

## PROTOCOLO

Recibido: 29/4/2024  
 Aceptado: 9/9/2024  
 Publicado: 24/9/2024  
 e202409053

el-e16

*A multifaceted implementation strategy to enhance the uptake of evidence-based nursing recommendations in Spain: implementation project protocol*

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses

### FINANCIACIÓN

El protocolo de investigación en implantación presentado en esta publicación ha sido financiado mediante los fondos del Centro Español para los cuidados de salud basados en la evidencia (CECBE).

### CORRESPONDENCIA

**Laura Albornos-Muñoz**  
 Instituto de Salud Carlos III.  
 C/ Monforte de Lemos, 5, Pabellón 13.  
 CP 28045. Madrid, España.  
 sumamosexcelencia@isciii.es

### CITA SUGERIDA

Bernués-Caudillo L, González-María E, Albornos-Muñoz L, Moreno-Casbas MT. Estrategia de implantación multifacética para promover los cuidados basados en la evidencia: protocolo de investigación en implantación. Rev Esp Salud Pública. 2024; 98: 24 de septiembre e202409053.

# Estrategia de implantación multifacética para promover los cuidados basados en la evidencia: protocolo de investigación en implantación

### AUTORES

Leticia Bernués-Caudillo (1) [ORCID: 0000-0002-8309-2240]  
 Esther González-María (1,2,3) [ORCID: 0000-0002-0212-1872]  
 Laura Albornos-Muñoz (1,2,4) [ORCID: 0000-0001-5875-8728]  
 M. Teresa Moreno-Casbas (1,2,3) [ORCID: 0000-0001-9061-4628]

### FILIACIONES

- (1) Centro Español para los cuidados de salud basados en la evidencia: un Centro de Excelencia del Instituto Joanna Briggs (CECBE). Madrid, España.
- (2) Unidad de Investigación en cuidados y servicios de salud (Investén-isciii). Madrid, España.
- (3) Centro de Investigación Biomédica en Red sobre el Envejecimiento y la Fragilidad (CIBERFES ISCIII). Madrid, España.
- (4) Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Prevención y Promoción de la Salud (RICAPPS). Madrid, España.

### CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA

Todas las autoras han contribuido en la concepción y diseño del proyecto. Este informe ha sido redactado por Leticia Bernués-Caudillo, Esther González-María, Laura Albornos-Muñoz y M. Teresa Moreno-Casbas han realizado la revisión crítica del mismo, aportando mejoras en su redacción y contenido. Todas las autoras aprueban la versión final de este manuscrito y asumen su responsabilidad en el contenido del mismo.

### RESUMEN

**FUNDAMENTOS //** Es necesario facilitar la implantación de la evidencia científica en la práctica clínica para mejorar los resultados de salud de los pacientes. *Sumamos Excelencia*<sup>®</sup> es un proyecto de implantación liderado por enfermeras para aumentar el uso de prácticas basadas en la evidencia en la práctica clínica. En base a la primera edición, se ha mejorado el diseño del proyecto y desarrollado nuevos paquetes de intervención clínica. El objetivo es evaluar los efectos de la implantación de recomendaciones basadas en evidencia en la práctica clínica mediante una estrategia de implantación multifacética.

**MÉTODOS //** Investigación en implantación con diseño cuasi-experimental multicéntrico antes-después sin grupo control, auditorías a los 0, 3, 6 y 12 meses. Realizado en unidades hospitalarias, centros de atención primaria y centros sociosanitarios. Las unidades eligen buenas prácticas sobre una intervención clínica: evaluación y manejo del dolor, manejo conservador de la incontinencia urinaria, prevención de la obesidad infantil o promoción de la lactancia materna. Todas implantarán recomendaciones sobre higiene de manos. Las auditorías evaluarán cambios en procesos y resultados, barreras y estrategias, y competencias de práctica basada en evidencia mediante cuestionarios específicos y registros clínicos. Análisis descriptivo e inferencial.

**CONCLUSIONES //** *Sumamos Excelencia*<sup>®</sup> pretende mejorar el uso de la práctica basada en evidencia y aportar conocimiento a la ciencia de la implantación. Proporcionará información sobre las barreras para implantar prácticas basadas en evidencia en la práctica clínica y las estrategias para superarlas. El conocimiento generado puede utilizarse en otros proyectos de implantación para mejorar la adherencia a las recomendaciones basadas en evidencia.

**PALABRAS CLAVE //** Enfermería Basada en Evidencia; Práctica Clínica Basada en Evidencia; Competencias de Práctica Basada en Evidencia; Proyecto *Sumamos Excelencia*<sup>®</sup>; Ciencia de la Implementación; Dolor; Lactancia Materna; Obesidad Infantil; Incontinencia Urinaria.

### ABSTRACT

**BACKGROUND //** It is necessary to facilitate the implementation of evidence-based practice in clinical practice to improve patients' health results. *Sumamos Excelencia*<sup>®</sup> is an implementation project led by nurses that aims to improve the evidence-based practice uptake. Building on the first edition, we have improved the project design and proposed new intervention topics. The objective is to evaluate the effects of the implementation of evidence-based recommendations through a multifaceted implementation strategy.

**METHODS //** This study is an implementation research with a quasi-experimental, multicentre, before-and-after design and audits for data collection at baseline, 3, 6, and 12 months. It will be developed in hospital units, primary care centres, and nursing homes. Units choose to implement recommendations of one of these topics: assessment and management of pain, conservative management of urinary incontinence, prevention of childhood obesity, or breastfeeding promotion. All units will implement recommendations about hand hygiene. Audits will assess changes in process and patient outcomes, barriers and strategies, and evidence-based practice competencies through specific questionnaires and clinical records data. Analysis will be descriptive and inferential.

**CONCLUSIONS //** *Sumamos Excelencia*<sup>®</sup> will aim to improve the use of evidence-based practice in the Spanish National Health System and to advance implementation science. This study will also provide important insight into the barriers that nurses face to implementing evidence-based practice in clinical practice and the strategies that they can use to overcome them. This generated knowledge can be used in other evidence-based practice implementation projects in a similar context to enhance adherence to evidence-based recommendations.

**KEYWORDS //** Evidence-Based Nursing; Evidence-Based Practice; Evidence-Based Practice Competencies; *Sumamos Excelencia*<sup>®</sup> Project; Implementation Science; Pain; Breastfeeding; Pediatric Obesity; Urinary Incontinence.

## INTRODUCCIÓN

LA IMPLANTACIÓN EFECTIVA DE LOS RESULTADOS de la investigación en la atención sanitaria es esencial para lograr los mejores resultados de salud para los pacientes y garantizar que reciben cuidados de la mayor calidad (1). Sin embargo, a pesar de todos los esfuerzos realizados para incorporar los resultados de la investigación en la práctica clínica, la brecha entre la investigación y la práctica todavía persiste. Se estima que los resultados de la investigación pueden tardar en llegar a la práctica clínica entre diecisiete y veinte años y, cuando lo hacen, solo el 50% de ellos se mantienen (2,3). Esto supone una pérdida de tiempo y recursos, además de perder la oportunidad de mejorar los resultados de atención de salud de los pacientes.

De la necesidad de trasladar los resultados de la investigación a la práctica, surge la ciencia de la implantación, definida como “*el estudio científico de los métodos para promover la incorporación sistemática de los resultados de la investigación y otras prácticas basadas en la evidencia en la práctica rutinaria y, por lo tanto, para mejorar la calidad y la eficacia de los servicios de salud*” (2).

Para cerrar la brecha entre la investigación y la práctica es necesario desarrollar acciones específicas diseñadas para facilitar la implantación de la práctica basada en la evidencia (PBE) en la práctica clínica, permitiendo que más pacientes se beneficien de sus resultados positivos. La PBE es crucial para asegurar unos cuidados de enfermería seguros y de calidad (9), por lo que es imperativo desarrollar proyectos que identifiquen cómo aumentar las competencias en PBE y su uso por parte de las enfermeras (en este documento, el término *enfermera* se utiliza en sentido genérico). Estos proyectos deberán basarse en la ciencia de la implantación, que considera factores clave como el contexto, los profesionales que implantarán las recomendaciones, los pacientes a quienes se proporcionan

y las características de las propias recomendaciones basadas en evidencia (en adelante, recomendaciones) (2,4,5,6).

Las enfermeras son el grupo más grande de profesionales del sector sanitario y están en una posición única para liderar los cambios necesarios para aumentar el uso de la PBE en el sistema sanitario (7,8). La alianza entre enfermeras clínicas y enfermeras investigadoras en proyectos de implantación de evidencias podría mejorar la implantación y la ciencia de los cuidados, mejorando a su vez la atención sanitaria (8).

*Sumamos Excelencia*<sup>®</sup> es un proyecto de implantación liderado por enfermeras, con participación de otros profesionales sanitarios, que tiene como objetivo mejorar la adopción de la PBE en todos los entornos donde se proporciona atención directa a los pacientes. La primera edición se realizó entre 2015 y 2018, y tuvo como objetivo evaluar la efectividad del método *Getting Research into Practice* (GRiP) (6) en la implantación de recomendaciones sobre la valoración y manejo del dolor, la prevención de caídas y el manejo de la incontinencia urinaria. En dicha edición participaron 135 unidades clínicas y 22.114 pacientes de hospitales, centros de Atención Primaria y centros sociosanitarios, logrando mejoras en indicadores de proceso de hasta el 30%-40% y mejoras en indicadores de resultados de salud relacionados con la intensidad del dolor, el número de caídas y la mejora en la incontinencia urinaria por encima del 15%-20% (10,11).

En base a la primera edición, se ha mejorado el diseño del proyecto y se han propuesto cinco paquetes de intervención, consistentes en una serie de recomendaciones de buenas prácticas basadas en la evidencia sobre diferentes temas clínicos: valoración y manejo del dolor; manejo conservador de la incontinencia urinaria; prevención de la obesidad infantil; promoción de la lactancia materna; y promoción de la higiene de manos. Estos paquetes de intervención clínica fueron selecciona-



Tipo de participante	Criterios de inclusión	
Unidades <sup>(*)</sup>	Adhesión voluntaria al proyecto	
	Proporcionar atención directa a los pacientes	
	Comprometerse a implantar recomendaciones basadas en la evidencia en la promoción de la higiene de manos y uno de los paquetes de intervención clínica ofrecidos	
Profesionales de la Salud	<b>Miembros del equipo local de implantación de la unidad</b>	Profesionales de la salud que trabajan en la unidad de manera regular
	<b>Líder del equipo de implantación local</b>	Debe ser enfermera Contrato en la unidad igual o superior a la duración del proyecto
Pacientes según el paquete de intervención	<b>Valoración y manejo del dolor</b>	Personas susceptibles de sufrir cualquier tipo de dolor independientemente de la edad
	<b>Manejo conservador de la incontinencia urinaria</b>	Incontinencia urinaria de esfuerzo, urgencia o mixta
	<b>Prevención de obesidad infantil</b>	Niños/as de cero a doce años (incluidos), sin sobrepeso ni obesidad un año antes de la medición basal
	<b>Promoción de la lactancia materna</b>	Día de lactancia materna Neonatos sanos, de edad gestacional mayor a treinta y seis semanas, con peso al nacer mayor o igual a 2.500 g
		Parejas y miembros de la red de apoyo de la díada
		En atención primaria solo se incluirá la atención no urgente Periodo posparto y hasta los seis meses de vida del lactante (183 días de vida incluidos)

(\*) Para este estudio, denominamos *unidad* a cualquier entorno donde un equipo establecido de profesionales sanitarios proporciona cuidados a un grupo de pacientes con características similares.

de ellos tendrá el rol de líder del equipo, debe ser enfermera y será quien se coordinará con el equipo coordinador del proyecto global a lo largo del proyecto.

- 3) Pacientes: cada paquete de intervención tiene diferentes criterios de inclusión para los pacientes.

Los pacientes que conformarán la muestra se obtendrán de forma consecutiva según las fechas de alta (en H), visita (en CAP) o residencia (en SS) en periodos de tiempo predeterminados por el equipo coordinador del proyecto global. En cada auditoria, y por unidad participante, se seleccionarán treinta pacientes.

**Intervenciones.** Se han desarrollado cinco paquetes de intervención diferentes. Estos fueron seleccionados basándose en las actualizaciones más recientes de guías basadas en evidencia, su adaptabilidad a diferentes áreas clínicas, su relevancia para grupos de interés clave y las necesidades percibidas en el SNS (4).

Los paquetes de intervención y las principales características de las recomendaciones se describen en la **TABLA 2**. Las unidades participantes seleccionarán uno de los cuatro paquetes de intervención ofrecidos en el proyecto para implantar recomendaciones (valoración y manejo del dolor, manejo conservador de la incontinencia urinaria, prevención de la obesidad infantil y promoción de la lactancia materna). Además, todos ellos implantarán el paquete de intervención sobre promoción de la higiene de manos, ya que ha sido identificado como un tema de alta relevancia para todas las unidades. Todas las recomendaciones de *Sumamos Excelencia*<sup>®</sup> son recomendaciones de cuidados.

**Estrategia de Implantación.** Se desarrollará una estrategia de implantación multifacética [**TABLA 3**]. Esta combina diferentes estrategias discretas organizadas en dos niveles: un nivel coordinado por el equipo coordinador del proyecto global, formado por tres inves-

tigadoras con varios años de experiencia en proyectos de implantación y por una investigadora predoctoral, que son quienes definen y coordinan el proyecto; y el otro por los equipos locales de implantación de las unidades. La estrategia de implantación del primer nivel se aplica a todas las unidades participantes, ha sido desarrollada para que pueda adaptarse a diversos entornos y se basa en proporcionar formación *online* estandarizada a todas las unidades, así como apoyo, asesoría y facilitación externa, tanto de forma global para todas las unidades como a demanda, según las necesidades de cada unidad. El objetivo de este primer nivel de la estrategia es que los equipos de implantación local de las unidades adquieran la mayor independencia posible para llevar a cabo el segundo nivel. Para describir este nivel se utiliza la nomenclatura de *Expert Recommendations for Implementing Change* (ERIC) (16). El segundo nivel de la estrategia de implantación se caracteriza por su flexibilidad para ser adaptada a cualquier contexto. Esta se basa en un modelo de ciclo de mejora continua de la calidad y consiste en la creación del equipo local de implantación, análisis de barreras y diseño de estrategias, implantación de las recomendaciones, recogida de datos para las auditorías (establecidas temporalmente para que puedan aplicar las estrategias diseñadas por el equipo local de implantación) y facilitación interna en la unidad. Las estrategias de implantación de este nivel serán diseñadas y llevadas a cabo por los equipos locales de implantación de las unidades clínicas, conforme a la formación y asesoramiento recibidas durante el proyecto.

La periodicidad de las estrategias se ha establecido en base a la experiencia de las investigadoras, teniendo en cuenta que en los primeros seis meses es probable que los equipos de implantación local tengan que hacer cambios y ajustes en las estrategias puestas en marcha, según vayan adquiriendo conocimientos y experiencia, por lo que se estima necesario realizar las auditorias con mas frecuencia (cada tres meses). Desde la auditoria

Estrategia de implantación multifacética para promover los cuidados basados en la evidencia: protocolo de investigación en implantación

LETICIA BERNUÉS-CAUDILLO et al.

Rev Esp Salud Pública  
Volumen 98  
24/9/2024  
e202409053

<b>Paquete de Intervención</b>	<b>Recomendaciones</b>
<b>Valoración y manejo del dolor</b>	<p>Al ingreso o en la cita con el profesional de la salud</p> <p>Evaluar la presencia, riesgo e intensidad de cualquier tipo de dolor en todos los pacientes:</p> <p>Después de un cambio en la condición clínica</p> <p>Antes, durante y después de un procedimiento doloroso</p>
	<p>Diseñar un plan de manejo del dolor individualizado para cada paciente, asegurando un enfoque integral (acciones farmacológicas y no farmacológicas)</p>
	<p>Proporcionar educación/información centrada en el paciente y la familia a los pacientes y sus principales cuidadores, incluyendo información sobre las diferentes opciones de manejo del dolor disponibles</p>
<b>Promoción de la lactancia materna</b>	<p>Facilitar el contacto piel con piel entre la madre y el recién nacido inmediatamente después del nacimiento, cuando estén clínicamente estables</p>
	<p>Apojar a la díada madre-recién nacido para una correcta posición, agarre y transferencia de leche</p>
	<p>Fomentar la lactancia materna basada en señales a través de estrategias como:</p> <p>Educación y apoyo</p> <p>Reconocimiento de las necesidades de la persona que amamanta</p>
	<p>Incluir a los miembros de la familia, como parejas y abuelos, en la educación y apoyo a la lactancia materna</p>
<b>Manejo de la incontinencia urinaria</b>	<p>Identificación del tipo de incontinencia urinaria utilizando una herramienta validada</p>
	<p>Evaluación inicial de la incontinencia urinaria, incluyendo:</p> <p>Identificar desencadenantes, gravedad e impacto en la calidad de vida</p>
	<p>Detección de hematuria, proteinuria, glucosuria y piuria mediante tira reactiva de orina</p>
	<p>Diseñar un plan de cuidados individualizado según los resultados de la evaluación, la edad y el estado cognitivo y funcional de la persona, considerando la aplicación de:</p> <p>Micción inducida</p>
	<p>Entrenamiento de la vejiga</p>
	<p>Ejercicios del suelo pélvico</p>

Estrategia de implantación multifacética para promover los cuidados basados en la evidencia: protocolo de investigación en implantación

LETICIA  
BERNÚÉS-  
CAUDILLO  
*et al.*

Tabla 2 (continuación)

Paquetes de Intervención y Recomendaciones Basadas en Evidencia de *Sumamos Excelencia*®.

Paquete de Intervención	Recomendaciones
Prevención de la obesidad infantil	Evaluar regularmente la nutrición, actividad física, comportamiento sedentario y crecimiento del niño
	Evaluar el entorno familiar buscando factores que puedan aumentar el riesgo de obesidad infantil (por ejemplo, influencias socio-culturales y factores de los padres/principales cuidadores)
	Abogar por la lactancia materna exclusiva durante los primeros meses de vida, seguida de lactancia materna y alimentación complementaria hasta los dos años de edad o más
Higiene de manos	Proporcionar formación y apoyo para ayudar a los padres o principales cuidadores a promover hábitos saludables de alimentación y actividad física entre los niños hasta los 4 años de edad
	Realizar la higiene de manos antes de cualquier contacto con el paciente
	Realizar higiene de manos antes de realizar un procedimiento limpio/aséptico en el que se maneje cualquier dispositivo invasivo, ya sea que se utilicen guantes en la técnica o no
	Asegurar una higiene de manos adecuada después de cualquier riesgo de exposición a fluidos corporales o tras la retirada de guantes
Higiene de manos	Facilitar una higiene de manos adecuada después de cualquier contacto con el paciente
	Promover la higiene de manos después del contacto con el entorno del paciente, como objetos, superficies o alrededores
	Proporcionar formación continua a los profesionales sobre buenas prácticas de higiene de manos

Estrategia de implantación multifacética para promover los cuidados basados en la evidencia: protocolo de investigación en implantación

LETICIA BERNUÉS-CAUDILLO *et al.*



Fase de Implantación	Equipo Coordinador del Proyecto. Nivel 1		Equipo de Implantación Local. Nivel 2	
	ESTRATEGIA ERIC	ACCIONES ESPECÍFICAS	ESTRATEGIA ERIC	ACCIONES ESPECÍFICAS
Preparación	Desarrollar materiales educativos	Desarrollar módulos de formación y recursos <i>online</i>	-	-
	Obtener compromisos formales	Desarrollar el formulario de compromiso y obtener el compromiso de participar en el proyecto de la institución, la unidad y el equipo local de implantación	-	-
	Desarrollar y organizar sistemas de monitorización de la calidad	Desarrollar el proyecto en la plataforma Redcap y los cuestionarios de indicadores a utilizar en las auditorías	-	-
Pre-Implantación			Identificar y preparar impulsores	Crear un equipo de implantación en la unidad involucrando a un máximo de cinco profesionales de la salud
			Auditoría y <i>feedback</i>	Realizar la auditoría basal y compartir sus resultados
	Formación continuada	Formación Moodle de 1 mes antes de la auditoría basal	Evaluar la disposición e identificar barreras y facilitadores	Realizar un análisis de barreras para identificar las barreras que podrían obstaculizar la implantación
			Adaptar estrategias	Diseñar estrategias de implantación considerando los resultados de la auditoría y el análisis de barreras

Estrategia de implantación multifacética para promover los cuidados basados en la evidencia: protocolo de investigación en implantación

LETICIA  
BERNUÉS-  
CAUDILLO  
*et al.*

Tabla 3 (continuación)  
Estrategia de Implantación *Sumamos Excelencia*®.

Fase de Implantación	Equipo Coordinador del Proyecto. Nivel 1		Equipo de Implantación Local. Nivel 2	
	ESTRATEGIA ERIC	ACCIONES ESPECÍFICAS	ESTRATEGIA ERIC	ACCIONES ESPECÍFICAS
Implantación	Recordatorios a los clínicos	Recordatorios regulares sobre recomendaciones y actividades del proyecto	Auditoría y <i>feedback</i>	Realizar las auditorías de seguimiento a los tres, seis y doce meses y compartir sus resultados
	Posibilitar la asesoría continua	Proporcionar asesoramiento experto por correo electrónico, teléfono o reuniones en línea según demanda	Reanalizar la implantación	Revisar el progreso de la implantación y reanalizar las barreras para lograr la implantación de las recomendaciones, ajustando las estrategias en consecuencia a los seis y doce meses
	Facilitar la transmisión de datos clínicos	Facilitar el acceso a los resultados de las auditorías en tiempo real desarrollando un informe fácilmente comprensible para los profesionales de la salud	Facilitación (interna)	Apojar a los profesionales de la salud en las unidades para asegurar que puedan cumplir con las recomendaciones
	Facilitación (externa)	Apojar al equipo de implantación local en la unidad para asegurar que puedan cumplir con los objetivos del proyecto	-	-

ERIC: *Expert Recommendations for Implementing Change*.

Estrategia de implantación multifacética para promover los cuidados basados en la evidencia: protocolo de investigación en implantación

LETICIA BERNUÉS-CAUDILLO *et al.*

de los seis meses hasta la final del proyecto no se realizan auditorias intermedias porque se espera que durante este tiempo se consoliden las estrategias puestas en marcha durante el periodo anterior.

Dado que *Sumamos Excelencia*<sup>®</sup> ha sido desarrollado para llevarse a cabo en diferentes entornos a través del SNS, se alentará a los equipos locales de implantación a adaptar las intervenciones a su área clínica dependiendo de sus necesidades y recursos, y también a diseñar las estrategias que requieran según las características particulares de su contexto.

**Variables.** *Sumamos Excelencia*<sup>®</sup> recopilará diferentes variables, dependiendo de los tres tipos de participantes y el paquete de intervención que se esté implantando. Estas variables se muestran en la **TABLA 4**.

**Recolección de Datos.** Los cuestionarios y formularios del proyecto han sido desarrollados en la plataforma REDCap (*Research Electronic Data Capture*) (17). Los datos de las unidades se recogerán a través del formulario de solicitud antes de su admisión en el proyecto. La información sobre las barreras para la implantación de la PBE y las estrategias a desarrollar se recogerá con un cuestionario basado en la lista de verificación del proyecto *Tailored Implementation in Chronic Diseases* (TICD) (18) para identificar los determinantes de la práctica. El uso de esta herramienta se decidió en base a las necesidades del proyecto y dado que sus autores sugieren que esta puede ser utilizada en la implantación de intervenciones de salud de diferente naturaleza, más allá de las dirigidas a enfermedades crónicas. La mejora en las competencias de práctica basada en evidencia de las enfermeras involucradas en el equipo local de implantación se evaluará mediante el cuestionario *EBP-COQ Prof*<sup>®</sup> (19), que ha sido validado para enfermeras españolas. Los datos de los pacientes se recogerán a través de un cuestionario de auditoría creado *ad hoc*. Cada equipo local de implantación recogerá datos de los pacientes que cumplan

con los criterios de inclusión en cada auditoría. Los datos se extraerán de los registros clínicos de los pacientes. Los cuestionarios y los periodos de recolección de datos se muestran en la **TABLA 5**.

**Análisis de Datos.** Se realizará un análisis descriptivo según el tipo de variables para los resultados globales y para cada uno de los periodos de auditoría. Para analizar los cambios producidos por la intervención en la adherencia a las recomendaciones y los resultados de salud de cada uno de los paquetes de intervención, se realizará un análisis inferencial pre-post para el total de las unidades utilizando la prueba t de Student o la correlación de Spearman para variables continuas, y Chi-cuadrado o Mann-Withney U para las variables categóricas según la normalidad de la distribución de las variables. Este análisis se replicará teniendo en cuenta el tipo de institución. Se realizará un análisis de regresión ajustando modelos de regresión multivariable para analizar la posible explicación de las variables dependientes (resultados de salud de cada paquete de intervención) por las variables independientes (variables de proceso relacionadas con la adherencia a las recomendaciones de cada paquete de intervención). En todos los análisis se tendrán en cuenta las posibles diferencias por sexo.

Se asumirá un nivel de confianza del 95%. El análisis se realizará utilizando el paquete estadístico *SPSS* v. 22.0.

**Consideraciones éticas.** Este proyecto fue aprobado por el comité de ética del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), N°: CEI PI 18\_2022. Los profesionales participantes firman al incorporarse un acuerdo de confidencialidad y compromiso donde se comprometen a seguir en todo momento las normas de Buena Práctica Clínica, respetando la legalidad vigente nacional e internacional en relación con la investigación. Los datos de proceso de las unidades y los resultados de salud de los pacientes, obtenidos de la historia clínica, son incor-

Tabla 4  
Variables de *Sumamos Excelencia*®.

### Variables

Unidades	Tipo y tamaño de la institución donde se ubica la unidad (hospital, centro de Atención Primaria, centro sociosanitario)
	Número de enfermeras y técnicos auxiliares de enfermería que trabajan en la unidad
	Perfil de pacientes atendidos en las unidades
Profesionales de la salud	Barreras a la implantación y estrategias para superarlas
	Competencias en Práctica Basada en Evidencia (Cuestionario <i>EBP-COQ Prof</i> ®)
	Datos sociodemográficos
Paquetes de intervención	Datos profesionales
	<b>Valoración y manejo del dolor</b>
	Datos sociodemográficos de los pacientes
	Características del dolor
	Indicadores de cumplimiento de las recomendaciones basadas en evidencia
	Intensidad del dolor al ingreso o en las primeras veinticuatro horas después de la cirugía o al inicio del cuidado
	Dolor máximo registrado durante los cuidados
	<b>Promoción de la lactancia materna</b>
	Datos sociodemográficos de las madres, semanas de gestación y tipo de parto
	Datos sociodemográficos del recién nacido
	Indicadores de cumplimiento de las recomendaciones basadas en evidencia
	Tipo de lactancia durante la estancia hospitalaria, en seguimientos en etapa temprana y a los seis meses de edad
	<b>Manejo de la incontinencia urinaria</b>
	Datos sociodemográficos de los pacientes
	Tipo de incontinencia urinaria
Indicadores de cumplimiento de las recomendaciones basadas en evidencia	
Gravedad de la incontinencia urinaria e impacto en la calidad de vida del paciente	
Percepción del paciente sobre la mejora de la incontinencia urinaria	
<b>Prevención de la obesidad infantil</b>	
Peso y altura del niño	
Indicadores de cumplimiento de las recomendaciones basadas en evidencia	
Actividad física diaria del niño y tiempo frente a pantalla	
Incidencia de obesidad infantil	
<b>Higiene de manos</b>	
Número de camas con preparaciones a base de alcohol en el punto de cuidado	
Consumo de preparaciones a base de alcohol	

Estrategia de implantación multifacética para promover los cuidados basados en la evidencia: protocolo de investigación en implantación

LETICIA BERNUÉS-CAUDILLO et al.

Nombre del cuestionario	Periodo de recolección	Características
Formulario de Solicitud	Antes de la admisión en el proyecto	Cuestionario <i>ad hoc</i> desarrollado para recopilar información sobre la institución, el tipo de unidad y los profesionales de la salud del equipo de implantación
Competencia en Práctica Basada en Evidencia <sup>(19)</sup> (EBP-COQ Prof®)	Después de la admisión en el proyecto, antes de la formación <i>online</i> , y en la auditoría de doce meses	Treinta y cinco ítems sobre la competencia en PBE del profesional, medidos con escala Likert de 1 a 5, organizados en 4 dimensiones: actitud (8 ítems), conocimiento (11 ítems), habilidades (6 ítems) y utilización (10 ítems)
Cuestionarios de Indicadores	Auditorías basal y a los tres, seis, y doce meses durante la implantación	Cuestionario <i>ad hoc</i> para medir el cumplimiento con las recomendaciones y los resultados de los pacientes
Análisis de Contexto y Diseño de Estrategias	Auditoría basal y de los seis y doce meses	Basado en la lista de verificación TIGD <sup>(18)</sup> para identificar los determinantes de la práctica y adaptado para el proyecto <i>Sumamos Excelencia</i> ®. Contiene cincuenta y dos barreras con un campo de texto para explicar cada barrera seleccionada y otro espacio para consignar las estrategias de implantación a aplicar
Cuestionario de Evaluación del Proyecto	Después de la finalización del proyecto	Cuestionario <i>ad hoc</i> con 15 ítems medidos con una escala Likert de 1 a 5 sobre la satisfacción con distintos aspectos del proyecto y con el apoyo recibido de todos los involucrados, facilidad, usabilidad y sostenibilidad de cada recomendación implantada. También tiene campos de texto libre para que los participantes escriban los factores que creen que han ayudado o dificultado la implantación y sugerencias para la mejora

TIGD: *Tailored Implementation in Chronic Diseases*; PBE: Práctica Basada en la Evidencia.

porados a la plataforma online REDCap sin ninguna información que posibilite la identificación de los sujetos. La confidencialidad de los datos y el anonimato de los participantes se garantiza en todo momento. Los datos recogidos se guardan de forma segura en los servidores del ISCIII. Asimismo, se respetarán en todo momento los principios éticos de la investigación biomédica.

## DISCUSIÓN



LA SEGUNDA EDICIÓN DEL PROYECTO *Sumamos Excelencia*® ha mejorado su diseño con respecto a la edición anterior (10). En primer lugar, no se utiliza únicamente el modelo GRIP (6) para el diseño de la estrategia de implantación, sino que en esta edición se utilizan elementos de diferentes marcos de implan-

Estrategia de implantación multifacética para promover los cuidados basados en la evidencia: protocolo de investigación en implantación

LETICIA BERNUÉS-CAUIDILLO et al.

tación, modelos y teorías, lo que ha permitido adaptar la estrategia al contexto del SNS español. El contexto sanitario es un sistema altamente complejo y se ha argumentado que la combinación de diferentes marcos, teorías y modelos o su adaptación a un contexto dado puede ayudar a maximizar los esfuerzos de implantación y profundizar en la comprensión de los factores relevantes que influyen en la adopción de la PBE (20,21,22). Por otro lado, existen dudas sobre si las estrategias multifacéticas son más efectivas que las estrategias discretas a la hora de conseguir buenos resultados en la implantación de PBE en la práctica clínica (23). Squires *et al.*, en su revisión sistemática sobre la efectividad de las estrategias multifacéticas frente a las estrategias discretas, concluyeron que no se puede asumir que las estrategias multifacéticas sean por defecto más efectivas que las estrategias discretas para cambiar los comportamientos de los profesionales (24). Sin embargo, se decidió diseñar una estrategia multifacética después de evaluar críticamente la evidencia disponible y teniendo en cuenta el conocimiento adquirido en otros proyectos de implantación llevados a cabo en el contexto español. Se espera que esta combinación de componentes en la estrategia de *Sumamos Excelencia*<sup>®</sup> sea efectiva y logre los mejores resultados posibles.

Otra mejora importante en el diseño de esta edición es la incorporación de un cuestionario predefinido de análisis de barreras y diseño de estrategias basado en la lista de verificación TICD (18). En la edición anterior se pidió a las unidades que informaran sobre las barreras que habían detectado y las estrategias utilizadas para superarlas al final del proyecto, y solo el 34% de la muestra respondió, probablemente porque su motivación para participar en el proyecto disminuyó a lo largo del proyecto (11). Además, la mayoría de los estudios que utilizaron previamente la lista de verificación TICD lo hicieron de manera secundaria para analizar los resultados (25); por lo tanto, este proyecto de implantación contribuirá a aumentar el

conocimiento sobre su uso primario durante la recogida de datos en la investigación. En términos de la evaluación de barreras se ha discutido que encuestar a los profesionales sobre un conjunto predefinido de barreras puede proporcionar información sobre la importancia de estas barreras; sin embargo, puede llevar a pasar por alto factores independientes que pueden afectar a los resultados de la implantación (21). Para evitar esta potencial limitación se ha añadido al cuestionario de barreras un campo para escribir texto libre en cada una de las barreras para permitir que los miembros del equipo de implantación local describan los factores que afectan específicamente a su unidad con respecto a cada barrera seleccionada.

Una de las principales características de *Sumamos Excelencia*<sup>®</sup> es que busca alcanzar a muchas unidades que presten atención sanitaria directa en diferentes entornos del SNS para aumentar su uso de la PBE. Con este fin, las intervenciones propuestas en *Sumamos Excelencia*<sup>®</sup> involucran recomendaciones que pueden ser implantadas y adaptadas a diferentes contextos, no dependen excesivamente del contexto externo ni requieren demasiados recursos. Además, las estrategias de implantación en la unidad son altamente flexibles y se anima a los equipos locales de implantación a diseñar las acciones que consideren más efectivas en sus unidades después de realizar su análisis de contexto. De esta manera, parte de la estrategia es cocreada con los principales interesados, considerando el contexto local, sus necesidades y los recursos disponibles. Con *Sumamos Excelencia*<sup>®</sup> se aspira a proporcionar un enfoque sencillo y asequible para que el máximo posible de las unidades interesadas pueda participar y beneficiarse de los resultados de la práctica basada en evidencia. Este enfoque tiene como objetivo aumentar el alcance de la PBE, iniciando a los profesionales de la salud en su uso y permitiendo que la PBE, que ha demostrado mejorar los resultados de salud de la población, llegue a todo el SNS español, proporcionando cuidados de

Estrategia de implantación multifacética para promover los cuidados basados en la evidencia: protocolo de investigación en implantación

LETICIA BERNUÉS-CAUDILLO *et al.*

Rev Esp Salud Pública  
Volumen 98  
24/9/2024  
e202409053

alta calidad a la población española y reduciendo las desigualdades en salud.

El diseño de este proyecto presenta algunas limitaciones. Dado que la participación en el proyecto es voluntaria, podría no obtenerse una muestra suficiente de todos los ámbitos para comparar la efectividad de la estrategia en cada contexto. Otra limitación es que se utilizará un cuestionario de barreras adaptado al proyecto y traducido *ad hoc*, pero que no ha sido validado. Además, el cuestionario original (18), aunque muy completo, puede ser demasiado largo y complicado para los profesionales clínicos que no tienen experiencia previa con la implantación de evidencia, por lo que se podrían perder algunas respuestas. Considerando que los participantes de *Sumamos Excelencia*<sup>®</sup> no necesariamente tienen experiencia o conocimientos previos en implantación, se ha creado una versión más simple del TICD evaluando solo las barreras a la implantación, aunque la literatura recomienda evaluar el contexto para identificar barreras y facilitadores (2). Con esta decisión se podría perder información valiosa sobre el contexto de las unidades participantes. Podría ser necesario modificar este cuestionario en futuras ediciones de *Sumamos Excelencia*<sup>®</sup> según la retroalimentación de los participantes de esta edición, así como validarlo. La última limitación es que se pide a los equi-

pos de implantación local que informen sobre sus estrategias de implantación, pero no existen mecanismos de control sobre la información que proporcionarán, por lo que podría ser difícil evaluar la efectividad de estas estrategias o rastrearlas y compararlas con otras.

En resumen, *Sumamos Excelencia*<sup>®</sup> aspira a mejorar el uso de la práctica basada en la evidencia en el Sistema Nacional Salud y a avanzar en el desarrollo de la ciencia de la implantación, evaluando la efectividad de una estrategia de implantación multifacética. Este estudio también proporcionará información importante sobre las barreras que enfrentan los profesionales de la salud al implantar prácticas basadas en la evidencia y las estrategias que utilizan para superarlas. El conocimiento generado podrá utilizarse en otros proyectos de implantación de PBE con un contexto similar para mejorar la adherencia a las recomendaciones y en futuras ediciones de *Sumamos Excelencia*<sup>®</sup>. 

## AGRADECIMIENTOS

Las autoras agradecen a María Ruzafa-Martínez por permitir el uso de su cuestionario en este proyecto (*EBP-COQ Prof*<sup>®</sup>). Agradecemos también a Mirari Márquez-Cid su apoyo y colaboración en el desarrollo de los cuestionarios del proyecto en la plataforma Redcap.

Estrategia de implantación multifacética para promover los cuidados basados en la evidencia: protocolo de investigación en implantación

LETICIA BERNUÉS-CAUDILLO *et al.*

## BIBLIOGRAFÍA



1. Wensing M, Grol R. *Knowledge translation in health: How implementation science could contribute more.* BMC Med. 2019; 17(1): 88. BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1322-9>
2. Bauer MS, Kirchner JA. *Implementation science: What is it and why should I care?* Psychiatry Research. 2020; 283: 112376. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.04.025>
3. Proctor E, Ramsey AT, Saldana L, Maddox TM, Chambers DA, Brownson RC. *FAST: A Framework to Assess Speed of Translation of Health Innovations to Practice and Policy.* Glob Implement Res Appl. 2022; 2(2): 107-119. <https://doi.org/10.1007/s43477-022-00045-4>
4. Harrison MB, Graham ID. *Knowledge translation in nursing and healthcare: a roadmap to evidence-informed practice.* 1ª Ed. Wiley Blackwell; 2021.
5. Jordan Z, Lockwood C, Aromataris E, Pilla B, Porritt K, Klugar M et al. *JBIs series paper 1: Introducing JBI and the JBI Model of EHBC.* J. Clin. Epidemiol. 2022; 150: 191-195. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2022.04.008>
6. Porritt K, McArthur A, Lockwood C, Munn, Z (Ed.). *JBIs Handbook for Evidence Implementation.* JBI; 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.46658/jbime-i-20-01>
7. McNett M, Masciola R, Sievert D, Tucker S. *Advancing Evidence-Based Practice Through Implementation Science: Critical Contributions of Doctor of Nursing Practice- and Doctor of Philosophy-Prepared Nurses.* Worldviews Evid Based Nurs. 2021; 18(2): 93-101. <https://doi.org/10.1111/wvn.12496>
8. Zullig LL, Deschodt M, De Geest S, J Nurs Scholarsh. *Journal of nursing scholarship: an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing.* 2020; 52 (1): 3-5. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-1-1>
9. Skela-Savič B, Hvalič-Touzery S, Pesjak K (2017). *Professional values and competencies as explanatory factors for the use of evidence-based practice in nursing.* J. Adv. Nurs. 2017; 73(8): 1910-1923. <https://doi.org/10.1111/jan.13280>
10. Martínez Gimeno ML, Fernández Martínez N, Escobar Aguilar G. *Effectiveness of an evidence-based implementation model in clinical practice and analysis of social networks of knowledge transfer in nursing professionals.* [Tesis Doctoral]. Universidad de León; 2021. Disponible en: Buleria. <http://hdl.handle.net/10612/13350>
11. Martínez-Gimeno ML, Fernández-Martínez N, Escobar-Aguilar G, Moreno-Casbas MT, Brito-Brito PR, Caperos JM. *Sumamos excelencia® project: Results of the implementation of best practice in a Spanish national health system (NHS).* Healthcare (Basel). 2021; 9(4): 374. <https://doi.org/10.3390/healthcare9040374>
12. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. *Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science.* Implement Sci. 2009; 4: 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
13. Harvey G, Kitson A. *PARIHS revisited: From heuristic to integrated framework for the successful implementation of knowledge into practice.* Implement Sci. 2016; 11(1). <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0398-2>
14. ClinicalTrials.gov [Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US). 29 Feb 2000. Identifier: NCT05466656, *Sumamos Excelencia 2022*; 20 Jul 2022 [consultado el 26 Feb 2024]. Disponible en: <http://clinicaltrials.gov/ct/show/NCT00287391?order=1>
15. Pinnock H, Barwick M, Carpenter CR, Eldridge S, Grandes G, Griffiths CJ et al. *Standards for Reporting Implementation Studies (StaRI): Explanation and elaboration document.* BMJ Open. 2017; 7(4): e013318. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013318>
16. Powell BJ, Waltz TJ, Chinman MJ, Damschroder LJ, Smith JL, Matthieu MM et al. *A refined compilation of implementation strategies: Results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project.* Implement Sci. 2015; 10: 21. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0209-1>
17. PA Harris, R Taylor, BL Minor, V Elliott, M Fernandez, L O'Neal, L McLeod, G Delacqua, F Delacqua, J Kirby, SN Duda, REDCap Consortium. *The REDCap*

consortium: Building an international community of software partners. *J Biomed Inform.* 2019. doi: 10.1016/j.jbi.2019.103208. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1532046419301261>

18. Flottorp SA, Oxman AD, Krause J, Musila NR, Wensing M, Godycki-Cwirko M *et al.* A checklist for identifying determinants of practice: A systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. *Implement Sci.* 2013; 8: 35. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-35>

19. Ruzafa-Martínez M, Fernández-Salazar S, Leal-Costa C, Ramos-Morcillo AJ. *Questionnaire to Evaluate the Competency in Evidence-Based Practice of Registered Nurses (EBP-COQ Prof®): Development and Psychometric Validation.* *Worldviews Evid Based Nurs.* 2020; 17(5): 366-375. <https://doi.org/10.1111/wvn.12464>

20. Moullin JC, Sabater-Hernández D, Fernandez-Llimos F, Benrimoj SI. A systematic review of implementation frameworks of innovations in healthcare and resulting generic implementation framework. *Health Res. Policy Syst.* 2015; 13:16. <https://doi.org/10.1186/s12961-015-0005-z>

21. Nilsen P. *Making sense of implementation theories,*

*models and frameworks.* *Implement Sci.* 2015; 10:53. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0242-0>

22. Tabak RG, Khoong, EC, Chambers DA, Brownson RC. *Bridging research and practice: Models for dissemination and implementation research.* *Am. J. Prev. Med.* 2012; 43(3): 337-350. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2012.05.024>

23. Powell BJ, Fernandez ME, Williams NJ, Aarons GA, Beidas RS, Lewis CC *et al.* *Enhancing the impact of implementation strategies in healthcare: A research agenda.* *Front Public Health.* 2019; 7, 3. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00003>

24. Squires JE, Sullivan K, Eccles MP, Worswick J, Grimshaw JM. *Are multifaceted interventions more effective than single-component interventions in changing health-care professionals' behaviours? An overview of systematic reviews.* *Implement Sci.* 2014; 9: 152. <https://doi.org/10.1186/s13012-014-0152-6>

25. Skolarus LE, Neshewat GM, Evans L, Green M, Rehman N, Landis-Lewis Z *et al.* *Understanding determinants of acute stroke thrombolysis using the tailored implementation for chronic diseases framework: A qualitative study.* *BMC Health Serv. Res.* 2019; 19(1): 182. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4012-6>

Estrategia de implantación multifacética para promover los cuidados basados en la evidencia: protocolo de investigación en implantación

LETICIA  
BERNÚES-  
CAUDILLO  
*et al.*