

**COLABORACIÓN ESPECIAL**Recibido: 16 de abril de 2021  
Aceptado: 5 de agosto de 2021  
Publicado: 1 de octubre de 2021**IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA “CENTROS COMPROMETIDOS CON LA EXCELENCIA EN CUIDADOS” EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES<sup>(\*)</sup>****M<sup>a</sup> Dolores Quiñoz Gallardo (1,2), Elena Gonzalo Jiménez (3), Sergio Barrientos Trigo (4) y Ana María Porcel Gálvez (4)**

(1) Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. Granada. España.

(2) Grupo de investigación Ee-12 Hygia adscrito al Instituto de Investigación Biosanitaria (ibs.Granada). Granada. España.

(3) Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. España.

(4) Departamento de Enfermería Universidad de Sevilla. Grupo de investigación CTS-1050 “Cuidados Complejos, Cronicidad y Resultados en Salud” adscrito al Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBIS). Sevilla. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

**(\*) Financiación:** Este programa está parcialmente financiado por el Centro español para los cuidados de salud basados en la evidencia, un Centro de Excelencia del Instituto Joanna Briggs.**RESUMEN**

El objetivo de este trabajo fue describir el proyecto de implantación presentado por el Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada, España) para ser seleccionado candidato del programa “Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados” (CCEC)<sup>®</sup> en la cohorte (2015-2017) para implantar tres guías de práctica clínica de cuidados de la Asociación de Enfermeras de Ontario de Canadá (RNAO).

La metodología utilizada fue el modelo denominado “conocimiento para la acción” y se describieron las actuaciones desarrolladas para cada una de las fases de las que consta el ciclo de acción para la aplicación de conocimientos a la práctica: 1) identificación del problema, 2) adaptación al contexto local, 3) evaluación de los facilitadores y barreras, 4) adaptación e implantación de las intervenciones, 5) monitorización y evaluación de resultados y 6) sostenibilidad.

Este trabajo se suma al conjunto de estudios que abordan la mejora y el mantenimiento de programas de prácticas basadas en la evidencia en enfermería, y en los servicios de salud en general. Muestra la aplicación de un marco de implantación de guías de práctica clínica de cuidados en un entorno sanitario específico para su replicación en otros escenarios de salud diferentes. Se ha demostrado que resulta esencial dedicar esfuerzos en planificar la implantación de este tipo de programas atendiendo al contexto en el que se desarrollan, a las características específicas de la población a la que se atiende, identificando las diferentes barreras y facilitadores que pueden afectar durante el proceso y definiendo acciones para hacer sostenible los cambios en la práctica.

**Palabras clave:** Guías de buenas prácticas, Práctica clínica basada en la evidencia, Enfermería, Traslación del Conocimiento, Implantación, Conocimiento para la acción, Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados<sup>®</sup>.

**ABSTRACT****Implementation of the “Best Practice Spotlight Organization” Program at the Virgen de las Nieves University Hospital**

The objective of this work was to describe the implantation project presented by the Virgen de las Nieves University Hospital (Granada, Spain) to be selected as a candidate for “Best Practice Spotlight Organization”<sup>®</sup> (in Spain CCEC<sup>®</sup>) program in the cohort (2015-2017) to implement three guidelines for Nurses Association of Canada Ontario (RNAO) clinical practice of care.

The methodology used was the model called “knowledge for action” and the actions developed for each of the phases of the action cycle for applying knowledge to practice were described: 1) identification of the problem, 2) adaptation to the local context, 3) evaluation of facilitators and barriers, 4) adaptation and implementation of interventions, 5) monitoring and evaluation of results and 6) sustainability.

This work adds to the set of studies that address the improvement and maintenance of evidence-based practice programs in nursing, and in health services in general. It shows the application of a framework for the implementation of clinical practice guidelines for care in a specific health environment for its replication in other different health settings. It has been shown that it is essential to dedicate efforts to planning the implementation of this type of programs, taking into account the context in which they are developed, the specific characteristics of the population being served, identifying the different barriers and facilitators that may affect during the course of the program. process and defining actions to make the changes in practice sustainable.

**Key words:** Best practice guidelines, Evidence-based practice, Nursing, Knowledge translation, Implementation, Knowledge-to-action, Best Practice Spotlight Organization<sup>®</sup>.

Correspondencia:

M<sup>a</sup> Dolores Quiñoz Gallardo

Urbanización San Javier

C/ Río Miño, 117

18110 Híjar, Granada, España

mariad.quinoz.sspa@juntadeandalucia.es

Cita sugerida: Quiñoz Gallardo MD, Gonzalo Jiménez E, Barrientos Trigo S, Porcel Gálvez AM. Implantación del programa “Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados” en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Rev Esp Salud Pública. 2021; 95: 1 de octubre e202110128.

## INTRODUCCIÓN

Durante esta última década la investigación ha demostrado que incorporar la práctica basada en la evidencia en la atención sanitaria produce beneficios en los pacientes, obteniendo mejores resultados en salud, y aporta ventajas para los profesionales al promover un enriquecimiento de su práctica profesional<sup>(1,2,3)</sup>. Iniciativas que promuevan reducir la brecha entre la investigación y la práctica clínica son esenciales para el sistema sanitario, ejemplo de ello es el programa “*Best Practice Spotlight Organization*” (BPSO®)<sup>(4)</sup>.

El programa BPSO®, de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO), lleva desde 2003 apoyando a instituciones sanitarias y académicas en la implantación de Guías de Buenas Prácticas (GBP) desarrolladas por esta asociación canadiense<sup>(5,6)</sup>. Estas instituciones son elegidas y apoyadas metodológicamente por RNAO a través de un proceso de selección competitivo, comprometiéndose formalmente a implantar y evaluar las GBP en un periodo de tres años<sup>(4)</sup>.

En 2010, España se adhirió a este programa de implantación de buenas prácticas en cuidados al que denominó “Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados” (CCEC®/BPSO® por su nombre en inglés). Esta iniciativa ha sido posible gracias al acuerdo de colaboración entre la Unidad de Investigación en Cuidados y Servicios de Salud, del Instituto de Salud Carlos III (investen-ISCIII), en colaboración con el Centro Español para los Cuidados de salud Basados en la Evidencia (CECBE) y RNAO<sup>(6)</sup>.

En dicho acuerdo se establece que esta Unidad (investen-isciii) sea centro coordinador del programa en España o *BPSO® Host*, con el compromiso de poner en marcha el programa de implantación de GBP de la RNAO según los

mismos principios que el programa BPSO® internacional.

Entre las acciones llevadas a cabo se incluyen, la selección de las instituciones interesadas en participar, el apoyo metodológico, la evaluación y la realización de reportes a la RNAO, en los que se describe el progreso del programa CCEC®/BPSO® a nivel nacional. La meta del programa es crear una red nacional de CCEC® que forme parte de la red internacional de BPSO® consolidando el uso de prácticas basadas en los mejores resultados de la investigación en cuidados<sup>(7)</sup>. Este programa además, fue seleccionado en 2016 por la Región Europea de la Organización Mundial de las Salud (OMS) como buena práctica en su “*Compendio de Buenas Prácticas para transformar los servicios de salud*” por su impacto<sup>(8)</sup>.

El programa CCEC®/BPSO® inició su recorrido en España en 2011 con la traducción al español de las guías de la RNAO, y la convocatoria para conocer qué centros estarían interesados en participar. En la primera cohorte (2012-2014), se seleccionaron 8 instituciones de 33 propuestas presentadas. En la segunda cohorte (2015-2017), se seleccionaron 11 instituciones de 60 propuestas. En la tercera cohorte (2018-2020) fueron 8 instituciones las seleccionadas de 25 propuestas. En 2018 se inició la expansión del programa a nivel autonómico, con la puesta en marcha de *BPSO Host* regionales coordinados por el *host* nacional, según un modelo de expansión en cascada<sup>(9)</sup>.

En 2014 el Hospital Universitario Virgen de las Nieves (HUVN) inicia una estrategia de mejora de la calidad de los cuidados de enfermería para reducir la variabilidad de la práctica clínica y trabajar con prácticas basadas en la evidencia, para lo cual se pusieron a disposición de los profesionales las GBP de la RNAO<sup>(4)</sup>. Además, esta institución se interesó por el programa CCEC® y accedió a la convocatoria de 2014

para la selección de los centros de la segunda cohorte (2015-2017), presentando un proyecto de implantación que debía pasar por un proceso de evaluación competitiva con otros 59 centros. El HUVN, en ese momento, atendía a una población de 922.000 habitantes y tenía como área de influencia Andalucía Oriental: Granada, Jaén y Almería. Contaba con una plantilla de 8.146 trabajadores de los que 1.698 eran enfermeras y 1.378 técnicos de cuidados auxiliar de enfermería (TCAE). Disponía de 1.447 camas convencionales, 66 camas de intensivos (adultos), 26 camas intensivos (neonatos/pediatría) y 68 quirófanos.

En el proceso de convocatoria se requería que los centros solicitantes enviaran una declaración de interés, un formulario de solicitud, una carta de apoyo de la institución, el proyecto global de implantación en la institución y un proyecto de implantación de cada una de las guías seleccionadas. La elección de un centro como candidato le comprometía a implantar, evaluar y mantener durante un periodo de 3 años, al menos tres GBP de RNAO. Este proyecto pretendía ser una medida global que facilitase la transferencia del conocimiento a la práctica asistencial en esta institución.

El objetivo de este trabajo fue describir el proyecto de implantación global llevado a cabo por el Hospital Universitario Virgen de las Nieves para ser seleccionado candidato del programa CCEC<sup>®</sup>, en la cohorte (2015-2017) con la propuesta de implantación de las siguientes tres guías de RNAO: Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión<sup>(10)</sup>, Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida<sup>(11)</sup> y Lactancia Materna<sup>(12)</sup>.

## MATERIALES Y MÉTODOS

La metodología utilizada para llevar a cabo este proyecto de implantación se sustentó en

la herramienta de implantación diseñada por RNAO<sup>(13)</sup>, basada en el modelo denominado *Knowledge to Action* (Marco del Conocimiento para la Acción), adaptado del *Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice*<sup>(14)</sup>. Este modelo es uno de los más utilizados en el ámbito de la salud por ser intuitivo y por englobar los elementos esenciales que guían el proceso de traslación del conocimiento<sup>(15,16,17,18)</sup>. Estos elementos esenciales se basan en la adaptación del conocimiento al contexto local, en la evaluación explícita de las barreras y facilitadores para el uso del conocimiento, en la participación de las partes interesadas y en la adaptación del conocimiento a las necesidades de las personas que lo van a utilizar.

**i) Identificación del problema:** Durante la realización del ejercicio profesional se pueden producir una serie de circunstancias que pueden llevar a plantear la necesidad de cambiar las prácticas habituales. En este sentido, en junio de 2014 la Dirección de Enfermería convocó a las Subdirecciones de Enfermería, Jefas de Bloque, Enfermeras Gestoras de Casos y Supervisoras de Gestión de Cuidados para trabajar en reducir la variabilidad de la práctica clínica en la institución e iniciar una estrategia de mejora de la calidad de los cuidados de enfermería a través de la implantación de GBP de RNAO.

**ii) Adaptación al contexto local:** Adaptar el conocimiento y las evidencias resultó ser un requisito fundamental en este proceso de implantación. El primer paso que se llevó a cabo fue la creación de una estructura para la implantación de las guías, definiendo un equipo de implantación inicial (equipo coordinador) que se encargase de realizar la adaptación al contexto local a través de un examen previo del entorno, externo e interno, en el que se llevaría a cabo el proyecto y un análisis de las partes interesadas utilizando la técnica de análisis DAFO<sup>(19)</sup> (tabla 1).

**Tabla 1**  
**Resultados del análisis DAFO.**

Análisis	Aspectos Favorables	Aspectos Desfavorables
<b>Análisis interno</b>	Ganas de trabajar en este proyecto	Miedo a asumir mayores competencias profesionales
	Experiencia previa de trabajo con GPC	Falta de comunicación y de coordinación intra-intergrupos profesionales
	Evita variabilidad de la práctica clínica	Falta de liderazgo clínico en la gestión de cuidados (profesionales y cargos intermedios)
	Trabajo en red	La variabilidad de la práctica clínica a pesar de tener múltiples protocolos de trabajo consensuados
	Mejora la prestación de cuidados de calidad	Dificultades para ejercer una práctica profesional autónoma
	Contamos con recomendaciones y protocolos ya elaborados	No conseguir motivar a los profesionales con el proyecto
	Apoyo institucional (Dirección enfermería y Gerencia)	No conseguir mejorar los resultados en salud de los pacientes
	Sistemas propios de registro e información	Falta de tiempo
	Apoyo de los alumnos de enfermería y EIR	Resistencia al cambio
<b>Análisis externo</b>	Enriquecimiento del conocimiento	Crisis
	Respaldo institucional	Desmotivación, descontento general de los profesionales
	Aumento del liderazgo profesional	Sistemas informáticos no consolidados ni unificados para el seguimiento y evaluación
	Al estar en época de crisis debemos ser coste-efectivos	Falta de coordinación con otros niveles asistenciales
	Recibimos formación sobre implantación	Variabilidad en la práctica clínica
	Actualización de conocimientos basados en la evidencia disponible	Entendimiento con otros colectivos profesionales
		Muchos centros que solicitan el proyecto CCEC

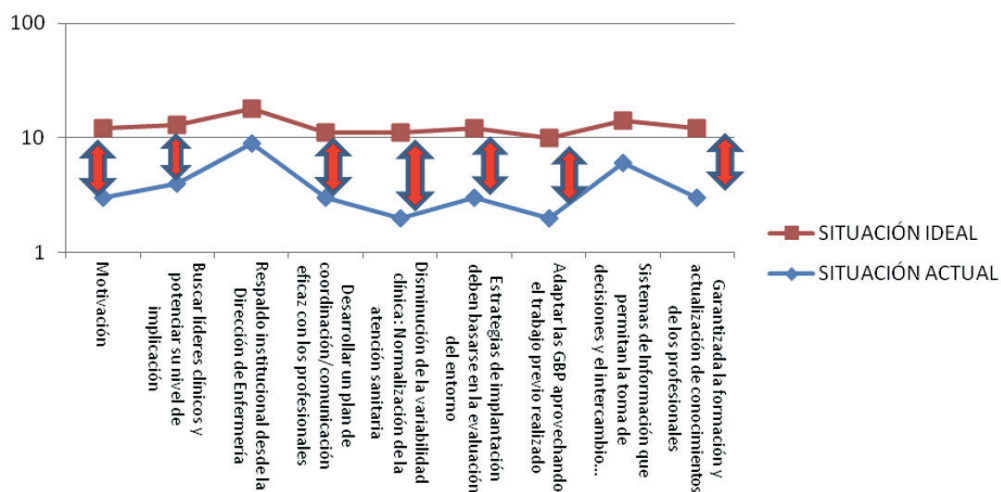
Tras analizar las fortalezas y las debilidades, se consideraron una serie de estrategias relacionadas con la motivación y la formación de los profesionales: el respaldo institucional, la adaptación del proceso de implantación al contexto y el apoyo de los sistemas de información en la monitorización y evaluación para poder alcanzar con éxito la implantación de las guías (tabla 2). Para priorizar las estrategias, se utilizó la técnica del “modelo horizonte”, a través de la cual se valoró cada factor de acuerdo a dos criterios: la importancia que tenía para el logro de los objetivos planteados (valor estratégico), y la situación actual de ese factor en la organización sobre la que se deseaba intervenir (posición competitiva)<sup>(19)</sup>. Ambos criterios fueron valorados con una puntuación entre 0 y 9, factores como el respaldo institucional de la Dirección de Enfermería y el

soporte de los sistemas de información al programa gozaban de una posición favorable. Otros factores como la motivación de los profesionales, la implicación de los líderes clínicos, contar con un plan de coordinación y de comunicación eficaz para llegar al mayor número de profesionales y normalizar la práctica clínica y actualizar conocimientos, fueron aspectos con márgenes de mejora (figura 1).

El siguiente paso consistió en identificar y seleccionar las GBP más adecuadas para su implantación, teniendo en cuenta el entorno del HUVN. La Dirección de Enfermería convocó una reunión con cargos intermedios y estableció unos criterios a tener en cuenta en el proceso de selección, para garantizar la factibilidad de la implantación de las guías:

<b>Tabla 2</b> <b>Factores críticos de éxito.</b>
- Necesario conseguir motivar/sensibilizar a los profesionales sobre proporcionar un cuidado eficiente basado en la evidencia.
- Potenciar el trabajo desarrollado por los líderes en cada UGC y determinar su grado de apoyo e influencia para el cambio.
- Se hace imprescindible el respaldo institucional desde la Dirección de Enfermería/Dirección Gerencia.
- Desarrollar un plan de coordinación y de comunicación con los profesionales eficaz y dinámico que se pueda adaptar a las modificaciones que puedan surgir durante el proceso.
- Normalización de la atención para conseguir disminuir la variabilidad de la práctica clínica.
- Estrategias de implantación elegidas deben ser flexibles adaptadas al estudio del contexto y a la tipología de los colaboradores elegidos.
- La implementación no debe suponer un coste añadido de recursos (humanos, materiales), debiéndose aprovechar el trabajo previo realizado por los profesionales.
- Los Sistemas de Información deben de facilitar los indicadores necesarios para la monitorización del proceso y así facilitar la toma de decisiones.
- El proyecto es una oportunidad garantizada para la formación y actualización de conocimientos de los profesionales.

**Figura 1**  
**Representación gráfica del análisis estratégico.**



- Que la institución estuviese trabajando previamente sobre el tema que trataba la guía.
- Que no implicase una inversión adicional en recursos humanos y materiales.
- Que tuviese repercusión en la práctica asistencial a nivel general y que se pudiesen extender las recomendaciones al mayor número de población atendida.
- Que se pudiese medir el impacto en resultados clínicos de la población atendida a corto y medio plazo.
- Que se pudiese aprovechar la formación previa de los profesionales de enfermería sobre las guías elegidas.
- Que existiesen recomendaciones específicas en las guías dirigidas a las necesidades de la organización.

Se eligieron las siguientes guías: Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por

presión<sup>(10)</sup>, Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida<sup>(11)</sup> y Lactancia Materna<sup>(12)</sup>.

Una vez seleccionadas las guías, se procedió a seleccionar nuevos miembros del equipo de implantación con representación de todas las partes interesadas de cada guía, utilizando la técnica de la bola de nieve y teniendo en cuenta las siguientes premisas:

- Se apostó por colaboradores que habían participado previamente en procesos de implantación de protocolos, que estuviesen implicados en la investigación o en proceso de acreditación, para maximizar la congruencia entre los intereses de los colaboradores y los objetivos del proyecto.
- Se intentó controlar o minimizar los riesgos asociados con la falta de apoyo de los colaboradores durante todo el proceso, apoyándoles en todo momento y manteniendo una comunicación continuada y fluida.



– Se evaluó el grado de apoyo e influencia de los colaboradores en términos de:

- Potencial para la cooperación o grado de apoyo para el cambio e iniciativa clínica.
- Potencial de amenaza o grado de influencia relacionado con la adopción de cambios e iniciativas clínicas.

Se constituyeron equipos interdisciplinarios, con un total de 43 profesionales de diferentes perfiles: terapeutas ocupacionales, técnicos de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), enfermeras, matronas, enfermeras gestoras de casos, supervisoras, jefes de bloque y un psiquiatra. Desde el punto de vista funcional se definieron dos grupos de colaboradores. Un grupo responsable de la implantación, cuyos miembros ejercieron de dinamizadores y formadores y otro encargado de la monitorización de los indicadores y del *feedback* a los profesionales.

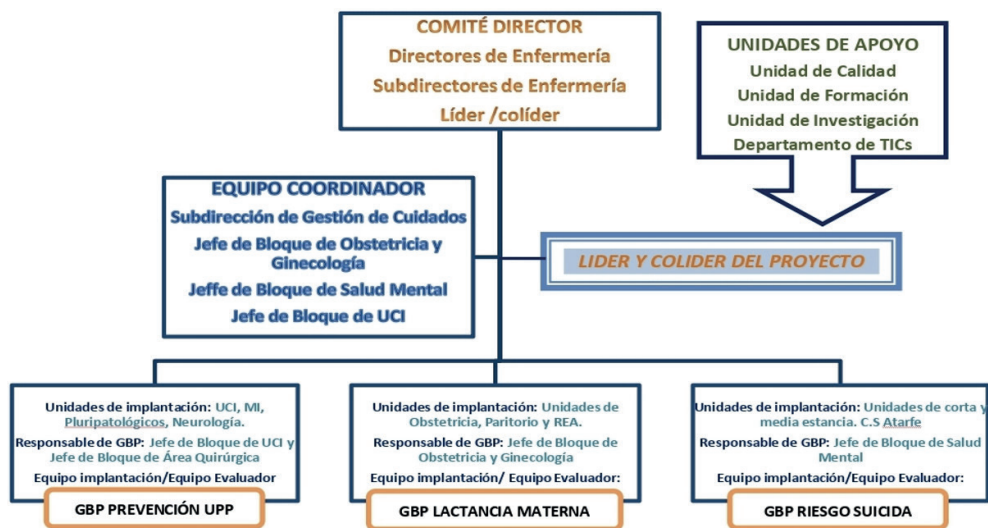
Esta selección se realizó teniendo en cuenta el perfil competencial de estos profesionales. Cada equipo estuvo liderado por la persona responsable de coordinar cada guía.

Se definió un organigrama de estructura del equipo de implantación: Líder del proyecto; Comité Director; Equipo Coordinador; Unidades de Apoyo; líderes de guías y equipos (*figura 2*).

A continuación, se seleccionaron las unidades piloto para la implantación de las guías teniendo en cuenta el número de pacientes susceptibles de beneficiarse de la intervención. Fueron las siguientes:

- Guía de Valoración del riesgo y Prevención de las úlceras por presión<sup>(10)</sup>: 4 unidades (medicina interna; pluripatológicos; cuidados intensivos; neurología) con un total de 93 camas, con 88 enfermeras y 69 TCAE (técnicos en cuidados auxiliares de enfermería).

**Figura 2**  
**Organigrama de estructura del equipo de implantación.**



– Guía de Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida<sup>(11)</sup>: 59 camas de corta estancia, 30 camas de media estancia, 1 centro de salud, 42 enfermeras, 60 TCAE y 3 terapeutas.

– Guía de Lactancia Materna<sup>(12)</sup>: 2 salas de obstetricia con 34 camas, 17 enfermeras y 15 TCAE. Partorios con 13 camas, 13 matronas y 24 TCAE.

### iii) Evaluación de los facilitadores y barreras:

Los aspectos que fueron identificados como facilitadores mediante el análisis interno del entorno fueron: el interés por trabajar en este proyecto, la experiencia previa en trabajar con guías de práctica clínica; la reducción de la variabilidad de la práctica clínica y la mejora de la calidad de los cuidados; la posibilidad de trabajar en red; si se partía con recomendaciones y protocolos ya elaborados basados la evidencia; apoyo institucional (Dirección Enfermería y Gerencia) desde el inicio; sistemas propios de registro e información; al ser un hospital universitario si se contó con el apoyo de los alumnos de grado de enfermería y de los residentes de enfermería.

Los aspectos que podían actuar como posibles barreras durante el proceso de implantación fueron: la falta de liderazgo de enfermería para asumir mayores competencias profesionales; problemas de comunicación y de coordinación intragrupos e intergrupos profesionales; que persistiese la variabilidad en la práctica clínica a pesar de tener múltiples protocolos elaborados e implantados; dificultades para ejercer una práctica profesional autónoma; no conseguir motivar a los profesionales con el proyecto; no conseguir mejorar los resultados clínicos en los pacientes; falta de tiempo de los profesionales y las actitudes y creencias negativas que provocan resistencia al cambio.

### iv) Adaptación e implantación de las intervenciones:

Se realizó una búsqueda preliminar para poder establecer qué estrategias de implantación específicas funcionan mejor en un contexto en particular. Se consultó la herramienta de implantación de guías de buenas prácticas de la RNAO que detalla algunas estrategias que se pueden utilizar y que han tenido éxito. Éstas deben ser cuidadosamente planeadas y utilizadas de forma combinada, siendo necesario trabajar con diferentes enfoques que puedan propiciar los cambios en la práctica deseada<sup>(13)</sup>. La mayoría de los estudios para evaluar la eficacia de las estrategias de implantación se han centrado en la práctica médica, y se ha visto que las que resultan exitosas en este grupo profesional, pueden no ser eficaces con las enfermeras<sup>(20)</sup>. Se ha observado que esta situación tiene que ver con los niveles de autonomía en la toma de decisiones clínicas que tienen ambos colectivos profesionales. Las enfermeras trabajan habitualmente en equipo o en situaciones interdependientes con menor nivel de autonomía en sus decisiones, mientras que las actuaciones realizadas por el personal médico son más individuales y con mayor nivel de autonomía.

Se optó, por intentar que el conjunto de estrategias garantizase la adaptación e implantación de las recomendaciones de buenas prácticas de cada una de las guías. En concreto, se decidieron estrategias dirigidas a: la difusión del programa dentro y fuera de la institución; la formación de los profesionales; la activación de grupos de trabajo; garantizar un *feedback* con los profesionales sobre los resultados conseguidos e incorporar la perspectiva del paciente y de la familia con actividades de educación sanitaria. Pueden verse en detalle en la **tabla 3**.

### v) Monitorización y evaluación de resultados:

Evaluar la utilización del conocimiento es complejo y requiere de un enfoque



**Tabla 3**  
**Estrategias puestas en marcha en la implantación del programa.**

Análisis	Aspectos Favorables
<b>Construir el consenso local</b>	Reactivación del grupo de trabajo de úlceras por presión y de lactancia materna que funcionaba previamente y que se encargaron de identificar áreas de mejora, definieron prioridades, revisaron las guías y participaron en el diseño del programa de implantación.
<b>Establecer un calendario de sesiones formativas interactivas</b>	Acreditación de todas las sesiones formativas a través de ACSA (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía). La Unidad de Formación Continuada prestó el apoyo necesario para el desarrollo de las sesiones. Los docentes fueron miembros del comité de implantación. En las sesiones se abordaron cada una de las guías, metodología de implantación de evidencia y habilidades para el manejo del cambio.
<b>Planificar visitas formativas de alcance</b>	Las enfermeras colaboradoras proporcionaron asesoramiento individualizado continuo, retroalimentación y motivación al resto del personal de enfermería.
<b>Recordatorios</b>	Versión plastificada de las actuaciones a realizar en pacientes con riesgo de UPP en los controles de enfermería. Cartelería en las habitaciones de las unidades de obstetricia sobre la importancia del fomento de la lactancia materna de manera rutinaria. En el tablón de la unidad colocación de resumen de las recomendaciones a implantar sobre prevención del riesgo suicida.
<b>Desarrollar un plan de marketing</b>	El comité pidió asesoramiento al responsable de comunicación del hospital para desarrollar este plan de difusión. Espacio propio en la Web del centro. Cartelería en las unidades. Chapas con logos del programa entregadas a todos los impulsores. Difusión en prensa. Promoción de la asistencia a Congresos y Jornadas por parte de la Dirección. Promoción de eventos internos para la difusión de resultados.
<b>Auditorias y retroalimentación</b>	Las auditorías se realizaron mediante la monitorización de los indicadores de proceso y de resultados de cada una de las guías. La retroalimentación se realizó a través de informe mensual/trimestral con los resultados de las auditorías realizadas a cada unidad de implantación.
<b>Proporcionar al paciente intervenciones mediadas</b>	Se elaboraron folletos sobre prevención de UPP y fomento de la Lactancia Materna a los pacientes y sus familiares. Los folletos incluían información sobre lo que pueden esperar en términos de prevención de UPP y Lactancia Materna. Desarrollo de eventos dónde participasen pacientes y profesionales conjuntamente.
<b>Intervenciones mediadas por pacientes</b>	Se realizó encuesta de satisfacción sobre la atención recibida a las madres lactantes que sirvió para incorporar la experiencia de éstas con la implantación de las recomendaciones y se detectaron aspectos a mejorar.

multidisciplinar, iterativo y sistemático<sup>(21)</sup>. Antes, durante y después de la implantación de una guía en el ámbito clínico es importante monitorizar la utilización de las nuevas recomendaciones y evaluar los resultados o el impacto que tiene en pacientes, profesionales, unidad y costes. Se utilizó el modelo de Donabedian<sup>(22)</sup> propuesto por la herramienta de implantación de guías de buenas prácticas de la RNAO<sup>(13)</sup>, mediante la medición de tres tipos de indicadores. Los indicadores de estructura aportan información sobre todos los factores que afectan al contexto en el que se brinda la atención. Los indicadores de proceso se centran en qué se hace y cómo se hace durante la prestación de cuidados. Los indicadores de resultados miden los resultados clínicos y la mejora de la satisfacción de profesionales y pacientes.

Se diseñó un plan de evaluación que incluyera los objetivos a alcanzar con la implantación, la población diana, el ámbito de aplicación, la cronología de medición y el análisis mediante indicadores de estructura, de proceso y de resultados (tabla 4).

Se monitorizaron indicadores de estructura referidos a la existencia de protocolos o procedimientos y de sistemas de registros corporativos, se administró el cuestionario *Practice Environment Scale-Nursing Work Index*<sup>(23)</sup> para medir el entorno laboral de las unidades piloto, se revisó el programa formativo del centro, la ratio enfermera-paciente, las características de la población atendida y los costes de los equipamientos necesarios para incorporar algunas recomendaciones como el uso de superficies especiales para la gestión de la presión en pacientes con riesgo.

Se evaluó el nivel de conocimientos de los profesionales y su grado de satisfacción con la formación recibida tras realizar cualquier tipo de formación relacionada con la implantación del programa mediante encuestas.

Se evaluó la satisfacción de las madres lactantes con la promoción de la lactancia materna y la adherencia de los profesionales a las recomendaciones de esta guía con un estudio multicéntrico y sus resultados ha sido publicados recientemente<sup>(24)</sup>.

Se identificaron los equipos de evaluación para cada guía y se formó a un grupo de evaluadores para realizar dicha monitorización. La formación consistió en una sesión teórico-práctica en la que se explicó el manual de evaluación, los diccionarios de indicadores de cada guía y el manejo de la herramienta para el volcado de datos on-line. Durante los tres primeros años desde el inicio del proceso la implantación de las guías se evaluó mensualmente sobre una muestra no probabilística seleccionando todas las altas de los últimos 5 días hábiles de cada mes. El tipo de muestreo a utilizar venía establecido por la normativa del programa CCEC<sup>®</sup>.

Previa a la implantación del proyecto, se realizó una recogida de datos basales a través de la historia clínica corporativa, para poder compararlos con los datos que se obtuviesen tras la implantación de las guías. Se utilizaron como punto de partida los datos recogidos de manera rutinaria sobre prevención de úlceras por presión, lactancia materna y valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida.

**vi) Sostenibilidad:** A la capacidad de mantener la práctica basada en evidencia más allá del proyecto de implantación se le denomina sostenibilidad. Es un campo en crecimiento dentro de las metodologías de la implantación<sup>(25)</sup> y se ha demostrado que no se puede lograr sin que el cambio esté integrado en las normas y en la cultura organizacional<sup>(26)</sup>. El Modelo de Sostenibilidad del Servicio Nacional de Salud de Reino Unido es el propuesto por RNAO y contempla factores de personal, proceso e institución<sup>(13)</sup>. Entre los factores de personal

<b>Tabla 4</b> <b>Indicadores de evaluación utilizados durante el proceso de implantación.</b>			
Variables	Estructura	Proceso	Resultados
<b>Objetivos</b>	<b>Tener la estructura asistencial necesaria para prestar cuidados excelentes</b>	<b>Mejorar mediante la actualización del conocimiento enfermero y la concienciación de profesionales y pacientes</b>	<b>Mejorar en resultados en salud y mejorar la satisfacción del profesional y del paciente</b>
<b>Unidad</b>	Cultura y apoyo para el cambio y la práctica basada en la evidencia. Existencia de Protocolos y procedimientos. Sistema de cuidados de enfermería.	Actualización de Protocolos y procedimientos. Historias clínicas informatizadas.	Consecución de objetivos sobre la mejora de los resultados en los pacientes.
<b>Profesionales</b>	Cantidad y cualificación del personal. Proporción de personal por paciente. Equipo multidisciplinar. Programa formativo.	Grado de concienciación y de actitudes ante las guías. Nivel de conocimientos y habilidades.	Asistencia al programa formativo. Adherencia a las recomendaciones de las guías. Satisfacción de los profesionales.
<b>Paciente / Familia</b>	Características de los pacientes: demográficas y nivel de riesgo. Enfoque centrado en el paciente. Implicación en la toma de decisiones.	Características de los pacientes: demográficas y nivel de riesgo. Enfoque centrado en el paciente. Implicación en la toma de decisiones. Concienciación y actitud del paciente ante las guías. Conocimientos del paciente y la familia.	Resultados físicos, psicológicos y sociales en el paciente. Salud familiar. Satisfacción con los cuidados. Acceso a los cuidados.
<b>Costes financieros</b>	Costes de recursos físicos necesarios. Equipamiento nuevo.	Costes de las estrategias de implantación. Formación del personal. Formación del paciente.	-

destacan la formación y la participación, los comportamientos, los líderes experimentados y los líderes clínicos. Los factores de proceso abordan la monitorización del progreso, la adaptabilidad y los beneficios obtenidos y los de la institución tienen en cuenta la infraestructura y su alineación con los objetivos y la cultura institucional.

Se identificaron los elementos de sostenibilidad desde fases tempranas de la implantación, siguiendo el Modelo de Sostenibilidad del Servicio Nacional de Salud de Reino Unido, y se planificaron las siguientes estrategias teniendo en cuenta los factores anteriormente descritos. Para dar respuesta a los aspectos que tenían que ver con el personal, se trabajó en la planificación del proceso de implantación a partir de estructuras de trabajo no verticales pero apoyadas por la dirección de la institución; se ofrecieron medidas de recompensa a las plantillas por el esfuerzo de implantar las recomendaciones; se utilizaron múltiples estrategias de formación dirigidas al personal sanitario, alumnado de grado y en periodo de residencia, incluyendo tanto metodología de implantación como formación clínica específica de las guías. En relación a la monitorización del proceso, se crearon nuevos registros de enfermería y se adaptaron otros registros relacionados con las guías; se realizó una evaluación continuada del proceso a través de los indicadores de cada guía y se efectuó una retroalimentación de resultados a todas las partes implicadas. Sobre los factores concernientes a la institución se incluyó el programa en los objetivos anuales evaluables y en los planes estratégicos institucionales y se identificó como un aspecto facilitador el hecho de que esta iniciativa estaba en consonancia con las líneas estratégicas de la Estrategia de Cuidados de la comunidad autónoma de Andalucía (CCAA).

**Consideraciones éticas:** Esta institución tras ser seleccionada como centro adscrito al programa BPSO/CCEC<sup>®</sup> firmó un acuerdo de

confidencialidad comprometiéndose a seguir las normas de Buena Práctica Clínica, respetando la legalidad vigente nacional e internacional. La implantación de este proyecto se aplicó bajo los principios de la *Ley 14/2007 de investigación biomédica* y *Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal*. Se solicitaron informes de conformidad tanto a la Dirección del centro como al Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) de la provincia, y se consideró que se cumplían los requisitos necesarios de idoneidad en relación con los objetivos del estudio, así como que se ajustaban a los principios éticos aplicables a este tipo de estudios, y que dicho estudio podía ser realizado en los Centros de la CCAA (España).

## DISCUSIÓN

Este trabajo describe de forma detallada el proceso de implantación de guías de práctica clínica en una institución sanitaria. La descripción del mismo puede servir de guía para aquellas instituciones que se planteen participar en futuras convocatorias del programa, ya que aporta una descripción pormenorizada de todos los aspectos tenidos en cuenta a la hora de llevar a cabo el proyecto de implantación.

El proceso de análisis de la situación y de la planificación estratégica, llevados a cabo para la elaboración de este protocolo, han resultado satisfactorios al ser seleccionada esta institución para formar parte del programa CCEC<sup>®</sup>/BPSO<sup>®</sup> en la cohorte 2015-2017. La metodología utilizada ha demostrado tener un impacto positivo, al igual que en las organizaciones sanitarias que lo están implantando<sup>(9)</sup>.

Utilizar una metodología para la implantación de guías de práctica clínica ha ayudado a identificar una amplia gama de barreras y diseñar estrategias de apoyo adecuadas. Este proyecto se ha desarrollado atendiendo al contexto en el que se iba a ejecutar, a las

características específicas de la población a la que se atendía, identificando las diferentes barreras y facilitadores que condicionan su utilización, y valorando los recursos disponibles a la hora de diseñar estrategias concretas que facilitasen su puesta en práctica, como sugiere la literatura consultada<sup>(27,28,29,30)</sup>.

Pero no se tienen garantías de que, aun habiendo tenido en cuenta todos los factores críticos en el proceso de implantación, éste sea una medida global que facilita la transferencia del conocimiento a la práctica asistencial en esta institución. Un estudio de revisión sistemática<sup>(31)</sup> analizó los efectos de las estrategias puestas en marcha para mejorar la implantación de políticas, prácticas o programas relacionados con la promoción de la alimentación saludable, la actividad física y/o la prevención de la obesidad de los niños. En este, se examinó una variedad de estrategias que incluían reuniones y materiales educativos, auditorías y comentarios, líderes de opinión, pequeños incentivos o subvenciones, visitas de divulgación educativa o detalles académicos, recordatorios e intervenciones personalizadas. Sus hallazgos sugieren que las estrategias de apoyo a la implantación tienen efecto sobre los servicios y sobre el personal con un nivel de evidencia moderada. Sin embargo, no parecen tener una repercusión directa en resultados sobre la salud de la población, obteniendo un nivel de evidencia baja-moderada. En otro estudio de revisión sistemática<sup>(32)</sup>, tampoco fue posible obtener una estimación confiable del efecto de estrategias sobre la adherencia de los profesionales sanitarios a la práctica basada en la evidencia, tras analizar las estrategias de implantación más efectivas para la rehabilitación de pacientes con un accidente cerebrovascular.

Un aspecto esencial a tener en cuenta a la hora de introducir cambios en la práctica sanitaria es el garantizar la sostenibilidad de este tipo de programas y mantener las mejoras a medio

y largo plazo. Este trabajo plantea la sostenibilidad como una etapa más dentro del proceso de implantación y detalla las diferentes acciones puestas en marcha para garantizarla dentro de la institución. La literatura consultada refleja que apenas existen estudios que describan estrategias para ayudar a mantener las mejoras alcanzadas en salud en el tiempo<sup>(33)</sup>, aspecto que se aborda en este proyecto dada la necesidad de conocer qué estrategias de implantación son las más efectivas.

Para la evaluación del desarrollo del programa no se establece que las instituciones adheridas tengan que llegar a unos estándares mínimos prefijados con anterioridad, ya que el hecho de realizar una evaluación continua de la práctica asistencial diaria y el realizar una retroalimentación a las partes implicadas presupone una mejora asistencial. La evaluación basal realizada antes de la implantación de cada guía permitió comparar los resultados con la situación de partida y la monitorización de los indicadores orientará a la hora de introducir modificaciones.

Aunque el objetivo de esta publicación ha sido explicar el proceso seguido organizativamente para implantar el programa, también se han medido resultados del alcance de la implantación de alguna de las guías seleccionadas, resultados susceptibles de ser abordados en futuras publicaciones y que nos permitirán evaluar el alcance de la implantación de estas guías. Estos estudios posteriores nos permitirán conocer la adherencia de los profesionales a determinadas recomendaciones y los resultados clínicos de los pacientes. Así mismo nos planteamos como líneas futuras de investigación la efectividad de la implantación del programa y su impacto en los indicadores de calidad de cuidados de la institución.

Las limitaciones de este estudio podrían estar relacionadas con el hecho de no hacer un

buen análisis del contexto para la adaptación de las guías a lo local, al estar éstas producidas en un contexto muy diferente al nuestro. Otro factor que puede limitar el éxito de este proyecto, y al que hay que prestar especial atención, es la valoración del clima laboral previo, ya que un clima laboral negativo puede impedir el progreso en la implantación. Otro elemento que puede coartar la continuidad de este tipo de proyectos son los cambios en la dirección de los centros o en las políticas institucionales de la CCAA. De cara a garantizar la sostenibilidad del programa es necesario planificar desde el inicio acciones concretas como las que se describen en el apartado sobre sostenibilidad.

La mayor parte de estudios sobre la traslación del conocimiento a la práctica clínica se han focalizado en el estudio de los factores que intervienen en la utilización de la investigación<sup>(25,26,27,28,29)</sup>. En aquellos factores, de los individuos, de las organizaciones y de las innovaciones que influyen en el proceso, y en menor medida, en el estudio de las estrategias de intervención para favorecer el uso de la investigación<sup>(30,31,32)</sup>. Este trabajo se suma al conjunto de estudios de intervención que abordan la mejora y el mantenimiento de programas de prácticas basadas en la evidencia en enfermería, y en los servicios de salud en general. Muestra la aplicación de un marco de implantación de guías de práctica clínica de cuidados en un entorno sanitario específico para su replicación en otros escenarios de salud diferentes que precisen de adaptaciones. La planificación cuidadosa y la adherencia al modelo *Knowledge to Action* desarrollado desde el programa BPSO<sup>®</sup> es fundamental para el éxito a la hora de ser elegido candidato a dicho programa.

**Conclusión:** A la luz de los hallazgos de este estudio, es razonable considerar que es necesario aplicar una metodología sistemática y rigurosa a la hora de aplicar cambios en la práctica clínica. Para la implantación de evidencia en el ámbito de los cuidados de enfermería

el programa BPSO<sup>®</sup> puede ser una buena estrategia para generar cambios en las instituciones sanitarias, siendo necesario conocer el programa en profundidad para poder aplicarlo.

La planificación cuidadosa y la adherencia al modelo *Knowledge to Action* desarrollado desde el programa BPSO<sup>®</sup> es fundamental para el éxito a la hora de ser elegido candidato a dicho programa.

## AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo ha sido realizado utilizando la metodología del “Programa de implantación de guías de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados”<sup>®</sup>. Los autores expresan su agradecimiento al Grupo de Trabajo del “Programa de implantación de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados”.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Grimshaw JM, Eccles MP, Lavis JN, Hill SJ, Squires JE. Knowledge translation of research findings. *Implementation Sci.* 2012; 7- 50, <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-50>
2. Curtis K, Fry M, Shaban RZ, Considine J. Translating research findings to clinical nursing practice. *J Clin Nurs.* 2016;26:862-72, <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13586>
3. Moreno-Casbas T. Perspectives: Implementation strategies to adopt and integrate evidence-based nursing. What are we doing? *J Res Nurs.* 2015;20:729-33, <http://dx.doi.org/10.1177/1744987115619800>
4. Registered Nurses' Association of Ontario [consultado 20 Mar2021]. Disponible en: <https://rnao.ca/>
5. 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 Clin.* 2011;21:275-83, <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2011.07.013>



6. Albornos-Muñoz L, González-María E, Moreno-Casbas T. Implantación de guías de buenas prácticas en España. Programa de centros comprometidos con la excelencia de cuidados. *MedUNAB*.2015;17:163-9, <https://doi.org/10.29375/01237047.2383.13>
7. Grinspun D, Bajnok I. Transforming nursing through knowledge. Best practices for guideline development, implementation science, and evaluation. Indianapolis, IN: Sigma Theta Tau Inter-national; 2018.20.
8. World Health Organization. Regional Office for Europe. Lessons from transforming health services delivery: Compendium of initiatives in the WHO European Region [consultado 20 Mar2021]. Disponible en: <http://www.euro.who.int/data/assets/pdf/0014/303026/Compendium-of-initiatives-in-the-WHO-European-Region-rev1.pdf?ua=1>
9. González-María E, Moreno-Casbas MT, Albornos-Muñoz 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*. 2020; 30(3):136-44. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.09.018>
10. Registered Nurses’ Association of Ontario. Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión. Guía de buenas prácticas en Enfermería. Toronto, Canadá: RNAO. 2011. [consultado 20 Mar2021]. Disponible en: [https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/D0025\\_UlcerasPresion\\_spp\\_01052015.pdf](https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/D0025_UlcerasPresion_spp_01052015.pdf)
11. Registered Nurses’ Association of Ontario. Valoración y cuidado de adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida. Guía de buenas prácticas en Enfermería. Toronto, Canadá: RNAO. 2009. [consultado 20 Mar2021]. Disponible en: [https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2014\\_BPG\\_Suicidio\\_MAR2014.pdf](https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2014_BPG_Suicidio_MAR2014.pdf)
12. Registered Nurses Association of Ontario. Lactancia materna. Fomento y apoyo al inicio, la exclusividad y la continuación de la lactancia materna en recién nacidos, lactantes y niños pequeños. Guía de Buenas Prácticas Clínicas. Tercera edición. Toronto, Canadá: RNAO. 2018. [consultado 20 Mar2021]. Disponible en: [https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/translations/BPG\\_Lactancia\\_Materna.pdf](https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/translations/BPG_Lactancia_Materna.pdf)
13. Registered Nurses’ Association of Ontario. Herramienta de implantación de buenas prácticas. 2ª edic. Toronto, Canadá: RNAO. 2012. [consultado 10 Ene2021]. Disponible en: [https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/RNAO\\_ToolKit\\_2012\\_rev4\\_FA.pdf](https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/RNAO_ToolKit_2012_rev4_FA.pdf)
14. Straus S, Tetroe J, Graham ID, Zwarenstein M, Bhattacharyya O. Monitoring and evaluating knowledge. En: Straus S, TetroeJ, Graham ID, editores. Knowledge translation in health care.Oxford, UK: Wiley-Blackwell. 2009; 151-9.
15. Lynch EA, Mudge A, Knowles S, Kitson AL, Hunter SC, Harvey G. “There is nothing so practical as a good theory”: a pragmatic guide for selecting theoretical approaches for implementation projects. *BMC Health Serv Res*. 2018 Nov 14;18(1):857. doi: 10.1186/s12913-018-3671-z. PMID: 30428882; PMCID: PMC6236961.
16. Rycroft-Malone J. Theory and knowledge translation: setting some coordinates. *Nurs Res*. 2007 Jul-Aug; 56(4 Suppl):S78-85. doi: 10.1097/01.NNR.0000280631.48407.9b. PMID: 17625479.
17. Morton S, Wilson S, Inglis S, Ritchie K, Wales A. Developing a framework to evaluate knowledge into action interventions. *BMC Health Serv Res*. 2018 Feb 21;18(1):133. doi: 10.1186/s12913-018-2930-3. PMID: 29466994; PMCID: PMC5822473.
18. Plamondon KM. A tool to assess alignment between knowledge and action for health equity. *BMC Public Health*. 2020 Feb 12;20(1):224. doi: 10.1186/s12889-020-8324-6. PMID: 32050946; PMCID: PMC7017559.
19. Codina A. Deficiencias en el uso del FODA causas y sugerencias. *Rev.cienc.estrateg*. 2011; 19(25).

20. Hakkennes S, Dodd K. Guideline implementation in allied health professions: a systematic review of the literature. *Qual Saf Health Care*. 2008; 17 (4):296-300.
21. Sudsawad P. Knowledge translation: Introduction to models, strategies, and measures. Austin, TX: Southwest Educational Development Laboratory, National Center for the Dissemination of Disability Research. 2007; 1-44.
22. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 1988; 260:1743-8, <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
23. Fuentelsaz-Gallego C, Moreno-Casbas T, González-María E. Validation of the Spanish version of the questionnaire Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Int J Nurs Stud*. 2013; 50: 274-280.
24. Quiñoz-Gallardo MD, Rodríguez-Soberado P, González-María E, Albornos-Muñoz L, Gutiérrez-Martínez MM, Harillo-Acevedo D, Cutanda-Carrión B, del Río-Martínez P, Lozano-Díaz D, Maestre-García MA, Cabrera-Cabrera MA, Gómez-Martín I, Pino-Morales E. Satisfacción de madres lactantes con la promoción de la lactancia materna y adherencia de los profesionales a las recomendaciones. estudio multicéntrico. *Rev Esp Salud Pública*. 2020; 94: 10 de diciembre e202012152.
25. Porritt K, McArthur A, Lockwood C, Munn Z (Editors). *JB I Handbook for Evidence Implementation*. JBI, 2020. Available from: <https://implementationmanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMEI-20-01>
26. Khalil H. The triple C (consultation, collaboration and consolidation) model: a way forward to sustainability of evidence into practice. *Int J Evid Based Healthc*. 2017 Jun;15(2):40-42. doi: 10.1097/XEB.000000000000110. PMID: 28509810.
27. Jordan Z, Lockwood C, Munn Z, Aromataris E. Redeveloping the JBI Model of Evidence Based Healthcare. *Int J Evid Based Healthc*. 2018; 16(4): 227-241. <https://doi.org/10.1097/XEB.000000000000139>
28. Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Tetroe J, Caswell W *et al*. Lost in knowledge translation: time for a map? *J Contin Educ Health Prof*. 2006; 26(1):13-24. <https://doi.org/10.1002/chp.47>
29. MacDermid JC, Graham ID. Knowledge translation: putting the “practice” in evidence-based practice. *Hand Clin*. 2009 Feb;25(1):125-43, viii. doi: 10.1016/j.hcl.2008.10.003. PMID: 19232922.
30. Ortuño I, Muñoz D, Moreno T, Albornos L, González E. Evaluación de estrategias de implantación del Proyecto Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados en España. *Enferm Clin*. 2020; 30(3): 222-230. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.10.027>
31. Wolfenden L, Barnes C, Jones J, Finch M, Wyse RJ, Kingsland M, Tzelepis F, Grady A, Hodder RK, Booth D, Yoong SL. Strategies to improve the implementation of healthy eating, physical activity and obesity prevention policies, practices or programmes within childcare services. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Issue 2*. Art. No.: CD011779. DOI: 10.1002/14651858.CD011779.pub3. [consultado 19 Jul2021]
32. Cahill LS, Carey LM, Lannin NA, Turville M, Neilson CL, Lynch EA, McKinstry CE, Han JX, O'Connor D. Implementation interventions to promote the uptake of evidence-based practices in stroke rehabilitation. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Issue 10*. Art. No.: CD012575. DOI: 10.1002/14651858.CD012575.pub2. [consultado 19 Jul2021]
33. Fleiszer A, Semenic S, Ritchie J, Richer M, Denis J. A unit-level perspective on the long-term sustainability of a nursing best practice guidelines program: An embedded multiple case study. *Int J Nurs Stud*. 2016; 53:204-18, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.09.004>