enfermeras/os en su competencia, experticia clínica y relacional con base en la mejor evidencia, traducándose en la autonomía disciplinar como capacidad de tomar decisiones fundamentadas, liderar procesos de cuidado y contribuir activamente al desarrollo del conocimiento enfermero (Grinspun, 2021).

En Chile, en el año 2017 el Ministerio de Salud estableció un convenio con la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario de Canadá, para implementar GBP en 6 hospitales públicos pilotos del país, actualmente, son más de 50 hospitales a nivel nacional que se han adherido a la implementación de GBP a través del Programa Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados, BPSO (Ministerio de salud 2017; Ministerio de salud 2021).

El Hospital Clínico Magallanes (HCM), seleccionado como lugar de estudio para esta investigación, adoptó el desafío de implementar las GBP de la RNAO, con la finalidad de garantizar la seguridad y calidad de la atención a los usuarios del sistema. Es así como las primeras GBP a implementar corresponden a las de Prevención de caídas y disminución de lesiones derivadas de las caídas; Valoración del riesgo y prevención de lesiones por presión y Cuidado y mantenimiento de accesos vasculares para reducir complicaciones, cada guía será implementada a lo largo de un año, es decir, en un periodo de tres años, el HCM se comprometió a implementar las tres guías mencionadas (Hospital Clínico Magallanes, 2022).

La RNAO utiliza el programa de implementación para las GBP, el cual se encuentra constituido por el Marco de Acción del Movimiento Social (SMA) y el Marco del Conocimiento a la Acción (KTA), garantizando la efectividad y sostenibilidad de las GBP, sin embargo, la implementación efectiva de las guías puede verse afectada por la presencia de barreras, las que

se pueden encontrar desde el nivel personal hasta el nivel organizacional (Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario, 2012; Rojas y Reynaldos, 2024).

Es necesario evaluar la presencia de facilitadores o barreras durante el proceso de implementación de una guía, entendiendo que los facilitadores son factores cuya presencia promueven la implementación o adherencia al conocimiento (Bach *et al.*, 2018), mientras que las barreras son aquellos factores que impiden la implementación o adherencia al cambio (Feyissa *et al.*, 2019), identificarlos ayuda a proponer estrategias efectivas para asumir los cambios propuestos por las guías junto a la prevención de errores o frustraciones que pueda sufrir el personal sanitario (Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario, S/F).

En este punto, cabe destacar que la ciencia de la implementación juega un rol importante, puesto que considera la identificación y el abordaje de barreras y la mejora y fortalecimiento de los facilitadores, contribuyendo a la adopción de mejoras clínicas respaldadas basadas en la evidencia, por lo tanto, aumentando el impacto positivo en la salud pública (Bauer *et al.*, 2020).

Por otra parte, los profesionales de enfermería son actores clave en la identificación de factores que influyen en sus funciones a partir de su experiencia y competencias laborales, actuando en la reorganización y gestión adecuada en la toma de decisiones, es decir, el profesional enfermero posee la experiencia para identificar lo que facilita o impide la implementación efectiva de nuevas intervenciones debido al contacto directo con los cuidados y la responsabilidad de aplicar las guías de buenas prácticas (Casales *et al.*, 2023).

Reconociendo esta brecha de información, este estudio tiene como objetivo identificar factores facilitadores y barreras, reconocidos por los profesionales enfermeros, para la implantación efectiva de guías de buenas prácticas en el quehacer hospitalario.

Metodología

Esta investigación utilizó el abordaje cualitativo de tipo exploratorio descriptivo, de acuerdo con Minayo *et al.* (2023), este abordaje permitió el análisis de ideas y percepciones de los profesionales de enfermería acerca de los factores facilitadores y las barreras que podrían enfrentar en el proceso de implantación de las guías de buenas prácticas para los cuidados enfermeros en pacientes hospitalizados. Según Grove *et al.* (2019), el carácter exploratorio descriptivo, permitió explorar y examinar en profundidad el significado que tiene para el profesional de enfermería utilizar guías de buenas prácticas en el que hacer enfermero, desde la

opinión de los participantes en relación a la identificación de los facilitadores y las barreras, con el propósito de formular estrategias efectivas que faciliten la implantación de Guías de Buenas Prácticas (GBP) en el quehacer de enfermería, considerando las opiniones de los participantes desde su experiencia.

El área de estudio (Minayo *et al.*, 2023) fue el Hospital Clínico Magallanes (HCM) "Dr. Lautaro Navarro Avaria", el cual es un centro de alta complejidad y el más importante de la Región de Magallanes y Antártica chilena, ubicado en la ciudad de Punta Arenas, Chile. Se han establecido cuatro unidades o Centros de Responsabilidad (CR) que funcionarán como unidades piloto en la implementación de las GBP en dicho centro hospitalario, los cuales son: el CR de Cirugía, el CR de Medicina, el CR de Traumatología y Pensionado y el CR de la Unidad de Paciente Crítico.

Los participantes del estudio son los profesionales de enfermería que trabajan en los cuatro servicios pilotos, aproximadamente 60 profesionales pertenecen a las cuatro unidades pilotos. Se decide trabajar con los profesionales de enfermería ya que estos asumen la responsabilidad y además lideran la implementación de las GBP, garantizando la calidad y eficacia del cuidado a través de las recomendaciones, por lo que poseen un rol fundamental en la atención y cuidados del paciente, asegurando una atención continua, integral y personalizada.

La selección de la muestra fue intencionada, puesto que el profesional de enfermería es quien mejor puede contribuir con información acerca de los facilitadores y las barreras para implementar GBP debido a la experiencia en el cuidado y atención de salud que ofrecen y, además, por ser el personal sanitario que pasa mayor tiempo con los pacientes.

El número de participantes del estudio respondió a los criterios de inclusión y exclusión, complementado por el enfoque de inclusión progresiva. Para ser incluido en el estudio: permanencia y experiencia de 6 meses en el CR donde desempeñaba su labor asistencial al momento de la recolección de datos y como criterio de exclusión: ausencia prolongada (mayor a 3 meses). Además, se utilizó la saturación de los datos para definir el número de participantes, momento en el cual la información otorgada por los enfermeros/as comenzaron a mostrar similitudes, dejando de aportar información o datos relevantes al estudio (Minayo *et al.*, 2023), quedando un número de 15 participantes para el estudio.

En todo momento se resguardó la confidencialidad de los datos, el anonimato y la privacidad de los participantes, por lo que el proyecto de investigación fue aprobado y

autorizado por el Director del HCM y posteriormente el Comité de ética de la Universidad de Magallanes (UMAG), Certificado N°035/CEC-UMAG/2024. Luego se procedió a contactar personalmente a los profesionales de enfermería que cumplían con los criterios de inclusión de la muestra en las unidades piloto y otros a través de comunicación telefónica personal. Según disponibilidad de tiempo de los participantes, las entrevistas fueron realizadas en la Biblioteca de UMAG, dependencia facilitada por el Hospital Clínico Magallanes para la Universidad y, en la oficina de trabajo de la investigadora (UMAG).

La recolección de los datos se realizó a través de entrevista semi-estructurada, técnica recomendada para estudios cualitativos, ésta fue grabada previa autorización de los participantes, para ello se utilizó el Formulario de Consentimiento informado para la entrevista y otro Formulario para el audio grabación. Los datos fueron recolectados entre el 15 de octubre del 2024 al 8 de enero del 2025, las entrevistas tuvieron una duración promedio de 20 minutos.

Las entrevistas fueron archivadas en un disco duro externo y transcritas al Programa Word. Se realizó lectura exhaustiva de las transcripciones para el tratamiento y análisis de los datos, posteriormente los datos se organizaron de acuerdo al objetivo del estudio y fueron agrupados por semejanza en conjuntos temáticos y tratados bajo la mirada del análisis de contenido (Minayo *et al.*, 2023).

Resultados

Se elaboró un breve perfil de los participantes: el rango de edad corresponde entre 27 a 46 años, sólo un participante de género masculino accedió a participar del estudio, mientras que las otras 14 participantes eran de género femenino. En relación al rango en años de experiencia laboral es de 1 año, 2 meses a 24 años, con un promedio de 6 años. De acuerdo al Centro Regulador (CR) donde se encontraban trabajando los participantes en el periodo de la recolección de datos: 3 participantes del CR de Cirugía, 4 participantes del CR de Medicina, 4 participantes del CR de Traumatología y Pensionado y 4 participantes de la Unidad de Pacientes Críticos. Es importante destacar para este estudio que 3 participantes declararon haber trabajado alguna vez con al menos una GBP, mientras que 2 de ellos informaron haber participado en la formación de Champions de Buenas Prácticas de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario, Canadá.

Una vez analizadas las entrevistas, este estudio evidenció, desde la mirada de los enfermeros/as, la identificación de facilitadores y barreras para una óptima implantación de guías de buenas prácticas en el quehacer enfermero, surgiendo las siguientes categorías: Experiencias nacionales, internacionales y vínculos ministeriales; Personal de salud, con dos subcategorías: Individual y Equipo de trabajo; Experiencia del equipo de guías de buenas prácticas; Organización Institucional; Características propias del paciente y Resistencia al cambio.

Experiencias nacionales, internacionales y vínculos ministeriales

Los participantes del estudio consideran como un factor facilitador la vinculación ministerial en la implementación de GBP, dado probablemente, porque el Ministerio de Salud chileno es una institución de prestigio y de confianza, además que la supervisión y evaluación del cumplimiento del programa de guías de buenas prácticas en hospitales comprometidos con la implementación es una función a cumplir por dicho ministerio. Por otra parte, contar con información de experiencias previas de implementación de GBP en hospitales nacionales y sus resultados pueden motivar al personal, principalmente si estos resultados son beneficiosos. Enfermeras/os formados bajo la influencia de evidencia internacional facilitaría el proceso porque existe un cierto conocimiento de los conceptos.

E7. "... O sea, facilitadores de esto... yo pienso que está de la mano con el ministerio. También de que hay otras experiencias nacionales. Creo que en la clínica Las Condes ya tiene guías implementadas" ... "... pero como ya hay experiencias en otros lugares... uno ya puede ver que sí realmente tiene beneficios para los pacientes y para las personas".

E8. "... es nuestra formación de pregrado, basada en la evidencia de realidad extranjera, ya sea española, en este caso canadiense y nuestro cuidado, nuestro quehacer de enfermería tiene de estas influencias. Entonces son temas conocidos, son conceptos conocidos y son acciones que también son conocidas y que no deberían ser difíciles de aplicar".

Personal de salud

Esta categoría se subdivide en 2 subcategorías, la primera relacionada a nivel individual del profesional y la segunda a nivel de equipo multidisciplinario.

Subcategoría Individual: A nivel individual profesional los principales facilitadores corresponden a opiniones relacionadas al interés que puede tener el profesional en relación a mejorar los cuidados, en generar conocimiento, en la involucración del quehacer técnico, la

opción de querer cambiar y adoptar los mejores cuidados. Mayor será la motivación personal para adoptar cambios en el cuidado, mientras los resultados muestren un impacto positivo en el paciente y en el profesional.

Asimismo, los participantes han observado que existe falta de motivación en diferentes situaciones del trabajo, esta falta de motivación por no querer adoptar cambios actúa como un efecto dominó ya que otros profesionales comienzan también a desmotivarse. Un participante mencionó que tiene la percepción que post pandemia se observa menos compromiso con el trabajo cuando se requiere de actividades fuera de horario laboral, es decir, ya no se prioriza el trabajo, sino más bien la vida personal, por lo que piensa que probablemente se vea dificultada la asistencia a las capacitaciones para el uso de guías.

E3. “Y el resto... obviamente va más en uno, también como enfermero, de querer mejorar las cosas, de que obviamente se pueda generar más conocimiento, que se pueda estudiar más. El conocimiento es poder para nosotros y con beneficio obviamente al paciente. Es lo fundamental”.

E6. “Entonces, creo que por ahí nosotros mismos deberíamos involucrarnos como ir revisando al paciente, hacer los aseos de determinada manera, conocer cuáles son los buenos y malos insumos, que son cosas como más sencillas de hacer y que muchas veces nosotros mismos no somos los facilitadores”.

E13. “... si yo hago esto bien y aplico esta guía, mis pacientes van a estar mejor, por lo tanto, yo voy a ser mejor enfermera, mejor profesional. Y creo que esa es la mirada que ha ido cambiando, como que uno ve reflejado en el resultado de tu paciente cómo es tu trabajo. Y cómo trabaja tu equipo también es parte tuya”.

E1. “Pero hay que cambiar un poco el switch, porque en el fondo si uno empieza a ver el otro lado, el trabajo como de conciencia de que realmente hay que hacerlo bien para que el paciente mejore y todo, y que en ningún momento hay una sanción de por medio, yo creo que funcionarían mejor las guías de buenas prácticas”.

E14. “Solamente lo único negativo sería que, bueno, yo creo que es algo como más de cada persona, de que si lo quieren leer o no. Ya que, si él se quiere, para poder entregar lo que corresponde al paciente, porque estamos viendo la prueba paciente, sería no leerlo”.

E8. “Lo otro es que todas las personas se pongan la camiseta, por decirlo de alguna forma, en trabajar en base a las guías de buenas prácticas. Y, lamentablemente, ahí influye mucho lo que es la motivación y el interés que, bueno, no sé si por pandemia o no, pero pos - pandemia cambió mucho el interés por el trabajo. Si bien hay personas que les gusta su trabajo, pero ya no es prioritario el trabajo, sino que les dan prioridad a otras cosas ya más personales, más externas. Entonces, quizás, si buscamos realizar algún compromiso, por ejemplo, destinar cierto tiempo como para estudiar o reforzar ciertos conocimientos o participar en el mismo campo laboral, quizás no va a haber ese compromiso de disponer ese tiempo. Y también va a ser una de las barreras a vencer”.

E8. “Sí me siento motivado. O sea, a mí me gusta lo que es el área de investigación, me gusta trabajar, así como en proyectos o como en equipos de trabajo, pero no, no está la motivación, no, no, no sé, las personas que te tienen que motivar no te motivan.

Entonces al final, por muy motivado que yo esté, me desmotivo. O al final me quedo... no, ¿sabes? mejor no hago nada. Porque al final uno adopta más responsabilidades, pero al final uno no avanza solo”.

E1. “La gente que no tiene autocrítica, va a querer que toda esta receta de cocina sea perfecta, pero resulta que la receta de cocina, como te decía, tiene factores, entonces esos factores uno no los puede modificar...”

Subcategoría Equipo de trabajo: En relación a los facilitadores a nivel de equipo de trabajo, la incorporación de enfermeros nuevos al grupo es valorado desde el punto de vista que es un personal que llega motivado y es receptivo de las normas del servicio ya que se encuentra en un periodo de orientación y/o formación en el lugar de trabajo. Otro facilitador destacado es contar con un equipo multidisciplinario que trabaje coordinadamente y sean un apoyo mutuo, entendiendo que el cuidado no es exclusivo de enfermería.

En relación a las barreras, estas son diversas, entre las cuales se encuentran: revisión y elaboración de las guías sólo por enfermeras/os sin considerar otro estamento o profesionales; el ausentismo laboral que obliga a incorporar personal por periodos cortos (personal suplente o de reemplazo) los que no siempre cuentan las herramientas de capacitación de los cuidados que se realizan; otro obstáculo se refieren a las dudas de la efectividad de las guías de buenas prácticas por su origen internacional; la escases de tiempo para aplicar las guías debido a la carga laboral administrativa también fue una barrera importante de opinión.

E7. “Afortunadamente, al menos donde trabajo, se ha cambiado mucho el personal y mucha gente nueva, y la gente nueva viene como con esa necesidad de actualizarse. Algunos no otros sí, pero yo diría que la mayoría sí. Entonces es un facilitador eso también, de que la gente tiene esta necesidad de conocimiento, o sea, la gente dice tengo muchos déficits en esto, entonces tengo que buscarlo en alguna parte y tengo esta herramienta”.

E3. “Tener un buen equipo de TENS, los kinesiólogos, un equipo... multidisciplinario, que puedan otorgarte información, porque a veces uno que está, escribiendo, evolucionando, viendo al doctor que te diga esto, ellos también deben hacer los ojos para ti...”

E7. “... yo creo que puede haber un liderazgo de enfermería, pero hay muchas cosas que también se relacionan con otros profesionales. Si hablamos, no sé, de los accesos vasculares, de los errores de medicamentos, tiene que haber un químico farmacéutico, que nos ayude con otras herramientas que ellos tengan, independiente de quién lidera esto, tiene que haber otros profesionales también, incluso los técnicos también pueden haber en algunas partes que son más... claro!, quizás ellos no van a preparar los medicamentos, no los van a administrar, pero hay cosas que sí se pueden prevenir, incluso hasta cuando se dispensan los medicamentos, cuando ellos los van a buscar, que son errores que sí ocurren en los medicamentos”.

E1. “Solamente las guías de buenas prácticas las revisan, en el fondo, solo las enfermeras, o los equipos, los profesionales, o los equipos directivos, pero no se pide la opinión muchas veces de la gente que hace el trabajo”.

E2. “...que yo tenga un ausentismo como largo de un personal que es de parte de mi equipo, va a evitar que yo tenga una buena comunicación con los suplentes, porque los suplentes van a cambiar todos los días, entonces yo no voy a poder así como generar un lazo tan fuerte con ese suplente si todos los días me cambian ese suplente”.

E5. “O que el personal no esté entrenado en las guías, en las buenas prácticas que se están innovando...”

E7. “Y yo creo que a muchas personas les va a pasar cuando las conozcan también porque ¿esto de dónde salió?, pero ¿es aplicable?, esto ni siquiera es chileno. Yo creo que eso puede generar la duda”.

E2. “... una es el tiempo, el tiempo que uno maneja, porque yo siento que, por lo menos en mi realidad, yo siento que pierdo... no es que pierda tiempo, pero siento que la mayor cantidad de tiempo que yo gestiono, lo ocupo en gestión, valga la redundancia y el tiempo que yo quisiera como aplicar en evitar estos eventos, quizá no es el suficiente”.

Experiencia del equipo de guías de buenas prácticas

Es muy importante que se integren y participen las enfermeras líderes de calidad, líderes de la implantación de guías y las enfermeras/os de las distintas unidades encargadas de la gestión del cuidado, de la seguridad del paciente y la calidad de la atención, sumado a la participación de las supervisoras de los centros de responsabilidad. Además, los participantes opinan que un líder en cada equipo de trabajo o cada turno tiene gran relevancia, puesto que este profesional les otorga confianza frente a dudas que pudieran surgir en el transcurso de la jornada laboral, ya que se considera que tendrían la competencia para orientar el cuidado basado en las recomendaciones, así se facilitaría la implantación y consolidación de las guías.

En relación a la supervisión, los participantes mencionan que ésta debe ser sistemática y aleatoria y/o cruzada para que la contribución de esta acción sea un real aporte en la evaluación de las intervenciones y los resultados, sin sesgos. Por otra parte, en esta categoría, barreras a considerar relacionadas a la supervisión, es que ésta sea punitiva buscando el error y no la solución y también la existencia de una escasa supervisión del proceso de implantación.

E8. “... lo que facilitaría la implementación es formar líderes o referentes, ya sea en cada turno o en cada grupo de trabajo, dando a conocer las guías, el contenido de las mismas, los objetivos y lo que se busca como resultado o de qué manera se van a implementar, de tal manera que cuando exista alguna duda de cada equipo de trabajo tengan a quien recurrir y no quede esa duda para después o para el día siguiente, sino que se pueda resolver de manera inmediata. Y sería una de las formas, yo creo que ayudaría mucho, facilitaría en realidad la implementación, la formación de líderes en cada área de trabajo, en cada centro, en cada servicio, etcétera”.

E2. “El hospital clínico igual tiene un nivel de exigencia bastante alto. Porque igual hay círculos de calidad. Por ejemplo, yo formo parte del círculo de calidad. Y quizá no es muy constante, pero cada cierto tiempo se hacen reuniones sobre los eventos adversos que hay. Se plantean estrategias de trabajo. Igual, como equipo, igual uno se reúne y dice: mira, pasó esto. ¿Qué podemos hacer para mejorar? Se implementan nuevas estrategias. A veces se buscan nuevos insumos para evitar lesiones por presión”.

E12. “Y si llega alguien externo a supervisar, claro, probablemente la presión haga que se realice la tarea. Sí, porque en realidad hay otros ojos. Hay otros ojos que fuera de nuestra unidad, que no es uno que trabaja con ellos. Y que uno, obviamente, cada uno tiene su tarea durante el turno. Entonces uno no puede estar como, uno sí supervisa, pero no todo el día. Pero claro, si hay otros ojos, ahí uno se fija también en las falencias. ¿Realmente se está haciendo así? O cada dos horas yo tengo que estar recordando en qué hay que hacer, no sé, tal función. Entonces sí. Es difícil igual. Es difícil. Es complicado”.

E1. “...entonces la gente tiene asociado mucho esto de que, si se hizo mal, es punitivo y me va a llegar la sanción, me van a bajar la nota, me va a llegar una anotación de demérito, entonces toda la gente trabaja o hace el trabajo en relación a esto, al carácter punitivo...”

E6. “Que sea una persona anexa al servicio que nos traiga la información y que podamos ir supervisando, porque muchas veces nos pasa de que ¡ah! los puso tal colega del mismo servicio, como que le resten un poco de importancia”.

E6. “Y como ya se dio la instrucción de que se debe implementar, se da por hecho de que todo el mundo lo está haciendo y de repente no todo el mundo lo hace y de repente solamente lo hacen ciertas personas entonces el que no lo hace descansa y el que viene, lo hace”.

Organización Institucional

En esta categoría destaca positivamente el sistema de registros digitales con los que cuenta el hospital, el cual es considerado como adecuado y oportuno para la notificación de eventos adversos, lo que permite un análisis oportuno de los hechos en busca de mejorar las intervenciones, donde las guías constituirían un aporte para el proceso.

En relación a la información del proceso de implementación de las guías se considera como barrera, desde la comparación con otros temas tratados previamente por la institución, cuando la información no es difundida, no es oportuna o es escasa, además constituye una barrera la forma en que se difunde la información, por ejemplo, a través de correos, el cual no es muy utilizado por el personal.

Por otra parte, la dificultad en el acceso a las guías es una limitación principalmente en aquellas personas que no saben cómo buscar o acceder a la información necesaria. Asimismo, los profesionales opinan que la institución debe proveer de recursos humanos y materiales o

equipos además de una adecuada planta física para que la implantación sea efectiva, de lo contrario constituye una importante barrera a superar.

E2. “A nivel informático igual se mejoró bastante. Hace poco el tema del registro de eventos adversos en el hospital clínico ahora es a nivel informático. Antes era todo escrito. Ahora es todo informático. Entonces, ahora notificar eventos adversos es súper fácil. Entonces, yo encuentro que facilitar esas cosas yo creo que ayuda bastante a detectarlas y a buscar estrategias nuevas, por lo menos.”

E13. “... lo otro... las notificaciones. ¿Todo el equipo está en realidad dispuesto a notificar? Y cuando uno notifica, uno notifica ¿por qué pasaron las cosas? Y eso mismo nos permite a nosotros identificar qué está faltando. ¿Por qué se cayó? ¿Por qué estaba la luz apagada? ¿Por qué el piso estaba mojado? ¿Fue en la ducha? Y la ducha estaba muy baja, y pasó toda el agua para afuera, pisó... se cayó. Entonces, siento que el sistema de notificación ahora sea como tan abierto, permite que uno vea los errores que uno cometió en el momento de manera certera. Y corregirlo de manera inmediata. Y si se logra como integrar al conocimiento general, que es una guía, va a ser mucho más fácil. Porque ya no va a ser como una o dos personas dar la solución. No, nosotros como equipo tenemos que dar la solución y tenemos que analizar qué pasó”.

E15. “Sí, pero de ahí obviamente, si es que existiera el recurso, que es algo que nos limita en realidad, yo creo que acá es el tema del recurso y de que se pueda, no sé... como difundir la información. Porque como tú me dices, este año se quiere empezar a trabajar con eso, pero en realidad no se ha difundido. Entonces yo creo que eso podría llegar a ser como una limitación, más que nada la desinformación del personal de lo que se va a implementar”.

E5. “Pero no, incluso a veces, no sé, por ejemplo, la jefatura, los protocolos nuevos, los cambios, todo es por correo. Que quizás obviamente es el medio más rápido para la jefatura de distribuirlo, pero no todos quizás revisan el correo. Y entonces finalmente yo no tengo por qué saber si todos están familiarizados con el protocolo, por ejemplo. Y en este caso con la guía de buenas prácticas, más o menos”.

E10. “Siempre veo como que no se logra algo porque la gente no lo sabe, no hay mucha información, no hay como el facilitador de que esté en el computador para que uno lo lea. Eso es como para mí un... una barrera”.

E5. “Otra limitación puede ser el acceso a las guías que quizás no todos saben buscar en internet o acceder o buscar la información que se necesita” .

E13. De los implementos. Por ejemplo, no sé, tengo dos TENS (Técnicos de enfermería de nivel superior), tengo dieciocho pacientes y tengo dos cuñas y tengo, no sé... en el caso de caídas, tengo camas rotas, no puedo asegurar que suban, que bajen, eso igual es un riesgo. O tengo piezas en que hay un solo timbre, pero tengo tres pacientes. Entonces, no sé, si un paciente quiere avisar que se quiere levantar, pero no hay timbre, entonces se levanta solo y se cae. Entonces eso ya ni siquiera corre por mí, sino que es un tema de infraestructura que se ve faltante. Es como... hay que cumplir con la dotación de camas, pero como la infraestructura también no me permite, en realidad, generar una buena respuesta hacia los protocolos”.

E13. Los insumos... llegó un momento en que teníamos hartas cuñas y se fueron desapareciendo, o no son aptas, han aumentado mucho los pacientes obesos, y a veces el mismo implemento que sirvió para un paciente normo peso no va a servir para un paciente obeso. Las camas bariátricas son escasísimas. Y lamentablemente no son camas bariátricas buenas, por así decirlo. Y se rompen con el peso del paciente. ¿Y

cómo vas a evitar lesiones por presión? si al final la barandilla que tiene que estar arriba para evitar la caída le está generando una lesión en el brazo, o sea, hay insumos sí, hay insumos correctos, pero no muchos”.

E8. “... tenemos a veces algunas limitaciones en recursos, el recurso humano, pero también muchas veces hay recursos materiales, que no se disponen como para poder realizarlo (las intervenciones). Entonces ahí tendría que también estar como la adecuación a la realidad local. No sé... ejemplo, en Canadá ellos usan roller, nosotros acá usamos sabanilla, por dar un ejemplo. O en el tema de las lesiones por presión, si bien son actividades, no sé, de cambiar posición, cosas así, pero muchas veces tenemos camas que no están, los colchones están en malas condiciones o no están funcionando de manera adecuada”.

Características propias del paciente

Los participantes identificaron características del paciente que facilitaría la implementación de guías, por ejemplo, la cooperación del paciente frente a los cuidados o intervenciones que requiera de las recomendaciones; otro facilitador es el apoyo familiar en relación a participar en el cuidado de la persona enferma.

Por otra parte, en relación a las barreras provenientes de las características del paciente, estaría dado por el rechazo de los pacientes a las intervenciones o cuidados vinculados a las guías; el estado de salud o condición del estado de conciencia que no permitieran realizar alguna intervención o seguir las recomendaciones de la guía.

E4. “Pues es que depende también... como se habla de los buenos y malos pacientes, como que en realidad... un facilitador podrían ser aquellos buenos pacientes que cooperan”.

E2. “Siento que el acompañamiento de la familia ayuda mucho a la vigilancia de estos eventos adversos. Por ejemplo, en el tema de las caídas, un paciente adulto mayor con una vigilancia de un familiar ayuda mucho a evitar estos riesgos de, por ejemplo, riesgo de caída o riesgo de lesiones por presión”.

E4. “... a veces los pacientes mismos rechazan, por ejemplo, en las LPP (lesiones por presión), los cambios de posiciones, o rechazan el colchón antiescara, entonces eso ya puede ser como parte de creencia de los pacientes, o comodidad o incomodidad de ellos, que también nos generan una barrera para aplicar las guías de buena práctica”.

E5. “... o que la condición de salud del paciente no me permita efectuar, por ejemplo, cambios de posición o aplicación de apósitos protectores, porque su estado de salud no permite... quizás movilizarlo cada dos horas o no movilizarlo en ningún instante”.

E6. “Son muy pocos los pacientes que empiezan a luchar contra algunas... ¿por qué tengo que tener las cuatro barandas arriba o tres barandas arriba?, que no puedo tener la cama en alto, ahí uno explicándoles, muchas veces no entran en razón, son como los pacientes deliriosos o con demencia los que podrían no seguir como la estructura, pero ya es por algo de su diagnóstico”.

E13. “Pacientes desorientados, que no quieran seguir instrucciones, pacientes deliriosos por daño hepático alcohólico, tienes muchos más riesgos de que no sigan instrucciones o que se pongan violentos con uno, la no existencia de un pabellón psiquiátrico hace que muchos pacientes psiquiátricos suban a piso. Y lamentablemente son pacientes que uno no está preparado para recibir, como por ejemplo yo que soy enfermera de médico quirúrgico”.

Resistencia al cambio

La resistencia al cambio se identificó como una de las mayores barreras para iniciar el proceso de implantación de guías, dado principalmente por las reacciones que puede provocar el cambio de las acciones rutinarias que incluso podría llegar a generar ansiedad, además dificultad de adaptarse a nuevas formas de trabajo y el tiempo que se requiere invertir en esta adaptación.

Finalmente, los enfermeros de acuerdo a experiencias similares de cambios, tienen la idea de que, aquellas/os enfermeras/os y técnicos de enfermería que tienen una mayor trayectoria laboral, les sería más difícil aceptar cambios y por lo tanto serían quienes tendrían mayor dificultad en este ámbito.

E1. “Y de repente todas las cosas nuevas o todos los cambios nuevos generan ansiedad o de repente muchas resistencias en los equipos de trabajo. No es que a uno le guste, pero igual de todas formas uno llega a su turno y hace una misma rutina siempre. Entonces, añadir algo es como se hace difícil al principio”.

E4. “Cuando yo ingresé a trabajar, para mí se me hacía fácil aprender todo lo que me enseñaban, pero cuando uno ya está trabajando encuentro que cuesta un poco como adaptarse a los nuevos cambios”.

E7. “... Entonces, creo que es necesario tener formación de cómo saber utilizarlas porque igual no son tres hojas, es algo extenso, con mucha información. Entonces, igual puede generar resistencia en la gente en querer, como con falta de tiempo, quizás querer ahondar un poco más en esto”.

E3. “... quizás para otras colegas que llevan su tiempo trabajando y que cuesta que se actualicen, o que cuesta que recibir otra, cómo se puede decir, otra visión, otra perspectiva en cuanto a los cuidados, quizás cueste en ellas implementarse”.

E9. “... quizás un poco la gente que ya está acostumbrada a tener sus propios cuidados, digamos, o de repente gente mayor que uno nota que está como un poco reacia a los cambios, porque esto igual conlleva quizás empezar a hacer cambios aunque sean pequeños, en el día a día uno como que va notando de repente que la gente es un poco reacia a eso, a hacer como cambios aunque sean chicos, ya sea de registro, ya sea de hacer un paso más en algún cuidado, entonces de repente eso como que toca más para las personas”.

E15. “Sí, van a haber obviamente conflictos va a generar en el personal ¿por qué? porque va a modificar su manera de trabajar porque obviamente las enfermeras vamos a ser mucho más rigurosas vamos a estar un poco más encima de lo que tienen que hacer y tenemos hartos personal que ya tiene sus años entonces de repente la antigüedad igual genera que es difícil esa barrera está, está el hecho de que uno va a tener que

cambiar el switch por así decirlo y va a tener que empezar a trabajar de una manera diferente, entonces ahí se va a ver si la gente es versátil o lo es, si se ponen rígidos antes los nuevos cambios”.

Discusión y resultados

Las experiencias previas del uso de guías de buenas prácticas (GBP) nacionales o internacionales junto a la evidencia de resultados positivos en el paciente, se considera un factor facilitador para la implementación de GBP, ya que motivan su uso por parte del personal. El estudio de Clavijo *et al.* (2020) evidenció que las/los enfermeras/os encontraron útiles el uso de la práctica basada en la evidencia (PBE) principalmente, aquellas evidencias de origen internacional, ya que eran más reconocidas, lo que facilitó la adopción de guías, además, se consideró que las experiencias previas del uso de recomendaciones constituyeron una referencia para los profesionales.

El presente estudio evidenció que los profesionales enfermeros consideran un factor facilitador para la implantación efectiva de las guías que el Ministerio de salud chileno haya adquirido la responsabilidad de trabajar con GBP de la RNAO en un esfuerzo de mejorar la calidad de la atención. En el Marco constitucional y de estrategia sanitaria en Chile, se ha establecido que el Estado tiene el deber de respetar y promover el derecho a la protección de la salud. Esto significa que se debe garantizar a que todas las personas tengan acceso a servicios de salud adecuados y seguros. Para esto una de las estrategias adoptadas por parte del Ministerio de salud es estandarizar prácticas, es decir, unificar y regular la forma en que se realizan los procedimientos médicos y administrativos en el sistema de salud, especialmente en lo que respecta a la calidad y seguridad (Superintendencia de salud, 2012).

Factores positivos a nivel individual del profesional se relacionan al interés en generar conocimiento, la motivación por adoptar cambios y mejores cuidados basados en evidencia. En relación a esto, Del Cura *et al.* (2024) también identificó como factores facilitadores del proceso de implantación de GBP la motivación personal y los conocimientos. Por otra parte, los participantes mencionaron que la falta de motivación para la adopción de nuevas intervenciones es un factor que va en desmedro de la implementación, debido a que se observa un efecto dominó, en el sentido de que otros profesionales se irían sumando a esta desmotivación.

Un participante describió que actualmente se prioriza la vida personal por sobre las responsabilidades del trabajo fuera de horario laboral, por lo que cree que la asistencia a las

capacitaciones para el uso de las guías se vea dificultada. En este sentido, un estudio evidenció que la barrera más frecuente para la implementación de guías fue la falta de educación o capacitación en su uso, en el dominio del conocimiento y las competencias clínicas (Jin *et al.*, 2021). También se evidencia en otro estudio que existen profesionales que informan tener poco tiempo para asistir a las capacitaciones o talleres (Maya *et al.*, 2021), mientras que el estudio de Clavijo *et al.* (2020), evidenció que los profesionales valoran el tiempo para la formación e investigación otorgada por la institución ya que les permite desarrollar habilidades necesarias para aplicar la evidencia.

Entre las opiniones acerca de las barreras relacionadas al trabajo en equipo se encuentra que las guías son revisadas principalmente por enfermeras sin considerar a otros profesionales u otros funcionarios que atiende al paciente, en este punto los estudios de Maya *et al.* (2021) y Castro *et al.* (2023) evidenciaron que se necesita considerar la opinión de cada uno de las personas que son parte de un equipo multidisciplinario de salud, pues esto constituye una estrategia efectiva para los procesos de implementación.

Además, se considera el ausentismo laboral como un importante obstáculo, ya que esta situación obliga a incorporar personal en calidad de reemplazo o suplencia, con un continuo recambio de recurso humano sin la seguridad de que este personal nuevo cuente con las herramientas necesarias para trabajar con las recomendaciones implementadas o en proceso, traducándose en un mayor desgaste para el personal perteneciente a la unidad hospitalaria. En consonancia con estos resultados existen estudios (Maya *et al.*, 2021; Rojas y Reynaldos, 2024) que también identificaron como barreras laborales el déficit de personal que pueden influir en el escaso tiempo para consultar guías o participar de otras actividades relacionadas a la implementación de guías de buenas prácticas por sobre carga laboral.

Otra barrera a considerar por los participantes de este estudio es la falta de tiempo para aplicar las guías por la carga laboral administrativa en que se encuentran constantemente las/os enfermeras/os. En este sentido existen estudios que apoyan estos hallazgos (Del Cura *et al.*, 2024; Rojas y Reynaldos, 2024; Maya *et al.*, 2021; Shayan *et al.*, 2019), evidenciando reiteradamente la carga de trabajo como una barrera importante a considerar, la cual influye principalmente en el escaso tiempo para realizar una búsqueda adecuada de evidencia científica o para consultar las guías y para aplicarlas de manera óptima.

En esta investigación, algunos participantes declararon tener dudas de la efectividad en el uso de las guías de buenas prácticas principalmente aquellas que serían de origen internacional, ya que estas no corresponderían a la realidad nacional o local. Desde este punto, Clavijo *et al.* (2020) encontró evidencia diferente, ya que el personal otorga mayor valor a aquellas guías de origen internacional, mientras que Rojas y Reynaldos (2024), mencionan en sus resultados que los profesionales muestran incertidumbre, pero acerca de la evaluación crítica de las guías a implementar.

Este estudio identificó como un factor facilitador el ingreso de enfermeros o personal nuevo a una unidad, cuya explicación está dado en que se considera un funcionario en que muchas veces se incorpora con un alto nivel de motivación y receptivo a las normas del servicio, en relación a este resultado no se encontró evidencia que lo respalde.

Por otra parte, se identificó como otro factor facilitador el trabajo en equipo multidisciplinario, ya que este permitiría la coordinación y apoyo mutuo entre disciplinas y estamentos, al momento de entregar los cuidados al paciente, garantizando además la continuidad del cuidado. Esto se alinea a los resultados encontrado en la literatura (Crawford *et al.*, 2023; Clavijo *et al.*, 2020), que evidenciaron como facilitador el trabajo en equipo colaborativo, con la participación de todos en la implementación, con una adecuada coordinación y comunicación que permite los debates para ampliar los contextos de intervenciones de enfermería.

Otro factor favorable para una eficaz implementación e implantación de GBP es la implicación de distintos perfiles y cargos de enfermeras/os, ya que para este proceso se requiere de coordinación y colaboración entre ellos, demostrando un claro liderazgo y participación de una supervisión objetiva y rigurosa. Estos hallazgos son similares a los del Crawford *et al.* (2023), en el cual se evidencia que los profesionales de enfermería consideran relevante el apoyo desde líderes y directivos que garanticen el acceso a la información y promuevan la práctica basada en la evidencia.

Asimismo, otro estudio demostró que los profesionales de enfermería referían necesitar el apoyo de los directivos institucionales y de enfermeras encargadas de la gestión para una implementación exitosa de recomendaciones basada en evidencia (Clavijo *et al.*, 2020). También el estudio de Rufaza *et al.* (2024), evidenció que el liderazgo de enfermeras gestoras

y su apoyo a otras enfermeras, junto a diversas estrategias de implementación tienen un efecto directo y positivo en el uso de la PBE.

Según las opiniones de los participantes de este estudio, una organización institucional está relacionada con la capacidad de proveer un sistema de registro digital que permita realizar notificaciones de eventos oportunos con el consecuente análisis de los hechos, considerando que las guías de buenas prácticas serían un aporte esencial para este proceso. En este sentido Furini *et al.* (2019) considera que las notificaciones de eventos son un medio importante para detectar incidentes en el área de la salud, además involucra a los profesionales que atienden de manera directa a los pacientes, promoviendo un entorno hospitalario seguro y, por último, las notificaciones constituyen indicador de calidad de los servicios hospitalarios.

La escasa difusión de la información relacionada a las GBP, la dificultad en el acceso a los documentos, el escaso conocimiento de búsqueda científica por parte de los profesionales, son considerados limitantes al momento de implementar el uso de las recomendaciones. Estudios apoyan estos hallazgos, los cuales evidenciaron en sus resultados que la difusión constituye un proceso complejo y que es necesario mejorar la difusión de los proyectos relacionados a implementación de GBP, sumado a que los profesionales sugieren la presentación de la implementación en los diferentes servicios hospitalarios (Ramos *et al.*, 2020).

Otros estudios que apoyan los hallazgos de esta investigación, mencionan la falta de acceso a las bases de datos o a la información relacionada a las GBP, lo que limita la capacidad del profesional enfermero para la toma de decisiones en base a evidencia científica, además de constituir una importante barrera al momento de educar a los pacientes y promover cambios relacionado a las GBP (Rojas y Reynaldos, 2024; Shayan *et al.*, 2019). A su vez Dakka (2022), en su estudio relacionado a las barreras de la PBE en enfermeras de cuidados paliativos, identificó como principales obstáculos los conocimientos y las habilidades inadecuados en la búsqueda en bases de datos y las dificultades en la evaluación crítica de los estudios por parte de los profesionales enfermeros.

Otra barrera relacionada a la organización institucional se refiere a la provisión de recursos y a la planta física deficiente que apoye la implantación de GBP. En este sentido son diversos los estudios que han encontrado similares hallazgos, donde se mencionan principalmente la limitación de recursos y de planta física, la falta de equipos computacionales

y de conectividad a internet, falta de insumos materiales y equipos especializados, escasez de medicamentos e instalaciones inadecuadas, lo que limita seguir las recomendaciones de las guías, impidiendo realizar correctamente el trabajo y, en consecuencia, disminuyendo el interés por trabajar con GBP (Maya *et al.*, 2021; Shayan *et al.*, 2019; Rojas y Reynaldos, 2024).

Se considera que los pacientes poseen características propias que ayudan a la implementación de las guías, como la cooperación frente a los cuidados o intervenciones y el apoyo que entrega la familia durante la participación en el cuidado. En punto se puede mencionar que las recomendaciones consideran las preferencias y valores de los pacientes, por lo tanto, es necesario integrar a los pacientes en los cuidados ofrecidos, respetando su autonomía, ya que de esta forma existe una alta probabilidad de que el paciente acepte las recomendaciones (Franco *et al.*, 2020).

De acuerdo a las barreras, se visualizan el rechazo a las intervenciones o cuidados vinculados a las guías por parte de los pacientes, o que por el estado de salud o conciencia no se pudiera realizar alguna recomendación. Rojas y Reynaldos (2024), identificaron barreras similares tales como pacientes que no siguen las recomendaciones por falta de motivación, incumplimiento o desconocimiento, además de problemas del lenguaje o alfabetización, pacientes con comorbilidades, depresión, ansiedad y miedo, problemas de movilidad, polifarmacia e incapacidad de auto empoderamiento, lo se puede relacionar con el estado de conciencia; además identificaron otras características como situación financiera y situación laboral de los pacientes.

Finalmente, la resistencia al cambio por parte del equipo sanitario constituye una de las principales barreras para la adopción de nuevas intervenciones. Existen varios estudios que apoyan esta evidencia, el estudio de Maya *et al.* (2021), evidenció que existen médicos que no desean trabajar con nuevos instrumentos como las guías de práctica clínica, sobre todos aquellos que tienen una mayor trayectoria o experiencia laboral; otros estudios identificaron que el personal de enfermería mostraba falta de preparación y disposición para los cambios y resistencia para realizar cambios en el quehacer (Rojas y Reynaldos, 2024; Dakka, 2022), mientras que Crawford *et al.* (2023), identificó que la resistencia al cambio puede ser a nivel individual como a nivel colectivo, denominando a este último como “una cultura resistente”, la cual evita adaptar las nuevas prácticas, procedimientos o políticas que otras instituciones han adoptado para mejorar la calidad de atención al paciente.

Limitaciones del estudio

El estudio fue realizado en un centro hospitalario, que, al momento de la recolección de los datos, aún no se comenzaba con la implantación de guías de buenas prácticas, mientras que en el resto del país existían varios hospitales implantando guías de buenas prácticas vinculadas a la RNAO. Probablemente el aislamiento regional del resto del país juega un papel importante en que el inicio del proceso de implementación de dichas guías presentara demora. Por otra parte, sólo tres profesionales declararon tener la experiencia de trabajar con al menos una guía y dos de ellas mencionaron que participaron en la formación de Champions en el año 2022, por lo que es un desafío realizar un nuevo estudio una vez avanzado el proceso de la implantación actual de la primera guía comprometida por el centro hospitalario.

Consideraciones finales

Para una óptima y efectiva implantación y sostenibilidad de guías de buenas prácticas es necesario considerar los facilitadores del proceso, los cuales se deben potenciar, mejorar y promocionar, mientras que las barreras se deben transformar en oportunidades de mejoras. Es necesario involucrar al equipo multidisciplinario en la identificación de estos factores, puesto que son quienes mejor conocen la realidad de los cuidados de los pacientes y el entorno, detectando que es lo que funciona y que no, por su contacto directo con la atención y cuidado de los pacientes, además son quienes pondrán en práctica las recomendaciones.

Los profesionales de enfermería identifican una serie de factores facilitadores del proceso, desde el rol que cumple el ministerio de salud, la organización de las instituciones, el liderazgo de la disciplina, el trabajo en equipo, la disposición de los pacientes y familia, entre otros, pero también están conscientes de la existencia de barreras que dificultan la implantación de guías y que es necesario que sean tomadas en cuenta para asegurar el éxito de las guías.

Para que las guías de buenas prácticas sean útiles y sostenibles en el tiempo, es necesario fortalecer lo que ayuda, mejorar o cambiar lo que dificulta, y escuchar al equipo que está en contacto directo con los pacientes.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés ni financiero ni de relaciones personales que pudieran haber influenciado el trabajo presentado.

Referencias

ARREDONDO-Provecho A, MARTÍNEZ-Piédrola M, GUADARRAMA-Ortega D, MORALES-Guijarro A, RUIZ-Lujáne A. y ACEVEDO-García M. Impacto de la implantación del programa internacional de Guías de Buenas Prácticas (BPSO®) en los resultados de salud en un hospital público. **J Healthc Qual Res.**, 39(5):306-314. 2024. Spanish. doi: 10.1016/j.jhqr.2024.06.006. Epub 2024 Jul 30. PMID: 39085011.

ASOCIACIÓN DE ENFERMERAS REGISTRADAS DE ONTARIO. *Kit de herramienta*, 2012.

ASOCIACIÓN DE ENFERMERAS REGISTRADAS DE ONTARIO. *Kit de herramienta*, S/F. Disponible en: <https://rnao.ca/es/bpg/leading-change-toolkit/knowledge-to-action-framework/evaluar-barreras-y-facilitadores>

BACH-Mortensen AM, LANGE BCL, MONTGOMERY P. Barriers and facilitators to implementing evidence-based interventions among third sector organisations: a systematic review. **Implement Sci.**, 30;13(1):103. 2018. doi: 10.1186/s13012-018-0789-7. PMID: 30060744; PMCID: PMC6065156.

BAUER Mark S., Kirchnerb JoAnn. Ciencia de la implementación: ¿Qué es y por qué debería importarme? Implementation science: What is it and why should I care? **Psychiatry Research** 2019 <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.04.025>

CASALES-Hernández MG, REYES-Morales H, NIGENDA G, GARCÍA-Saisó S. Exploración de facilitadores y barreras para implementar los roles ampliados de enfermería en México. **Rev Panam Salud Publica**,47:e142. 2023. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.142>

CASTRO-Sandoval Johanna, CATALÁN-Peña Lucía, CAMPOS-Serrano María Sylvia. Utilización de evidencia científica en planificación del cuidado por el profesional de enfermería: revisión sistemática. **Enferm. glob.** 22(72): 517-544. 2023. [Internet]. [citado 2025 Sep 07] ; Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412023000400018&lng=es. Epub 04-Dic-2023. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.558581>.

CLAVIJO-Chamorro MZ, SANZ-Martos S, GÓMEZ-Luque A, ROMERO-Zarallo G, LÓPEZ-Medina IM. El contexto como facilitador de la implementación de la enfermería basada en la evidencia: una metasíntesis. **Revista occidental de investigación en enfermería**. 43(1):60-72. 2020. doi: 10.1177/0193945920914397

COENEN P, DE WIND A, VAN DE VEN P, de MAAKER-BERKHOF M, KOES B, BUCHBINDER R, HARTVIGSEN J, ANEMA JHR. The slow de-implementation of non-evidence-based treatments in low back pain hospital care-Trends in treatments using Dutch hospital register data from 1991 to 2018. **Eur J Pain**. 27(2):212-222. 2023. doi: 10.1002/ejp.2052. Epub 2022 Nov 12. PMID: 36317649; PMCID: PMC10099564.

CRAWFORD CL, RONDINELLI J, ZUNIGA S, VALDEZ RM, TZE-POLO L, TITLER MG. Barriers and facilitators influencing EBP readiness: Building organizational and nurse capacity. **Worldviews Evid Based Nurs**. 20(1):27-36. 2023. doi: 10.1111/wvn.12618. Epub 2022 Dec 4. PMID: 36464805.

DAKKA FJ. Nurses Barriers to Evidence-Based Practice in Palliative Care: A Systematic Review. **SAGE Open Nurs**. 9;8:23779608221142957. 2022. doi: 10.1177/23779608221142957. PMID: 36518631; PMCID: PMC9742693.

DEL CURA-Gonzalez, Isabel et al . Barreras y facilitadores para el uso de las guías de práctica clínica por residentes de Medicina Familiar y Comunitaria: estudio cualitativo con grupos focales. **Rev Clin Med Fam**, v. 17, n. 1, p. 35-44, 2024 . Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2024000100005&lng=es&nrm=iso>. accedido en 22 oct. 2025. Epub 22-Mar-2024. <https://dx.doi.org/10.55783/rcmf.170106>.

FEYISSA GT, WOLDIE M, MUNN Z, LOCKWOOD C. Exploration of facilitators and barriers to the implementation of a guideline to reduce HIV-related stigma and discrimination in the Ethiopian healthcare settings: A descriptive qualitative study. **PLOS ONE** 14(5): e0216887. 2019. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216887>

FRANCO JVA, ARANCIBIA M, MEZA N, MADRID E, KOPITOWSKI K. Clinical practice guidelines: Concepts, limitations and challenges. **Medwave**,20(3): e7887. 2020. Doi 10.5867/medwave.2020.03.7887

FURINI, A. C. A.; NUNES, A. A.; DALLORA, M. E. L. DO V.. Notificação de eventos adversos: caracterização dos eventos ocorridos em um complexo hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n. spe, p. e20180317, 2019.

GRINSPUN D. Transformando la enfermería a través el conocimiento: pasado, presente y futuro del programa de guías de buenas prácticas de Registered Nurses' Association of Ontario. **MedUNAB**. 24(2):239-254. 2021; doi: <https://doi.org/10329375/01237047.3977>

GROVE, S.; GRAY, J. y BURNS, N. Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. Séptima Edición. España: Elsevier, 2019.

HOSPITAL CLÍNICO MAGALLANES. 2022. <https://hospitalclinicomagallanes.cl/hospital-clinico-avanzando-hacia-la-excelencia-en-los-cuidados/>

JIN, Yh., TAN, LM., KHAN, K.S. *et al*. Determinants of successful guideline implementation: a national cross-sectional survey. **BMC Med Inform Decis Mak** 21, 19. 2021. <https://doi.org/10.1186/s12911-020-01382-w>

MAYA-Hernández C, FLORES-Hernández S, VÉRTIZ-Ramírez J de J, RUELAS-González MG, POBLANO-Verástegui O, SATURNO-Hernández PJ. Barreras y facilitadores en la implementación de guías de práctica clínica en México: perspectiva del personal de salud.

Salud Publica Mex 63(5):662-71. 2021. [Internet]. [citado 6 de agosto de 2025]; Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/12439>

MINAYO, M.; DESLANDES, S. y GOMES, R. Investigación social. Teoría, método y creatividad. Buenos Aires: EDUNLa Cooperativa, 2023. ISBN 978-987-8926-26-1 DOI 10.18294/9789878926261

MINISTERIO DE SALUD 2017. Ministerio de Salud. Chile y Canadá celebran convenio de acuerdo para la implementación de guías de práctica clínica basadas en evidencia. 2017. Disponible en: <https://www.minsal.cl/minsal-firma-convenio-de-cooperacion-internacional-para-implementar-mejores-practicas-medicas-en-hospitales-publicos/>.

MINISTERIO DE SALUD 2021. Ministerio de Salud. Aprueba directrices técnicas para los servicios de salud candidatos a constituirse en centros comprometidos con la excelencia en el cuidado de la asociación de enfermeras de Ontario (Registered Nurses Association of Ontario-RNAO). Resolución Exenta n°566. 2021.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2023). Calidad de la atención. https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1

RAMOS-Morcillo, A.J.; HARILLO-Acevedo, D.; ARMERO-Barranco, D.; LEAL-Costa, C.; MORAL-García, J.E.; RUZAFA-Martínez, M. Barriers Perceived by Managers and Clinical Professionals Related to the Implementation of Clinical Practice Guidelines for Breastfeeding through the Best Practice Spotlight Organization Program. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17, 6248. 2020. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176248>

ROJAS-Avila J, REYNALDOS-Grandón K. Challenging Barriers: Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) Clinical Practice Guidelines and Organizational Change. *Salud, Ciencia y Tecnología*. 4:769. 2024. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2024769>

RUZAFA-Martínez, Maria, FERNÁNDEZ-Salazar, Serafín, LEAL-Costa, César, RAMOS-Morcillo, Antonio Jesús, Determinants of Evidence Implementation by Nurses: #Evidencer Model for the Use of Evidence-Based Practice (#EvidencerMUSEBP)—A Structural Equation Model, *Journal of Nursing Management*, 13. 2024. <https://doi.org/10.1155/2024/7246547>

SHAYAN SJ, KIWANUKA F, NAKAYE Z. Barriers Associated With Evidence-Based Practice Among Nurses in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. *Worldviews Evid Based Nurs*. 16(1):12-20. 2019. doi: 10.1111/wvn.12337. Epub 2019 Jan 3. PMID: 30604471.

SUPERINTENDENCIA DE SALUD (Chile). Aprueba Protocolos y Normas sobre Seguridad del Paciente y Calidad de la Atención en Salud. Santiago de Chile: Superintendencia de salud, [2012]. Disponible en: <https://www.superdesalud.gob.cl/observatorio/resolucion-exenta-no-1031/> Acceso en: 22 oct. 2025.

6.3. Manuscrito 4: Sugerencias para la implantación de guías de buenas prácticas: una opinión del profesional de enfermería

Sylvia Jacqueline Álvarez Sandoval¹ <https://orcid.org/0000-0002-7018-0532>

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas² <https://orcid.org/0000-0003-4721-4260>

¹Universidad de Magallanes, Punta Arenas, Chile. sylvia.alvarez@umag.cl

²Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, S.C, Brasil. ambrosina.mara@ufsc.br

Resumen:

Introducción: La enfermería basada en la evidencia otorga el sustento científico a las intervenciones y cuidados de enfermería, la práctica de la evidencia se encuentra en las recomendaciones de guías, asegurar su efectividad implica reconocer la participación del profesional de enfermería en el proceso de implantación, dada la cercanía en atención de los pacientes y la responsabilidad del cuidado. **Objetivo:** Identificar estrategias o recomendaciones de los profesionales enfermeros para el logro una implantación efectiva de guías de buenas prácticas, en el quehacer hospitalario **Método:** Estudio cualitativo exploratorio descriptivo, realizado en un hospital del extremo sur de Chile. Se incluyeron en el estudio enfermeras/os de cuatro centros de responsabilidad hospitalaria, con experiencia y permanencia de al menos 6 meses en el servicio seleccionado. Los datos se recolectaron a través de una entrevista semi – estructurada, fueron tratados y analizados bajo los preceptos del análisis temático. **Resultados:** 1 participante es de género masculino y 14 de género femenino. Rango de edad: de 27 a 46 años. Rango en años de experiencia laboral: de 1 año, 2 meses a 24 años, con un promedio de 6 años. Según Centro de Responsabilidad: 3 participantes pertenecen a Cirugía, 4 a Medicina, 4 a Traumatología y Pensionado y 4 a la Unidad de Pacientes Críticos. Experiencia en el uso de guías de buenas prácticas: 3 participantes. En los resultados cualitativos destacan como las principales sugerencias: adaptación de las guías a la realidad local, supervisión y liderazgo activo, difusión adecuada de la información a través de canales adecuados (red social) participación multidisciplinaria, calidad y cantidad adecuada de los recursos institucionales, educación y capacitación permanente. **Conclusión:** La implementación de evidencia es un proceso complejo que requiere el compromiso de todos los actores de la atención de salud, en este sentido enfermería tiene un rol preponderante debido a la responsabilidad de la gestión del

cuidado, por ello es necesario contar con las opiniones y sugerencias de los enfermeros y enfermeras para un adecuado proceso de implementación.

Palabras claves: Enfermería. Enfermería basada en la evidencia. Práctica basada en la evidencia. Guías de buenas prácticas. Guías de práctica clínica.

Introducción

La investigación en enfermería cumple un rol preponderante en la disciplina, otorga a los profesionales la capacidad de leer, analizar, valorar críticamente y sintetizar estudios para cambiar y mejorar la práctica clínica enfermera basada en evidencia (Grove *et al.*, 2019). En este sentido, surge la enfermería basada en la evidencia (EBE) la cual entrega el sustento científico a las intervenciones y cuidados de enfermería, favoreciendo el liderazgo y autonomía disciplinar, promoviendo el desarrollo profesional y a su vez, mejorando la seguridad y calidad de la atención de los pacientes (Domínguez *et al.*, 2023).

Así, la EBE se define como el uso de la mejor evidencia disponible para la toma de decisiones clínicas en la atención de enfermería, integrando la experiencia clínica de las/os enfermeras/os, los valores y preferencias del paciente junto a la disponibilidad de recursos (Fu *et al.*, 2020), en este contexto, la EBE se encuentra estrechamente relacionada con las guías de buenas prácticas (GBP), puesto que constituye el producto práctico de las guías al contener recomendaciones prácticas basada en evidencia (Bocos y Torres, 2023).

Diversos estudios evidencian la efectividad del uso de GBP en las intervenciones de enfermería y su impacto positivo en el paciente y familia, el equipo de salud, las instituciones sanitarias y sistemas de salud (económicos), puesto que proporcionan seguridad y calidad al cuidado de los pacientes y a la atención de salud en general, demostrando mejoras en los distintos indicadores sensibles de salud tales como indicadores relacionados a las lesiones por presión, las caídas y complicaciones asociadas a catéteres periféricos (González *et al.* 2020; Alcañiz *et al.*, 2020; Pol *et al.*, 2022).

Sin embargo, no basta con que una innovación en salud sea efectiva, ya que por sí sola no garantiza que las instituciones sanitarias la utilicen de forma regular, por lo que para asegurar la efectividad interviene la ciencia de la implementación, la cual busca la forma de lograr que las prácticas efectivas sean realmente utilizadas, sostenidas en el tiempo y tengan un impacto

real y positivo en la comunidad. La ciencia de la implementación estudia los obstáculos que impiden la adopción de nuevas prácticas, como la resistencia al cambio, problemas de comunicación o la falta de recursos, y los elementos que facilitan la adopción y el uso de dichas prácticas, como el apoyo institucional, liderazgo, capacitación, entre otras (Bauer *et al.*, 2019).

Desde esta perspectiva, Clavijo *et al.* (2020) y Souza *et al.* (2025) coinciden que es necesario poner atención y comprender el pensamiento de las/los enfermeras/os sobre cómo aplicar la evidencia científica en el cuidado diario, además del conocimiento, las actitudes, habilidades y prácticas que los caracterizan al momento de utilizar la evidencia en la práctica, como así también los retos a los que se enfrentan en su día a día, sus sugerencias para mejorar la adhesión y sostenibilidad de GBP, ya que las opiniones de los principales actores del proceso ayudan a la identificación de barreras y facilitadores para el uso de la evidencia, cuya información permite crear estrategias más efectivas para aplicar lo que la ciencia recomienda, y así mejorar la calidad del cuidado, asegurar que todos los pacientes reciban lo mejor posible y fortalecer el profesionalismo de enfermería.

Es necesario mencionar que, en el año 2017, el Ministerio de Salud de Chile celebró un convenio con la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario de Canadá (RNAO), para la adopción de GBP en hospitales públicos, actualmente, son más de 50 hospitales a nivel nacional adheridos al movimiento a través del Programa Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados, BPSO (Ministerio de salud, 2017).

En la actualidad, el Hospital Clínico Magallanes (HCM), lugar de estudio de esta investigación, ha iniciado el proceso con la formación de líderes para la implementación de las GBP de la RNAO, con el propósito de garantizar seguridad y calidad de la atención a los usuarios del sistema. Se decidió comenzar con la implementación de las GBP de Cuidado y mantenimiento de accesos vasculares para reducir complicaciones; Prevención de caídas y disminución de lesiones derivadas de las caídas y Valoración del riesgo y prevención de lesiones por presión, con el compromiso de ser implementada a lo largo de tres años (Hospital Clínico Magallanes, 2022).

Lo que hace innovador al programa BPSO de la RNAO ha sido permitir la inclusión de todos los actores en el proceso, es decir profesionales sanitarios, gestores institucionales y sanitarios, educadores, investigadores y legisladores, logrando su participación activa en la implantación (Grinspun, 2021).

En este sentido, la RNAO adoptó la herramienta de implementación según el modelo de Proceso de Conocimiento para la Acción, el cual facilita la transmisión del conocimiento, y una de sus fases, la de Adaptación, implantación de intervenciones/Estrategias de implantación, contempla la participación de los actores claves en el proceso de planificación de las estrategias de implantación, desde la vivencia y experiencia de ellos en el cuidado y la atención de salud, lo que además facilita la modificación del comportamiento de los profesionales frente a nuevas intervenciones o innovaciones en el cuidado (Granados y Esparza, 2020).

En relación a lo anterior, el objetivo de este estudio es identificar estrategias o recomendaciones de los profesionales enfermeros para el logro una implantación efectiva de guías de buenas prácticas, en el quehacer hospitalario.

Metodología

De acuerdo a Minayo *et al.*, (2023), se empleó la metodología cualitativa para realizar el presente estudio, esta metodología permite un análisis detallado de las opiniones e ideas de las/os enfermeros/as acerca de las recomendaciones o estrategias para el logro efectivo de la implementación de las guías de buenas prácticas (GBP) en el cuidado y la atención de salud de pacientes hospitalizados.

Se utilizó un enfoque de tipo exploratorio y descriptivo, ya que para los estudios en la disciplina de enfermería, proporciona información y conocimiento de problemas de la práctica clínica, porque ayudan a resolver problemas en la práctica, con una orientación pragmática (Hernández *et al.*, 2014; Grove *et al.*, 2019), por lo que la investigación profundizó en un fenómeno que, hasta ahora, no ha sido objeto de estudio en el lugar seleccionado con el propósito de formular estrategias efectivas que faciliten la implantación de GBP en el quehacer de enfermería.

El lugar del estudio donde se realizó la investigación fue el Hospital Clínico Magallanes (HCM) "Dr. Lautaro Navarro Avaria", centro de alta complejidad ubicado en la ciudad de Punta Arenas, en la XII Región de Magallanes y Antártica chilena, el criterio para seleccionar dicha institución de salud corresponde a que se iniciará el proceso de implantación de GBP, y además, el HCM ha seleccionado cuatro unidades hospitalarias pilotos, denominados Centros de Responsabilidad (CR), los cuales son: el CR de Medicina; CR de Cirugía; el CR de Traumatología y Pensionado y el CR de la Unidad de Paciente Crítico.

Los participantes del estudio corresponden a las/os enfermeras/os que trabajan en el área asistencial en los cuatro servicios pilotos, son alrededor de 60 profesionales de enfermería pertenecientes a estos servicios. Fue seleccionado este grupo de profesionales, ya que cumplen un importante rol en la atención y cuidado del paciente, además de tener la responsabilidad de que la implantación de las guías se realice de manera efectiva, para garantizar la calidad y seguridad del cuidado.

Dado a lo anterior, la muestra se seleccionó de forma intencionada, lo cual ayuda al entendimiento del fenómeno estudiado (Minayo *et al.* 2023). La determinación del número de participantes del estudio respondió a la inclusión progresiva, criterios de inclusión tales como la permanencia y la experiencia laboral de 6 meses en el CR seleccionado, y el criterio de exclusión fue la ausencia prolongada en el CR (mayor a 3 meses). Además, se consideró la saturación de los datos, es decir, el punto en que las aportaciones de los profesionales participantes mostraron consistencia, comenzando a repetirse y, por ende, dejando de contribuir con nueva información al estudio (Hernández, 2014; Minayo *et al.* 2023).

El proyecto de investigación fue acreditado por las autoridades del HCM y aprobado por el Comité de ética de la Universidad de Magallanes (UMAG), Certificado N°035/CEC-UMAG/2024. Los profesionales de enfermería que cumplían con los criterios de inclusión, fueron contactados personalmente en los lugares de trabajo y otros a través de comunicación telefónica, coordinándose el día y la hora de la entrevista, las cuales se realizaron en la Biblioteca de UMAG - HCM y en la oficina de trabajo de la investigadora (UMAG).

La técnica de recogida de datos se realizó a través de una entrevista semi-estructurada, técnica propicia para los estudios cualitativos, ésta fue audio grabada con la autorización del participante, para ello se facilitó el Formulario de Consentimiento informado para la entrevista y audio grabación. Los datos fueron recolectados entre las fechas del 15 de octubre del 2024 al 8 de enero del 2025. La duración promedio de las entrevistas fue de 20 minutos aproximadamente.

Las entrevistas grabadas se transcribieron en el Programa Word, ambos formatos se guardados en un disco duro externo (por 5 años, luego serán eliminados). Para el tratamiento y análisis de los datos, se realizó lectura cuidadosa y exhaustiva del contenido, se organizaron los datos según los objetivos del estudio, se utilizó el análisis temático, por lo que los datos se

agruparon por semejanza en conjuntos temáticos, surgiendo las categorías relacionadas a los objetivos del estudio (Minayo *et al*, 2023).

Resultados

De acuerdo a la caracterización de la muestra: en total la muestra estuvo constituida por 15 participantes; 14 de los participantes corresponden al género femenino, mientras que 1 es de género masculino; el rango de edad es de 27 a 46 años. La distribución según el Centro Regulador: Unidad de pacientes críticos 4 participantes, Medicina 4 participantes, Traumatología y Pensionado 4 participantes y Cirugía 3 participantes. En relación a los años de experiencia laboral el rango es desde 1 año, 2 meses a 24 años, con un promedio de 6 años. En relación a la experiencia previa de uso de guías de buenas prácticas 3 participantes declararon haber trabajado alguna vez con al menos una GBP, y 2 de ellos informaron haber participado en la formación de Champions de Buenas Prácticas de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO), Canadá.

Del análisis de los datos aportados en las entrevistas emergieron las siguientes categorías: Adaptación de Guías de buenas prácticas a la realidad institucional; Promoción una Supervisión y liderazgo activo; Difusión de información; Organización de trabajo para una práctica efectiva del equipo. Subcategorías: Participación multidisciplinaria - Reuniones de trabajo – Educación y capacitación al equipo; Disponibilidad de recursos adecuados

Categoría: Adaptación de Guías de buenas prácticas a la realidad institucional:

En esta categoría los profesionales enfermería recomiendan que las guías de buenas prácticas (GBP) se ajusten al contexto local, demuestren eficacia, principalmente como una estrategia de motivación al personal durante todo el proceso de implantación y, por otra parte, se sugiere claridad y detalle de las recomendaciones contenidas en las GBP para evitar interpretaciones distintas entre los profesionales y lograr la unificación de la atención.

E4. “Sí, porque se supone que las guías las deberían hacer basadas en evidencia, pero también adecuadas a la realidad local”.

E6. “Demostrar con casos, cómo podemos mejorar, cómo se ha implementado, cuál ha sido el resultado, como para ver algo más concreto... cómo ha sido el resultado en los hospitales en los que ya están implementadas estas guías, que den algún testimonio de alguien que haya comenzado a trabajar y haya visto el cambio que se produjo como para dar un poco más de motivación al personal que trabaja acá en el hospital”.

E14. “Y que todos lo usen de la misma manera. Porque, a veces, puede ser que yo lo interprete de una manera y mi otro colega lo interprete de otra. Entonces, no se va a implementar de la misma manera. Que sea bien explicado, que explique punto por punto y así todos tenemos la misma idea de lo que estamos haciendo”.

Categoría: Promoción de una Supervisión y liderazgo activo

La supervisión es destacada como uno de los ejes fundamentales para asegurar una correcta implantación de las guías por lo que se recomienda que esta sea activa y constante. Además, se plantea la necesidad de una supervisión cruzada es decir por personas externas al equipo directo ya que permite una mayor objetividad y motivación, sugiriendo la presencia del equipo de calidad como ente supervisor y evaluador de las acciones.

Otro aspecto valorado en las sugerencias de los profesionales es que la supervisión no tenga un carácter punitivo sino más bien orientado hacia las oportunidades de mejora, por lo que la retroalimentación positiva y activa es un complemento para la supervisión.

Los profesionales reconocen que la implementación requiere de un acompañamiento cercano principalmente en el inicio de este proceso por lo que se sugiere contar con referentes en cada servicio o centro regulador, personas capaces de resolver dudas y facilitar orientaciones asegurando la coherencia de las recomendaciones con la práctica.

Por último, para que la implementación no dependa de una sola persona se sugiere delegar funciones, manteniendo la continuidad del proceso.

E9. “Y obviamente igual una buena supervisión, porque una cosa es que te lo digan y otra cosa es que lo hagas”.

E10. “Quizás ir a las unidades y como observar, preguntarles a los colegas qué están haciendo respecto a la guía que esté saliendo, no sé, depende de, por ejemplo, el acceso venoso, como ir observando si se está implementando tal cosa, algo nuevo. Como una supervisión. Una supervisión, claro. Eso sería algo bueno”.

E12. “Bueno, aparte que hay una supervisión que tenemos que hacer nosotros como enfermeros”.

E15. “Supervisar que se esté haciendo, que esté bien aplicado.... porque claro, si no va a quedar igual que todos los otros protocolos que quedan ahí, en realidad, si no te toca la oportunidad de aplicarlo, a veces claro, no se aplica o cuando lo aplicas, lo aplicas mal porque en realidad nadie te dijo como, nadie te enseñó cómo aplicarlo o cómo utilizarlo”.

E3. “Yo creo que un seguimiento más activo. O sea, no de llegar y implementar y ¡ya!”.

E4. “Yo creo que debería haber una supervisión constante con respecto a esta aplicación e ir evaluando los cambios, en cómo el personal los va adoptando en el día a día”.

E6. "... pero insisto en que, no sé... La supervisión es clave para mí. Que sea como más dirigida y más directa, si se ve que en un turno funciona bien, que se están aplicando, haya una retroalimentarnos de manera positiva, nos digan: van bien, sigamos así... porque muchas veces es: ya, implementamos esto y se deja...".

E1. "Profesionales que sean encargados de esta unidad, que puedan supervisar desde afuera lo que se está haciendo y poder motivar a los equipos. No pueden ser las mismas personas que trabajan con el equipo".

E6. "... que se vaya supervisando de manera ajena en el servicio, no sé, los de calidad, que puedan ir pasando, supervisando y que se está cumpliendo realmente y que, el primer año sean más observadores".

E1. "...cuando sea la socialización, ellos tengan súper claro, el equipo en general, que esto no va a tener un carácter punitivo, sino que es más bien todo con un afán de mejorar los procesos".

E3. "... si bien vamos a saber las recomendaciones, tampoco vamos a saber quizás si las está haciendo de buena manera, entonces esa retroalimentación activa, para mí estaría súper bien".

E4. "... la retroalimentación también es súper importante, una retroalimentación adecuada. Nunca de forma punitiva, siempre que uno, claro, que uno sienta que a pesar de que no lo está haciendo bien o correctamente, que lo puede hacer a pesar de todo".

E6. "... y que se vea, el reflejo de que ya si no lo hizo, tuvo una retroalimentación, pero no como que no lo hizo, informaron a la supervisión y nunca hablaron con el colega".

E8. "Entonces ahí también hay un quiebre de que no sabemos, no hay una retroalimentación, no sabemos si es que, ah, lo estamos haciendo bien, si estamos llevando bien la pega o no. Porque al final lo único que nos va a dar como la respuesta de si las cosas están bien o no es que estamos cumpliendo con los indicadores, con los indicadores de calidad, o de cumplimiento, o de meta".

E3. "Que empecemos a funcionar, pero que se empiece con un acompañamiento. Como que no nos dejen como solitos, ya implementando algo nuevo, ¿cierto? Sino que de la mano de alguien".

E7. "... y si implementan una guía es ver si realmente hubo un impacto, qué pasó antes, qué pasó después, o sea, realmente ¿mejoraron los cuidados? y quizás así la gente también se motiva".

E8. "Y lo otro que también ayudaría es que todo el análisis estadístico, los resultados, ya sean buenos o malos, se traspasen desde las oficinas, o desde las jefaturas, hacia el área de asistencial opino... que tampoco ocurre".

E5. "Entonces quizás hubiese un referente en cada piso, en cada servicio, en donde quizás las colegas puedan consultarle a esa colega, quizás eso sería mucho más factible y más facilitador para la implementación. Porque si se capacitan, por decir, a 10 personas quizás un referente en cada piso y todos hablamos un idioma y no entiendo yo una cosa acá o tal vez otra cosa por acá... se mantiene la idea, que sea todo igual en todos los sitios".

E9. “Yo creo que lo más importante es que, a pesar de la difusión y todo, que haya varios participantes o que se cree un comité dentro de las unidades, que estos comités, una persona de cada turno, sea un ejemplo para nosotros, que puedas ir difundiendo esto, que se haga visible y que obviamente eso lleve a que poco a poco nosotros podamos ir implementándolo”.

E14. “Entonces sería como de una manera que también los de calidad lo puedan implementar”

E7. “Sí, es que falta delegar porque si alguien no está también tiene que seguir funcionando la cosa”.

Categoría: Difusión de información

Los profesionales de enfermería proponen la socialización de las guías de buenas prácticas como un elemento útil, pudiéndose realizar a través de diferentes estrategias de difusión que llegue no sólo al equipo de enfermería, sino que, al equipo multidisciplinario de salud, incluyendo a los estudiantes en práctica, puesto que todo parte activa del entorno clínico y prestan atención directa a los pacientes. Se sugieren distintas estrategias para difundir el conocimiento, desde charlas, reuniones o instancias educativas que permitan la entrega de los contenidos y además la resolución de dudas. Asimismo, se sugiere que la información no solo sea entregada al personal diurno, sino que a todos aquellos que aplicarán las guías incluyendo al personal de turno.

Las opiniones plantean mejorar los canales de comunicación actual del hospital para la entrega de información al personal, ya que la información contenida está destinada principalmente para la comunidad, por lo que se propone la utilización de redes sociales específicas para el uso de GBP.

E1. “...la recomendación siempre es socializarlo con el equipo...”.

E7. “O sea, pienso que lo primero es que haya un equipo pequeño que trabaje en lo que nosotros estamos haciendo. Que trabaje, que se empape bien de qué se trata esto, que seleccione la información quizás más adecuada, y luego que esto se sociabilice, pero con todo el equipo. De una manera quizás más práctica, y dando como a conocer la importancia, porque muchas veces las cosas quedan como en un grupo de personas...”. “... normalmente estos trabajos se hacen con la gente que trabaja en diurno, porque cuesta esta bajada (a las personas de turno)”.

E10. “Como decía, yo creo que una buena implementación de algo nuevo siempre va a ser... que todo inicia en una charla. Una junta, una charla, hablar sobre la guía, qué es lo que toca cada punto, en qué vamos a trabajar”.

E11. “O sea, como que se concentra mucho nosotros en enfermería. Pero en el fondo somos más profesionales que trabajamos, más implicados, claro. Muchos más implicados. Entonces, por ese lado como que sería bueno

educación y masificación de la información, en general porque... Interdisciplinario porque muchas veces... y sobre todo ahora que hay tantos alumnos en práctica... hay muchos de enfermería, medicina, terapia ocupacional”.

E11. “Falta ese tema de ocupar las redes sociales. Porque... El hospital tiene una plataforma, pero solamente es de uso informativo, así como: nuevo logro para el hospital, se hizo la primera cirugía en... Entonces no es... no es algo para el personal, es para la comunidad. Entonces falta que se masifique, que el uso de redes sociales... sobre todo, para la implementación de guías sea para el personal, porque las redes sociales solamente se usan para los usuarios. Por ejemplo: el horario de la farmacia va a ser de ... Pero eso para el personal no sirve. A nosotros nos sirve otro tipo de información. Las redes sociales ahora dominan todo. Así que hay que saber ocuparlas”.

E15 “Lo ideal sería que se empezaran a enviar los correos a la jefatura, que se envíen los documentos, que se revise, que se hagan las educaciones acá en el zócalo, que quienes van a, sobre todo, van a utilizarlas más, sean ellos los enviados a los cursos, que no sea como al azar... entonces yo creo que eso es importante que se haga una que se difunda la información”.

Categoría: Organización de trabajo para una práctica efectiva del equipo.

Esta categoría revela que los profesionales de enfermería reconocen, a través de sus sugerencias, que la implementación de guías de buenas prácticas requiere una estructura organizacional sólida, que permita la colaboración multidisciplinar, la comunicación efectiva y el aprendizaje continuo de todos los miembros del equipo de salud que interviene en la atención y cuidado de los pacientes, por lo que surgen tres subcategorías para una mejor comprensión de la temática.

Subcategoría: Participación multidisciplinaria

Los participantes opinan que integrar al equipo multidisciplinario en la implementación de las GBP constituye una importante estrategia colaborativa y en beneficio a la atención integral del paciente. El equipo de Técnicos en Enfermería de Nivel Superior (TENS) se consideran actores claves para la implementación de las guías, ya que este grupo mantiene un contacto más frecuente y directo con los pacientes, por lo que sus observaciones y sugerencias pueden aportar al proceso de implementación y mejorar la calidad del cuidado. Asimismo, se propone que dentro del equipo de trabajo existan pares (enfermeros/as) que cumplan el papel de referentes, fortaleciendo un liderazgo horizontal y promoviendo a una mayor adherencia de las prácticas recomendadas.

E1. "... yo creo que eso es importante, que el equipo también participe en estas guías de buenas prácticas, en el qué hacer de la guía, cómo formar equipos de trabajo..." "... que haya representantes de los estamentos, que no sean de los gremios, por ejemplo, que sea gente común, porque así, cuando tú incorporas al equipo, ellos igual te dan ideas, y te pueden decir lo que pasa realmente con el paciente cuando tú no estás ahí". ... "Entonces yo diría que se necesita más gente, más personal, que en el fondo vaya evaluando todo esto, que incorporen a los TENS (técnicos de enfermería de nivel superior) para hacer el seguimiento y que los mismos TENS también puedan hacer seguimiento como referente, porque si el referente es su propio par, obviamente ellos van a seguir a esos líderes".

E2. "...el equipo TENS tiene que estar totalmente incorporado. A veces incluso ellos tienen mejores sugerencias que uno, o sea, porque ellos están más tiempo (con el paciente) que nosotros. Entonces, ellos tienen mejores ideas que nosotros. Quizás es bueno incorporarlos a ellos y escuchar sus sugerencias".

E13. "Siento que es muy importante integrar al equipo completo dentro de la educación a las buenas prácticas. Que se logra solamente haciendo reuniones y tratar de explicarles en qué consiste, actualizarlos, mantener al equipo actualizado los conocimientos es muy importante. Porque si yo estoy actualizada y mi equipo no, también es mi deber".

E4. "Entonces es bueno tener en consideración lo que piensa también el personal sobre estas guías para que cuando las implementen no haya igual alguna barrera con respecto a eso. Yo considero que siempre todo el personal de salud es importante, entonces todos podrían aportar, incluso desde la parte de rehabilitación, como el equipo de enfermería, los médicos, igual".

Subcategoría: Reuniones de trabajo

Las reuniones de trabajo como estrategia para la implementación de GBP emergen como una herramienta útil para dicho proceso. Las reuniones se consideran un espacio para transmitir información acerca de las guías, para la actualización de conocimientos y resultados, y para la retroalimentación, pero también como una instancia participativa y colectiva, donde a través de la reflexión, el personal puede aportar conocimiento desde su experiencia. Se sugiere establecer reuniones periódicas de trabajo, pero a su vez respetar el tiempo del personal, principalmente de quienes trabajan por turnos para facilitar la asistencia. Asimismo, se propone incluir al equipo multidisciplinario en estos espacios de reunión.

E1. "... reuniones de trabajo que se puedan instaurar para las guías, no sé, ejemplo, cada tres meses vamos a hacer una jornada de dos días, que te saquen del turno para hacer la evaluación, darle la importancia que se tiene. No citar a la gente fuera del horario de trabajo, sobre todo los que hacen turno, fuera del horario de trabajo para que vayan a una evaluación de esto porque la gente no va".

E4. “No sé si están pensando en hacer como alguna reunión o algún llamado como al personal en general como para proponer ideas o para recibir ideas desde el personal. Como que pienso que eso también puede ser”.

E5. “O sea, quizás hacer una reunión o algo así, si me ocurre. Mostrar también por qué estamos haciendo eso. ¿Por qué se nos ocurrió algo así? Porque hay que mostrar los beneficios, ¿Por qué es bueno hacer estos cambios? ¿Qué beneficios hay para el equipo, para el paciente? ¿Cómo mejorar los cuidados? Quizás mostrando las cosas positivas también de esta implementación”.

E13. “Siento que de la manera más antigua que son las reuniones con tu personal. Explicar, ir ya integrando de a poco cada una de las guías prácticas, pero no solamente explicarles a los enfermeros en qué consiste, sino que incluir a todo el equipo porque al final ellos son los que lo aplican...”.

Subcategoría: Educación y capacitación al equipo

Las opiniones revelan una fuerte necesidad de educar y capacitar a todos los estamentos implicados en la atención directa de los pacientes. Se propone que los cambios, desde este ámbito, se realicen de forma gradual, paulatina y constante, en periodo de marcha blanca del proceso de implementación, permitiendo que el personal comprenda los fundamentos antes de modificar sus rutinas. Se sugiere que las capacitaciones sean impartidas por personas externas al servicio, para aumentar la credibilidad del contenido. Además, se valora la educación práctica, por ejemplo, a través del uso de la simulación clínica. Finalmente, un punto a considerar es que los profesionales sugieren que, para asegurar la participación y el compromiso, los profesionales enfatizan que las capacitaciones deben realizarse dentro del horario de trabajo, evitando que el personal tenga que asistir fuera de turno.

E11. “... yo primero lo haría de manera paulatina. Porque tampoco es... O sea, según mi punto de vista: ¡ya!, mañana lo vamos a hacer así. Es difícil. Es difícil. Entonces yo creo que hay que hacerlo de manera paulatina. Como mostrar, o enseñarnos, educarnos sobre los fundamentos primero”. ... “Y lo otro que sería bueno, que yo he visto que en otros hospitales que llevan mucho al personal como a los auditorios para hacerles charlas o seminarios. Acá no se ve mucho. Eso sería bueno...” “... capacitarlos y llevarlos a un auditorio con una persona que exponga, porque eso se ve poco. Se ve muy poco acá”.

E15. “Sería bueno que se hiciera una marcha blanca donde claro se va a implementar se va a educar el personal para que ellos de a poco igual vayan entendiendo que van a generarse cambios que quizás lo que hacían antes ahora ya no o van a tener que ser más cautelosos o claro los que están no se acostumbrados a rellenar la hoja al final del turno van a tener que acostumbrarse a rellenarla en el momento porque muchos lo hacen”.

E5. “Como una de las cosas que creo importante de que venga de otra persona más que de nosotros como del mismo servicio empecemos a capacitarnos a nuestros mismos colegas o a nuestros mismos técnicos y auxiliares, que sea una persona anexa al servicio que nos traiga la información y que podamos ir

supervisando, porque muchas veces nos pasa de que ¡ah! los puso tal colega del mismo servicio, como que le resten un poco de importancia”.

E14. “Es que lo que se podría hacer, como todos los años hacen estas acreditaciones, siempre se hacen educaciones constantemente. Entonces diría que las guías prácticas sean como, que se realicen como los estudiantes o los internos la estén implementando y reforzando a todo el personal. Para que así se inculque entre realmente, porque uno ya después como que lo escucha, lo escucha, lo escucha y se interioriza”.

E6. “Que fuera como una capacitación generalizada, esa vez fue para unos pocos, que se nos traspasó la información, pero debería ser como de manera general, como que: vamos a empezar a trabajar con esto, con esto otro, para que lean las guías...”

E12. “... La recomendación, bueno, es que si van a implementar algo realmente que es como para que funcione, como lo dije anteriormente, tienen que tener el cambio real, ¿entiendes? Como los insumos, las educaciones, que sea como... que sea todo, a todos los funcionarios, no solamente técnico, profesional, sino que auxiliar... bueno, todos los que implicamos en el cuidado del paciente”.

E12. “... yo creo que cuando hay algo nuevo a nivel hospital o en la atención del paciente, lo importante es educar a todos, educar a todo el mundo, así, desde el auxiliar hasta el médico, entonces que todos aprendamos lo mismo y que manejemos la misma información, así nadie se siente pasado a llevar, pero eso hace que la gente le diga, ah, sí, qué bueno, uy, qué bueno que hagamos esto, eso le gusta a la gente, pero que se dé un tiempo para explicar, no que sea como de pasillo, porque de repente hay mucha pega (trabajo) y la gente no te escucha y dice sí, sí, sí y eso no es tan así”.

E14. “Sí, o como hacer estas educaciones como con todo el equipo, con cada turno y así poder, como que llegue a todos. Porque a veces pueden llegar y enviar los nomás y el que lo leyó, lo leyó”.

E2. “Yo creo que quizá hay que dar ejemplos prácticos. Yo la verdad soy muy práctica. A mí algo teórico es difícil que lo aplique. O sea, no es que no lo aplique, pero me refiero a que es difícil para mí interiorizarlo de forma rápida”.

E12. 1. “...o a través de un correo, no, yo creo que hay que hacerlo como se ha hecho últimamente, que se ha educado todo el personal y que se ha hecho visible, no sé, con una fantoma, con simulación, eso es lo que le gusta como al personal o a mí también me gusta...” “... y es más fácil para aprender. También. Porque si a uno le pasan, hojas o le pasan un PowerPoint, queda ahí en la visual, pero no es lo mismo que una práctica o que traigan y que, en realidad, veamos qué son las falencias que tenemos como equipo, como hospital o como funcionarios e implementar cosas nuevas...”

E14. “... pero que lo implementen (educaciones) en sus horarios laborales, que no lo hagan como salir de algún lugar para poder asistir a esas charlas y escuchar las guías de prácticas.... porque a veces dicen, “oye, tengo que ir a tal parte, ir a una educación” y no le va a poner tanta importancia. Quizás en su ámbito laboral, sí le dé el tiempo de escucharlo. Sería como un facilitador,

porque hay un grupo de calidad que siempre están implementando estas pautas para poder mejorar los cuidados”.

Categoría: Disposición de recursos adecuados

En esta categoría se evidencia que los/as enfermeros/as reconocen que se requiere contar con recursos materiales adecuados y una gestión a nivel institucional que garantice una implementación efectiva, por lo que sugieren la disponibilidad de insumos clínicos como materiales para los procedimientos, una infraestructura hospitalaria adecuada que acompañe la seguridad del paciente, por ejemplo: contar con una adecuada iluminación, timbres en funcionamiento, mobiliario o equipos adecuados. Asimismo, se sugiere que la institución tenga presente una dotación suficiente del recurso humano.

Otra sugerencia, es contar con instrumentos de registros, como hojas de enfermería o pautas de ingreso donde se incorporen los registros de GBP. Además, se propone la disposición de materiales visuales simples y llamativos, como tarjetas de bolsillo, para facilitar la consulta rápida y reforzar el aprendizaje continuo del equipo. Finalmente se sugiere un periodo de marcha blanca donde se evalúen los obstáculos, para posteriormente aplicar las guías de forma definitiva.

E5. “... si se van a implantar, implementar los recursos, porque, por ejemplo, en curaciones que uno podría utilizar algunas cosas o en prevención de úlceras”
... “Entonces, si vamos a implementar una guía, quizás obviamente ver qué recursos vamos a utilizar, qué insumos nuevos nos dicen que son buenos, si se pueden comprar o no, y cuál es el acceso también a los servicios de tener esos insumos”.

E10. “Quizás, no sé, por ejemplo, si se va a implementar una guía para el tema de las úlceras por presión, se podría hacer como algo aparte también en la hoja de enfermería quizás, para evaluar algo nuevo de la guía, por ejemplo. Sí, o por ejemplo en el ingreso, en la pauta quizás, algo aparte como para ir implementando”.

E13. “Que revisen la infraestructura. Sinceramente, siento que, en este momento, más que el aporte quizás como monetario de comprar, es la infraestructura en sí. Porque, insisto, tener un timbre para tres pacientes, siendo que cada uno es autovalente, pero, aunque sea autovalente, igual tiene un riesgo de caída, no sé, medio – alto, justo se levanta, justo se cae, porque no alcanza a avisar porque no tiene el timbre. Las luces, cuando se queman, a veces pasan dos semanas y no las van a cambiar. Y si es la noche y el paciente no avisa, pasa a tropezar con la mesa. Pero tampoco puede tener todas las luces encendidas en la pieza, porque si no, afecta el sueño”.

E8. “Entonces, una de las cosas que yo creo que se debería corregir previamente para aplicar las guías es disminuir la brecha, en este caso, del recurso humano o de las personas”.

E14. “Entonces igual se podrían implementar ayudas de memoria para buenas prácticas. Igual es útil. Porque son bastante de bolsillo y se llevan en la credencial. Entonces creo que sería una buena manera y bastante colorida porque ya la gente viendo algo llamativo, le llama la atención leerlo”.

E15 “... y que después se haga una marcha blanca para que si se puede evaluar y luego ya se puedan generar las modificaciones para después ya comenzar a trabajar con eso ya implementado”.

Discusión de resultados

Los participantes consideran que es necesario adaptar las guías de buenas prácticas a la realidad local. De acuerdo al Modelo teórico Del conocimiento a la acción, utilizado por la RNAO, la Etapa de Adaptación e implementación de las intervenciones, indica que es necesario adaptar las recomendaciones al entorno local donde se aplicaran las guías, esta etapa es clave para la transferencia de conocimiento, se analiza el contexto, se deben analizar profundamente las recomendaciones para realizar las adaptaciones, integrando a los involucrados en equipos de trabajo, todo esto para asegurar la coherencia de las GBP con las necesidades institucionales (González *et al.*, 2020).

Maya *et al.* (2021), evidenció que el personal que utiliza guías de práctica clínica sugiere que éstas sean flexibles y adaptadas a la realidad en el momento de la aplicación. Por otra parte, en este estudio, se sugiere que las recomendaciones sean claras y detalladas para evitar diferencias en el uso, coincidiendo con los hallazgos de Gutiérrez *et al.* (2015), donde los participantes de su estudio informan que el diseño de las guías en un lenguaje sencillo facilita su uso y, además, mejoran el ambiente laboral al no existir discrepancias en el uso.

Los profesionales enfermeros sugieren una supervisión continua para que las guías y recomendaciones se apliquen correctamente en el trabajo clínico y orientada a una retroalimentación positiva. Dannapfel y Nilsen (2016), reconocen la importancia que contar con una supervisión periódica facilita la implementación de PBE y a su vez Belmar *et al.* (2018), en su publicación de experiencia de implantación de GBP de la RNAO, mencionan la supervisión semanal del cumplimiento de las recomendaciones del programa de buenas prácticas a todo el personal clínico como estrategia fundamental del proceso, además de realizar de forma inmediata una retroalimentación positiva sobre puntos a mejorar y puntos destacados.

Continuando en la misma línea del liderazgo, los enfermeros/as sugieren contar con líderes o referentes en cada unidad donde se implementarán las GBP, de tal manera de estar acompañados, principalmente al inicio de la implementación. En este sentido el estudio de

Souza *et al.* (2025), coincide que el uso de la evidencia requiere incluir mentoría y acompañamiento a través de líderes durante todo el proceso de implementación.

A su vez, el programa BPSO de la RNAO cuenta con la formación de “campeones”, ellos son profesionales de la institución que voluntariamente reciben la capacitación acerca del programa y asumen el rol de influir en el personal en el uso de las guías motivando y colaborando con ellos (Belmar *et al.*, 2018). El modelo tradicional de implantación de recomendaciones sin acompañamiento y de manejo vertical (jerárquico) ha demostrado ser poco eficaz y motivador en los equipos para producir cambios en el cuidado y la sostenibilidad de estos (Grinspun, 2021). Se observa que además de supervisar, es importante acompañar y enseñar, ya que ayuda al aprendizaje y motivación del equipo. Cabe destacar que el liderazgo se considera como un facilitador clave para los programas de implementación (Rivas *et al.*, 2024).

En relación a las sugerencias de difusión de información, los participantes opinan que la socialización y difusión de las GBP constituyen una importante herramienta a considerar durante todo el proceso de implantación, donde la información debe ser dirigida a todo el equipo multidisciplinario de salud que presta atención directa a los pacientes considerando distintas estrategias de difusión como charlas, reuniones o capacitaciones relacionadas a cada guía a implementar. Se propone el uso de redes sociales exclusivas de GBP. De acuerdo a esta categoría, en un estudio relacionado a la implantación de GPC, los participantes de diferentes disciplinas de la salud sugieren que al implementar guías se realice una mayor difusión de éstas para asegurar el proceso (Maya *et al.* 2021), mientras que otro estudio constató que el uso de redes sociales (blog) resultó en una herramienta positiva para implementar cuidados en base a evidencia (Ros, 2019).

Se requiere de una estructura organizacional con un trabajo bien organizado para la implementación efectiva de las guías, en esta temática, los participantes sugieren que se organicen y coordinen reuniones de información y de capacitación, se considere el trabajo en equipo y colaborativo, donde se incluya a cada integrante del equipo multidisciplinario que atiende directamente a los pacientes, lo que coincide con lo observado en la literatura, donde autores describen la importancia de la planificación participativa y adecuada del trabajo, reuniones periódicas obligatorias, coordinación entre unidades, la consideración de las

opiniones del personal de enfermería, asignación de tareas concretas y permitir un tiempo breve para el aprendizaje y adaptación (Souza 2025; Silva *et al.*, 2022; Clavijo *et al.*, 2020).

Otro punto interesante de abordar es que los profesionales sugieren programar instancias de educación y capacitación a todos los estamentos implicados en la atención directa de los pacientes y, además, para asegurar la participación de los involucrados proponen utilizar los horarios de trabajo, ya que existe el riesgo de no asistir a estas instancias si se realizan fuera de horario de turno o trabajo. En este sentido, autores consideran que los programas de educación son necesarios ya que permiten adquirir habilidades y actitudes positivas hacia la implementación de la evidencia (Dannapfel y Nilsen, 2016; Clavijo *et al.*, 2020; Souza, 2025), mientras que Belmar *et al.* (2018), describen la planificación de capacitaciones y reuniones en cuatro tiempos o repeticiones, asegurando que todo el personal involucrado en el uso de las guías a implementar tuvieran la posibilidad de participar de dichas instancias.

Los enfermeros reconocen y sugieren que para el inicio de este nuevo proceso es necesario que la institución cuente con los recursos adecuados para asegurar la efectividad de las guías, principalmente los recursos materiales, dotación de personal y de infraestructura. Maya *et al.* (2021), consideran que se requiere contar con materiales e insumos para llevar a cabo de forma efectiva las recomendaciones de guías de práctica clínica.

En este sentido, Nelson (2014), sostiene que la falta de un respaldo económico por parte de las organizaciones superiores que logren financiar los costos monetarios que implican nuevas prácticas, difícilmente éstas serán óptimas o viables. Asimismo, Clavijo *et al.* (2020), considera que es necesario una dotación de personal cualificado y la disponibilidad de herramientas informáticas para facilitar la implementación. Además, Schmitt *et al.* (2025), evidenciaron que es necesario identificar la disponibilidad de los recursos, ya que estos pueden influir en los procesos de implementación.

Limitaciones del estudio

La recolección de los datos de esta investigación se realizó en un centro hospitalario donde aún no se iniciaba la implantación de guías de buenas prácticas, mientras que en el resto del país existían varios hospitales trabajando con el programa de guías de buenas prácticas vinculadas a la RNAO. Probablemente, la lejanía geográfica de la región del resto del país se relaciona a las dificultades para comenzar antes el proceso de implantación. Dentro de las

limitaciones, cabe destacar que sólo tres profesionales declararon tener la experiencia en el trabajo con alguna guía de buena práctica y dos de ellas mencionaron que participaron en la formación de Champions de la RNAO en el año 2022.

Consideraciones finales

La implementación de evidencia es un proceso complejo que requiere el compromiso de todos los actores de la atención de salud, partiendo con el equipo de enfermería, ya que este posee un importante papel en la atención de salud, debido a la responsabilidad de la gestión del cuidado, y por ende a la responsabilidad de poner en práctica las recomendaciones y velar por el cumplimiento de éstas, razón por la cual es necesario contar con las opiniones y sugerencias de los profesionales para un adecuado proceso de implementación.

De acuerdo a los relatos y sugerencias de los participantes, se evidencia el rol institucional en relación a la responsabilidad de entregar una estructura organizadora que lidere el cambio, gestionando de la mejor forma los requerimientos que implican los cambios ocasionados por la implementación. Además, el profesional de enfermería considera que el sistema de salud debe procurar la entrega de recursos necesarios que permitan la adaptación de las recomendaciones a nivel local y en las distintas regiones del país, puesto que cada región tiene realidades diferentes dado a su geografía. De esta manera se puede asegurar a que la comunidad reciba los cuidados sanitarios seguros y de calidad al nivel de la exigencia actual.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores no declaran poseer algún conflicto de interés, ni financiero, ni de relaciones personales que influyeran en el trabajo presentado.

Referencias

ALCAÑIZ Mesas AI, GARCÍA González M, ZÚÑIGA Blanco L, DEL BARRIO Pintado MB, ÍÑIGO Cruces L, FOLGUERA Arnau M, et al. Experiencia en la implantación de la Guía de prevención de caídas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®. **Enferm Clin.** 30:185---197. 2020

BAUER Mark S., KIRCHNERB JoAnn. Implementation science: What is it and why should I care? **Psychiatry Research** 2019 <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.04.025>

BELMAR, A., GUELL, M., CHAPARRO, J. y GRINSPUN, D. Implementación de buenas prácticas en enfermería: programa BPSO como herramienta principal. **Rev. Med. Clin. Condes**, 29 (3), 311-321. 2018.

BOCOS Reglero, María Jesús; TORRES Alaminos, María Angustias. Impacto de la implantación de la guía de buenas prácticas: valoración del riesgo y prevención de lesiones por presión en ámbito hospitalario [evidencia comentada]. **Ene. Revista de enfermería**. v. 17, n. 2, 0001, 2023. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2023000200011&lng=es&nrm=iso>. accedido en 06 nov. 2025. Epub 22-Ene-2024.

CLAVIJO Chamorro MZ, SANZ Martos S, GÓMEZ Luque A, ROMERO Zarallo G, LÓPEZ Medina IM. El contexto como facilitador de la implementación de la enfermería basada en la evidencia: una metasíntesis. **Revista occidental de investigación en enfermería**. 43(1):60-72. 2020. doi: 10.1177/0193945920914397

DA CONCEIÇÃO, N.; D'EÇA, A.; KIRTON, M.; OROSKI, G. Eventos adversos asociados al uso del catéter venoso periférico: un estudio prospectivo. **Horizonte de Enfermería**, [S. l.], v. 36, n. 2, p. 609–617, 2025. DOI: 10.7764/Horiz_Enferm.36.2.609-617. Disponível em: <https://rhd.uc.cl/index.php/RHE/article/view/88418>. Acesso em: 5 feb. 2026.

DANNAPFEL, P. and NILSEN, P. Evidence-Based Physiotherapy Culture—The Influence of Health Care Leaders in Sweden. **Open Journal of Leadership**, 5, 51-69. 2016. doi: 10.4236/ojl.2016.53006.

DOMÍNGUEZ Araya, G.A., MORALES Herrera, E., SUAZO Díaz, N., BUSTAMANTE Muñoz, W., Amigo Rojas, C., & Pino Monsalve, I. Implementación de tres guías de buenas prácticas clínicas en la escuela de enfermería de la Universidad de Talca, Chile. **Ciencia y Enfermería**. 2023.

FU Y, WANG C, HU Y, MUIR Cochrane E. The barriers to evidence-based nursing implementation in mainland China: A qualitative content analysis. **Nurs Health Sci**. 22: 1038–1046. 2020. <https://doi.org/10.1111/nhs.12763>

GONZÁLEZ-María E, MORENO-Casbas MT, ALBORNOS-Munoz ~ L, GRINSPUN D, Grupo de Trabajo del Programa de implantación de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®. Implantación de Guías de Buenas Prácticas en España a través del Programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®. **Enferm Clin**. 30:136---144. 2020. DOI of original article: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.09.018>

GRANADOS-Oliveros LM, ESPARZA-Bohorquez M. Implementación y sostenibilidad de las guías de enfermería basadas en la evidencia: modelo de la RNAO. **MedUNAB**. 23(1):85-94. 2020. doi:10.29375/01237047.3725

GRINSPUN D. Transformando la enfermería a través el conocimiento: pasado, presente y futuro del programa de guías de buenas prácticas de Registered Nurses' Association of Ontario. **MedUNAB**. 24(2):239- 254. 2021. doi: <https://doi.org/10329375/01237047.3977>

GROVE, S.; GRAY, J. y BURNS, N. **Investigación en enfermería**. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. Séptima Edición. España: Elsevier, 2019.

GUTIÉRREZ-Alba G, GONZÁLEZ-Block MA, REYES-Morales H. Desafíos en la implantación de guías de práctica clínica en instituciones públicas de México: estudio de casos múltiple. **Salud Publica Mex** 57:547-554. 2015.

HERNÁNDEZ, R.; FERNÁNDEZ, C y BAPTISTA, M. **Metodología de la Investigación**. Sexta Edición. México: McGraw-Hill / Interamericana, 2014.

HOSPITAL CLÍNICO MAGALLANES. 2022. <https://hospitalclinicomagallanes.cl/hospital-clinico-avanzando-hacia-la-excelencia-en-los-cuidados/>

MAYA-Hernández C, FLORES-Hernández S, VÉRTIZ-Ramírez JJ, RUELAS-González MG, POBLANO-Verástegui O, SATURNO-Hernández PJ. Barreras y facilitadores en la implementación de guías de práctica clínica en México: perspectiva del personal de salud. **Salud Publica Mex**. 662-671. 2021. <https://doi.org/10.21149/12439>

MINAYO, M.; DESLANDES, S. y GOMES, R. **Investigación social**. Teoría, método y creatividad. Buenos Aires: EDUNLa Cooperativa, 2023. ISBN 978-987-8926-26-1 DOI 10.18294/9789878926261

MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. (2017). Chile y Canadá celebran convenio de acuerdo para la implementación de guías de práctica clínica basadas en evidencia. Disponible en: <https://www.minsal.cl/minsal-firma-convenio-de-cooperacion-internacional-para-implementar-mejores-practicas-medicas-en-hospitales-publicos/>

NELSON AM. Best practice in nursing: a concept analysis. **Int J Nurs Stud**. 51(11):1507-16. 2014. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.05.003. Epub 2014 May 23. PMID: 24910462.

POL-Castañeda, S., RODRIGUEZ-Calero, M. A., VILLAFÁFILA-Gomila, C. J., BLANCO-Mavillard, I., ZAFORTEZA-Lallemand, C., FERRER-Cruz, F., & DE PEDRO-Gómez, J. E. Impact of advanced practice nurses in hospital units on compliance with clinical practice guidelines: a quasi-experimental study. **BMC nursing**, 21(1), 331. 2022. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01110-x>

RIVAS-González N, MARTÍN-Gil B, FERNÁNDEZ-Castro M. Implementing Best Practice Guidelines under the Best Practice Spotlight Organisation: Facilitators and Barriers for Nurses: A Delphi Study. **Nursing Reports**. 14(3):2513-2522. 2024. <https://doi.org/10.3390/nursrep14030185>

ROS Navarret, Rosario. Blogs y redes sociales como herramienta de difusión de cuidados basados en la evidencia: el caso de Cuidando neonatos. **Rev Pediatr Aten Primaria**, Madrid , v. 21, n. 83, p. 239-244. 2019 . Disponible en

<http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000300005&lng=es&nrm=iso>. accedido en 12 nov. 2025. Epub 09-Dic-2019.

SCHMITT, M., HAWKINS, M. & FLORSHEIM, P. Key determinants in implementation processes: a systematic review using the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR). *Implement Sci Commun* 6, 89. 2025. <https://doi.org/10.1186/s43058-025-00712-1>

SILVA EF, CHRISTOVAM BP, CHAGAS HM, CUNHA CL. Implementación de mejoras en la atención primaria de salud: protocolo de enfermería y gestión de la unidad. **Enferm Foco**. 15:e-202462. 2024. DOI:<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2024.v15.e-202462>

SOUZA R, BAIA W, PÜSCHEL V. Conocimientos, actitudes y habilidades en la práctica basada en la evidencia entre profesionales de la salud: un estudio cuasiexperimental. **Rev Gaúcha Enferm**. 46:e20240161. 2025 <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2025.20240161.pt>

7. CONSIDERACIONES FINALES

De acuerdo al objetivo general de este estudio, el cual es interpretar el significado que el profesional de enfermería otorga al uso de guías de buenas prácticas durante la atención y cuidado de pacientes en un hospital de la Región de Magallanes y Antártica chilena., con el respaldo teórico y metodológico, utilizando el análisis temático para las narraciones de las/los enfermeras/os, emergieron tres grandes temáticas expuestas en manuscritos.

La primera temática expresada en el manuscrito Uso de guías de buenas prácticas en la atención sanitaria: percepciones y expectativas de enfermería, concluye que las expectativas relacionadas al uso de guías de buenas prácticas se traducen en reconocer que los cuidados, bajo el prisma de la evidencia, proporcionan una serie de beneficios hacia el paciente y familia, los cuidados se tornan más seguros y de calidad, disminuyendo el riesgo de iatrogenias y las consecuencias negativas hacia el paciente y familia. Por otra parte, también se tienen expectativas positivas del uso de guías para los profesionales, ya que éstas ofrecen un marco claro de actuación que facilita la toma de decisiones en el cuidado de enfermería.

La estandarización de los cuidados permite una adecuada organización del trabajo en equipo y mejora el clima laboral. Sin embargo, se perciben algunas desventajas o desafíos a superar, considerando la necesidad de incorporar estrategias prácticas, el uso eficaz de los recursos disponibles, el trabajo en equipo y la motivación del personal, con el apoyo permanente de los líderes y la institución.

La segunda temática se encuentra en el manuscrito denominado Factores facilitadores y barreras para la implantación de guías de buenas prácticas. Es necesario que los cambios perduren en el tiempo, es decir que sean sostenibles, para ello se requiere que los procesos de implementación sean óptimos y efectivos.

Una importante estrategia es la identificación de factores que facilitan el proceso y los obstáculos o barreras que impiden una adecuada implementación y por lo mismo bajas expectativas de sostenibilidad de las recomendaciones. Los facilitadores se deben potenciar, mejorar y promocionar, mientras que las barreras se deben transformar en oportunidades de mejoras.

Es importante involucrar al equipo de salud en la identificación de estos factores, específicamente al equipo de enfermería con sus diferentes perfiles y nivel de responsabilidad, puesto que son quienes mejor conocen la realidad y el contexto hospitalario, poseen la cercanía

y contacto directo con los pacientes, detectando que favorece o no a la implementación y sostenibilidad de guías de buenas prácticas, por lo que se sugiere considerar la visión y experiencia en la práctica clínica y asistencial de los propios actores del proceso.

La última instancia, Sugerencias para la implantación de guías de buenas prácticas: una opinión del profesional de enfermería, revela las diferentes recomendaciones o sugerencias planteadas por los profesionales para un adecuado proceso de implantación de guías. Considerar las opiniones y las sugerencias de los actores del cuidado es una forma de valorar, motivar y empoderar al profesional en su quehacer, además, considerando que enfermería es la encargada de poner en práctica las recomendaciones.

Los profesionales de enfermería también reconocen y esperan que la institución se encuentre comprometida en este proceso, que proporcione una estructura organizacional líder del cambio y que gestione adecuadamente los requerimientos que implica poner en práctica las recomendaciones. Esperan que el sistema de salud otorgue los recursos necesarios que permitan la adaptación, la implementación y sostenibilidad de las recomendaciones a nivel local y en las distintas regiones del país, puesto que cada región tiene realidades diferentes dado a su geografía, de esta manera se logrará que la comunidad reciba atención y cuidados sanitarios seguros y de calidad al nivel de la exigencia actual.

Por lo tanto, este estudio apoya la tesis de que los profesionales de enfermería reconocen que utilizar guías de buenas prácticas durante la atención de salud, les permite incorporar la mejor evidencia disponible en la planificación de los cuidados de los pacientes hospitalizados, como una estrategia en la prevención de eventos adversos, promoción y consolidación de la seguridad y calidad de los cuidados.

De acuerdo a las limitaciones del estudio, la principal limitación se relaciona a la recolección de los datos, ya que esta fue realizada en un centro hospitalario donde aún no se iniciaba la implantación de guías de buenas prácticas, mientras que en el resto del país existían varios hospitales trabajando con el programa de guías de buenas prácticas vinculadas a la RNAO. Probablemente, la lejanía geográfica de la región del resto del país se relaciona a las dificultades para comenzar antes el proceso de implementación, además de las dificultades administrativas propias de la institución que obligaron a retrasar el inicio del proceso.

Otra limitación se relaciona a la experiencia de trabajar previamente con guías de buenas prácticas, ya que sólo tres profesionales declararon tener la experiencia en el trabajo con alguna

guía y dos de ellas mencionaron que participaron en la formación de Champions de la RNAO en el año 2022, mientras que los otros 12 profesionales declararon un conocimiento sólo teórico, desde la academia en pre - grado, por lo tanto, como perspectivas futuras se sugiere ampliar el estudio explorando la misma temática una vez finalizada la implementación de la primera guía de buena práctica.

Además, en el contexto de esta investigación, se sugiere realizar estudios relacionados a la adaptación cultural y geográfica de las guías de buenas prácticas en contextos extremos, como también desarrollar investigaciones cuantitativas que midan impacto en calidad y seguridad de la atención, de esta manera se puede generar evidencia más amplia y robusta que permita validar y comparar resultados, aportando a la literatura nacional e internacional.

Finalmente se sugiere que el equipo de trabajo de Guías de buenas prácticas del Hospital Clínico Magallanes considere los resultados de este estudio como un importante aporte para la implementación de guías de buenas prácticas, incorporando los hallazgos en la gestión hospitalaria para el diseño de estrategias de comunicación interna, logrando mejorar la organización, reducir resistencia al cambio y asegurar sostenibilidad en la implantación de guías. En este sentido, como producto final se presenta una propuesta para la estrategia de educación y capacitación en la implementación de guías (Apéndice D), basándose en las principales opiniones los profesionales de enfermería que cuidan y atienden directamente a los pacientes de dicho centro hospitalario.

REFERENCIAS

- ABREU, H.; REINERS, A.; AZEVEDO, R.; SILVA, A.; ABREU, D. y OLIVEIRA, A. Incidence and predicting factors of falls of older inpatients. **Rev Saúde Pública**, 39 (47), 1-9. 2015. Disponible em: <https://www.scielo.br/j/>
- ALONSO, P.; EZQUERRO, O.; FARGUES, I.; MARZO, M.; NAVARRA, M.; SUBIRANA, M. et al. **Enfermería Basada en la Evidencia**. Hacia la excelencia en los cuidados. DAE ed. Madrid, España. 2004.
- ALVAREZ-GAYOU, J. **Cómo hacer investigación cualitativa**. Fundamentos y metodología. México: Paidós, 2003.
- ALVES, A.; CHAVES, E.; FREITAS, M. y MONTEIRO, A. Aplicación del Proceso de Enfermería: estudio de caso con una puérpera. **REBEn**, 60 (3), 344-347. 2007.
- AMARO, M. **Ética en la atención primaria de salud**. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2014.
- AMEZCUA, M.; COCA, E.; LÓPEZ, S.; HERNÁNDEZ, S.; LÓPEZ, F. y HERRERA, S. Cómo elaborar una Guía PRAXIS de Buena Práctica para ser publicada. **Index Enferm.**, 29 (3), 152-156. 2020. Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000200011&lng=es&nrm=iso>. accedido en 19 dic. 2023. Epub 25-Ene-2021.
- ARANDA, M.; MORALES, J.; CANCA, J.; MORALES, A.; ENRÍQUEZ DE LUNA, M.; MOYA, A.; et al. Consecuencias de los errores en la traducción de cuestionarios: versión española del índice Downton. **Rev Calid Asist.**, 30, 195-202. 2015.
- ARCO, O. y SUÁREZ, Z. Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. **Universidad y Salud**, 20 (2), 171-182. 2018.
- ARZA, N.; GABILONDO, A.; CUADRADO, V.; GARCIA, M.; FERREIRO, N.; LOPEZ, M.; DEL RIO, P.; BEREZIARTUA, A.; LARIZ, A. Implantación de buenas prácticas clínicas como best practice spotlight organization en la osi debabarrena. **international journal of integrated care**, 19(s1): a645, pp. 1-8, doi: 2019. [dx.doi.org/10.5334/ijic.s3645](https://doi.org/10.5334/ijic.s3645)
- ASOCIACIÓN DE ENFERMERAS REGISTRADAS DE ONTARIO. s/fa. <https://rnao.ca/es/bpg/leading-change-toolkit>
- ASOCIACIÓN DE ENFERMERAS REGISTRADAS DE ONTARIO. s/fb. <https://rnao.ca/bpg>
- ASOCIACIÓN DE ENFERMERAS REGISTRADAS DE ONTARIO. **Herramienta de implantación de buenas prácticas**. Segunda edición. 2012. Disponible en: <https://www.fif.udl.cat/export/sites/Fif/ca/.galleries/BPSO/Guies/Herramienta-de-implantacion-de-buenas-practicas.pdf>

ASOCIACIÓN DE ENFERMERAS REGISTRADAS DE ONTARIO. **Guías de buenas prácticas. Valoración y manejo de las lesiones por presión para equipos interprofesionales.** Tercera edición. 2016. Toronto-Canadá; p. 29. Disponible en: www.rnao.ca/bpg

ASOCIACIÓN DE ENFERMERAS REGISTRADAS DE ONTARIO. **Guía de buenas prácticas clínicas. Prevención de caídas y disminución de lesiones derivadas de las caídas.** Ontario. 2017. Disponible en: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/translations/D0021_Preencion_Caidas_2017.pdf

ASOCIACIÓN DE ENFERMERAS REGISTRADAS DE ONTARIO. **Guía de buenas prácticas. Acceso Vascular.** Segunda edición. 2021. Disponible en: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/translations/AccesoVascular_2021.pdf

AYUSO, D.; DE ANDRÉS, B.; NORIEGA, C.; LÓPEZ, R. y HERRERA, I. Gestión de la calidad, un enfoque directivo para la seguridad del paciente. **Enfermería Clínica**, 27 (4), 251-255. 2017.

BARACALDO, H. Implementación curricular de las prácticas clínicas de enfermería en la valoración y selección de dispositivos de acceso vascular, de la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). **MedUNAB**, 23(1), 72-84. 2020. <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/3601>

BAJNOK, I.; GRINSPUN, D.; MCCONNELL, H. y DAVIES, B. Best Practice Spotlight Organization – Implementation Science at its Best. In D. Grinspun and I. Bajnok (Eds.), *Transforming Nursing Through Knowledge: Best Practice Guideline Development, Implementation Science & Evaluation*. Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing. 2018.

BARRETO, R.; SERVO, M.; y RIBEIRO, A. Representações sociais sobre segurança do paciente na ótica de enfermeiras intensivistas. **Rev baiana enferm.**, 34:e36969. 2020.

BAUTISTA, N. **Proceso de la investigación cualitativa.** Epistemología, metodología y aplicaciones. Bogotá: El Manual Moderno, 2011.

BELLVER, V. **Bioética y cuidados de enfermería.** España: CECOVA. 2014. ISBN: 84-695-9470-2

BELMAR, A.; GUELL, M.; CHAPARRO, J. y GRINSPUN, D. Implementación de buenas prácticas en enfermería: programa BPSO como herramienta principal. **Rev. Med. Clin. Condes**, 29 (3), 311-321. 2018.

BENEDET, S.; PADILHA, M.; GELBKE, F. y BELLAGUARDA, M. El modelo de profesionalización en la implementación del Proceso de Enfermería (1979-2004). **Rev Bras Enferm**, 71(4), 1907-14. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0226>

BITENCOURT, J.; MAESTRI, E.; GEREMIA, D.; SILVA, O.; BIFFI, P. y CELUPPI I. *Melhores práticas no cuidado ao paciente crítico*. PROENF Porto Alegre: Artmed Panamericana 2020. ISBN 978-65-5848-054-9

BOCOS, M.; TORRES, M. Impacto de la implantación de la guía de buenas prácticas: valoración del riesgo y prevención de lesiones por presión en ámbito hospitalario [evidencia comentada]. **Ene.**, v. 17, n. 2, 0001, 2023 . Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2023000200011&lng=es&nrm=iso>. accedido en 05 feb. 2026. Epub 22-Ene-2024.

BRANDÃO, M.; BARROS, A.; PRIMO, C.; BISPO, G. y LOPES, R. Nursing theories in the conceptual expansion of nursing practices. **Rev Bras Enferm.**, 72 (2): 577-81. 2019. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0395>

BRENEOL, S.; CURRAN, J.; MARTEN, R.; MINOCHA, K.; JOHNSON, C.; WONG, H.; et al. Strategies to adapt and implement health system guidelines and recommendations: a scoping review. **Health Research Policy and Systems**, 20, 64. 2022.doi: 10.1186/s12961-022-00865-8. PMID: 35706039; PMCID: PMC9202131

BUCHANAN, C.; BURT, A.; MOUREAU, N.; MURRAY, D.; NIZUM, N. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) best practice guideline on the assessment and management of vascular access devices. **J Vasc Access**. 2023;11297298231169468. <https://doi.org/10.1177/11297298231169468>

CAMARGO, I. Enfermería como profesión: evolución, naturaleza y validez del conocimiento. **Visión Antataura**, 1 (1), 51–62. 2017. Disponível em: <https://revistas.up.ac.pa/index.php/antataura/article/view/152>. Acesso em: 11 oct. 2023.

CAMPOS, C.; VARGAS, X. y MILOS, P. Los servicios profesionales de la enfermera(o) en la legislación chilena. **Rev. Med. Clin. Condes**, 29 (3), 270-277. 2018.

CARMO, J. CRUZ, M., SILVA, D., PEREIRA, F.; GUSMÃO, R. y ARAÚJO, D. Falls of patients with home care: prevalence and associated factors. **rev min enferm**. 24:e-1286. 2020. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20200015>

CARREGAL, F.; SANTOS, B.; SOUZA, H.; SANTOS, F.; PERES, M. y PADILHA, M. Historicity of nursing graduate studies in Brazil: an analysis of the Sociology of the Professions. **Rev Bras Enferm.**, 74 (6), e20190827. 2021.Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0827>

CARVAJAL, E. y SÁNCHEZ, B. Los modelos de enfermería aplicados en la práctica clínica: revisión integrativa. **Arch Med.**, 18 (1), 86-96. 2018. Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/2738/273856494008/273856494008.pdf>

CARRILLO, A. et al. La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. **Enferm. glob.**, 12 (32), 346-361. 2013. Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400021&lng=es&nrm=iso>. accedido en 24 enero 2024

CASANOVA, S.; LÓPEZ, Pablo. Management of the care and maintenance of vascular access devices: A challenge for nursing care. **Enfermería Clínica** (English Edition), v. 35, n. 4, p. 502284, June–July 2025.

CASTRO, M. y SIMIAN, D. La enfermería y la investigación. **Revista Médica Clínica Las Condes**, 29, 301-310. 2018.

CASTRO, J.; CATALÁN, I. y CAMPOS, S. Utilización de evidencia científica en planificación del cuidado por el profesional de enfermería: Revisión Sistemática. **Enfermería Global**, 22 (4), 517–544. 2023. DOI:<https://doi.org/10.6018/eglobal.558581>.

CEBALLOS, P.; JARA, A.; STIEPOVICH, J.; AGUILERA, P. y VÍLCHEZ, V. La gestión del cuidado: una función social y legal de la enfermería chilena. **Rev. Enfermería Actual**, 29, 1-12. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i29.19733>

CHILE. Ley 19536 Concede una bonificación extraordinaria para enfermeras y matronas que se desempeñan en condiciones que indica, en los establecimientos de los servicios de salud. Promulgación: 28-NOV-1997 Publicación: 16-DIC-1997 Versión: Única - 16-DIC-1997 Materias: Establecimientos de los Servicios de Salud, Bonificación a Enfermeras y Matronas, Ley no. 19.536

CHILE. Ley 20.584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. 2012. Disponible en: <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Ley%2020584%20Derechos%20y%20Deberes.pdf>

CHUAQUI, J.; BETTANCOURT, L.; LEAL, V. y AGUIRRE, C. La identidad profesional de la enfermería: un análisis cualitativo de la enfermería en Valparaíso (1933-2010). **Aquichan**, 14 (1), 53-66. 2014.

COLEGIO DE ENFERMERAS DE CHILE. Código de ética del colegio de enfermeras de Chile. 2008. Disponible en: [file:///C:/Users/Dell/Downloads/Codigo%20de%20etica%20del%20colegio%20de%20enfermeras%20de%20Chile%202008%20\(9\).pdf](file:///C:/Users/Dell/Downloads/Codigo%20de%20etica%20del%20colegio%20de%20enfermeras%20de%20Chile%202008%20(9).pdf)

COLTTERS, C y BELMAR, A. Experiencia de implementación de una guía de prevención de caídas como trabajo interdisciplinar en una unidad de cuidados del adulto mayor. **MedUNAB.**, 23(1):95-106. 2020. doi:10.29375/01237047.3610

CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS. Código de ética del CIE para las enfermeras. 2021. Disponible en: https://www.consejogeneralenfermeria.org/images/pdfs/ICN_Code-of-Ethics_SP_WEB.pdf

CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS. Declaración de posición del CIE: Seguridad de los pacientes. Disponible en: <http://www.patienttalk.info/pspatientsafesp.htm>

CORTÉS, O.; SERNA, A.; SALAZAR, L.; ROJAS, Y.; CABRERA, S. y ARÉVALO, I. Implementación de guías de práctica clínica de la Asociación de Enfermeras de Ontario

RNAO: Una experiencia de enfermería en un hospital colombiano. **MedUNAB**, 19 (2), 103-114. 2016. doi: <https://doi.org/10.29375/01237047.2617>

CURA, I.; ROMÁN, B.; ARIZA, G.; BOLAÑOS, E.; POLENTINOS, E.; MEDINA, R. Y MARTÍN, J. Barreras y facilitadores para el uso de las guías de práctica clínica por residentes de Medicina Familiar y Comunitaria: estudio cualitativo con grupos focales. **Rev Clin Med Fam**, 17 (1), 35-44. 2024. Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2024000100005&lng=es&nrm=iso>. accedido en 30 jul. 2024. Epub 18-Mar-2024. <https://dx.doi.org/10.55783/rcmf.170106>.

DANDICOURT, C.; HERNÁNDEZ, E.; ESPINOZA, T.; PÉREZ, R. Pasado y presente de la función enfermera en el acto del cuidado. **Health Care & Global Health**, 1 (1), 49-54. 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.22258/hgh.2017.11>

DAVIES, B.; TREMBLAY, D. & EDWARDS, N. Sustaining evidence-based practice systems and measuring the impacts. In D. Bick & I. D. Graham (Eds.). *Evaluating the impact of evidence based practice* (pp. 166-188). 2010.

DOMÍNGUEZ, C.; KOHLEN, H. y TRONTO, J. **El futuro del cuidado**. Comprensión de la ética del cuidado y práctica enfermera. Barcelona: ediciones San Juan de Dios. 2018. Disponible en: <https://pbcoib.blob.core.windows.net/coib-publish/invar/d23d4137-42f4-4331-924e-b660473acf64>

DURÁN, N. **La ética del cuidado**: una voz diferente. Revista Fundación Universitaria Luis Amigó, 2 (1), 12–21. 2015. DOI: 10.21501/23823410.1476. Disponible en: <https://revistas.ucatolicaluisamigo.edu.co/index.php/RFunlam/article/view/1476>.

FIELD, M. & LOHR, K. Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines, Institute of Medicine. *Clinical practice guidelines: Directions for a new program*. Washington, D.C., DC: National Academies Press; 1990. p.8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235751/>

FLORES, Y.; ROJAS, J. y JURADO, J. Frecuencia de úlceras por presión y los factores asociados a su presentación, en pacientes de un hospital nacional de Lima, Perú. **Rev Med Hered**, 31 (3), 164-168. 2020. Disponible en <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2020000300164&lng=es&nrm=iso>. accedido en 02 feb. 2024. <http://dx.doi.org/10.20453/rmh.v31i3.3805>.

FRY, S. y JOHNSTONE, M. **Ética en la práctica de enfermería**. Una guía para la toma de decisiones éticas. 3.ed. México: Editorial El Manual Moderno. 2010

GALLEGUILLOS, A. Avances en la implementación de las guías de buenas prácticas clínicas de la Registered Nurses Association Ontario en seis universidades chilenas. **Cienc. enferm.**, 28, 36. 2022. Disponible en <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532022000100402&lng=es&nrm=iso>. accedido en 16 mayo 2023. <http://dx.doi.org/10.29393/ce28-36aias10036>.

GARCÍA, L. La ética del cuidado y su aplicación en la profesión enfermera. **Acta bioeth.**, 21 (2), 311-317. 2015. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2015000200017&lng=es&nrm=iso.

GARCÍA, N.; CUARTERO, M.; CENGOTITA, N.; GARCÍA, D.; PASTOR, S. y SAN MATEO, M. La importancia de la detección y tratamiento de las úlceras por presión por parte de profesionales sanitarios. **Revista Sanitaria de Investigación**, 4 (3), 163. 2023. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8908640>

GASPAR, S.; PERALTA, M.; MARQUES, A.; BUDRI, A. & GASPAR DE MATOS, M. Effectiveness on hospital-acquired pressure ulcers prevention: a systematic review. *International wound journal*, 16 (5), 1087–1102. <https://doi.org/10.1111/iwj.13147>

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C.S. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 31. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

GONÇALVES, E.; SABA, Y.; LEITE, R. y OLIVEIRA, P. Processo de Enfermagem de Wanda Horta -Retrato da obra e reflexões. **Temperamentvm**, 15, p. e12520. 2019.

GONZÁLEZ, G.; ZAMBRANO, M. y FLEITAS, D. Ética y bioética en los profesionales de enfermería. **Dominio de las Ciencias**, 2, 106-119. 2016.

GORDILLO, A.; MACAS, J.; QUEZADA, S.; VÁSQUEZ, K.; SOTOMAYOR, A. Prevención de caídas en pacientes hospitalizados. **LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades**, 6 (1), 1956 – 1969. 2025. <https://doi.org/10.56712/latam.v6i1.3467>

GOULART, V. Gente que cuida da gente: a trajetória de Wanda Horta na arte e ciência do cuidado (1926-1981). [Dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2020.

GRANADOS, L.; ESPARZA, M. Implementación y sostenibilidad de las guías de enfermería basadas en la evidencia: modelo de la RNAO. **medunab.**, 23(1):85-94. 2020. doi:10.29375/01237047.3725

GRDISA, V.; GRINSPUN, D.; TOOR, K.; OWUSU, Y.; NAIK, S. & SMITH, K. Evaluating BPG Impact: Development and Refinement of NQuIRE. En: Grinspun D, Bajnok I (Eds.). *Transforming Nursing Through Knowledge: Best Practices for Guideline Development, Implementation Science, and Evaluation*, 1era Ed. Indianapolis, IN, USA: Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing; 395-431. 2018.

GRINSPUN, D. Modelo de Enfermería para Optimizar Sistemas de Salud. **MedUNAB**, 20 (2), 2018a

GRINSPUN, D. Conversaciones con Nightingale: Pensamientos de una de sus discípulas. **Metas Enferm.**, 23 (7), 3-6. 2020. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/81632/>

GRINSPUN D. Transformando la Enfermería a través del conocimiento: avances del Programa de Guías de Buenas Prácticas de la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). **Enfermería Clínica**, 30 (3), 133-13. 2020. doi: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.03.002>.

GRINSPUN, D. Transformando la enfermería a través del conocimiento: pasado, presente y futuro del programa de guías de buenas prácticas de Registered Nurses' Association of Ontario. **MedUNAB**, 24 (2), 239-254. 2021. doi: <https://doi.org/10.329375/01237047.3977>

GROVE, S.; GRAY, J. y BURNS, N. **Investigación en enfermería**. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. Séptima Edición. España: Elsevier, 2019.

GUTIÉRREZ, G.; GONZALEZ, Miguel. y REYES, H. Desafíos en la implantación de guías de práctica clínica en instituciones públicas de México: estudio de casos múltiple. **Salud pública Méx**, 57 (6), 547-554. 2015. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000600013&lng=es&nrm=iso>. accedido en 30 jul. 2024.

GUTIÉRREZ, M.; LEACHE, L. y SAIZ, L. Revisión de la validez de las escalas de valoración del riesgo de caídas en pacientes hospitalizados. **Rev Esp Geriatr Gerontol.**, 57 (3), 186-194. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2022.03.005>

HERDMAN, H.; KAMITSURU, S.; LOPES C. NANDA International Nursing Diagnoses: definitions & classification 2021 – 2023. London: Twelfth Edition. 2021.592p.

HERNÁNDEZ, R.; FERNÁNDEZ, C y BAPTISTA, M. **Metodología de la Investigación**. Sexta Edición. México: McGraw-Hill / Interamericana, 2014.

HIDALGO, B. y ALTAMIRA, R. ¿Qué es y qué no es el cuidado de enfermería? **Enfermería Actual de Costa Rica**, 40, 40788, 2021. Available from <http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682021000100017&lng=en&nrm=iso>. access on 15 May 2023. <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i39.40788>.

HORTA, W. **O processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU/EDUSP. 1979.

HOSPITAL CLÍNICO MAGALLANES. (2022). Hospital Clínico, avanzando hacia la excelencia en los cuidados <https://hospitalclinicomagallanes.cl/hospital-clinico-avanzando-hacia-la-excelencia-en-los-cuidados/>

HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO – PUCÓN. (2022). Protocolo de instalación y manejo de vía venosa periférica. Disponible en: <https://www.hospitalsanfranciscodepucon.cl/wp-content/uploads/2023/04/GCL-1.2.4-Protocolo-Instalacion-y-manejo-via-venosa-3-Edicio%CC%81n-2022-RAC-listo-impresio%CC%81n.pdf>

LAGUADO, E. Estrategias de aprendizaje para historia y epistemología del cuidado de enfermería. Colombia. Universidad Cooperativa de Colombia. 2020.
<https://doi.org/10.16925/genc.16>

LEY 19536 concede una bonificación extraordinaria para enfermeras y matronas que se desempeñan en condiciones que indica, en los establecimientos de los servicios de salud. Promulgación: 28-NOV-1997 Publicación: 16-DIC-1997 Versión: Única - 16-DIC-1997 Materias: Establecimientos de los Servicios de Salud, Bonificación a Enfermeras y Matronas, Ley no. 19.536

LOLAS, F. y QUESADA, A. **Pautas éticas de investigación en sujetos humanos:** nuevas perspectivas. Chile: Programa Regional de Bioética OPS/OMS, 2003.

LORENTE, M.; QUINOZ, M.; TEIXINÉ, A.; ARZA, N.; DÍAZ, M.; ARIAS, Á.; et al. Implantación de la Guía de buenas prácticas en prevención de lesiones por presión: desarrollo, resultados y sostenibilidad. **Enferm Clin.** 30:198---211. 2020.

LUZIA, M.; CASSOLA, T.; SUZUKI, L.; DIAS, V.; PINHO, L. y LUCENA, A. Incidência de quedas e ações preventivas em um Hospital Universitário. **Rev Esc Enferm USP.**, 52, 1-7. 2018. Disponible em: <https://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017024203308>

MAHER, L.; GUSTAFSON, F.; & EVANS, A. NHS sustainability model and guide. London, UK: National Health Service Institute for Innovation and Improvement. 2010.
<https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/wp-content/uploads/sites/44/2017/11/NHS-Sustainability-Model-2010.pdf>

MAIA, A. É tempo de re-iluminar o cuidado de enfermagem: Re-conectando Florence Nightingale ao seu legado. **Hist enferm Rev eletrônica**, 10 (2), 1-3. 2019.

MALPICA, M.; JACOBO, C.; RODRÍGUEZ, I. Evaluación de expertos en conocimientos sobre la guía de accesos vasculares de la asociación de enfermeras registradas de Ontario (RNAO) en Bogotá. **Paradigmas Socio-Humanísticos**, 6(1), 10–30. 2024.
<https://doi.org/10.26752/revistaparadigmash.v6i1.724>

MANTEROLA, C.; OTZEN, T.; GARCÍA, N. y MORA, M. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia. **Revista de cirugía**, 71 (5), 468-475. 2019. Disponible en <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-45492019000500468&lng=es&nrm=iso>. accedido en 29 jul. 2024. <http://dx.doi.org/10.35687/s2452-454920190005416>.

MARCHIONNI, C. & RICHER, M. Using appreciative inquiry to promote evidence-based practice nursing: The glass is more than half full. **Nursing Leadership**, 20 (3), 86–97. 2007.

MARRINER, A. y RAILE, M. **Modelos y teorías en enfermería.** Madrid. España: edit. Harcourt, S. A.. 4a ed. 2004: 109-186

MARRINER, A. & RAILE, M. **Modelos y teorías en enfermería.** 4ª edición. Madrid: Elsevier España, S. A. 2000 ISBN 9788481743487N.o de páginas 555 págs.

- MASSÉ, C. Cuidar es humano. Cuidar nos hace humanos. Una mirada antropológica, teológica y ética al cuidado. **Revista Pastoral Juvenil**, 552 – 553, 5 – 17. 2023. Disponible en: https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/76394/202319172954686_MJ552-553%2003%20ESTUDIOS%20Carmen%20Masse%20Garcia.pdf?sequence=-1&isAllowed=y
- MARTÍN, W.; BRITO, P.; NÚÑEZ, J.; FERNÁNDEZ, D.; PARRILLA, I.; PALMER, E.; GALDONA, H.; PLASENCIA, V.; LORENZO, L.; GARCÍA, A. Experiencia de implantación de la Guía de Buenas Prácticas de RNAO «Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas» en Atención Primaria de Tenerife. **Cuidar: Revista de Enfermería de la Universidad de La Laguna**, v. 3, p. 237-272, 2023. ISSN 2660-4426.
- MAYA, C.; FLORES, S.; VÉRTIZ, J.; RUELAS, M.; POBLANO, O.; y SATURNO, P. Barreras y facilitadores en la implementación de guías de práctica clínica en México: perspectiva del personal de salud. **Salud pública Méx**, 63 (5), 662-671. 2021. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342021000500662&lng=es&nrm=iso>. accedido en 30 jul. 2024. Epub 27-Feb-2023. <https://doi.org/10.21149/12439>.
- MCARTHUR, C.; BAI, Y.; HEWSTON, P.; GIANREGGARIO, L.; STRAUS, S. & APAIOANNOU, A. Barriers and facilitators to implementing evidence-based guidelines in long-term care: a qualitative evidence synthesis. **Implementation science**, 16 (1), 70. 2021. <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01140-0>
- MEDINA, M. La ética del cuidado y Carol Gilligan: una crítica a la teoría del desarrollo moral de Kohlberg para la definición de un nivel moral postconvencional contextualista. **Daimon Revista Internacional de Filosofía**, (67), 83–98. 2016. <https://doi.org/10.6018/199701>
- MILOS, P. y LARRAÍN, A. La vinculación ético-jurídica entre la gestión del cuidado y la gestión de riesgos en el contexto de la seguridad del paciente. **Aquichan**, 15 (1), 141-153. 2015. DOI: 10.5294/aqui.2015.15.1.13
- MINAYO, M.; DESLANDES, S. y GOMES, R. **Investigación social**. Teoría, método y creatividad. Buenos Aires: EDUNLa Cooperativa, 2023. ISBN 978-987-8926-26-1 DOI 10.18294/9789878926261
- MINISTERIO DE SALUD. Calidad y seguridad del paciente. S/Fa. Disponible en: <https://www.minsal.cl/calidad-y-seguridad-del-paciente/>
- MINISTERIO DE SALUD. Norma 0002 sobre Reporte de Eventos Adversos y Eventos Centinela. S/Fb. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/01/Norma-0002-sobre-Reporte-de-Eventos-Adversos-y-Eventos-Centinela.pdf>
- MINISTERIO DE SALUD. Norma 0001 Establece Protocolos y Normas sobre seguridad del paciente y calidad de la atención para ser aplicados por los prestadores institucionales públicos y privados. S/Fc. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp->

content/uploads/2021/01/Norma-0001-Establece-Protocolos-y-Normas-sobre-Seguridad-del-Paciente-y-....pdf

MINISTERIO DE SALUD. Norma 0007 Norma Reporte de Caídas de pacientes hospitalizados. S/Fd. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/01/Norma-0007-Norma-Reporte-de-Ca%C3%ADdas-de-pacientes-hospitalizados.pdf>

MINISTERIO DE SALUD. Norma 19, Técnica Administrativa. Norma general administrativa n° 19. gestión del cuidado de enfermería para la atención cerrada. 2007. Disponible en: http://juridico1.minsal.cl/resolucion_1127_07.doc

MINISTERIO DE SALUD. 01. Resolución Exenta N°1031 Aprueba protocolos y normas sobre seguridad del paciente calidad de la atención de salud. 2012. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/01/01.-Res.-Ex-N%C2%B0-1031.pdf>

MINISTERIO DE SALUD. Ley 20.584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. 2012a. Disponible en: <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Ley%2020584%20Derechos%20y%20Deberes.pdf>

MINISTERIO DE SALUD. Norma Técnica N°154 Sobre programa nacional de calidad y seguridad en la atención en salud. 2013. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/02/Norma-T%C3%A9cnica-N%C2%B0154.pdf>

MINISTERIO DE SALUD. (2017). Chile y Canadá celebran convenio de acuerdo para la implementación de guías de práctica clínica basadas en evidencia. Disponible en: <https://www.minsal.cl/minsal-firma-convenio-de-cooperacion-internacional-para-implementar-mejores-practicas-medicas-en-hospitales-publicos/>

MINISTERIO DE SALUD. Super Intendencia de Salud. Observatorio de Calidad en Salud. Guía Práctica. Calidad y Seguridad Asistencial en Chile para alumnos de carreras de la salud. 2018

MINISTERIO DE SALUD. (2018). Calidad y seguridad del paciente. Disponible en: <https://www.minsal.cl/calidad-y-seguridad-del-paciente/>

MINISTERIO DE SALUD. (2021). 15 hospitales del país implementarán guías internacionales de buenas prácticas en enfermería. Disponible en: <https://www.minsal.cl/15-hospitales-del-pais-implementaran-guias-internacionales-de-buenas-practicas-en-enfermeria/>

MINISTERIO DE SALUD. Ordinario 881 del 20 de marzo del 2023 Remite informe cumplimiento de normas de seguridad del paciente y calidad de la atención, respecto de resultados de sus indicadores, en red de prestadores públicos de atención cerrada, análisis año 2021. 2023. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/10/881-ORD.-DEL-20-DE-MARZO-2023-REMITE-INFORME-CUMPLIMIENTO-DE-NORMAS-DE-SEGURIDAD.pdf>

MINISTERIO DE SALUD. Norma técnica sobre seguridad del paciente y calidad de la atención respecto de prevención de lesiones por presión en establecimientos de atención cerrada 2023 Departamento Seguridad y Calidad de la Atención División de Gestión de la Red Asistencial Subsecretaría de Redes Asistenciales Ministerio de Salud. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/11/NORMA-TECNICA-N%C2%B0-234-DECRETO-EXENTO-N%C2%B0-73-SRA-2023.pdf> MINSAL. ORIENTACION TÉCNICA SOBRE PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN 2023

MINISTERIO DE SALUD. Norma general técnica 0204. Seguridad del paciente y calidad de la atención. Disponible en: <https://www.minsal.cl/calidad-y-seguridad-del-paciente/> [acceso: 1/10/2019]. [Links]

MIRAYES, A. Caídas en pacientes hospitalizados: un evento adverso evitable. 2014. Trabajo fin de grado. Escuela Universitaria de Enfermería «Casa de Salud Valdecilla», Universidad de Cantabria. p. 1–36. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5228/MiyaresOlavarriaA.pdf?sequence>

MONSONÍS, B.; GEA, M.; GARCÍA, E.; FOLGUERA, M.; GUTIÉRREZ, J.; BLANCO, J. Mejora de la valoración del riesgo y la prevención de las lesiones por presión durante la implantación de una Guía de buenas prácticas clínicas. **Enferm Clin.** 31:114---119. 2021.

MORALES, A.; ARRIBAS, P.; DIAZ, R. y GUADARRAMA, D. Impacto de la implantación de la guía de buenas prácticas: valoración del riesgo y prevención de lesiones por presión en ámbito hospitalario. **Gerokomos** vol.32, n.3, pp.187-192. 2021. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2021000400010&lng=es&nrm=iso. Epub 25-Oct-2021. ISSN 1134-928X.

MOSQUERA, M.; PARRA, S.; RESTREPO, A. Eventos adversos relacionados con la inserción de catéter venoso periférico. **Microciencia**, [S. l.], n. 9, p. 159–173, 2022. Disponible en: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/microciencia/article/view/8598>. Acceso en: 5 feb. 2026.

MORENO, M. Calidad y seguridad de la atención. **Ciencia. enferm.**, 19 (1), 7-9. 2013. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000100001&lng=es&nrm=iso. accedido en 08 dic. 2023. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000100001>.

MOURA, J.; NOGUEIRA, D.; ROSA, F.; SILVA, T.; SANTOS, E. y SCHOELLER, S. Marcos de visibilidade da enfermagem na era contemporânea: uma reflexão à luz de Wanda Horta. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, 96 (39), p. e–021273. 2022. DOI: 10.31011/reaid-2022-v.96-n.39-art.1450. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/1450>. Acesso em: 18 jun. 2023.

NODDINGS, N. **Caring: a feminine approach to ethics and moral education**. Berkeley: University of California Press. 1984.

NÚÑEZ, E.; MACÍAS, L.; NAVARRO, R. y LOYOLA, M. Los desafíos de la descentralización de los cuidados de enfermería: El Servicio Nacional de Salud Chileno y la Profesionalización de la Enfermería 1950-1970. **Cultura de los Cuidados**, 25 (60). 2021. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.60.0>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Guía para Documentar y Compartir “Buenas Prácticas” en Programas de Salud [Internet]. 2008 [citado el 20 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://afrolib.afro.who>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Plano de ação global para a segurança do paciente 2021-2030: Em busca da eliminação dos danos evitáveis nos cuidados de saúde. 2021

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. 2020. Folha informativa – COVID-19 doença causada pelo novo coronavírus. Available in: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875

PARRA, D.; PEÑALOZA, S.; CÁRDENAS, M.; REY DE CRUZ, N.; AMAYA, H. y ARBOLEDA, L.; et al. Responsabilidades éticas en la práctica de enfermería en instituciones de alta complejidad. **Revista Cuidarte**, 10 (3), e662. 2019. Disponible en: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/662>

PENDÓN, R.; BITENCOURT, J.; HAAG F.; PARKER, A.; MAESTRI, E.; ADAMY, E. et al. Evaluation of care technology applied to the nursing process in the light of best practices. **Rev Rene**, 21, e44420. 2020. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202144420>

PERÃO, O.; ZANDONADI, G.; RODRÍGUEZ, A.; FONTES, M.; NASCIMENTO, E. y SANTOS, E. Segurança do paciente em unidade de terapia intensiva de acordo com a teoria de Wanda Horta. **Cogitare Enfermagem**, 22 (3). 2017. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.45657>.

PERES, M.; PAIM, L. y BRANDÃO, M. Professional Autonomy as Centrality in Best Practices in Nursing. **Rev Bras Enferm.**, 73 (2):e20180373. 2020. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0373>

PERES, M.; APERIBENSE, P.; BELLAGUARDA, M.; ALMEIDA, D.; SANTOS, F.; LUCHESI, L. Recognition to Anna Justina Ferreira Nery: woman and personality in nursing history. **Rev Escola Anna Nery**, 25 (2), e20200207. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0207>

PESSOA, G.; CARVALHO, R.; OLIVEIRA, S.; ANJOS, S.; TRIGUEIRO, J. y SILVA, L. Segurança do paciente em tempos de pandemia: reflexão a partir dos atributos de qualidade do cuidado. **Escola Anna Nery**, 26 (spe). 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0109pt>

PETERS, S.; SUKUMAR, K.; BLANCHARD, S.; RAMASAMY, A.; MALINOWSKI, J.; GINEX, P.; SENERTH, E.; CORREMANS, M.; MUNN, Z.; KREDO, T.; REMON, L. P.;

NGEH, E.; KALMAN, L.; ALHABIB, S.; AMER, Y. S.; GAGLIARDI, A. Trends in guideline implementation: an updated scoping review. **Implementation science**, 17 (1), 50. 2022. <https://doi.org/10.1186/s13012-022-01223-6>

PROCTOR, E.; POWELL, B. & MCMILLEN, J. Implementation strategies: recommendations for specifying and reporting. **Implementation science**, 8,139. 2013. DOI: 10.1186/1748-5908-8-139

RAILE, M. y MARRINER, A. **Modelos y teorías en enfermería**. Séptima edición. España: Elsevier. 2011. p. 91-112. Jesse DE. Filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Watson.

RAMIREZ, N.; VELOZ, P.; HERNÁNDEZ, F.; FUNEZ, F.; MARTÍNEZ, X.; RODRÍGUEZ, C.; CAMPOS, B.; LETELIER, V.; DE LA FUENTE, F. Eventos adversos relacionados a catéter venoso periférico en personas hospitalizadas en un hospital público en Chile. **Revista Chilena de Enfermería**, [S. l.], v. 7, p. 76926, 2025. DOI: 10.5354/2452-5839.2025.76926. Disponible en: <https://revistachilenaenfermeria.uchile.cl/index.php/RCHE/article/view/76926>. Acceso em: 5 feb. 2026.

RIBEIRO, O.; FASSARELLA, C.; TRINDADE, L. et al. Ano internacional da/o enfermeira/o: dos 200 anos de Florence Nightingale à pandemia por Covid-19. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, 10, e3725. 2020. Available in: DOI: <http://doi.org/recom.v10i0.3725>

RODRIGUEZ, V. y PARAVIC, T. Enfermería basada en la evidencia y gestión del cuidado. **Enferm. glob.**, 10 (24), 2011. Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000400020&lng=es&nrm=iso>. accedido en 01 feb. 2024. <https://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000400020>.

RODRIGUEZ, T. y RODRIGUEZ, A. Dimensión ética del cuidado de enfermería. **Rev Cubana Enfermer**, 34 (3), e2430. 2018. Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192018000300017&lng=es&nrm=iso>. accedido en 15 jun. 2023. Epub 01-Sep-2018.

ROMAN, F. La enfermería: una reflexión sobre su futuro y su razón de ser. **Temperamentvm**, 16, e13196, 2020 . Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-60112020000100020&lng=es&nrm=iso>. accedido en 15 jun. 2023. Epub 06-Jun-2022.

ROMERO E. La ética de la responsabilidad en los cuidados de enfermería. **Revista de SEAPA**, 9, 31-35, 2013.

ROMERO, A.; QUIÑOS, M.; HERRERA, C.; BARRIENTOS, S.; PORCEL, A. Implantación de la guía de práctica clínica Valoración y manejo de las lesiones por presión para equipos interprofesionales. **Metas Enferm**. 26(1):7-14. 2023. Doi: <https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2023.26.1003082043>

SANTOS, M.; SILVA, T.; SILVA, A.; BITENCOURT, J.; NASCIMENTO, E. y BERTONCELLO, K. Boas práticas de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: desenvolvendo o histórico de enfermagem. **Enferm. Foco**, 11 (1), 21-26. 2020.

SCHOBBERER, D.; BREIMAIER, H.; ZUSCHNEGG, J.; FINDLING, T.; SCHAFFER, S. & ARCHAN, T.; Fall prevention in hospitals and nursing homes: Clinical practice guideline. **Worldviews Evid Based Nurs.**, 19 (2), 86-93. 2022. <https://doi.org/10.1111/wvn.12571>

SOUZA, D.; BRANDÃO, V.; MARTINS, M.; MORAIS, J. y JESUS, N. **Teorias de enfermagem: relevancia para a prática profissional na atualidade**. 1ª ed. Mato Grosso Do Sul: Editora Inovar. 2021. Disponível em: <https://editorainovar.com.br/omp/index.php/inovar/catalog/view/213/214/1751>

SUFFLER, M. Seguridad del paciente como clave para atención de calidad en los servicios de salud. **Las enfermeras de hoy**, 4(2), 29–43. 2025. recuperado a partir de <https://revistas.anep.org.pa/index.php/edh/article/view/92>

SUPERINTENDENCIA DE SALUD. Ministerio de Salud. NOTA TÉCNICA N° 11/2018 RECOMENDACIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN O REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS EN ATENCIÓN ABIERTA

SUPERINTENDENCIA DE SALUD. Informe N°1/2019. Resultados Encuesta Nacional Indicadores de Seguridad de la Atención en Prestadores de Atención Cerrada de alta complejidad a nivel nacional 2017. 2019. Disponible en: https://superdesalud.gob.cl/observatorio/671/articles-17783_recurso_1.pdf

SUVA, G.; SHARMA, T.; CAMPBELL, K.; SIBBALD, R.; AN, D. & WOO, K. Strategies to support pressure injury best practices by the inter-professional team: A systematic review. **Int Wound J.**, 15 (4), 580-589. 2018. doi: 10.1111/iwj.12901. Epub 2018 Mar 30. PMID: 29600545; PMCID: PMC7950056.

UMPIÉRREZ, A.; FORT Z. y TOMÁS, V. Eventos adversos en salud y cuidados de enfermería: la seguridad del paciente desde la experiencia del profesional. **Texto & Contexto Enfermagem**, 24 (2), 310-315. 2015. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71442215003>

VIEIRA, A.; PETRY, S. y PADILHA, M. Buenas prácticas en estudios históricos de enfermería y salud (1999-2017). **Rev Bras Enferm.**, 72 (4), 973-8. 2019. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0538>

WHO, 2019. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

WILTSEY, S.; BAUMANN, A. & MILLER, C.; The FRAME: an expanded framework for reporting adaptations and modifications to evidence-based interventions. **Implement Sci.**, 14 (1), 58. 2019. <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0898-y>

WORLD HEALTH ORGANIZATION . WHO handbook for guideline development. Geneva: WHO Press; 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 75. Ginebra: WHO; 2020 [citado em 04 abr 2020]. Available in: https://www.who.int/docs/defaultsource/coronaviruse/situationreports/20200404-sitrep-75-covid19.pdf?sfvrsn=99251b2b_2&ua=

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Falls. Genève: WHO; 2019. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>.

WU, L. & ZHOU, L. Clinical Intervention Effect of a Predictive Model Constructed Based on Risk Factors for Falls in Elderly Patients during Hospitalization. **Computational and mathematical methods in medicine**, 2022. <https://doi.org/10.1155/2022/4983254>

YANEZ, K.; RIVAS, E. y CAMPILLAY, M. Ética del cuidado y cuidado de enfermería. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 10 (1), 3-17. 2021. Disponível em <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062021000100003&lng=es&nrm=iso>. acessado em 15 jun. 2023. Epub 01-Jun-2021. <https://doi.org/10.22235/ech.v10i1.2124>.

ZÁRATE, R.; SALCEDO, R.; OLVERA, S.; HERNÁNDEZ, S.; BARRIENTOS, J.; PÉREZ, M.; et al. Eventos adversos en pacientes hospitalizados reportados por enfermería: un estudio multicéntrico en México. **Enferm univ.**, 14 (4), 277-85. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.08.005>

8. APÉNDICES

APÉNDICE A – FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO LIBRE E INFORMADO

UNIVERSIDAD DE MAGALLANES FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
PUNTA ARENAS

TÉRMINOS DE CONSENTIMIENTO LIBRE E INFORMADO

El proyecto de investigación titulado: “*Significado de la utilización de guías de buenas prácticas en el cuidado desde la mirada de enfermería*” es desarrollado por la enfermera Sylvia Álvarez Sandoval, Cédula de identidad: 9.310.039-5 (co – investigadora), estudiante del Programa Interinstitucional de Post-Graduación en Enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina y la Universidad de Magallanes: Doctorado en Enfermería, bajo la dirección de la Profesora Dra. Mara Ambrosina O. Vargas (investigadora responsable).

Este formulario de consentimiento informado está dirigido a enfermeros y enfermeras que se desempeñan laboralmente en el Hospital Clínico Magallanes y que se les invita a participar del estudio “*Significado de la utilización de guías de buenas prácticas para la prevención de eventos adversos en el cuidado de enfermería*”.

Este Documento de Consentimiento Informado está constituido de dos secciones:

1. Información (proporciona información sobre el estudio)
2. Formulario de Consentimiento (para firmar si está de acuerdo y acepta participar en la investigación en forma libre y voluntaria)

El presente Formulario de Consentimiento Informado se presenta en dos copias, una copia para la co – investigadora y una copia para el participante, el cual será entregado en su totalidad.

Se proporciona información detallada, extendiendo una cordial invitación para que considere la posibilidad de participar en nuestro estudio de investigación. No hay ninguna prisa para tomar una decisión inmediata respecto a su participación; usted tiene la libertad de decidirlo cuando lo considere oportuno. Así mismo, se puede comunicar conmigo en caso de cualquier inquietud o pregunta que pueda surgir en cualquier etapa del proceso, ya que estaré disponible para ofrecerle las explicaciones necesarias y asistirle en todo lo que requiera.

El objetivo central de esta investigación es explorar el significado que los profesionales de enfermería asignan a la implementación de guías de buenas prácticas para prevenir eventos adversos en el contexto hospitalario de la Región de Magallanes. A partir de los hallazgos del estudio, se propone desarrollar un plan de acción que aborde las barreras detectadas en la utilización de dichas guías, al tiempo que se fortalecen los elementos que favorecen su adopción efectiva. Este enfoque permitirá la creación de estrategias orientadas a la mejora continua de la calidad asistencial, asegurando una atención segura y eficiente para los pacientes.

Se invita a participar del estudio a todos los enfermeros y enfermeras que se desempeñan en los CR de Unidad de Paciente Crítico, Medicina, Cirugía, Traumatología y Pensionado.

Su colaboración en este estudio es completamente opcional y voluntaria. Tiene la libertad de decidir si desea participar o no, y en cualquier momento puede optar por retirarse, incluso si previamente había aceptado. Esta decisión es independiente y no afectará de ninguna manera su situación laboral.

Si decide aceptar su participación, ésta consistirá en responder a una entrevista semiestructurada audio grabada, de tal manera que la co – investigadora y la investigadora principal mantengan toda la información relatada. La entrevista tiene una duración aproximada de 20 a 30 minutos. Será aplicada en una sala u oficina del Hospital Clínico Magallanes o lugar a convenir por el participante y la entrevistadora, manteniendo en todo momento privacidad. Se realizarán notas de campo durante la entrevista. Los participantes serán consultados mediante un conjunto de preguntas cerradas para realizar una caracterización de la muestra y, preguntas abiertas enfocadas en cuatro aspectos clave: el significado, la utilidad y los factores de influencia relacionados con el uso de guías de buenas prácticas en la atención al paciente y, finalmente recomendaciones para una implementación efectiva.

La investigación durará 5 meses, desde agosto a diciembre del año 2024 e incluye la recolección y el análisis de los datos.

Se informa que la investigación no supone ningún riesgo para los participantes, salvo que algunas preguntas podrían ocasionar “incomodidad” para responder, por lo que usted, si lo considera necesario, debe hacerlo saber a la entrevistadora y es libre de no contestar si así lo desea.

Como beneficio del estudio, es que usted tendrá la oportunidad de autoevaluar sus competencias y limitaciones en la utilización de guías de buenas prácticas durante la atención

al paciente. A su vez, a través de su colaboración aportará valiosas perspectivas que enriquecerán la investigación. Los hallazgos obtenidos podrán traducirse en la formulación de estrategias orientadas a la implementación efectiva de las guías de buenas prácticas, identificando y abordando las posibles debilidades o barreras que puedan surgir, por lo que los pacientes tendrán la posibilidad de recibir una atención más segura y de mayor calidad, minimizando así el riesgo de incidencia de eventos adversos tales como lesiones por presión, errores de medicación y caídas.

Si los objetivos de la investigación presentaran algún cambio por las características de un estudio cualitativo exploratorio descriptivo, la entrevistadora sostendrá una nueva entrevista con usted explicando los motivos de cambios posibles consultando si acepta continuar con el estudio.

La investigación se guiará y cumplirá con precauciones y criterios éticos que consideran el resguardo del respeto y dignidad a informantes participantes de todo el proceso investigativo, por lo que no se le solicitará información personal, ni información que pueda identificarla/o. La información no se utilizará para otro propósito ajeno a esta investigación. La identidad de cada participante será protegida mediante un código que garantiza el anonimato de su entrevista a través de la letra E de enfermero y un número correlativo a la entrevista. La información y los datos obtenidos se resguardarán anónimamente y se mantendrán en un archivo digitalizado encriptado bajo el resguardo de la entrevistadora (co – investigadora) en un disco duro externo, a modo de respaldo de la información, por un tiempo máximo de 5 años, posteriormente pasado este tiempo dicho archivo será eliminado. Usted tiene el derecho de conocer y visar la información a publicar, es así que una vez transcritas las entrevistas y la información obtenida serán devueltas en un documento con el objetivo de que cada participante pueda revisar, modificar, cambiar, visar y finalmente aprobar la información que se utilizara para la investigación.

Una vez obtenido los resultados del estudio estos serán entregados a cada participante por la co -investigadora en formato de manuscrito (artículo) a través del correo electrónico, el cual será solicitado y/o confirmado una vez terminada la entrevista.

Frente a cualquier duda, consulta o pregunta, se puede comunicar a los siguientes contactos:

Co – investigadora (Entrevistadora): Sylvia Álvarez Sandoval Tel. 993463226, correo electrónico: sylvia.alvarez@umag.cl

Investigadora Responsable: Mara Ambrosina de Oliveira Vargas Tel. (48) 3721-4910, correo electrónico: ambrosina.mara@ufsc.br

Comité de Ética en Investigación UMAG: Tel. 612299694, correo electrónico: comiteeticacientifico@umag.cl

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Declaro que fui informado/a sobre los objetivos, riesgos, beneficios y procedimientos de investigación utilizados, en forma clara y objetiva. Declaro estar consciente de que se solicita participar de una entrevista por cerca de 20 a 30 minutos relacionada al significado de la aplicación de Guías de Buenas Prácticas en el cuidado enfermero. La entrevista será grabada en un lugar que permita privacidad y que fue acordado previamente. Declaro que tengo conocimiento de que no existe remuneración por participar, que puedo retirarme del estudio en cualquier momento si así lo deseo y que se mantendrá la confidencialidad de mis datos en todo momento.

Todas mis dudas y preguntas fueron aclaradas y respondidas satisfactoriamente.

He decidido, voluntariamente, firmar este documento para poder participar en este estudio de investigación.

Nombre del participante _____

Cédula del participante _____

Firma del participante _____

Fecha _____

Yo he explicado personalmente el estudio de investigación al participante y he respondido a todas sus preguntas. Creo que él (ella) entiende la información descrita en este documento de consentimiento informado y consiente libremente en participar de esta investigación.

Nombre del investigador _____

Cédula del investigador _____

Firma del investigador _____

Fecha _____

Punta Arenas, Chile.

REVOCACIÓN CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante el presente documento declaro la revocación del consentimiento informado firmado el día: _____, en el que consentí la realización del estudio denominado: “Significado de la aplicación de las guías de buenas prácticas en la prevención de eventos adversos en el cuidado de enfermería”.

Nombre del participante _____

Cédula del participante _____

Firma del participante _____

Fecha _____

Punta Arenas, Chile.

APÉNDICE B – FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO LIBRE E INFORMADO PARA LA AUDIO – GRABACIÓN DE LA ENTREVISTA

**UNIVERSIDAD DE MAGALLANES FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
PUNTA ARENAS**

TÉRMINOS DE CONSENTIMIENTO LIBRE E INFORMADO PARA AUDIO - GRABACIÓN DE ENTREVISTA

El proyecto de investigación titulado: “*Significado de la utilización de guías de buenas prácticas en el cuidado desde la mirada de enfermería*” es desarrollado por enfermera la Sylvia Álvarez Sandoval, Cédula de identidad: 9.310.039-5 (co – investigadora), estudiante del Programa Interinstitucional de Post-Graduación en Enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina y la Universidad de Magallanes: Doctorado en Enfermería, bajo la dirección de la Profesora Dra. Mara Ambrosina O. Vargas (investigadora responsable).

Este formulario de consentimiento informado para audio – grabación de entrevista está dirigido a enfermeros y enfermeras que se desempeñan laboralmente en el Hospital Clínico Magallanes y que se les invita a participar del estudio “Significado de la utilización de guías de buenas prácticas para la prevención de eventos adversos en el cuidado de enfermería”.

Este Documento de Consentimiento Informado para audio – grabación de entrevista está constituido de dos secciones:

1. Información (proporciona información sobre la necesidad de audio – grabar la entrevista)
2. Formulario de Consentimiento para audio – grabación de entrevista (para firmar si está de acuerdo y acepta la audio – grabación de su entrevista en forma libre y voluntaria)

El presente Formulario de Consentimiento Informado para audio – grabación de entrevista se presenta en dos copias, una copia para la co – investigadora y una copia para el participante, el cual será entregado en su totalidad.

El instrumento de recolección de los datos que guiará la entrevista se estructura en dos secciones principales. Para realizar un perfil de la muestra, la primera sección recogerá información como el género, la edad, experiencia previa en trabajo con guías de buenas prácticas y meses o años de experiencia profesional. La segunda sección constará de una serie de preguntas abiertas diseñadas para fomentar un diálogo detallado y profundo. Se estima que

la duración de la entrevista oscilará entre los 20 y 30 minutos.

Para asegurar la fidelidad y precisión en la recolección de datos, se empleará un dispositivo de grabación de audio, puesto que la documentación precisa y, en la medida de lo posible, literal de entrevistas, donde el lenguaje oral es el elemento central, resultará esencial para entender adecuadamente el significado que otorga a la aplicación de las guías de buenas prácticas en su quehacer enfermero.

Se informa que las entrevistas grabadas permanecerán resguardadas en archivos que se mantendrán en un disco duro externo por un lapso no mayor a cinco años, después del cual se efectuará su destrucción confiable mediante la supresión electrónica, garantizando así su irrecuperabilidad, el uso indebido de los mismos y por ende la confidencialidad de la información entregada por usted en su entrevista. Así mismo, la entrevista será almacenada de acuerdo a la identificación codificada, es decir, por la letra inicial 'E' de Enfermera/o, seguida de un número cardinal que corresponderá al orden de las entrevistas realizadas.

Este procedimiento se alinea con los principios éticos de la investigación y las normativas vigentes sobre la protección de datos personales.

Se recuerda que su colaboración en este estudio es completamente opcional y voluntaria. Tiene la libertad de decidir si desea participar o no, y en cualquier momento puede optar por retirarse, incluso si previamente había aceptado, por lo que la audio – grabación será eliminada inmediatamente, por lo tanto dichos datos o información no serán utilizados en el estudio. Esta decisión es independiente y no afectará de ninguna manera su situación laboral.

Es necesario que usted otorgue su consentimiento explícito para esta grabación antes de proceder con la entrevista, garantizando así la transparencia y el respeto a su privacidad.

Frente a cualquier duda, consulta o pregunta, se puede comunicar a los siguientes contactos:

Co – investigadora (Entrevistadora): Sylvia Álvarez Sandoval Tel. 993463226, correo electrónico: sylvia.alvarez@umag.cl

Investigadora Responsable: Mara Ambrosina de Oliveira Vargas Tel. (48) 3721-4910, correo electrónico: ambrosina.mara@ufsc.br

Comité de Ética en Investigación UMAG: Tel. 612299694, correo electrónico: comiteeticacientifico@umag.cl

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Declaro estar consciente de que se solicita participar de una entrevista por cerca de 20 a 30 minutos relacionada al significado de la aplicación de Guías de Buenas Prácticas en el cuidado enfermero. La entrevista será audio grabada en un lugar que permita privacidad y que fue acordado previamente. Declaro que fui informado/a sobre el objetivo de la audio – grabación de la entrevista en forma clara y objetiva. Declaro que tengo conocimiento de que puedo retirarme del estudio en cualquier momento si así lo deseo y por ende el derecho de la eliminación inmediata de la audio - grabación de la entrevista, además de que se mantendrá la confidencialidad de mis datos en todo momento.

Todas mis dudas y preguntas fueron aclaradas y respondidas satisfactoriamente.

He decidido, voluntariamente, firmar este documento para poder participar en este estudio de investigación el cual requiere de la audio – grabación de la entrevista.

Nombre del participante _____

Cédula del participante _____

Firma del participante _____

Fecha _____

Yo he explicado personalmente el objetivo y necesidad de la audio – grabación de la entrevista para obtener fielmente los datos del estudio al participante y he respondido a todas sus preguntas. Creo que él (ella) entiende la información descrita en este documento de consentimiento informado y consiente libremente en participar de esta investigación.

Nombre del investigador _____

Cédula del investigador _____

Firma del investigador _____

Fecha _____

Punta Arenas, Chile.

REVOCACIÓN CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante el presente documento declaro la revocación del consentimiento informado firmado el día: _____, en el que consentí la participación en el estudio denominado: “Significado de la aplicación de las guías de buenas prácticas en la prevención de eventos adversos en el cuidado de enfermería” y de la audio – grabación de la entrevista como instrumento de recolección de los datos.

Nombre del participante _____

Cédula del participante _____

Firma del participante _____

Fecha _____

Punta Arenas, Chile.

APÉNDICE C – GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA



UMAG
Universidad de Magallanes

UNIVERSIDAD DE MAGALLANES. FACULTAD DE CS. DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
PUNTA ARENAS



Programa
de Pós-Graduação
em Enfermagem

Guía individual para entrevista semi-estructurada sobre el significado de la aplicación de las guías de buenas prácticas en la prevención de eventos adversos en el cuidado de enfermería.

Número de entrevista	
Fecha y hora	
Unidad/CR	
Género	
Edad	
Tiempo de experiencia laboral	
Uso previo de GBP	

1. En cuanto al significado de GBPs para los profesionales de enfermería:

- ¿Cómo define las guías de buenas prácticas?
- ¿Qué importancia tiene para usted el empleo de guías de buenas prácticas en la atención de enfermería?

2. Respecto a la utilidad y los beneficios y limitaciones de las guías de buenas prácticas en la atención de enfermería y la prevención de eventos adversos:

- ¿Qué valor aportan las guías de buenas prácticas a su práctica clínica diaria?
- ¿Qué beneficios y limitaciones concretos ha notado o considera que podrían derivarse de la aplicación de guías de buenas prácticas para prevenir eventos adversos?
- ¿De qué manera piensa que las guías de buenas prácticas inciden en la calidad de la atención de enfermería?

3. En relación con los factores que afectan la implementación de las guías de buenas prácticas en la práctica clínica:

- ¿Cuáles son los principales facilitadores y principales barreras que ha identificado para la adopción de guías de buenas prácticas en su lugar de trabajo?

4. Recomendaciones para una implantación efectiva

- ¿Qué recomendaciones haría para asegurar una efectiva implantación y seguimiento de las guías de buenas prácticas en el contexto hospitalario?

APÉNDICE D – PRODUCTO: Propuesta para la estrategia de educación y capacitación en la implementación de Guías de Buenas Prácticas

Fundamento: Debido a que los participantes del estudio manifestaron reiteradamente como una de las grandes inquietudes, la necesidad de educación y capacitación con ciertas características, se propone considerar algunos puntos estratégicos que ayuden en el proceso de implementación. La educación y capacitación del equipo constituye un pilar esencial para el logro de cualquier cambio en la práctica clínica o institucional. Implementar guías de buenas prácticas exige una estrategia educativa gradual, práctica, constante, que incluya a todo el equipo y respetuosa del tiempo laboral. Solo así se logra un verdadero interés, motivación, internalización del conocimiento y una mejora sostenible en la calidad del cuidado.

Objetivo: Fortalecer la adopción de guías de buenas prácticas clínicas a través de un proceso de educación y/o capacitación para el equipo de salud implicado en la implementación de guías de buenas prácticas.

Propuesta para la estrategia de educación y capacitación en la implementación de Guías de Buenas Prácticas

PUNTOS ESTRATÉGICOS	ACCIONES
CAPACITACIÓN GRADUAL Y PROGRESIVA	Implementar una marcha blanca de adaptación. Introducir los fundamentos teóricos antes de aplicar cambios en la práctica. Establecer fases de implementación con metas claras y tiempos definidos.
INCLUSIÓN DE TODO EL EQUIPO DE SALUD	Incluir a todos los estamentos: enfermeros, TENS, auxiliares, matrones, médicos y administrativos. Asegurar que todos reciban la misma información para evitar diferencias y fortalecer el trabajo en equipo.
METODOLOGÍA PRÁCTICA	Utilizar simulaciones, casos clínicos, fantasmas y ejercicios prácticos. Priorizar el aprendizaje activo por sobre el uso exclusivo de materiales escritos o presentaciones.
CAPACITACIÓN POR EXTERNOS	Considerar invitar a especialistas o facilitadores externos en algunas sesiones.
EDUCACIÓN CONSTANTE Y SISTEMÁTICA	Realizar sesiones educativas periódicas de refuerzo y actualización.

CAPACITACIÓN EN HORARIO LABORAL

Programar las actividades dentro del horario de trabajo.
Replicar las sesiones educativas según el sistema de turnos, asegurando la participación de todos los involucrados.
Evitar citar fuera del horario laboral para garantizar asistencia y compromiso.

Fuente: Elaboración propia

9. ANEXOS

ANEXO 1- CARTA DE APOYO DE INVESTIGACIÓN HOSPITAL CLÍNICO MAGALLANES



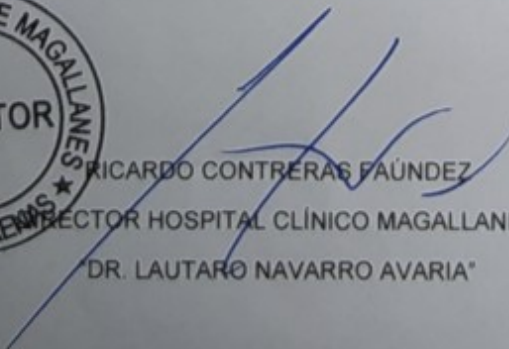
Punta Arenas, 07 mayo 2024

CARTA DE APOYO INVESTIGACION

Por medio de la presente, el Hospital Clínico Magallanes "Dr. Lautaro Navarro Avaria" declara su interés por fomentar el desarrollo de la investigación e innovación en salud en nuestra región. En esta carta, explicitamos el apoyo preliminar al proyecto de investigación ***"Significado de la utilización de guías de buenas prácticas para la prevención de eventos adversos en el cuidado de enfermería"***, dirigido por ***Sylvia Álvarez Sandoval***, Enfermera Docente Universidad de Magallanes, como co investigadora principal.

El desarrollo de este trabajo estará sujeto a la presentación de certificado de aprobación de un Comité de Ética Científico acreditado. La investigadora se compromete a cumplir las normas jurídicas que rigen la investigación en Chile, con especial apego a la confidencialidad de los datos obtenidos, las normas de funcionamiento del Hospital y los principios de la Ética de la Investigación, así como a entregar los resultados obtenidos una vez concluida su investigación.

Atentamente



RICARDO CONTRERAS FAÚNDEZ
DIRECTOR HOSPITAL CLÍNICO MAGALLANES
"DR. LAUTARO NAVARRO AVARIA"

ANEXO 2- CARTA DE APOYO INVESTIGACIÓN DEL JEFE DE CR O UNIDAD



CARTA DE APOYO A LA INVESTIGACIÓN DEL JEFE DE CR O UNIDAD DEL HOSPITAL CLÍNICO DE MAGALLANES

1. Título completo del Proyecto de Investigación:

Significado de la utilización de guías de buenas prácticas para la prevención de eventos adversos en el cuidado de enfermería

2. Investigador(es) responsables/principal y co investigadores:

Investigador responsable: Mara Ambrosina de Oliveira Vargas

Co investigador: Sylvia Jacqueline Álvarez Sandoval

3. Servicio Clínico en la que la investigación se desarrollará:

CR. Medicina - CR. Cirugía. - CR. U. Paciente Crítico – U. Traumatología

4. Resumen del proyecto (en lenguaje sencillo):

La finalidad del estudio es "conocer el significado que los enfermeros otorgan a la aplicación de guías de buenas prácticas en la prevención de eventos adversos durante la atención de salud", desde los resultados obtenidos se elaborará un plan de mejora que aporte al proceso de implantación de guías de buenas prácticas, mejorando la calidad y seguridad de la atención de los pacientes.

Yo Maria Luisa Carcamo Hernández Jefe/a de CR/Unidad SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA he recibido información sobre el proyecto de investigación titulado "**Significado de la utilización de guías de buenas prácticas para la prevención de eventos adversos en el cuidado de enfermería**" a cargo del investigador responsable Sr/Sra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas.

Este proyecto de investigación cuenta con mi apoyo para ser realizado en el Centro de Responsabilidad o Unidad que dirijo.

Esta carta cuenta con una vigencia de 6 meses desde su autorización.

Atentamente,

4 de abril del 2024
Fecha


MARÍA LUISA CARCAMO HERNÁNDEZ
RUT: 13.971.208-0
ENFERMERA
Hospital Clínico de Magallanes
Nombre y Firma Jefe CR/Unidad

Anexo 2
Res. Exenta N°5530
27/07/2020

ANEXO 3 – CERTIFICADO DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN POR COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO UMAG



**Comité
de Ética Científico**
Acreditado por el Ministerio de Salud
Resolución N°2562 del 12.12.2022

Avenida Bulnes N°01855 - Teléfono (56) 612299694 - Punta Arenas - Chile - <http://www.umag.cl>

Punta Arenas, agosto 05 de 2024

CERTIFICADO N°035 /CEC-UMAG/2024

Habiéndose constituido el *Subcomité en Seres Humanos del Comité de Ética Científico de la Universidad de Magallanes (CEC-UMAG)*, para revisar el proyecto asignado con el N°013-SH-2024., se verifica que el estudio cumple con los criterios éticos que permiten el resguardo del respeto y la dignidad de las personas, por lo tanto, este comité otorga **Aprobación** en materia de investigación con seres humanos al proyecto de investigación:

<i>Nombre del proyecto</i>	Significado de la utilización de guías de buenas prácticas para la prevención de eventos adversos en el cuidado de enfermería
<i>Investigador responsable</i>	Mara Ambrosia O. Vargas
<i>Co investigador</i>	Sylvia Álvarez Sandoval
<i>Institución patrocinante</i>	Universidad Federal de Santa Catarina
<i>Institución responsable</i>	Universidad de Magallanes



Dr. Manuel Lorenzo S.
Presidente
Comité de Ética Científico

MLS/cjp
c.c.: Archivo
incl.: CI aprobado

