

Facultad de Enfermería y Podología



TRABAJO DE FIN DE GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2018/19

**“IMPLEMENTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE LAS
GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LESIONES CUTÁNEAS
RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA: UNA REVISIÓN
SISTEMÁTICA DE REVISIONES”**

José María Rumbo Prieto

DIRECTORES: Dra. María Sobrido Prieto
Dr. Luis Arantón Areosa

AGRADECIMIENTOS:

Quiero agradecer de forma muy sincera a mis Directores de TFG, María Sobrido y Luis Arantón, su inestimable ayuda y el apoyo brindado para realizar la presente revisión sistemática, así como su implicación personal.

También, quiero agradecer el apoyo incondicional de mi mujer Cris y de mis hijas Marta y Ana, por permitirme dedicar el tiempo a realizar este TFG, ya que sin su cariño y comprensión no hubiera sido posible.

ÍNDICE:

RESUMEN:.....	5
RESUMO:.....	6
ABSTRACT:.....	7
SIGLAS Y ACRÓNIMOS:	8
1. INTRODUCCIÓN:.....	9
2. FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE ESTUDIO:	12
3. METODOLOGÍA:.....	13
3.1. Diseño del estudio:	13
3.2. Criterios de selección:	13
3.3. Búsqueda de documentos:	13
3.4. Procedimiento de revisión:	14
4. RESULTADOS:	16
5. DISCUSIÓN:	21
6. CONCLUSIONES:.....	25
7. BIBLIOGRAFÍA:.....	26
8. ANEXOS:	29
Anexo 1: Estrategia de búsqueda de GPC en bases de datos.....	29
Anexo 2: Estrategia de búsqueda en bases específicas de GPC	30
Anexo 3: Formulario de evaluación del Instrumento AGREE GRS	31
Anexo 4: Cribado de guías y causas de exclusión.	34
Anexo 5: Síntesis de resultados.	35

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: La transferencia del conocimiento basado en la evidencia a la práctica clínica para mejorar los cuidados de salud, es considerado un proceso básico y sistemático conocido como “implementación de las evidencias”. Las Guías de Práctica Clínica (GPC), son un modelo de documentos que incluyen estrategias de implementación para la traslación de las recomendaciones a los cuidados. Sin embargo, el identificar y disponer de las mejores recomendaciones no conlleva automáticamente su adherencia y aplicación clínica; por ello es necesario identificar que estrategias de implementación se están llevando a cabo para su estudio, en nuestro caso, por su importancia para el sistema sanitario, planteamos conocer aquellas estrategias sobre lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia.

OBJETIVO: Identificar las estrategias de implementación descrita por las GPC sobre lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión sistemática de revisiones. Se consultaron (enero 2013-octubre 2018), las bases de datos: PubMed, Scopus y CINAHL, mediante descriptores y términos libres, sin límite de idioma. Además, se realizaron búsquedas en diferentes páginas web de centros elaboradores y bases específicas de GPC. Se seleccionaron aquellas que superaron la lectura crítica del instrumento AGREE GRS (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation-Global Rating Scale). Se evaluó la implementabilidad y se identificaron las estrategias de implementación.

RESULTADOS: Se recuperaron 112 referencias siendo finalmente incluidas 9 GPC relacionadas con el tema de estudio. Ninguna GPC era española, 3 eran estadounidenses, 2 mexicanas, 1 japonesa, 1 canadiense, 1 inglesa y 1 formada por un consorcio de diferentes países y regiones (americano-europea-pan pacífico). La calidad y nivel de implementabilidad fue heterogénea (puntuación entre 4 y 7, según AGREE GRS). Se recopilaban en su mayoría (>80%) estrategias de implementación encaminadas a la disseminación y divulgación activa y pasiva, así como vincular acciones normativas con estándares de calidad y con auditorías clínicas. Hubo 4 GPC que incluían, en un manual complementario, un proceso de implementación planificado de forma innovadora. También hubo 2 GPC que no incluían explícitamente estrategias, aunque incorporaban elementos facilitadores para su implementación (diagramas, algoritmos, recordatorios...).

CONCLUSIONES: Esta revisión ofrece una síntesis de diferentes estrategias y procesos de implementación que hacen referencia al modo de trasladar las recomendaciones de evidencia a los cuidados de pacientes en situación de dependencia que padecen, o están en riesgo de sufrir, lesiones cutáneas. Se observó que las estrategias de implementación presentaban variabilidad entre las GPC en lo referente a la disseminación y difusión activa y pasiva, no siendo acciones suficientes para crear cambios duraderos en los profesionales. Pero también encontramos un modelo de procesos de implementación innovador, el descrito por la *Registered Nurses' Association of Ontario* (RNAO) que puede ser un referente en nuestro país y que deberíamos investigar y potenciar.

RESUMO:

INTRODUCCIÓN: A transferencia de coñecementos baseada na evidencia á práctica clínica para mellorar a asistencia sanitaria considérase un proceso básico e sistemático coñecido como "implementación de probas". As Guías de Práctica Clínica (GPC) son un modelo de documentos que inclúen estratexias de implementación para a translación de recomendacións aos cuidados. Non obstante, a identificación e dispoñibilidade das mellores recomendacións non implica automaticamente o seu cumprimento e aplicación clínica; por iso, cómpre identificar estratexias de implantación están sendo realizadas para a consideración, no noso caso, debido á súa importancia para o sistema de saúde, propoñemos coñecer estas estratexias relacionadas coa dependencia de lesións cutáneas.

OBXECTIVO: Identificar as estratexias de implementación descritas polas GPC sobre lesións cutáneas relacionadas coa dependencia.

METODOLOXÍA: Realizouse unha revisión sistemática de revisións. Consultamos (xaneiro de 2013 a outubro de 2018) as bases de datos: PubMed, Scopus e CINAHL, a través de descritores e termos libres, sen límite de idioma. Ademais, realizáronse procuras en diferentes páxinas web dos centros de elaboración e bases específicas de CPG. Foron seleccionados aqueles que superaron a lectura crítica do instrumento AGREE GRS (*Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation-Global Rating Scale*). Avaliouse a implementabilidade e identificáronse as estratexias de implementación.

RESULTADOS: Recuperáronse 112 referencias e finalmente incluíronse 9 GPC relacionadas co tema de estudo. Ningunha GPC era española, 3 eran estadounidenses, 2 Mexicanas, 1 xaponesa, 1 canadense, 1 Inglesa e 1 formada por un consorcio de países de diferentes rexións (americano-europeo-Pan Pacific). A calidade e nivel de implementabilidade foi heteroxéneo (puntuación entre 4 e 7, segundo AGREE GRS). Recolléronse principalmente (>80%) estratexias de implantación de cara a accións normativas vinculadas a estándares de calidade e auditorías clínicas (difusión e divulgación activa e pasiva). Había 4 GPC que incluían, nun manual complementario, un proceso de implementación planificado de forma innovadora. Tamén houbo 2 GPC que non inclúen explicitamente estratexias, aínda que incorporaron elementos facilitadores para a súa implementación (diagramas, algoritmos, recordatorios ...).

CONCLUSIÓNS: Esta revisión ofrece unha visión xeral das diferentes estratexias de implantación e procesos que se refiren a como trasladar as recomendacións da evidencia para a atención ao paciente en sufrimento dependente ou están en risco, lesións de pel. Notouse que as estratexias de implantación presentaban variabilidade entre as GPC sobre divulgación e difusión activa e pasiva, non sendo accións suficientes para provocar cambios duradeiros nos profesionais. Pero tamén atopamos un modelo de procesos de implementación innovador, descrito pola *Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)* e o *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*, que pode ser un referente no noso país, e que debemos investigar e potenciar.

ABSTRACT:

INTRODUCTION: The transfer of knowledge based on evidence to clinical practice to improve health care is considered a basic and systematic process known as "implementation of evidence". The Clinical Practice Guidelines (CPG) are a model of documents that include implementation strategies for the translation of recommendations to care. However, the identification and availability of the best recommendations does not automatically entail their adherence and clinical application; therefore, it is necessary to identify which strategies of implementation are being carried out for their study, in our case, due to its importance for the health system, we propose to know those strategies on cutaneous lesions related to dependence.

OBJECTIVE: To identify the implementation strategies described by the CPG on cutaneous lesions related to dependence.

METHODOLOGY: An umbrella review. We consulted (Jan 2013-Oct 2018), the databases: PubMed, Scopus, and CINAHL, through descriptors and free terms, without language limit. In addition, searches were made on different web pages of publishing centers and specific CPG databases. Those that exceeded the critical reading of the AGREE GRS instrument (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation-Global Rating Scale) were selected. The implementability was evaluated and the implementation strategies were identified.

RESULTS: 112 references were retrieved and finally 9 CPGs related to the subject of study were included. No CPG was Spanish, 3 were American, 2 Mexican, 1 Japanese, 1 Canadian, 1 English and 1 formed by a consortium of different countries and regions (American-European-Pan Pacific). The quality and level of implementability was heterogeneous (score between 4 and 7, according to AGREE GRS). Most of the implementation strategies (>80%) aimed at active and passive dissemination and dissemination were compiled, as well as linking normative actions with quality standards and clinical audits. There were 4 CPGs that included, in a complementary manual, a planned implementation process in an innovative way. There were also 2 CPGs that did not explicitly include strategies, although they incorporated facilitating elements for their implementation (diagrams, algorithms, reminders ...).

CONCLUSIONS: This review offers a synthesis of different strategies and implementation processes that refer to the way of transferring the recommendations of evidence to the care of patients in situations of dependency who suffer, or are at risk of suffering, skin lesions. It was observed that the implementation strategies showed variability among the CPGs in terms of dissemination and active and passive dissemination, not being sufficient actions to create lasting changes in the professionals. But we also find a model of innovative implementation processes, the one described by the Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) that can be a reference in our country and that we should investigate and strengthen.

SIGLAS Y ACRÓNIMOS:

AAWC:	Association for the Advancement of Wound Care
AGREE GRS:	Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation - Global Rating Scale
AHRQ:	Agency for Healthcare Research and Quality (EE.UU)
CENETEC:	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (México)
CINAHL:	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CPG:	Clinical Practice Guidelines
CSCM:	Consortium for Spinal Cord Medicine
GNEAUPP:	Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras Por Presión y Heridas Crónicas
EPUAP:	European Pressure Ulcer Advisory Panel
G-I-N:	Guidelines International Network (Germany)
GPC:	Guía de Práctica Clínica
IF/JCR:	Impact Factor / Journal Citation Reports Ranking
JDS:	Japanese Dermatological Association
LESCAH:	Lesiones Cutáneas Asociadas a la Humedad
NHMRC:	National Health and Medical Research Council (Australia)
NHS:	National Health Service (England)
NICE:	National Institute for Health and Care Excellence (England)
NPUAP:	National Pressure Ulcer Advisory Panel
NZGG:	New Zealand Guidelines Group
PBE:	Práctica Basada en Evidencias
PICO:	Population/problem, intervention, comparative, outcomes
PPPIA:	Pan Pacific Pressure Injury Alliance
PRISMA:	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
RNAO:	Registered Nurses' Association of Ontario
SIGN:	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
SNS:	Sistema Nacional de Salud
UPP:	Úlceras por Presión
WOCN:	Wound, Ostomy and Continence Nurses Society

1. INTRODUCCIÓN:

Transferir el conocimiento basado en la evidencia científica a la práctica clínica para mejorar los cuidados de salud, es considerado un proceso básico y sistemático conocido como **“implementación de las evidencias”**. Este proceso incluye la publicación o divulgación de las mejores recomendaciones para disminuir la variabilidad clínica e incertidumbre de los profesionales y, además incluye la identificación de aquellos elementos o condicionantes que pueden facilitar o dificultar su implementación, con el fin de mejorar la calidad asistencial y seguridad de las personas, modificando aquellas prácticas consideradas inseguras o adversas para el paciente^{1,2}.

Actualmente, en la literatura científica, podemos encontrar referencias similares en el uso del verbo **“implementar”** y el de **“implantar”**, utilizados indistintamente como si fueran sinónimos, cuando verdaderamente son distintos entre sí, tanto a nivel funcional como conceptual^{3,4}.

El término **“implantar”** consiste en: *“establecer y poner en ejecución nuevas doctrinas, instituciones, prácticas o costumbres”*⁵. En este caso la **“implantación”** se debe más a razones de oportunidad o conveniencia, independientemente de que existan o no razones de evidencia. Así, puede decirse **“implantar”** en alusión a la puesta en marcha de un nuevo programa, protocolo, vía clínica o procedimiento (ya sea de vacunación, de dispositivos médicos, de atención a la violencia de género, de nuevas terapias o fármacos)⁴.

En cambio, el término **“implementar”** consiste en *“poner en funcionamiento o aplicar métodos, medidas, etc., para llevar algo a cabo”*⁶, o sea, para llevarlo a la práctica, o ponerlo en práctica. Así mismo, la **“implementación”** se define como: *“un proceso controlado, consciente y estructurado en el que los propios profesionales promueven la aplicación de buenas prácticas (según la mejor evidencia disponible), con la intención de producir un cambio o modificación de aquellas prácticas clínicas consideradas inseguras, o que generen variabilidad e incertidumbre”*⁴. El matiz diferenciador está en que, la **“implementación”** requiere siempre de la existencia de un proceso planificado, pero condicionado por un enorme dinamismo y la particularidad de cada entorno en el que se pretenda actuar, por lo que implica, analizar y tener en cuenta las posibles barreras y facilitadores de cada entorno para el diseño del plan de implementación y que sea adoptada (consensuada, asumida) por los profesionales que la van a llevar a cabo y por la organización (enfoque sistémico), a través de un plan estratégico, para culminar

consiguiendo que se cambie la rutina de la práctica cotidiana por unos cuidados más excelentes (mejora de la calidad y seguridad asistencial).

Florence Nightingale, la precursora de la enfermería moderna, a través de sus estudios epidemiológicos, fue la pionera en observar la importancia de conocer el resultado de cada intervención para poder planificar unos cuidados más efectivos. Para ello, trató de incorporar las evidencias procedentes de la investigación, y de diferenciar entre lo científicamente comprobado y lo que no. Luego, lo implementaría en la práctica asistencial para la toma de decisiones, combinando la evidencia con la experiencia, y de esta manera legitimar a la enfermería como profesión.

Con el descubrimiento y aplicación del actual modelo de la práctica basada en evidencias (PBE), se creó un proceso sistemático de búsqueda, evaluación y aplicación de los resultados de la investigación más actual (evidencia externa), que contribuye a la toma de decisiones en momentos de incertidumbre, en función de las preferencias del paciente, la experiencia del profesional (evidencia interna) y los recursos sanitarios, humanos, y socioeconómicos disponibles. El proceso de la PBE se desenvuelve en varias etapas secuenciales, siendo una de ellas la denominada de **“implementación de las evidencias”** (Tabla I)⁷, lo que lleva implícito transferir las evidencias de la investigación a la práctica habitual clínico-asistencial o de gestión.

<ul style="list-style-type: none"> 1- Identificación de un problema clínico 2- Formulación de la pregunta de estudio 3- Búsqueda sistemática de evidencias 4- Lectura crítica de las evidencias 	<p>Revisión Sistemática</p>
<ul style="list-style-type: none"> 5- Evaluación costo-efectiva de las evidencias 6- Elaboración de nuevas evidencias y recomendaciones 7- Implementación de las evidencias a los cuidados 8- Evaluación de los cambios observados en la práctica clínica 	<p>Guía de Práctica Clínica (incluye también las cuatro etapas anteriores)</p>

Tabla I: Etapas de la práctica basada en evidencias (PBE). (Modificado de Santos CM. et al.⁷)

Un modelo idóneo de cómo incorporar las recomendaciones de evidencia a los cuidados de enfermería lo tenemos en la publicación de Guías de Práctica Clínica (GPC) definidas como: *“Conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria a los pacientes”*⁸. Estas guías, tras un laborioso proceso de elaboración y análisis metodológico de toda la evidencia disponible sobre la pregunta de

estudio, incluyen entre sus apartados una serie de estrategias de implementación que facilitarán la traslación de toda la evidencia generada en forma de recomendaciones para la práctica.

Sin embargo, en la realidad, la dificultad para la implementación de las evidencias de las GPC a la práctica es un problema conocido y persistente en el tiempo. El identificar y disponer de las mejores recomendaciones no conlleva automáticamente su aplicación en la práctica. Es por ello, que la implementación implica un concepto de carácter proactivo, diferente y más completo que los métodos utilizados hasta ahora, basados en la simple difusión pasiva de conocimientos (mediante cursos de formación, envío de correos informativos, carteles explícitos), o la diseminación del conocimiento de forma planificada y activa (participación colaborativa en grupos, talleres, fomentar charlas sobre el tema, lectura crítica, debates...), y/o la adopción de conocimientos por vía normativa (en referencia a las decisiones sobre la necesidad u obligación de cambiar la práctica clínica)^{4,9,10}.

Son numerosos los ejemplos de la práctica diaria de enfermería que muestran con frecuencia que, lamentablemente, no se están aplicando los mejores cuidados, al menos en lo que se refiere a las mejores evidencias recogidas en las GPC. Este trabajo de investigación pone de relieve la falta de implementación de las evidencias reconocidas en las GPC para la prevención y/o tratamiento de las lesiones relacionadas con la dependencia¹¹ (úlceras por presión-cizalla, lesiones por roce o fricción y lesiones cutáneas relacionadas con la humedad)¹², consideradas hace veinte años una *"epidemia silente, bajo las sábanas"*¹³ y que todavía siguen siendo *"una epidemia viva y silenciosa en el siglo XXI"*¹⁴. Son, por tanto, un problema de salud importante que interesa poner de manifiesto, puesto que numerosos estudios y expertos aseguran que en la mayoría de los casos podrían evitarse (hasta el 95%-98%)^{13,14} con unos cuidados adecuados y con una buena base formativa y especializada de los profesionales orientados a identificar y valorar el riesgo de padecerlas. Corresponde a los profesionales y también a los gestores, el mejorar nuestra práctica clínica sustituyendo prácticas inadecuadas, anticuadas o contraindicadas por otras más efectivas, formarse lo mejor posible e investigar sobre el problema.

La implementación de evidencias se perfila como un factor a tener en cuenta para la mejora de los cuidados. Se hace necesario seguir investigando que modelos de implementación se consideran que tienen la capacidad suficiente para explicar la transferencia de conocimientos a la práctica clínica de manera efectiva y exitosa.

2. FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE ESTUDIO:

La **pregunta de investigación** para esta revisión fue:

- *¿Qué estrategias de implementación se describen en las GPC sobre lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia, para transferir la evidencia a la práctica clínica?*

Haciendo un análisis de la pregunta por el método PICO, obtenemos:

P (población / problema)	I (intervención)	C (comparativa)	O (outcomes / resultados)
GPC sobre lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia	Identificar las estrategias de implementación descrita por las GPC a estudio y evaluación de la implementabilidad	Clasificación de las estrategias según diferentes modelos de implementación	Síntesis de las estrategias de implementación más utilizadas

El objetivo cuantitativo de esta revisión fue: identificar las GPC sobre lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia (úlceras por presión/cizalla, lesiones por roce o fricción y lesiones asociadas con la humedad), hacer una evaluación crítica de su calidad metodológica, evaluar su implementabilidad y determinar qué estrategias de implementación incluyen.

La finalidad de esta revisión fue: Hacer una síntesis sobre las estrategias de implementación más utilizados en las GPC para incorporar la evidencia a la práctica clínica de enfermería

(*) *En este estudio se entiende como “implementación” al proceso de poner en práctica las recomendaciones de evidencia divulgadas por una GPC.*

(**) *En este estudio se entiende como “implementabilidad” a las características propias de la GPC que facilitan su implementación.*

3. METODOLOGÍA:

3.1. Diseño del estudio:

Se realizó una revisión sistemática de revisión (*revisión paraguas, umbrella review*)¹⁵ de las estrategias de implementación identificadas en las GPC sobre lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia.

3.2. Criterios de selección:

- a) **Tipos de documentos:** Cualquier documento identificado como GPC publicada o actualizada en los últimos 5 años, desde enero del año 2013 hasta octubre de 2018 (fecha de finalización del estudio de campo). No se establecieron filtros por idioma o país.

- b) **Sobre la temática:** Lesiones relacionadas con la dependencia,
 - Úlceras por presión y cizalla
 - Lesiones cutáneas asociadas a la humedad
 - Lesiones por roce o fricción

3.3. Búsqueda de documentos:

Para localizar las GPC, se realizó una búsqueda sistemática combinando distintas fuentes de datos:

1. Bases de datos de ciencias de la salud con filtro de búsqueda de GPC: Scopus, PubMed, CINAHL. (**Anexo 1**)

2. Bases de datos específicas de GPC: TripDatabase, eGuidelines, NHS Evidence, GuidelineCentral, NICE, GuiaSalud, GNEAUPP, CPG Infobase. (**Anexo 2**)

Con el fin de completar la búsqueda, se llevó a cabo un rastreo de documentación a través de dos procedimientos:

- a) Búsqueda en las páginas web de los principales centros elaboradores de GPC: AHRQ, NZGG, SIGN, NHMRC, CENETEC y G-I-N.
- b) Búsqueda inversa a través de las diferentes GPC seleccionadas.

La estrategia de búsqueda completa empleada en esta revisión se puede ver en los **Anexos 1 y 2**.

3.4. Procedimiento de revisión:

En una primera fase de selección, los documentos obtenidos fueron filtrados mediante el título y lectura de su resumen, teniendo en cuenta los criterios de inclusión. En esta fase las GPC obtenidas fueron evaluadas de forma crítica mediante el instrumento AGREE GRS (*Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation - Global Rating Scale*)¹⁶ (**Anexo 3**). Es un instrumento validado, diseñado en el año 2012 y actualizado en 2017, que valora la calidad de las guías en base a cuatro apartados como son: el proceso de desarrollo, el estilo de presentación, la integridad de la información y la validez clínica de la guía. Todo ello, a través de un listado de 9 preguntas puntuadas mediante una escala tipo Likert de 7 puntos (1= “calidad más baja”, 7= “calidad más alta”).

Para obtener el nivel global de la calidad de la guía (Global Rating Scale), el AGREE GRS incluye tres evaluaciones generales basadas en la respuesta a un enunciado o afirmación (**Anexo 3**). En la primera, se pide al revisor de la GPC que puntúe del 1 al 7 (siendo 1= “calidad más baja”, 7= “calidad más alta”), teniendo en cuenta los criterios utilizados en la evaluación de los cuatro apartados anteriores. La segunda evaluación se realiza contestando al enunciado “*Recomendaría la guía para su uso en la práctica;*” (1= “totalmente en desacuerdo”, 7= “totalmente de acuerdo”) y, finalmente, la tercera evaluación consiste en responder al enunciado “*Utilizaría una guía de esta calidad para mis decisiones profesionales*” (1= “totalmente en desacuerdo”, 7= “totalmente de acuerdo”). Una vez obtenido el nivel de puntuación global, se eligieron aquellas GPC con una puntuación media igual o superior a cuatro (≥ 4 puntos, calidad suficiente) en el apartado de evaluaciones, pasando a formar parte de la revisión sistemática.

Además, se determinó la “implementabilidad”, entendida ésta como “*aquellas características de las GPC que pueden facilitar la implementación*”⁸ y, que hacen referencia a la calidad de su elaboración, rigor de las recomendaciones y estrategias para su implementación. La medición que se realizó a través de la puntuación obtenida en la evaluación general (ítem 5 del AGREE GRS).

Finalmente, se procedió a realizar una lectura más exhaustiva del apartado de implementación de cada GPC seleccionada. Se elaboró la exposición de resultado a modo de síntesis observacional, en base a todos los recursos de implementación identificados, siguiendo como modelo estándar de clasificación las directrices que dicta el manual metodológico de “*Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud*”¹ (Figura 1)

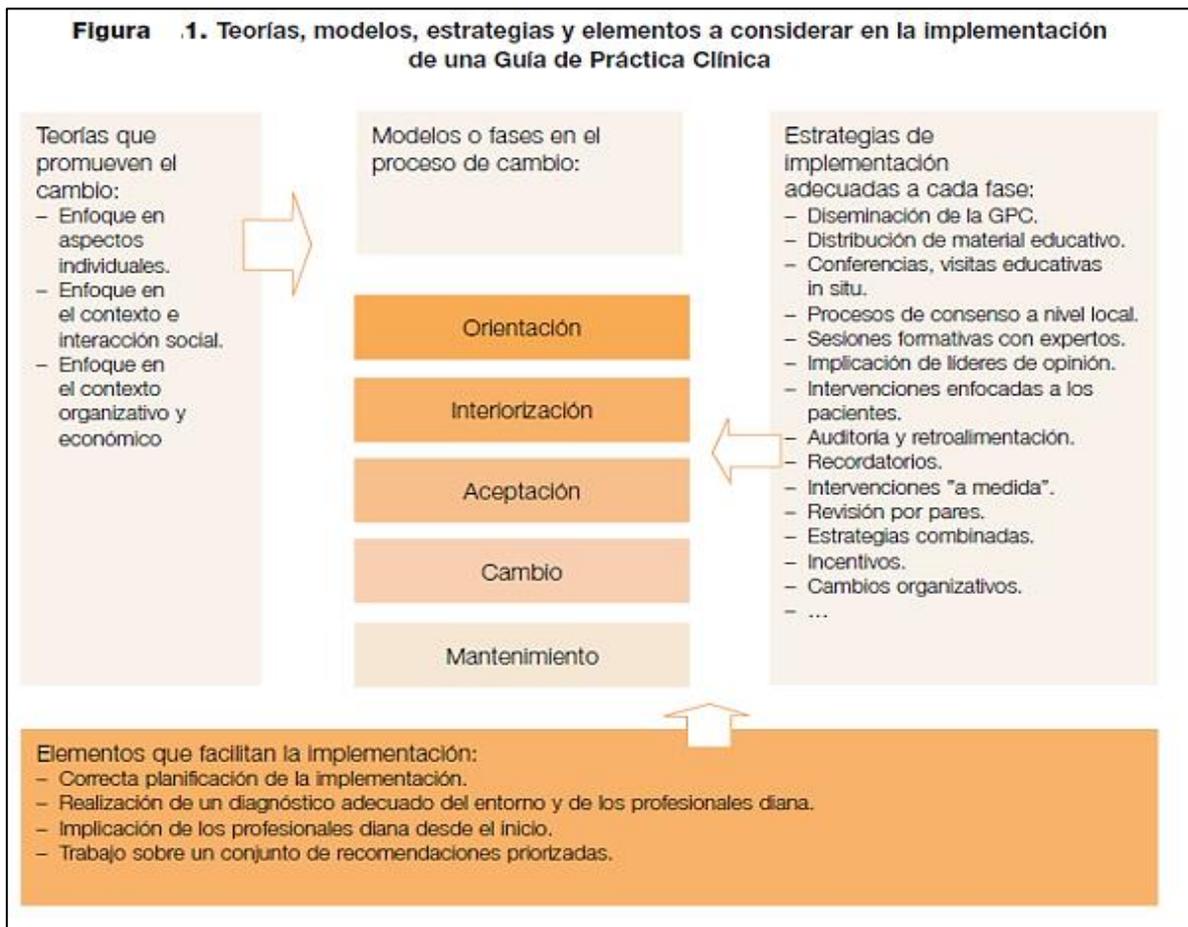


Figura 1: Contenidos a considerar en la implementación de una GPC¹.

4. RESULTADOS:

Tras realizar la búsqueda sistemática, se presenta a través del diagrama de flujo PRISMA^{17,18} el informe con los resultados obtenidos para cada una de las fases de la revisión (**Figura 2**).

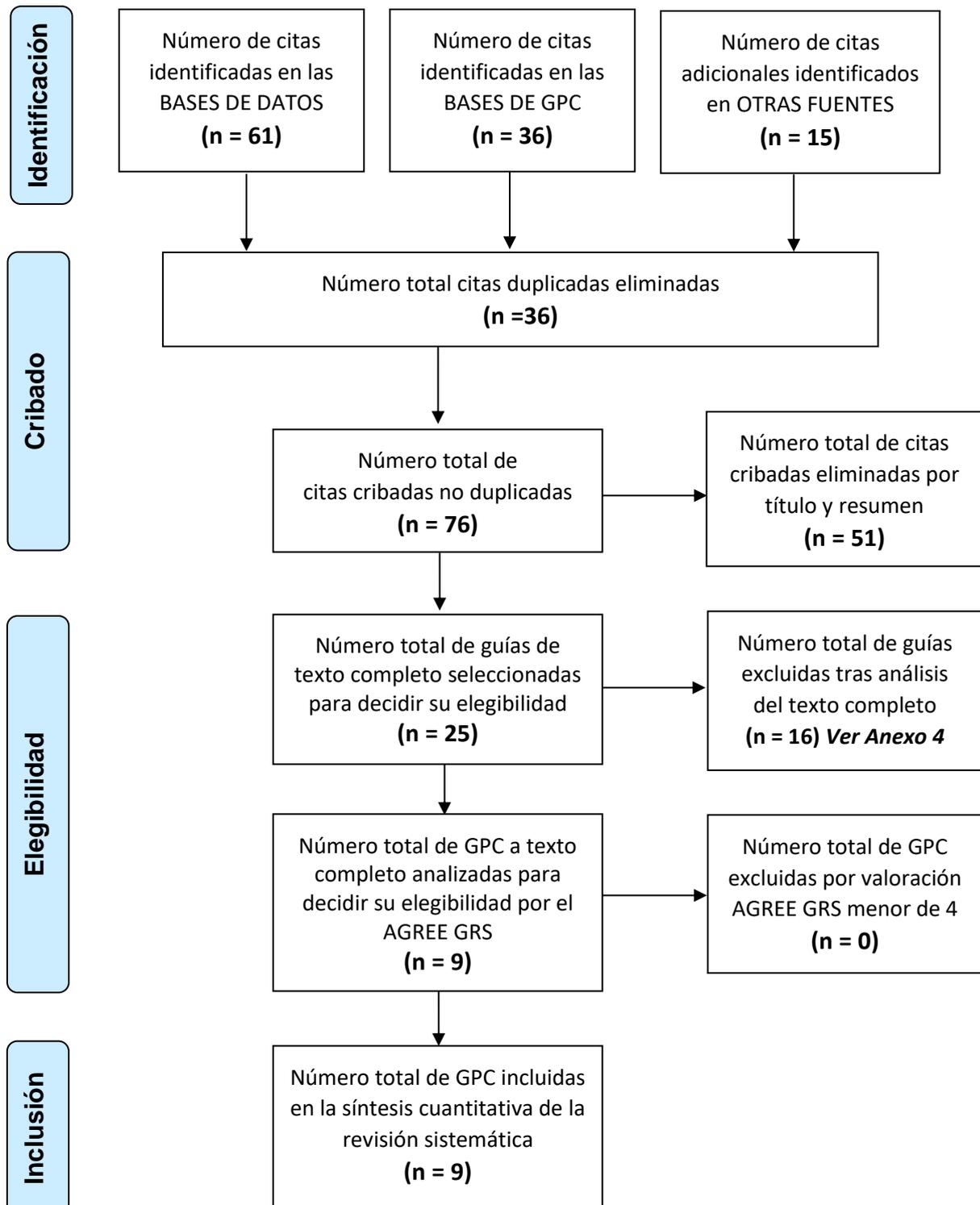


Figura 2: Informe de resultados de la búsqueda sistemática

En la **tabla II** se describen cuáles fueron las nueve GPC seleccionadas para su lectura crítica a través del instrumento AGREE GRS.

CÓDIGO	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA / EDITOR	PAÍS / REGIÓN	AÑO
GPC-1	Wound, pressure ulcer and burn guidelines-2: Guidelines for the diagnosis and treatment of pressure ulcers, second edition. <i>Japanese Society of Pressure Ulcers (JSPU). Japanese Journal of Dermatology.</i> ¹⁹	Japón	2018
GPC-2	Guideline for prevention and management of pressure ulcers (injuries). WOCN Clinical Practice Guideline Series 2. (2nd ed.) <i>Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN).</i> ²⁰	EE.UU.	2016
GPC-3	Assessment and management of pressure injuries for the interprofessional team. <i>Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO).</i> ²¹	Canadá	2016
GPC-4	Guía de Práctica Clínica. Prevención, diagnóstico y manejo de las úlceras por presión. <i>Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).</i> ²²	México	2015
GPC-5	Guía de Práctica Clínica. Intervenciones de enfermería en la prevención de úlceras por presión en 2º y 3º nivel de atención. <i>Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC).</i> ²³	México	2015
GPC-6	The prevention and management of pressure ulcers in primary and secondary care. <i>National Institute for Health and Care Excellence (NICE).</i> ^{24,25}	Reino Unido	2014
GPC-7	Prevention and treatment of pressure ulcers: Clinical practice guideline. <i>National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) and Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA).</i> ²⁶	EE.UU, Europa, Pan-Pacífico y Australia	2014
GPC-8	Pressure ulcer prevention and treatment following spinal cord injury: A clinical practice guideline for health-care professionals (2nd ed.). <i>Paralyzed Veterans of America. Consortium for Spinal Cord Medicine (CSCM).</i> ²⁷	EE.UU.	2014
GPC-9	The Association for the Advancement of Wound Care (AAWC) Venous and Pressure Ulcer Guidelines. <i>Association for the Advancement of Wound Care (AAWC).</i> ²⁸	EE.UU	2014

Tabla II: GPC sobre lesiones relacionadas con la dependencia

Los valores obtenidos para cada uno de los Dominios del AGREE GRS se recogen en la **tabla III**. El Dominio mejor valorado fue el “*Estilo de presentación*” (6,2 de media) seguido del Dominio “*Validez clínica*” (5,6 de media). El Dominio peor valorado fue el de “*Proceso de desarrollo*” (5,1 de media).

DOMINIOS AGREE-GRS	GPC 1	GPC 2	GPC 3	GPC 4	GPC 5	GPC 6	GPC 7	GPC 8	GPC 9
Proceso de desarrollo	4	5	7	5	5	7	5	4	4
Estilo de presentación	4	6	7	7	6	7	7	5	6
Integridad de información	5	6	6	5	5	7	6	5	5
Validez clínica	5	6	7	5	5	7	6	5	5

Tabla III: Evaluación crítica de la calidad de las GPC a través del instrumento AGREE GRS. (*) Código de GPC ver tabla II.

Observando las puntuaciones finales de evaluación obtenidas por el AGREE GRS (**Tabla IV**), la GPC de la NICE, la RNAO y la denominada “GPC Internacional” del consorcio NPUAP-EPUAP-PPPIA, han resultado ser las mejores sobre el resto de GPC.

DOMINIOS AGREE-GRS	GPC 1	GPC 2	GPC 3	GPC 4	GPC 5	GPC 6	GPC 7	GPC 8	GPC 9
Valoración Calidad global	4	6	7	5	5	7	6	4	5
Recomendación para uso clínico	5	6	6	5	5	7	7	5	5
Sirve para tomar decisiones	5	5	6	5	5	7	7	5	5

Tabla IV: Nivel de puntuación global obtenido por cada GPC con el AGREE GRS. (*) Código de GPC ver tabla II.

Todas las GPC evaluadas estaban relacionadas con las úlceras o lesiones por presión/cizalla. No se obtuvo ninguna GPC sobre lesiones por froce/fricción o por lesión cutánea asociada a la humedad (LESCAH).

Por fecha editorial, cuatro GPC fueron publicadas de año 2014, dos en el 2015 y 2016 y una en el 2018. Referente al país de origen, ninguna de las GPC evaluadas tenía nacionalidad española, tres eran estadounidenses, dos eran mexicanas, una canadiense, una japonesa, una inglesa y, finalmente había una formada por un consorcio americano-europeo-panpacífico (la denominada “GPC Internacional”).

Según el formato de publicación, dos de las GPC fueron publicadas por revistas científicas, una en el *Journal of Dermatology*, (IF/JCR= 2.788) por la Japanese Dermatological Association, y la otra en la *Ostomy Wound Management Journal* (IF/JCR= 0.987) por la Association for the Advancement of Wound Care (AAWC). El resto de GPC fueron publicadas en formato libro o monografía.

Atendiendo al promotor editorial de la GPC, solo 3 eran de titularidad gubernamental pública (NICE, CENETEC e IMSS); el resto de GPC fueron auspiciadas por diferentes sociedades científicas, preferentemente de enfermería (WOCN, RNAO, EPUAP, NPUAP, PPPIA, AAWC), sociedades médicas (JDS), o consorcios mixtos (CSCM).

Finalmente, se realizó el análisis y revisión del apartado de implementación de cada GPC, evaluando el nivel de implementabilidad y valorando, según la clasificación descrita en el apartado de metodología, que teoría promueve el cambio, que el modelo o fase del proceso del cambio se sigue, y la estrategia de implementación descrita. Los resultados completos de la síntesis se describen en el Anexo 5.

Atendiendo a la implementabilidad, resultado obtenido de la valoración de la calidad global de la GPC (ítem 1, **Tabla IV**), se obtuvo de media un 5,4 (calificación= “buena”, en la escala AGREE GRS); habiendo fluctuaciones dentro del rango de 4 a 7 puntos, con calificación de “suficiente” (GPC-1 y GPC-8), “buena” (GPC-4, GPC-5 y GPC-8), “muy buena” (GPC 2 y GPC-7), y “excelente” (GPC-3 y GPC-6).

De forma resumida se observó que existe una marcada variabilidad de planes estratégicos de implementación, independientemente del tipo de variables como el año de publicación, el idioma, el país o formato de presentación de la GPC (**Tabla V**).

ID GPC	PLANIFICACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN
GPC-1	- Sin plan estratégico explícito
GPC-2	- Estrategia de implementación basada en el análisis y evaluación de barreras y facilitadores y estándares de calidad.
GPC-3	- Proceso planificado denominado “Conocimiento para la acción” (Knowledge-to-Action framework) para la adherencia y liderazgo.
GPC-4	- Sin plan estratégico explícito
GPC-5	- Sin plan estratégico explícito
GPC-6	- Proceso planificado por un equipo asesor y asociados externos que elaboran la estrategia de implementación y estándares de calidad
GPC-7	- Estrategia de implementación basada en el análisis y evaluación de barreras y facilitadores y estándares de calidad.
GPC-8	- Sin plan estratégico explícito
GPC-9	- Proceso de planificación de la implementación basado en equipos de expertos referentes y estándares de calidad

Tabla V: Planificación de la implementación según la revisión de las GPC.
(ID GPC): Código de GPC ver tabla II.

Así mismo, haciendo una valoración de los diferentes tipos de estrategias de implementación que se identificaron en las GPC, y clasificándolas según los 3 modelos o fases de la transferencia de conocimiento de Lomas J. (1993)²⁹, que es modelo que generalmente se está utilizando en nuestro sistema de salud para implementar la mejor práctica a los cuidados, obtuvimos los siguientes resultados de concordancia, a nivel general, descritos en la **Tabla VI**.

Modelo o fase de transferencia	Estrategia de implementación	Concordancia (%)
Modelo de Difusión Pasiva (<i>Passive Diffusion Model</i>)	- Publicación de la GPC en diferentes formatos.	78%
	- Difusión de la GPC y sus recomendaciones por distintos canales de información.	78%
	- Guía de referencia rápida / Folletos para pacientes o cuidadores y profesionales.	45%
	- Elaboración de esquemas, diagramas, algoritmos, sinapsis de recomendaciones...	100%
	- Intervenciones educativas y formativas	55%
Modelo de Diseminación Activa (<i>Active Diffusion Model</i>)	- Estándares de calidad y auditorías clínicas (monitoreo de indicadores, listas de verificación)	78%
	- Participación de los profesionales en grupos, talleres y comités.	55%
Modelo de Implantación Coordinada (<i>Coordinated Implementation Model</i>)	- Evaluación y análisis de barreras y facilitadores para la implementación.	45%
	- Proyecto o proceso de planificación sistemática de implementación de recomendaciones.	23%
	- Comité de expertos, asesores o referentes para coordinar la implementación	45%

Tabla VI: Tipos de estrategias de implementación identificados en las GPC. (Modelo de Lomas J)²⁹

Por último, referente a las teorías que promueven el cambio (traslación de la evidencia a la práctica), el 100% de las intervenciones se orientaron hacia mejorar el enfoque individual de los profesionales de la salud (conocimientos, actitud, adherencia y compromiso); así como valorar el entornos o contextos locales (estándares de calidad). En cambio, en el 45% de los casos solo se tuvo en cuenta el contexto organizativo y el económico (la implementación como planificación operativa y de gestión).

El modelo o fases más populares identificadas en las GPC, según la clasificación del manual de elaboración de GPC del SNS, fue la “orientación”, la “aceptación” y el “mantenimiento” como proceso de cambio, quedando relevados otras fases muy importantes como la “interiorización” y el “cambio sistémico”.

5. DISCUSIÓN:

En esta revisión, todas las GPC incluidas pertenecían al principal tipo de lesiones que afecta a los pacientes dependientes, las úlceras por presión (UPP), no habiendo encontrado GPC específicamente relacionadas con los demás tipos de lesiones (úlceras por roce/fricción y lesiones asociadas a la humedad). Desconocemos si existe alguna GPC sobre estas lesiones no encontradas, suponiendo una posible limitación de esta revisión el que pueda haber descriptores que no se hayan utilizado en la revisión y que podrían aportar más información. Como, por ejemplo, en las lesiones asociadas a la humedad “moisture lessions” o “moisture-associated skin damage (MASD)”, son una agrupación de hasta 6 subtipos de dermatitis:

1. Dermatitis asociada a incontinencia (incontinence associated dermatitis)
2. Dermatitis intertriginosa (intertriginous dermatitis)
3. Dermatitis por transpiración (sweat moisture)
4. Dermatitis perilesional asociado a exudado (periwound moisture associated dermatitis) y Dermatitis cutánea asociada a exudado (skin moisture associated)
5. Dermatitis periestomal (Peristomal moisture associated dermatitis)
6. Dermatitis por saliva o mucosidad (saliva-mucosity moisture associated dermatitis).

Todos estos descriptores (de los 6 subtipos de dermatitis) no fueron utilizados en la estrategia de búsqueda, se utilizaron los términos agrupados, “moisture lessions”, con lo cual se pudo perder información y, por tanto, los resultados de esta revisión serían solo válidos para las lesiones relacionadas con las UPP.

Así mismo, el que no hayamos encontrado GPC españolas sobre el tema de estudio, no debería suponer un hándicap para poder extrapolar las recomendaciones de otras GPC e implementarlas a la práctica clínica; ya que, entre las diferentes estrategias de implementación está la divulgación en distintos formatos de distribución y diseminación, incluida su traducción a otros idiomas, como ocurre con la guía de referencia rápida de la GPC Internacional (GPC-7)²⁶, una de las más utilizadas en nuestro ámbito sanitario.

Referente a los tipos estrategias de implementación identificadas, todas las GPC han ofrecido información relevante en este aspecto, aunque observamos una amplia diversidad de estrategias entre las GPC del mismo tipo, incluso entre las de una misma nacionalidad. Este aspecto no debería ser tan heterogéneo ya que pone de relieve el problema de falta

de consenso para planificar una implementación eficiente y efectiva. Lo más preocupante del caso, es haber encontrado 4 GPC (GPC-1, GPC-4, GPC-5 y GPC-8) (Tabla V), que no tenían explicitado un plan de implementación, e incluso dos de ellas (GPC-1 y GPC-8) no tenían el correspondiente apartado o epígrafe de implementación y/o aplicabilidad que se exige a la estructura de elaboración de una GPC. Como ya predijeron Field y Lohr, las “*guías de práctica clínica no se implantan solas*” y que para que una GPC sea efectiva, el proceso de implantación debe ser consistente y planificado⁸, y deberían incluir una estrategia de implementación.

Además, atendiendo al modelo de la transferencia de conocimiento de Lomas J.²⁹ (Tabla VI) se observa una clara tendencia a agrupar la estrategia de implementación en base al modelo tradicional de difusión pasiva (*passive diffusion model*). Básicamente, a través de la difusión y diseminación de las GPC a través de diferentes formatos y canales de comunicación, para que sean los propios profesionales, una vez informados, formados y capacitados en los conocimientos de la evidencia (adquirido por cursos de formación continuada, por la difusión recordatorios periódicos en forma de correos o carteles explícitos), éstos la incorporan de forma natural e individual a su práctica habitual. Pero, en realidad, se ha demostrado que este método tiene poco impacto, no recomendándose como único modo para implementar las evidencias de forma permanente y duradera^{2,31,32}.

En el caso del modelo de difusión activa (*active diffusion model*), mucho más eficiente que el modelo pasivo, pero tampoco el más efectivo, permite la transferencia de nuevos conocimientos de forma más fácil al implicar al profesional en la participación colaborativa en grupos, comités, etc., que fomenten el debate proactivo y lograr una mejor adherencia³². Siendo la estrategia más utilizada en las GPC revisadas el de la vinculación de la evidencia a los estándares de calidad de la institución (auditorías clínicas y monitorización periódica de indicadores de calidad como por ejemplo, “riesgo de úlceras por presión”, “uso de la escala Braden” “incidencia de úlceras intraunidad”...), pero en cambio, este modelo no tiene en cuenta el contexto local y los factores externos (humanos, recursos...) para que el cambio se convierta en permanente.

En última instancia, el modelo de implantación coordinada (*coordinated implementation model*), debería ser el estándar que toda GPC debería llevar implícita ya que parte de una combinación de los dos modelos anteriores formando parte de un proceso sistemático de

implementación que tiene en cuenta a toda la organización³². Alguna de las estrategias identificadas en las GPC va por este camino, como es la implementación basada en el análisis y evaluación de barreras y facilitadores junto con la vinculación a estándares de calidad (GPC-2 y GPC-7); así como, planificar y coordinar la implementación a través de un comité o grupo experto de asesores o referentes (GPC-6 y GPC-9).

Pero, en este estudio hemos tenido la oportunidad de observar un modelo de planificación de estrategias de implementación de buenas prácticas basadas en la evidencia, muy prometedor e innovador (GPC-3) denominado “Conocimiento para la acción” (*Knowledge-to-Action framework*) que tiene como finalidad alcanzar la transferencia de la evidencia a la práctica a través de la adherencia y liderazgo profesional de enfermería como proveedora de cuidados excelentes. Este modelo innovador propuesto por la *Registered Nurses’ Association of Ontario (RNAO)*²¹, aunque se aleja del estándar de otros procesos de implementación de GPC que han sido probados con éxitos como el modelo la síntesis de Greenhalgh et al., sobre la difusión de las innovaciones en salud, o el modelo Promoting Action on Research Implementation in Health Services (PARIHS), basado en la implementación de programas de salud^{1,8}; el modelo de la RNAO está llamado a ser un referente en nuestro país, así lo demuestran las experiencias llevadas a cabo en España con el “*Proyecto de Implantación de Guías de Buenas Prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC)*” y el “*proyecto SUMAMOS Excelencia*” cuyo objetivo es el de fomentar, facilitar y apoyar la implantación, evaluación y mantenimiento, en cualquier entorno de la práctica enfermera, de buenas prácticas en cuidados³³⁻³⁵.

Finalmente, la ausencia de publicaciones similares a esta revisión impide evaluar la coherencia de nuestros resultados con los de otros autores. Posiblemente, la principal fortaleza del presente trabajo resida en su propia metodología, dado que no consta la existencia de publicaciones de naturaleza similar.

La metodología utilizada para la síntesis de conocimientos en este estudio fue la revisión sistemática de revisiones o “umbrella review”, que se caracteriza por presentar como criterio de inclusión las revisiones sistemáticas, en nuestro caso fueron las GPC, considerados por definición como documentos basados en revisiones sistemáticas⁸. Esta metodología permite recopilar en un solo documento una elevada cantidad de información, como en el que se muestra en esta revisión sobre las estrategias de implementación.

A su vez, el uso de un instrumento validado internacionalmente para evaluar las GPC como es el AGREE GRS¹⁶, utilizado como método de lectura crítica y selección de las GPC a incluir en la revisión, ha aumentado la validez de los resultados obtenidos en este estudio. Sin embargo, una limitación de esta revisión pudiera ser el no haber usado la versión extensa del AGREE GRS denominado “AGREE II”³⁰; el cual tiene un apartado específico llamado “Dominio 5: Aplicabilidad” que valora a través de 4 ítems la estrategia de implementación descrita por la GPC; no siendo utilizada esta versión profesional del AGREE II en este estudio por dos razones: 1) se requiere de como mínimo dos revisores expertos en su manejo, no siendo viable utilizar revisores expertos en un trabajo fin de grado y, 2) el objetivo no era medir la calidad de metodológica de la GPC en base a sus carencias en la estrategia de implementación. Para solventar esta posible limitación, se determinó comprobar el nivel de implementabilidad⁸, como característica principal de que la GPC tenía elementos que facilitaban su implementación.

6. CONCLUSIONES:

- ✓ Este estudio identificó un conjunto de estrategias más utilizadas para la implementación de recomendaciones de evidencia de GPC sobre la prevención y el tratamiento de lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia. Los resultados de esta revisión son útiles para conocer la traslación de la evidencia a la práctica clínica tanto a nivel de atención primaria como de atención hospitalaria.
- ✓ Esta investigación determinó la existencia de una amplia variabilidad del nivel de implementabilidad y entre las estrategias de implementación de las GPC revisadas, que deberían ser reducida a través de un mayor consenso o aumentar la calidad metodológica de la GPC.
- ✓ Esta revisión ofrece una síntesis de diferentes modelos de implementación que sirven de material docente, clínico y de gestión, para comprender que las diferentes estrategias de implementación que ofrecen las GPC sobre el tema estudiado. En lo referente a la diseminación y difusión activa y pasiva, no se consideran modelos suficientes para crear cambios duraderos en los profesionales.
- ✓ Finalmente, este trabajo considera que el modelo el denominado “Conocimiento para la acción” (Knowledge-to-Action framework) descrito por la Registered Nurses’ Association of Ontario (RNAO), puede ser un referente en nuestro país para implementar buenas prácticas basadas en la evidencia de las GPC y que, por tanto, deberíamos seguir investigando y potenciando.

7. BIBLIOGRAFÍA:

1. Grupo de trabajo sobre implementación de GPC. Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico [Internet]. Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009.
2. Rumbo-Prieto JM, Martínez Ques AA. Cómo mejorar los cuidados de salud: la importancia de la implementación. *Enferm Clínica*. 2016;26(6):333-5. doi:10.1016/j.enfcli.2016.10.003
3. Gálvez Toro A. Enfermería basada en la evidencia: cómo incorporar la investigación a la práctica de los cuidados. Granada: Fundación Index; 2007.
4. Rumbo Prieto JM, Martínez Ques AA, Sobrido Prieto M, Raña Lama CD, Vázquez Campo M, Braña Marcos B. Implementar evidencias e investigar en implementación: dos realidades diferentes y prioritarias. *Enferm Clínica*. 2016; 26(6):381-6. doi: 10.1016/j.enfcli.2016.10.002
5. Implantar. En: Diccionario de la lengua española [Internet]. 23.^a ed. Madrid: Real Academia Española; 2014. [citado 17 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=L4RvR9q>
6. Implementar. En: Diccionario de la lengua española [Internet]. 23.^a ed. Madrid: Real Academia Española; 2014. [citado 17 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=L4eKVkR>
7. Santos CM da C, Pimenta CA de M, Nobre MRC. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2007 [citado 17 de noviembre de 2018];15(3):508-11. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000300023&lng=en&tlng=en
8. Grupo de trabajo para la actualización del Manual de Elaboración de GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Actualización del Manual Metodológico. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016.
9. Baker R, Camosso-Stefinovic J, Gillies C, Shaw EJ, Cheater F, Flottorp S, et al. Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(3):CD005470.
10. Fox CE, Khan KS. Intervenciones adaptadas para superar los obstáculos identificados que impiden el cambio: efectos en los resultados en la práctica profesional y la atención de la salud: Comentario de la BSR (última revisión: 1 de enero de 2010) [Internet]. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. 2010. Disponible en: <https://extranet.who.int/rhl/es/topics/improving-clinical-practice-11>
11. Rumbo Prieto, JM, Bello Bello, V. Responsabilidad profesional y ética clínica en Úlceras por Presión: ¿Está en peligro la seguridad del paciente? *Ética Cuid* [Internet]. 2018 [citado 17 de noviembre de 2018];8(16):0-0. Disponible en: <http://www.index-f.com/eticuidado/n16/et1602.php>

12. García-Fernández FP, Soldevilla-Agreda JJ, Pancorbo-Hidalgo PL, Verdú-Soriano J, López-Casanova P, Rodríguez-Palma M. Clasificación-categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP n° II [Internet]. Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas; 2014.
13. Hibbs P. The economics of pressure ulcer prevention. *Decubitus*. agosto de 1988;1(3):32-8.
14. Soldevilla Agreda JJ. Las Úlceras por Presión en Gerontología. Dimensión Epidemiológica, Económica, Ética y Legal. [Tesis doctoral]. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela; 2007.
15. Sobrido Prieto M, Rumbo-Prieto JM. La revisión sistemática: pluralidad de enfoques y metodologías. *Enferm Clínica*. 2018; 28(6):387-93. doi: 10.1016/j.enfcli.2018.08.008
16. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation - Global Rating Scale. AGREE GRS [Internet]. Update. Canada: The AGREE Research Trust; 2017 [citado 14 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2017/11/AGREE-GRS.pdf>
17. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*. 21 de julio de 2009;6(7):e1000097.
18. Urrútia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Med Clínica*. 2010;135(11):507-11.
19. Fujiwara H, Isogai Z, Irisawa R, Otsuka M, Kadono T, Koga M, et al. Wound, pressure ulcer and burn guidelines - 2: Guidelines for the diagnosis and treatment of pressure ulcers, second edition. *J Dermatol*. 2018;([in press]):1-50.
20. Wound, Ostomy and Continence Nurses Society-Wound Guidelines Task Force. Guideline for Prevention and Management of Pressure Injuries (Injuries) [Internet]. 2016. [citado 17 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://ahrgguideline.careset.com/www.guideline.gov/guideline-for-prevention-and-management-of-pressure-ulcers-injuries>
21. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Assessment and Management of Pressure Injuries for the Interprofessional Team, Third Edition [Internet]. Ontario (Canada): Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO); 2016. [22. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Prevención, diagnóstico y manejo de las úlceras por presión [Internet]. México: IMSS; 2015
23. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC). Intervenciones de enfermería en la prevención de úlceras por presión en 2º y 3º nivel de atención. México, DF: CENETEC; 2015.
24. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Pressure ulcer prevention. The prevention and management of pressure ulcers in primary and secondary care. London (UK): NICE; 2014.

25. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Pressure ulcer management. The prevention and management of pressure ulcers in primary and secondary care. London (UK): NICE; 2014
26. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), Pressure Injury Alliance (PAN PACIFIC). Prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice guideline. 2ª Ed. Perth (Australia): Cambridge Media; 2014.
27. Consortium for Spinal Cord Medicine, Paralyzed Veterans of America. Pressure ulcer prevention and treatment following spinal cord injury: a clinical practice guideline for health-care providers. Washington, DC: Consortium for Spinal Cord Medicine; 2014.
28. Bolton LL, Girolami S, Corbett L, van Rijswijk L. The Association for the Advancement of Wound Care (AAWC) venous and pressure ulcer guidelines. *Ostomy Wound Manage.* 2014;60(11):24-66.
29. Lomas J. Retailing research: incrementing the role of evidence in clinical service for childbirth. *Milbank Q.* 1993;71(3):439-75.
30. The AGREE Next Steps Consortium. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II. AGREE II Instrument. Update. Canada: The AGREE Research Trust; 2013.
31. Stichle JF. Knowledge Transfer Through Dissemination. *HERD.* 2011;4(2):17-22.
32. Subirana-Casacuberta M, Ezquerro-Rodríguez O. Implementación. Aplicación en la práctica de la evidencia. En: *Enfermería Basada en la Evidencia Hacia la excelencia en los cuidados* Material didáctico de apoyo para profesionales de Enfermería [Internet]. Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2004. p. 111-22. [citado 17 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://evidencia.com/wp-content/uploads/2013/08/EBE.-Hacia-la-excelencia-en-cuidados.pdf>
33. Abad-Corpa E, Gonzalez-Maria E, Moreno-Casbas T. Del fomento de la investigación en cuidados a la implantación de resultados en la práctica clínica. *Rev Científica Soc Esp Enferm Neurológica* [Internet]. 1 de enero de 2014 [citado 17 de noviembre de 2018];39(1):2-4. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-cientifica-sociedad-espanola-enfermeria-319-articulo-del-fomento-investigacion-cuidados-implantacion-S2013524614000087>
34. Ruzafa-Martínez M, González-María E, Moreno-Casbas T, del Río Faes C, Albornos-Muñoz L, Escandell-García C. Proyecto de implantación de Guías de Buenas Prácticas en España 2011-2016. *Enferm Clínica* [Internet]. 2011 [citado 26 de noviembre de 2018];21(5):275-83. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862111001409>
35. Evidencia en cuidados [Página Web]. [Evidenciaencuidados.com](http://evidenciaencuidados.com); 2018. Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC). [citado 17 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://www.evidenciaencuidados.es/es/index.php/proyecto-implantacion>

8. ANEXOS:

Anexo 1: Estrategia de búsqueda de GPC en bases de datos

Bases de datos	Estrategia de búsqueda	Nº resultados
Scopus	(Pressure Ulcer" OR "bed sore" OR "moisture lesions" OR "Skin tears" OR "Friction lesions" OR "Shear lesions" OR Decubitus OR "Skin ulcer") AND Guideline*[title]	<u>26</u>
PubMed (MedLine)	"Pressure Ulcer"[Mesh] OR "Pressure Ulcer" OR "bed sore" OR "moisture lesions" OR "Skin tears" OR "Friction lesions" OR "Shear lesions" OR Decubitus OR "Skin ulcer" Guideline, Practice Guideline, published in the last 5 years.	<u>12</u>
CINAHL	(MH "Pressure Ulcer+") OR ("Pressure Ulcer" OR "bed sore" OR "moisture lesions" OR "Skin tears" OR "Friction lesions" OR "Shear lesions" OR Decubitus OR "Skin ulcer") AND guideline	<u>23</u>

Anexo 2: Estrategia de búsqueda en bases específicas de GPC

Bases de datos específicas	Estrategia de búsqueda	Nº resultados
Trip Database	“Pressure ulcer” OR “pressure ulcers” OR “Pressure Injuries” OR “bed sore” OR “decubitus” OR “skin ulcer” OR “moisture lesions” OR “Skin tears” OR “Friction lesions” OR “Shear lesions” Filtro: guidelines	<u>15</u>
eGuidelines	“Pressure ulcer” OR “pressure ulcers” OR “Pressure Injuries” OR “bed sore” OR “decubitus” OR “skin ulcer” OR “moisture lesions” OR “Skin tears” OR “Friction lesions” OR “Shear lesions”	<u>4</u>
NSH Evidence	“Pressure ulcer” OR “pressure ulcers” OR “Pressure Injuries” OR “bed sore” OR “decubitus” OR “skin ulcer” OR “moisture lesions” OR “Skin tears” OR “Friction lesions” OR “Shear lesions”	<u>3</u>
GuidelineCentral	“Pressure ulcer” OR “pressure ulcers” OR “Pressure Injuries” OR “bed sore” OR “decubitus” OR “skin ulcer” OR “moisture lesions” OR “Skin tears” OR “Friction lesions” OR “Shear lesions”	<u>5</u>
CPG Infobase	“Pressure ulcer” OR “pressure ulcers” OR “Pressure Injuries” OR “bed sore” OR “decubitus” OR “skin ulcer” OR “moisture lesions” OR “Skin tears” OR “Friction lesions” OR “Shear lesions” LIMIT: 2014-2018	<u>1</u>
NICE	“Pressure ulcer” OR “pressure ulcers” OR “Pressure Injuries” OR “bed sore” OR “decubitus” OR “skin ulcer” OR “moisture lesions” OR “Skin tears” OR “Friction lesions” OR “Shear lesions”	<u>2</u>
GuiaSalud	“ulcera por presión” OR “ulceras por presión” OR “úlceras por decúbito” OR “Escala” OR “lesiones cutáneas asociadas a la humedad” OR “Lesiones por fricción” OR “Lesiones por roce” OR “úlceras cutánea por presión” OR UPP	<u>3</u>
GNEAUPP	“ulcera por presión” OR “ulceras por presión” OR “úlceras por decúbito” OR “Escala” OR “lesiones cutáneas asociadas a la humedad” OR “Lesiones por fricción” OR “Lesiones por roce” OR “úlceras cutánea por presión” OR UPP	<u>6</u>

Anexo 3: Formulario de evaluación del Instrumento AGREE GRS

**APPRAISAL OF GUIDELINES FOR
RESEARCH & EVALUATION
Global Rating Scale**

AGREE GRS



November 2017

Fuente: <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2017/11/AGREE-GRS.pdf>

AGREE II-Global Rating Scale (AGREE II-GRS) Instrument

Instructions

The AGREE II-GRS Instrument consists of 5 items assessing how well the guideline is reported. The AGREE II-GRS is a reasonable guideline assessment tool alternative to, AGREE II, especially when time and resources are limited.

Table 1: AGREE II-Global Rating Scale Item Descriptions provides information about the contents in each item category.

Table 1: AGREE II-Global Rating Scale Item Descriptions

Element	Description
Process of Development	Rate the quality of the development process. Consider: Were the appropriate stakeholders involved in the development of the guideline? Was the evidentiary base developed systematically? Were recommendations consistent with the literature? Was there consideration of alternatives, health benefits, harms, risks, and costs?
Presentation Style	Rate the quality of the guideline presentation style. Consider: Was the guideline well organized? Were the recommendations easy to find?
Completeness of Reporting	Rate the quality of reporting. Consider: 1) The transparency and reproducibility of the guideline development process. 2) The completeness of information to inform decision making.
Clinical Validity	Rate the quality of the guideline recommendations. Consider: Are the recommendations clinically sound? Are the recommendations appropriate for the intended patients?
Overall Quality	Rate the overall quality of the guideline. Consider: Your response to the above four items.

Fuente: <https://www.agreerust.org/wp-content/uploads/2013/12/AGREE-II-GRS-Instument.pdf>

AGREE II-Global Rating Scale (AGREE II-GRS) Instrument

Instructions: For each item, please choose the response on the 7 point scale which best characterizes the clinical practice guideline.

Item	Description	Lowest Quality (1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Highest Quality (7)
1. Rate the overall quality of the guideline development methods	Consider: Were the appropriate stakeholders involved in the development of the guideline? Was the evidentiary base developed systematically? Were recommendations consistent with the literature?	<input type="checkbox"/>						
2. Rate the overall quality of the guideline presentation	Consider: Was the guideline well organized? Were the recommendations easy to find?	<input type="checkbox"/>						
3. Rate the completeness of reporting.	Consider: Was the guideline development process transparent and reproducible? How complete was the information to inform decision making?	<input type="checkbox"/>						
4. Rate the overall quality of the guideline recommendations	Consider: Are the recommendations clinically sound? Are the recommendations appropriate for the intended patients?	<input type="checkbox"/>						
5. Rate the overall quality of the guideline.		<input type="checkbox"/>						

General Questions: Overall Guideline Assessment

Instructions: For each item, please choose the response on the 7 point scale which best characterizes the clinical practice guideline.

Item	Strongly Disagree (1)	Disagree (2)	Disagree Slightly (3)	Neither Agree or Disagree (4)	Agree Slightly (5)	Agree (6)	Strongly Agree (7)
1. I would recommend this guideline for use in practice.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. I would make use of a guideline of this quality in my professional decisions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fuente: <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/12/AGREE-II-GRS-Instument.pdf>

Anexo 4: Cribado de guías y causas de exclusión.

Nº	DOCUMENTOS	EXCLUSIÓN
1.	Qaseem A, Humphrey LL, Forciea MA, Starkey M, Denberg TD. Treatment of pressure ulcers: A clinical practice guideline from the American College of Physicians. <i>Ann Intern Med.</i> 2015; 162(5):370-9.	No GPC
2.	Qaseem A, Mir TP, Starkey M, Denberg TD. Risk assessment and prevention of pressure ulcers: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. <i>Ann Intern Med.</i> 2015; 162(5):359–69.	No GPC
3.	Fujimoto M, Asano Y, Ishii T, Ogawa F, Kawakami T, Koderá M, et al; Wound/Burn Guidelines Committee. The wound/burn guidelines – 4: Guidelines for the management of skin ulcers associated with connective tissue disease/vasculitis. <i>J Dermatol.</i> 2016; 43(7):729-57.	GPC otras lesiones
4.	Gould L, Stuntz M, Giovannelli M, Ahmad A, Aslam R, Mullen-Fortino M, et al. Wound healing society 2015 update on guidelines for pressure ulcers. <i>Wound Repair Regen</i> 2016;24(1):145-162.	No GPC
5.	Wounds UK. Best Practice Statement Maintaining skin integrity. London: Wounds UK; 2018	No GPC
6.	WA pressure injury prevention and management clinical guideline. <i>Government of Western Australia Department of Health.</i> 2017	No GPC
7.	Guía práctica de úlceras por presión. Guía práctica nº 1. Xunta de Galicia. <i>Servizo Galego de Saúde (Sergas).</i> 2016	No GPC
8.	Guía práctica de lesiones cutáneas asociadas a la humedad. Guía práctica nº 7. Xunta de Galicia. <i>Servizo Galego de Saúde (Sergas).</i> 2016	No GPC
9.	Guía para la Prevención y manejo de las UPP y heridas crónicas. <i>Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA).</i> 2015	No GPC
10.	JSPU Guidelines for the prevention and management of pressure ulcers (3rd Ed). <i>The Japanese Society of Pressure Ulcers (JSPU).</i> 2014	No GPC
11.	Guía. Cuidados de la piel en pacientes con incontinencia y prevención de lesiones asociadas a la humedad. <i>GNEAUPP, 3M.</i> 2014	No GPC
12.	Guidelines for the care of the skin in relation to tissue viability. <i>Worcestershire Health and Care NHS.</i> 2015	No GPC
13.	Prevención y tratamiento de las úlceras por presión. <i>Consejería de Salud Islas Baleares;</i> 2018	No GPC
14.	Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de heridas de difícil cicatrización. <i>Hospital Universitario de Torrejón.</i> 2016	No GPC
15.	Guía de actuación para la prevención y cuidados de las úlceras por presión. <i>Osakidetza. Departamento de Salud del Gobierno Vasco.</i> 2017	No GPC
16.	WOCN Society Clinical Guideline: management of the adult patient with a fecal or urinary ostomy. <i>Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN).</i> 2018	GPC no localizada

Anexo 5: Síntesis de resultados.

GPC-1: Wound, pressure ulcer and burn guidelines-2: Guidelines for the diagnosis and treatment of pressure ulcers, second edition.	
Implementabilidad	Puntuación= 4 (suficiente)
Teoría que promueven el cambio	<ul style="list-style-type: none"> • No hay definido un proceso de estrategia de implementación • Enfoque en aspectos individuales • Enfoque en el contexto local
Modelo o fases del proceso del cambio	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación
Estrategia de implementación	<ul style="list-style-type: none"> • Algoritmo para el diagnóstico y tratamiento de las UPP • Algoritmo para el tratamiento de úlceras profundas de fase crónica

GPC-2: Guideline for prevention and management of pressure ulcers (injuries). WOCN Clinical Practice Guideline Series 2. (2 nd ed.)	
Implementabilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Puntuación= 6 (muy buena)
Teoría que promueve el cambio	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategia de implementación basada en el análisis y evaluación de barreras y facilitadores y estándares de calidad. • Enfoque en aspectos individuales • Enfoque en el contexto e interacción social
Modelo o fases del proceso del cambio	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación • Aceptación • Cambio
Estrategia de implementación	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso a la información a través de la publicación y difusión de la guía en formato impreso, en una aplicación móvil para iPads, iPhones e iPods, por correo electrónico y redes sociales. • Provisión de programas educativos y eventos científicos para aumentar el conocimiento y conocer las recomendaciones y su base de evidencia (competencias profesionales, capacitar al personal). • Difusión de las recomendaciones a una audiencia global a través de la publicación de las recomendaciones en la revista <i>Ostomy Wound Management Journal</i>. • Algoritmo para la evaluación diferencial de las heridas como herramienta para facilitar la toma de decisiones e incorporar las recomendaciones de evidencia a los cuidados. Lista de verificación. • Algoritmo basado en la evidencia y el consenso para guiar a los clínicos en la selección de superficies de apoyo basadas en las necesidades individualizadas del paciente. En versión impresa y versión electrónica interactiva.

GPC-3: Assessment and management of pressure injuries for the interprofessional team	
Implementabilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Puntuación= 7 (Excelente)
Teoría que promueve el cambio	<ul style="list-style-type: none"> • Proceso planificado denominado “Conocimiento para la acción” (<i>Knowledge-to-Action framework</i>) para la adherencia y liderazgo. • Enfoque en aspectos individuales • Enfoque en el contexto social • Enfoque en el contexto organizativo local
Modelo o fases del proceso del cambio	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación • Interiorización • Aceptación • Cambio • Mantenimiento
Estrategia de implementación	<ul style="list-style-type: none"> • Publicación de la GPC en la web de la RNAO en diferentes formatos, junto con un manual de implementación y recursos complementarios. • Proyecto “Red de Campeones de Buenas Prácticas de Enfermería” (<i>the Nursing Best Practice Champion Network®</i>), que desarrolla la capacidad de formar enfermeras líderes para fomentar la concienciación, el compromiso y la adopción de recomendaciones a la práctica clínica. • Proyecto “Sistema de órdenes de Enfermería” (<i>Nursing Order Sets</i>), que permite contar con pautas claras, concisas y procesables, derivadas de las recomendaciones de la práctica de las GPC y que pueden integrarse fácilmente en registros clínicos electrónicos o usarse en entornos híbridos o en papel. • Proyectos “Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados” (<i>the Best Practice Spotlight Organization®, BPSO®</i>), que se centran en el desarrollo de la cultura basadas en la evidencia, con el compromiso específico de implementar, evaluar y mantener múltiples recomendaciones de las GPC de la RNAO. Además, de ofrecer un modelo de aprendizaje de capacidades y seguimiento anual. • Listas de verificación e indicadores de monitorización de calidad. • Diagramas de flujo y algoritmos útiles para profesionales y pacientes.

GPC-4: Guía de Práctica Clínica. Prevención, diagnóstico y manejo de las úlceras por presión	
Implementabilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Puntuación= 5 (buena)
Teoría que promueve el cambio	<ul style="list-style-type: none"> • No hay definido un proceso de estrategia de implementación • Enfoque en aspectos individuales • Enfoque en el contexto local
Modelo o fases del proceso del cambio	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación
Estrategia de implementación	<ul style="list-style-type: none"> • Algoritmo para la evaluación y manejo de las heridas como herramienta para facilitar la toma de decisiones e incorporar las recomendaciones de evidencia a los cuidados. • Algoritmo de evaluación inicial del riesgo de padecer UPP • Algoritmo de tratamiento de UPP • Lista de verificación y monitoreo de indicadores

GPC-5: Guía de Práctica Clínica. Intervenciones de enfermería en la prevención de úlceras por presión en 2º y 3º nivel de atención	
Implementabilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Puntuación= 5 (buena)
Teoría que promueve el cambio	<ul style="list-style-type: none"> • No hay definido un proceso de estrategia de implementación • Enfoque en aspectos individuales • Enfoque en el contexto local
Modelo o fases del proceso del cambio	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación
Estrategias de implementación	<ul style="list-style-type: none"> • Algoritmo y figuras para la valoración del riesgo de UPP en un paciente pediátrico, con el fin de facilitar la toma de decisiones e incorporar las recomendaciones de evidencia a los cuidados. • Algoritmo y figuras para la valoración del riesgo de UPP en un paciente adulto. • Lista de verificación y monitoreo de indicadores

GPC-6: The prevention and management of pressure ulcers in primary and secondary care	
Implementabilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Puntuación= 7 (Excelente)
Teoría que promueve el cambio	<ul style="list-style-type: none"> • Proceso planificado por un equipo asesor y asociados externos que elaboran la estrategia de implementación y estándares de calidad • Enfoque en aspectos individuales • Enfoque en el contexto e interacción social • Enfoque en el contexto organizativo local y económico
Modelo o fases del proceso del cambio	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación • Interiorización • Aceptación • Cambio • Mantenimiento
Estrategia de implementación	<ul style="list-style-type: none"> • Publicación de la GPC en la web de la NICE en diferentes formatos (incluida una versión para el público), junto con un sumario de la evidencia y los recursos necesarios para implementar la guía. • Uso de un punto de acceso de internet "NICE Pathways" que es un recurso práctico en línea que reúne toda la información con enlaces y otros itinerarios para ayuda a los usuarios de la guía a poner en práctica las recomendaciones. • Estrategia de implementación local por un grupo de 8 asesores que guían el proceso. Se da formación reglada a los profesionales y se brinda acceso a una colección de bases de datos sobre estándares de calidad y redes colaborativas. • Se identifican y resaltan aquellas recomendaciones relevantes para su implementación práctica y, se incluyen pautas en aquellas que potencialmente son discutibles o difícil de implementar por requerir un esfuerzo adicional a nivel local. • Vincular en lo posible las recomendaciones con normas o estándares de calidad que contribuyan a mejorar la eficacia, la seguridad y la experiencia de la atención o los servicios. • Auditorías clínicas, uso de formularios, plantillas y listados de chequeo para monitorizar indicadores de calidad (estructura, proceso y resultado). • Algoritmo para la evaluación de riesgos, prevención y manejo en niños y adultos • Declaración de costo-beneficio de cada recomendación • Informe de recomendaciones para la investigación y líneas futuras • Consejos sobre "no lo hagas" (<i>Do not do information</i>).

GPC-7: Prevention and treatment of pressure ulcers: Clinical practice guideline	
Implementabilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Puntuación= 6 (muy buena)
Teoría que promueve el cambio	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategia de implementación basada en el análisis y evaluación de barreras y facilitadores y estándares de calidad. • Enfoque en aspectos individuales • Enfoque en el contexto organizativo local y económico
Modelo o fases del proceso del cambio	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación • Aceptación • Cambio • Mantenimiento
Estrategia de implementación	<ul style="list-style-type: none"> • Publicación de la GPC en formato papel y electrónico. Guía de consulta rápida de acceso público a las recomendaciones de la GPC • Formación reglada (entrenamiento de capacidades y actitudes) a los profesionales de salud. • Recursos educativos para pacientes y cuidadores. • Uso de recursos de aprendizaje virtual • Establecimiento de una estrategia de indicadores de calidad (estructura, proceso y resultados).
GPC-8: Pressure ulcer prevention and treatment following spinal cord injury: A clinical practice guideline for health-care professionals (2nd ed.)	
Implementabilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Puntuación= 4 (suficiente)
Teoría que promueve el cambio	<ul style="list-style-type: none"> • No hay definido un proceso de estrategia de implementación • Enfoque en aspectos individuales • Enfoque en el contexto local
Modelo o fases del proceso del cambio	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación
Estrategia de implementación	<ul style="list-style-type: none"> • Cuadro resumen de los apósitos para el tratamiento de las UPP • Cuadro resumen de las superficies para la prevención de las UPP • Instauración de medidas preventivas y utilización de herramientas validadas para la valoración del riesgo de UPP.
GPC-9: The Association for the Advancement of Wound Care (AAWC) Venous and Pressure Ulcer Guidelines.	
Implementabilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Puntuación= 5 (bien)
Teoría que promueve el cambio	<ul style="list-style-type: none"> • Proceso de planificación de la implementación basado en equipos de expertos referentes y estándares de calidad • Enfoque en aspectos individuales • Enfoque en el contexto local y económico
Modelo o fases del proceso del cambio	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación • Aceptación • Cambio • Mantenimiento
Estrategia de implementación	<ul style="list-style-type: none"> • Difusión de la guía en formato digital y material complementario en la página web de la AAWC. Publicación del manual de implementación en la revista <i>Journal of Wound Care</i> • Folletos educativos para pacientes y profesionales. • Intervenciones educativas y formativas para profesionales y público en general. • Listas de verificación e indicadores de monitorización de calidad. • Guía de referencia rápida. Diagramas de flujo y algoritmos útiles para profesionales y pacientes. • Red de trabajo compartida con plataforma virtual de registros clínicos. Equipos de expertos multidisciplinares que son referentes y facilitan la implementación de las recomendaciones.

Trabajo Fin de Grado de Enfermería (TFG) de José María Rumbo Prieto.

Título: *Implementación de las recomendaciones de guías de práctica clínica sobre lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia: Una revisión sistemática de revisiones*

DOI: 10.5281/zenodo.1518516

Licencia Creative Commons: CC BY-NC-ND 3.0