



# **UNIVERSIDAD DE MURCIA**

## **ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO**

**Evaluación de la Implantación de la Guía de Buenas Prácticas “Lactancia Materna” de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO), en el Área III de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia**

**D. Francisco David Harillo Acevedo**

2021

UNIVERSIDAD DE  
MURCIA



# UNIVERSIDAD DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

Evaluación de la implantación de la Guía de Buenas Prácticas “Lactancia Materna” de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO), en el Área III de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

Tesis Doctoral como compendio de publicaciones para optar al grado de Doctor con mención de Doctorado Industrial presentada por:

**D. Francisco David Harillo Acevedo**

Dirigida por:

**Dra. Dña. María Ruzafa Martínez**

Profesora de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Murcia

**Dr. D. Antonio Jesús Ramos Morcillo**

Profesor de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Murcia

2021

La presente Tesis Doctoral constituye un compendio de publicaciones de los siguientes estudios publicados:

- Harillo-Acevedo D, Ramos-Morcillo AJ, Ruzafa-Martinez M. Factor associated with breastfeeding support from health care professionals by implementing a Clinical Practice Guideline. *Birth*. 2019;46(1) :146-156. doi:10.1111/birt.12382. Evidencias de calidad de la revista: JCR Q1. FI: 2.705 (3/121 Nursing, primer decil).
  
- Ramos-Morcillo, A. J., Harillo-Acevedo, D., & Ruzafa-Martinez, M. (2020). Using the Knowledge-to-Action Framework to understand experiences of breastfeeding guideline implementation: A qualitative study. *Journal of Nursing Management*, 28(7), 1670–1685. <https://doi.org/10.1111/jonm.13123> Evidencias de calidad de la revista: JCR Q1. FI: 2.243 (según JCR 2019) (12/123 Nursing, primer decil).
  
- Ramos-Morcillo, AJ, Harillo-Acevedo, D, Armero-Barranco, D, Leal-Costa, C, Moral-García JE, Ruzafa-Martínez, M. Barriers Perceived by Managers and Clinical Professionals Related to the Implementation of Clinical Practice Guidelines for Breastfeeding through the Best Practice Spotlight Organization Program. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17, 6248; doi:10.3390/ijerph17176248. Evidencias de calidad de la revista: JCR Q1. FI: 2.849 (según JCR 2019) (32/170 Public, Environmental & Occupational Health).

Parte de los resultados de este trabajo de investigación han sido presentados en:

- Ponencia en Jornada Internacional de Enfermería Basada en la Evidencia (Murcia). “Percepciones y experiencias de profesionales sanitarios y usuarias en la implantación de una Guía de Práctica Clínica de Lactancia Materna en el Área III del Servicio Murciano de Salud”. (Octubre 2019).
- Ponencia en XXI Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados (Investen). Madrid. “Apoyo a la lactancia materna en un área de salud tras implantación de una GPC frente a un área acreditada IHAN y una estándar”. (Noviembre 2017).
- Ponencia en XXI Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados (Investen). Madrid. “Percepciones y experiencia de profesionales de enfermería en la implantación de una guía de lactancia materna”. (Noviembre 2017).
- Ponencia en XX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados (Investen). Coruña. “Apoyo a la lactancia materna en profesionales sanitarios del ámbito materno infantil en el área III de salud, Región de Murcia”. (Noviembre 2016).
- Ponencia en XX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados (Investen). Coruña. “Factores que influyen en la lactancia materna exclusiva tras la implantación de una guía de buenas prácticas”. (Noviembre 2016).
- Ponencia en III congreso Virtual Ibero Americano de Enfermería. “Importancia de las GPC basadas en la evidencia sobre lactancia materna”. (Marzo 2016).
- Ponencia en el II Foro Regional de Salud Sexual y Reproductiva, organizado por la Sociedad Murciana de Calidad Asistencial y la Asociación de Matronas de la Región de Murcia. “Análisis de los factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva al alta hospitalaria en el Área III de salud de la Región de Murcia”. (Noviembre-2015).
- Ponencia en XVII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados (Investen). “Resultados de la lactancia materna tras la implantación de buenas prácticas en la promoción de la lactancia materna”. (Noviembre 2013).
- Ponencia en II congreso de la Asociación de matrona de la Región de Murcia. XI congreso de la FAME. “Proyecto de implantación de la guía de buenas prácticas en lactancia materna en un área de salud”. (Noviembre 2012).

## RESUMEN

La Práctica Basada en la Evidencia se asume actualmente como un paradigma metodológico que ayuda en la toma de decisiones a los profesionales de la salud. Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son herramientas que ayudan al profesional a incorporar las evidencias científicas a la práctica clínica diaria. El Área III de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia en el año 2011 presentó una candidatura al programa de carácter internacional Best Practice Spotlight Organizations (BPSO®) de implantación de GPC, desarrollado por la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (RNAO®), con la finalidad de implantar GPCs. La candidatura fue aprobada y durante los años 2012-2015 se implantaron 5 GPCs, una de ellas de Lactancia Materna (LM). El objetivo de esta tesis doctoral fue evaluar el proceso de implantación de la GPC de LM de RNAO en el contexto del programa de implantación BPSO®. La tesis doctoral está organizada en tres estudios de investigación, uno observacional transversal y dos cualitativos. En el primero pretendíamos determinar el efecto de la implantación de la GPC de LM en los factores asociados al apoyo de la LM por parte de los profesionales, mientras que con los estudios cualitativos queríamos conocer las percepciones y experiencias de las personas implicadas en la implantación de la guía e identificar las barreras encontradas en todo el proceso. La población de estudio la componían los profesionales y usuarios del Área III de Salud. En el estudio transversal se utilizó un cuestionario validado que evalúa las actitudes, creencias, conocimientos, norma subjetiva e intención de conducta sobre el apoyo a la lactancia materna de los profesionales de salud. En los estudios cualitativos se realizaron entrevistas semiestructuradas donde se analizaron las experiencias vividas por las personas involucradas en el proceso de implantación de la GPC. Los resultados mostraron un aumento en el grado de apoyo a la LM de los profesionales sanitarios del Área III de Salud, así como, diferencias en la participación en la implantación según el rol o perfil del profesional y el grado de compromiso con el proceso de implantación de la GPC. Las barreras detectadas están vinculadas a la falta de recursos humanos, materiales y económicos; a los lugares donde se realiza la implantación, las características de quienes lo hacen, y a sus relaciones entre ellos; también se ha observado escasa difusión y diferente alcance del proyecto a los

profesionales; los factores socioculturales relacionados con la madre y su entorno también han su puesto una barrera. La conclusión principal es que la implantación de la GPC de LM de la RNAO en el Área III de salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia ha supuesto para todos los actores implicados un proceso complejo, en el cual, se han llevado a cabo intervenciones multicomponentes que han requerido de una adaptación constante a barreras y entornos cambiantes. Se ha conseguido que disminuya la variabilidad en la práctica clínica debido a que se ha producido una unificación de criterios y estandarización de los cuidados relacionados con mejoras significativas en el apoyo a la LM. Además, comprender el rol de cada uno de los participantes durante el proceso, así como la detección de barreras encontradas ha facilitado el proceso de implantación de la guía tanto a nivel organizacional como de profesionales y usuarios.

**Palabras clave:** Comportamiento y mecanismo de conducta, lactancia materna, guía de práctica clínica, matronas, enfermería, barreras, BPSO, intervenciones complejas, estrategias de implantación.

## ABSTRACT

Evidence-Based Practice is currently assumed as a methodological paradigm that helps health professionals in decision-making. Clinical Practice Guidelines (CPG) are tools that facilitate the professional to incorporate scientific evidence into daily clinical practice. The Health Area III of the Autonomous Community of the Region of Murcia in 2011 submitted a proposal to the international program Best Practice Spotlight Organizations (BPSO®) for the implementation of CPGs, developed by the Registered Nurses Association of Ontario (RNAO®). The application was approved and 5 CPGs were implemented during the years 2012-2015, one of them regarding Breastfeeding (BF). The objective of this Doctoral Thesis was to evaluate the implementation process of the RNAO Breastfeeding CPG in the context of the BPSO® implementation program. It has been organized in three research studies, one cross-sectional observational study and two qualitative studies. In the first one, we aimed to determine the effect of Breastfeeding CPG implementation on the factors associated with breastfeeding support by professionals, while with the qualitative studies we wanted to know the perceptions and experiences of the people involved in the implementation of the guide and identify the barriers found throughout the process. The study population was made up of professionals and users of Health Area III. In the cross-sectional study, a validated questionnaire was used to assess health professionals' attitudes, beliefs, knowledge, subjective norms, and behavioral intentions about breastfeeding support. In the qualitative studies, semi-structured interviews were carried out to understand the experiences of whom were involved in the CPG implementation process. The results showed an increase in the degree of breastfeeding support from health professionals in Health Area III, as well as differences in participation in the implantation, according to the role or profile of the professional and the degree of commitment to the CPG process. The barriers detected were linked to the lack of human, material and economic resources; the places where the implantation took place and the characteristics of those who did it. Other barriers were their relationships with each other; the lack of dissemination and scope of the project to professionals and the sociocultural factors related to the mother and her environment. The main conclusion is that the implementation of the RNAO Breastfeeding CPG in Health Area III of the Autonomous

Community of the Region of Murcia has meant a complex process for all the actors involved, in which multi-component interventions have been carried out, requiring constant adaptation to changing barriers and environments. Variability in clinical practice has been reduced due to the unification of criteria and standardization of care related significant improvements in the breastfeeding support. In conclusion, understanding the role of each of the participants during the process and finding barriers have facilitated the CPG implementation process at the organizational level, being useful for both professionals and users.

**Keywords:** Behaviour and behaviour mechanism, breastfeeding, clinical practice guideline, midwives, nursing, barriers, BPSO, complex interventions, implementation strategies.



# AUTORIZACIÓN DE LA COMISIÓN GENERAL DE DOCTORADO DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA



UNIVERSIDAD DE  
MURCIA

## D. FRANCISCO DAVID HARILLO ACEVEDO

Vista la solicitud presentada el día 30 de septiembre de 2020, por D. Francisco David Harillo Acevedo, con DNI 08921592F, sobre autorización para presentación de tesis doctoral como compendio de publicaciones con carácter previo a la tramitación de la misma en la Universidad de Murcia, le comunico que la Comisión de General de Doctorado, vistos:

- el informe previo de la Comisión Académica del Programa de Doctorado en CIENCIAS DE LA SALUD
- el visto bueno de la Comisión de Ramas de Conocimiento de CIENCIAS DE LA SALUD,

resolvió, en su sesión de 21 de octubre de 2020, **ACEDER** a lo solicitado por el interesado pudiendo, por tanto, presentar su tesis doctoral en la modalidad de compendio de publicaciones, con los siguientes artículos:

1. "Factors associated with breastfeeding support from health care professionals by implementing a Clinical Practice Guideline".
2. "Using the Knowledge-to-Action Framework to understand experiences of breastfeeding guideline implementation: A qualitative study".
3. "Barriers Perceived by Managers and Clinical Professionals Related to the Implementation of Clinical Practice Guidelines for Breastfeeding through the Best Practice Spotlight".

La presente resolución no pone fin a la vía administrativa. Frente a ella, de conformidad con lo previsto en el capítulo II del título V de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas y en el artículo 21 de los Estatutos de la Universidad de Murcia, aprobados por Decreto 85/2004, de 27 de agosto, los interesados pueden interponer recurso de alzada ante el Rector de la Universidad de Murcia, en el plazo de un mes, contado desde el día siguiente al de la notificación o publicación, sin perjuicio de que puedan intentar cualquier otro recurso que a su derecho convenga.

Lo que en cumplimiento del artículo 40.1 de la vigente Ley 39/2015, de 1 de octubre del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, se notifica a D. FRANCISCO DAVID HARILLO ACEVEDO

La Vicerrectora de Estudios, y  
Presidenta de la Comisión General de Doctorado  
Sonia Madrid Cánovas

Documento firmado electrónicamente

Firmante: SONIA MADRID CÁNOVAS. Fecha: 20/10/2020 09:46:30. Emisor del certificado: CN=CA FIRMAT Usuarios CU=CentroDIPNMT-RCM-CHES.



Edificio Rector Soler 3ª planta. Campus Universitario de Espinardo. 30100 Murcia  
T. 968 364 294 - F. 968 363 304 - email: [grciclo@um.es](mailto:grciclo@um.es) - [www.um.es/academic/sec-postgrado/](http://www.um.es/academic/sec-postgrado/)



REGISTRO ELECTRÓNICO - SALIDA; Asiento: 000002183a2000043534; Fecha-hora: 23/10/2020 19:33:04

Código seguro de verificación:  
RUXFMnAw-enFrepE-137avSEy-jX7ALA6K

COPIA ELECTRÓNICA - Página 1 de 1

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento administrativo electrónico archivado por la Universidad de Murcia, según el artículo 27.3 c) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre. Su autenticidad puede ser contrastada a través de la siguiente dirección: <https://sede.um.es/validador/>



UNIVERSIDAD DE  
MURCIA

**INFORME DE LA COMISIÓN ACADÉMICA DEL PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD A LA SOLICITUD PRESENTADA POR D. DAVID HARILLO ECEVEDO PARA LA PRESENTACIÓN DE TESIS DOCTORAL CON MENCIÓN DE DOCTORADO INDUSTRIAL.**

Se ha estudiado la documentación siguiente:

1. Informe favorable de todos los codirectores de la tesis.
2. Un ejemplar de la tesis.
3. Impreso de solicitud de autorización para optar a mención de doctorado industrial.
4. Informe original firmado por la persona responsable designada por la Empresa o Administración Pública.
5. Una memoria donde se demuestre que la tesis está vinculada a un proyecto de investigación industrial o de desarrollo experimental que desarrollen en la Empresa o Administración Pública.
6. Copia del contrato laboral que firmó con la Empresa o Administración Pública para demostrar su vinculación contractual durante el desarrollo de la tesis.
7. Copia del convenio suscrito entre la Universidad de Murcia, la Empresa o Administración Pública y el doctorando/a para la realización de esta investigación, en su caso.

**POR LO QUE INFORMA:**

- a) Que cumple con los trámites exigidos para optar a la mención «Doctorado Industrial».
- b) Que ha desarrollado un proyecto de investigación o de desarrollo experimental en la Empresa o Administración Pública GERENCIA DEL Área 3 - LORCA (SERVICIO MURCIANO DE SALUD) por un tiempo de 5 años de contrato.

En Murcia, a 4 de noviembre de 2020

EL PRESIDENTE DE LA COMISIÓN ACADÉMICA

Firmado con certificado electrónico reconocido.  
La información sobre el firmante, la fecha de firma y el código de verificación del documento se encuentra disponible en los márgenes izquierdo e inferior

Fdo.: Aníbal Nieto Díaz

Firmante: ANIBAL NIETO DIAZ. Fecha hora: 04/11/2020 12:22:57. Emisor del certificado: CN=ES, O=ACCV, OU=PRACCV, CN=ACCVCA:126.



**Doctorado en Ciencias de la Salud**

Edificio LAIB / Departamental, Campus de Ciencias de la Salud,  
30.120 El Palmar - Murcia - Telf. 868 888142 - Fax 868 888115

Código seguro de verificación: RUxFMkgT-hQ3omJs6-E6w2+fd6-RvBa40EF

COPIA ELECTRÓNICA - Página 1 de 1

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento administrativo electrónico archivado por la Universidad de Murcia, según el artículo 27.3 c) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre. Su autenticidad puede ser contrastada a través de la siguiente dirección: <https://sede.um.es/validador/>

## Informe de los Directores de Tesis Doctoral



UNIVERSIDAD DE  
MURCIA

D<sup>a</sup>. María Ruzafa Martínez, Profesora Titular de Universidad del Área de Enfermería en el Departamento de Enfermería, AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "Evaluación de la implantación de la Guía de Buenas Prácticas "Lactancia Materna" de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO), en el Área III de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia", realizada por D. Francisco David Harillo Acevedo, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 27 de octubre de 2020

Firmante: MARIA RUZAFAMARTINEZ. Fecha: 27/10/2020 00:03:30. Emisor del certificado: CN=AC FNMT Usuarios, OU=Cesars, O=FNMT RCALC-ES.



Código seguro de verificación: RUXFMk0P-RllHlay+-hKtHS8qc-upcBsMFI

COPIA ELECTRÓNICA - Página 1 de 1

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento administrativo electrónico archivado por la Universidad de Murcia, según el artículo 27.3 c) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre. Su autenticidad puede ser contrastada a través de la siguiente dirección: <https://sede.um.es/validador/>



UNIVERSIDAD DE  
MURCIA

D. Antonio Jesús Ramos Morcillo, Profesor Contratado Doctor de Universidad del Área de Enfermería en el Departamento de Enfermería, AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "Evaluación de la implantación de la Guía de Buenas Prácticas "Lactancia Materna" de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO), en el Área III de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia", realizada por D. Francisco David Harillo Acevedo, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 27 de octubre de 2020

Firmante: ANTONIO JESUS RAMOS MORCILLO. Fecha: 27/10/2020 08:04:24. Emisor del certificado: CN=U+UM, OU=Servicio de Informática, O=Universidad de Murcia, C=ES



Código seguro de verificación: RUxFMnt9-TI+3KWjz-d2mkvzYG-5X19WzyN

COPIA ELECTRÓNICA - Página 1 de 1

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento administrativo electrónico archivado por la Universidad de Murcia, según el artículo 27.3 c) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre. Su autenticidad puede ser contrastada a través de la siguiente dirección: <https://sede.um.es/validador/>

## Informes de los Coautores de los artículos que conforman la Tesis Doctoral por Compendio:



UNIVERSIDAD DE  
MURCIA

### DECLARACIÓN DE LOS COAUTORES DE LOS ARTÍCULOS QUE INTERGRAN LA TEIS DOCTORAL DE D. FRANCISCO DAVID HARILLO ACEVEDO

Dña. María Ruzafa Martínez, profesora titular de la Universidad de Murcia, como coautora de los artículos:

- Harillo-Acevedo D, Ramos-Morcillo AJ, Ruzafa-Martinez M. Factor associated with breastfeeding support from health care professionals by implementing a Clinical Practice Guideline. Birth. 2019;46(1):146-156. doi:10.1111/birt.12382.  
Evidencias de calidad de la revista: JCR Q1. FI: 2.705 (3/121 Nursing).
- Ramos-Morcillo, A. J., Harillo-Acevedo, F. D., Ruzafa-Martínez, M. Using the Knowledge-to-Action Framework to understand experiences of breastfeeding guideline implementation: A qualitative study. J Nurs Manag. 2020; 00:1–14. <https://doi.org/10.1111/jonm.13123>  
Evidencias de calidad de la revista: JCR Q1. FI: 2.243 (según JCR 2019) (12/123 Nursing).
- Ramos-Morcillo, AJ, Harillo-Acevedo, D, Armero-Barranco, D, Leal-Costa, C, Moral-García JE, Ruzafa-Martínez, M. Barriers Perceived by Managers and Clinical Professionals Related to the Implementation of Clinical Practice Guidelines for Breastfeeding through the Best Practice Spotlight Organization Program. Int. J. Environ. Res. Public Health 2020, 17, 6248; doi:10.3390/ijerph17176248.  
Evidencias de calidad de la revista: JCR Q1. FI: 2.849 (según JCR 2019) (32/170 Public, Environmental & Occupational Health)

Manifiesta su conformidad para que estos artículos formen parte de la tesis doctoral, modalidad compendio de publicaciones del doctorando D. Francisco David Harillo Acevedo, así como su compromiso de no presentar ninguno de estos artículos como parte de otra tesis doctoral distinta a la que presenta este doctorando.

Así mismo, declara que la contribución del doctorando en los estudios detallados arriba, ha sido altamente relevante, puesto que ha participado en todas las fases de la ejecución de los estudios: Diseño, recogida y análisis de datos, recolección y análisis de bibliografía relacionada, redacción de los artículos y comunicación con las revistas.

Y para que así conste, firma el presente documento digitalmente  
Murcia, 25 de septiembre de 2020

María Ruzafa Martínez  
DNI: 34817610A

Firmante: MARIA RUZAF MARTINEZ. Fecha: 25/09/2020 10:36:06. Emisor del certificado: CN=CACT FNMT Usuarios, OU=Certificados FNMT, C=ES.



Código seguro de verificación: RUxFMhbB-pN0scc3W-RH4+jvoJ-b+yAMCzk

COPIA ELECTRÓNICA - Página 1 de 1

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento administrativo electrónico archivado por la Universidad de Murcia, según el artículo 27.3 c) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre. Su autenticidad puede ser contrastada a través de la siguiente dirección: <https://sede.um.es/validador/>



DECLARACIÓN DE LOS COAUTORES DE LOS ARTÍCULOS QUE INTERGRAN LA TESIS DOCTORAL  
DE D. FRANCISCO DAVID HARILLO ACEVEDO

D. Antonio Jesús Ramos Morcillo, profesor Contratado Doctor de la Universidad de Murcia, como coautor de los artículos:

- Harillo-Acevedo D, Ramos-Morcillo AJ, Ruzafa-Martinez M. Factor associated with breastfeeding support from health care professionals by implementing a Clinical Practice Guideline. Birth. 2019;46(1):146-156. doi:10.1111/birt.12382.  
Evidencias de calidad de la revista: JCR Q1. FI: 2.705 (3/121 Nursing).
- Ramos-Morcillo, A. J., Harillo-Acevedo, F. D., Ruzafa-Martínez, M. Using the Knowledge-to-Action Framework to understand experiences of breastfeeding guideline implementation: A qualitative study. J Nurs Manag. 2020; 00:1–14. <https://doi.org/10.1111/jonm.13123>  
Evidencias de calidad de la revista: JCR Q1. FI: 2.243 (según JCR 2019) (12/123 Nursing).
- Ramos-Morcillo, AJ, Harillo-Acevedo, D, Armero-Barranco, D, Leal-Costa, C, Moral-García JE, Ruzafa-Martínez, M. Barriers Perceived by Managers and Clinical Professionals Related to the Implementation of Clinical Practice Guidelines for Breastfeeding through the Best Practice Spotlight Organization Program. Int. J. Environ. Res. Public Health 2020, 17, 6248; doi:10.3390/ijerph17176248.  
Evidencias de calidad de la revista: JCR Q1. FI: 2.849 (según JCR 2019) (32/170 Public, Environmental & Occupational Health)

Manifiesta su conformidad para que estos artículos formen parte de la tesis doctoral, modalidad compendio de publicaciones del doctorando D. Francisco David Harillo Acevedo, así como su compromiso de no presentar ninguno de estos artículos como parte de otra tesis doctoral distinta a la que presenta este doctorando.

Así mismo, declara que la contribución del doctorando en los estudios detallados arriba, ha sido altamente relevante, puesto que ha participado en todas las fases de la ejecución de los estudios: Diseño, recogida y análisis de datos, recolección y análisis de bibliografía relacionada, redacción de los artículos y comunicación con las revistas.

Y para que así conste, firma el presente documento digitalmente  
Murcia, 25 de septiembre de 2020

Antonio Jesús Ramos Morcillo  
DNI: 26491778-X

Firmante: ANTONIO JESUS RAMOS MORCILLO. Fecha: 20/09/2020 11:36:12. Email del certificado: C:\Users\AJRM\Documents\Antonio.J.Ramos.Morcillo\certificados\Antonio.J.Ramos.Morcillo.cer



Código seguro de verificación: RUxFMrg1-ASIn/ntR-dMkYp6lv-1gvglU0I

COPIA ELECTRÓNICA - Página 1 de 1

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento administrativo electrónico archivado por la Universidad de Murcia, según el artículo 27.3 c) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre. Su autenticidad puede ser contrastada a través de la siguiente dirección: <https://sede.um.es/validador/>



DECLARACIÓN DE LOS COAUTORES DE LOS ARTÍCULOS QUE INTERGRAN LA TESIS DOCTORAL DE DON FRANCISCO DAVID HARILLO ACEVEDO.

D. David Armero Barranco, profesor titular de la Universidad de Murcia, como coautor del artículo:

- Ramos-Morcillo, A, Harillo-Acevedo, D, Armero-Barranco, D, Leal-Costa, C, Moral-García JE, Ruzafa-Martínez, M. Barriers Perceived by the Managers and Clinical Professionals Related to the Implementation of Clinical Practice Guidelines for Breastfeeding through the Best Practice Spotlight Organization Program. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(17), 6248. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176248> JCR Q1. FI: 2.849 (según JCR 2019) (32/170 Public, Environmental & Occupational Health).

Manifiesta su conformidad para que este artículo forme parte de la tesis doctoral, modalidad compendio de publicaciones del doctorando D. Francisco David Harillo Acevedo, así como su compromiso de no presentar este artículo como parte de otra tesis doctoral distinta a la que presenta este doctorando.

Así mismo, declara que la contribución del doctorando al estudio detallado arriba, ha sido altamente relevante, puesto que ha participado en todas las fases de la ejecución del estudio: Diseño, recogida y análisis de datos, recolección y análisis de bibliografía relacionada, redacción del artículo y comunicación con la revista, entre otras. Lo cual queda reflejado, además, en el orden de autoría de este trabajo.

Y para que así conste, firma el presente documento en Murcia, el 25 de septiembre de 2020

David Armero Barranco  
DNI: 27453897Q



Código seguro de verificación: RUxFMo7o-E49FGrup-qgMFXVmF-gjSDVvry

COPIA ELECTRÓNICA - Página 1 de 1

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento administrativo electrónico archivado por la Universidad de Murcia, según el artículo 27.3 c) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre. Su autenticidad puede ser contrastada a través de la siguiente dirección: <https://sede.um.es/validador/>

UNIVERSIDAD DE  
MURCIA



DECLARACIÓN DE LOS COAUTORES DE LOS ARTÍCULOS QUE INTERGRAN LA TESIS DOCTORAL DE DON FRANCISCO DAVID HARILLO ACEVEDO.

D. César Leal Costa, profesor Contratado Doctor de la Universidad de Murcia, como coautor del artículo:

- Ramos-Morcillo, AJ, Harillo-Acevedo, D, Armero-Barranco, D, Leal-Costa, C, Moral-García JE, Ruzafa-Martínez, M. Barriers Perceived by the Managers and Clinical Professionals Related to the Implementation of Clinical Practice Guidelines for Breastfeeding through the Best Practice Spotlight Organization Program. Int J Environ Res Public Health 2020;17(17), 6248. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176248> JCR Q1. FI: 2.849 (según JCR 2019) (32/170 Public, Environmental & Occupational Health)..

Manifiesta su conformidad para que este artículo forme parte de la tesis doctoral, modalidad compendio de publicaciones del doctorando D. Francisco David Harillo Acevedo, así como su compromiso de no presentar este artículo como parte de otra tesis doctoral distinta a la que presenta este doctorando.

Así mismo, declara que la contribución del doctorando al estudio detallado arriba, ha sido altamente relevante, puesto que ha participado en todas las fases de la ejecución del estudio: Diseño, recogida y análisis de datos, recolección y análisis de bibliografía relacionada, redacción del artículo y comunicación con la revista, entre otras. Lo cual queda reflejado, además, en el orden de autoría de este trabajo.

Y para que así conste, firma el presente documento en Murcia, el 25 de septiembre de 2020

César Leal Costa  
DNI: 74230129K

Firma: CÉSAR LEAL COSTA. Fecha: 25/09/2020 11:04:13. Error del certificado: C=ES,O=MURCIA,OU=UNIVERSIDAD DE MURCIA,OU=CA,OU=198



Código seguro de verificación: RUxMm0U-FQbrUTcN-0LjtJkBW-H8j+hU0t

COPIA ELECTRÓNICA - Página 1 de 1

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento administrativo electrónico archivado por la Universidad de Murcia, según el artículo 27.3 c) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre. Su autenticidad puede ser contrastada a través de la siguiente dirección: <https://sede.um.es/validador/>





DECLARACIÓN DE LOS COAUTORES DE LOS ARTÍCULOS QUE INTERGRAN LA TESIS DOCTORAL DE DON FRANCISCO DAVID HARILLO ACEVEDO.

D. José Enrique Moral García, profesor titular de la Universidad Pontificia de Salamanca, como coautor del artículo:

- Ramos-Morcillo, AJ, Harillo-Acevedo, D, Armero-Barranco, D, Leal-Costa, C, Moral-García JE, Ruzafa-Martínez, M. Barriers Perceived by the Managers and Clinical Professionals Related to the Implementation of Clinical Practice Guidelines for Breastfeeding through the Best Practice Spotlight Organization Program. Int J Environ Res Public Health 2020;17(17), 6248. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176248> JCR Q1. FI: 2.849 (según JCR 2019) (32/170 Public, Environmental & Occupational Health)..

Manifiesta su conformidad para que este artículo forme parte de la tesis doctoral, modalidad compendio de publicaciones del doctorando D. Francisco David Harillo Acevedo, así como su compromiso de no presentar este artículo como parte de otra tesis doctoral distinta a la que presenta este doctorando.

Así mismo, declara que la contribución del doctorando al estudio detallado arriba, ha sido altamente relevante, puesto que ha participado en todas las fases de la ejecución del estudio: Diseño, recogida y análisis de datos, recolección y análisis de bibliografía relacionada, redacción del artículo y comunicación con la revista, entre otras. Lo cual queda reflejado, además, en el orden de autoría de este trabajo.

Y para que así conste, firma el presente documento en Salamanca, el 25 de septiembre de 2020

José Enrique Moral García  
DNI: 26.238.078.T

Firmado por MORAL GARCIA JOSE ENRIQUE - 26238078T  
el día 25/09/2020 con un certificado emitido por  
AC FNMT Usuarios

## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero expresar mi más sincero agradecimiento a las personas que han contribuido desde lo intelectual y lo afectivo a que esta Tesis Doctoral se gestara y haya llegado a término. Me refiero sin lugar a duda, a mi directora de Tesis, Dra. María Ruzafa Martínez y mi director, Dr. Antonio Jesús Ramos Morcillo. Les agradezco el respeto que siempre han tenido a mis sugerencias e ideas, y sobre todo, al rigor mostrado con la dedicación y apoyo brindado durante la dirección de esta tesis. Los admiro enormemente por sus conocimientos, capacidades de trabajo e interés por la investigación. Ellos me han inculcado e introducido en este mundo, convirtiéndose en mis referentes para esta disciplina. No solo han sido para mí una fuente de aprendizaje y de aporte de conocimientos, sino, que estar a su lado me ha hecho crecer como persona.

También, agradecer al Dr. David Armero Barranco por su ayuda y dedicación como tutor a lo largo de este proyecto.

Por otro lado, dar las gracias al grupo de trabajo de Investen en colaboración con RNAO. Ellos han permitido utilizar el programa de implantación de Guías de Buenas Prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados para poder desarrollar esta investigación.

También agradecer al Área III de salud del Servicio Murciano de Salud por confiar en mí para liderar el proyecto de implantación de la Guía de Práctica Clínica de lactancia materna. Me han brindado todos los recursos y herramientas necesarias para llevar a cabo el proceso de investigación. En especial a mi compañera Solanger Hernández por haber estado ahí siempre que la he necesitado.

A la Fundación para la Formación e Investigación Sanitaria de la Región de Murcia por las ayudas recibidas para la intensificación de mi labor investigadora.

A todos y todas las profesionales que han participado en el proyecto de implantación de Guías de práctica Clínica en el Área III de Salud. Haciendo especial mención a los que desempeñan su labor asistencial en los cuidados materno infantiles tanto de Atención

Hospitalaria como de Atención Primaria. Sin su participación esta investigación no hubiera sido posible.

También, como no podía ser de otra manera, a todos los bebés nacidos y las mamás que han dado a luz en el Hospital Rafael Méndez durante el tiempo que se ha estado realizando el trabajo de investigación, ya que, han sido ellas mi fuente de inspiración diaria y las que han hecho que mi entusiasmo por el tema tratado sea inmenso. En definitiva, es por el bien del binomio madre-hijo por lo que han merecido la pena todos mis esfuerzos.

Por último, y no por ello menos importante, dedicar a mis padres el resultado de este trabajo en el que he puesto mucha pasión y entusiasmo. Seguro que se sienten muy orgullosos allí donde estén. Por otro lado, compartir la felicidad que me aporta este gran logro, con mi compañero de vida, Antonio. Él ha sido y es una figura indispensable en mi andadura de vida. Me aporta la fuerza, energía y apoyo moral y humano en los momentos difíciles. Gracias por su ayuda, paciencia, comprensión y solidaridad con este proyecto.

Gracias a mi familia y amigos que siempre estuvieron ahí para darme palabras de apoyo y un abrazo cargado de energía y amor en los momentos de necesidad.

A todos, muchas gracias.

## ÍNDICE

<b>CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
1.1. LA LACTANCIA MATERNA.....	1
1.2. BAJAS TASAS DE LACTANCIA MATERNA .....	2
1.3. IMPORTANCIA DE LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS PARA EL AUMENTO DE LAS TASAS DE LACTANCIA MATERNA .....	3
1.4. IMPORTANCIA DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA Y SU IMPLANTACIÓN .....	5
1.5. PROGRAMA DE IMPLANTACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LA ASOCIACIÓN DE ENFERMERAS REGISTRADAS DE ONTARIO (RNAO) EN ÁREA III DE SALUD DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA.....	7
<b>CAPÍTULO 2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO</b> .....	<b>15</b>
<b>CAPÍTULO 3. OBJETIVOS</b> .....	<b>18</b>
<b>CAPÍTULO 4. RESULTADOS</b> .....	<b>20</b>
ARTÍCULO Nº1.....	21
ARTÍCULO Nº 2.....	23
ARTÍCULO Nº 3.....	25
<b>CAPÍTULO 5. RESUMEN GLOBAL</b> .....	<b>27</b>
5.1. OBJETIVOS .....	28
5.2. METODOLOGÍA .....	28
5.3. RESULTADOS .....	29
5.4. DISCUSIÓN .....	31
5.5. CONCLUSIONES .....	35
<b>CAPÍTULO 6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>38</b>
<b>CAPÍTULO 7. APLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA</b> .....	<b>40</b>
<b>CAPÍTULO 8. PROSPECTIVA DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>44</b>
<b>CAPÍTULO 9. CONCLUSIÓN FINAL</b> .....	<b>46</b>
<b>CAPÍTULO 10. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>48</b>

## CAPÍTULO 1. Introducción

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1. La Lactancia Materna

La Lactancia Materna (LM) es considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) como “la categoría de exposición a la lactancia en la que el bebé, hasta los seis meses de edad recibe únicamente leche directamente del pecho o extraída del pecho, además de cualquier complemento vitamínico o mineral o medicamentos según sea necesario. El lactante no recibe ningún otro tipo de líquido o sólido”<sup>1</sup>.

Se considera que el comienzo de la alimentación con LM debe realizarse de forma temprana en la primera hora de vida, ya que, el riesgo de un recién nacido de morir en los primeros 28 días de vida, se relaciona con inicios de la LM de 2 a 23 horas después del parto, siendo un 33% más alto en comparación con los que comenzaron de forma temprana. Estas cifras aumentan a más del doble para los que iniciaron la LM un día o más después del nacimiento<sup>2</sup>. Esta práctica es clave y fundamental en los cuidados neonatales, ya que, ofrece a los recién nacidos mejores oportunidades de supervivencia, crecimiento y desarrollo de todo su potencial<sup>3</sup>. De igual modo, se ha demostrado que poner al recién nacido en contacto piel con piel inmediato y de forma ininterrumpida con la madre tras el nacimiento hasta que el bebé lacte, va a hacer que la LM sea más duradera<sup>4</sup>.

La alimentación con leche materna se considera que garantiza la seguridad alimentaria de los lactantes<sup>5</sup>, ya que, aporta los nutrientes y energía necesarios para el crecimiento y ofrece un mejor desarrollo físico y neurológico<sup>6,7</sup>. Además, favorece la salud materna y mejora el vínculo entre madre y bebé, protegiendo a este último contra enfermedades no transmisibles y aportándole beneficios para toda la vida<sup>8,9</sup>.

La OMS y UNICEF recomiendan un inicio de la LM en la hora siguiente al parto para aumentar la supervivencia neonatal y mantener la LM a largo plazo; y posteriormente que continúe exclusivamente en los primeros 6 meses de vida, siendo esto básico para

lograr un crecimiento, desarrollo y salud óptimos. A partir de aquí, complementar con alimentos seguros y adecuados, hasta 2 años o más<sup>10</sup>.

## 1.2. Bajas tasas de lactancia materna

Las tasas de inicio de LM son muy diferentes entre regiones, siendo del 35% en Oriente Medio y África del Norte al 65% en África Oriental y Meridional. Es llamativa la carencia de monitorización de la lactancia en países de América del Norte y Europa Occidental, por lo que no existen datos para poder hacer estimaciones de las tasas de lactancia en países de altos ingresos<sup>11</sup>.

Distintas revisiones sistemáticas han demostrado que las prácticas inadecuadas de LM perjudican significativamente la salud de niños y madres. Mejorar las tasas de LM a nivel mundial puede prevenir más de 80.0000 muertes en niños menores de 5 años y 20.000 muertes anuales por cáncer de mama en mujeres, considerándose por tanto que esta situación es de vital importancia tratarla<sup>12</sup>.

Otra repercusión importante es que el hecho de no amamantar se asocia con pérdidas económicas importantes<sup>7</sup>. Hay estudios recientes que indican que tasas crecientes de LM podrían sumar 300 mil millones de dólares a la economía mundial anualmente<sup>13</sup>. De la misma forma, una LM inadecuada tiene un impacto significativo en los gastos ocasionados para la atención médica a niños y mujeres<sup>14,15</sup>.

A pesar que los estudios demuestran que los profesionales de la salud influyen en el establecimiento y mantenimiento de la LM<sup>16,17</sup>, consiguiendo con sus intervenciones que un mayor número de mujeres comiencen a amamantar<sup>18</sup> y prolonguen la LM<sup>19</sup>, este apoyo no siempre se brinda. Datos de UNICEF muestran que del 78% de los partos atendidos por un profesional de la salud cualificado, solo el 45% de los recién nacidos fueron amamantados dentro de la primera hora después del nacimiento<sup>20</sup>.

Aun siendo evidente la importancia vital que se le atribuye a la LM, a nivel mundial, según datos de UNICEF, solo 2 de cada 5 recién nacidos y niños llevan a cabo esta

practica<sup>11</sup>. De igual modo, diversas investigaciones concluyen que mundialmente, solo el 44% de lactantes inician la LM en la primera hora y el 40% toman LM exclusiva a los 6 meses. De este 40%, a los 2 años, solo el 45% de los niños continua amamantandose<sup>5</sup>. Proponiendo la OMS<sup>21</sup> como objetivo, alcanzar tasas de LM del 50% para el año 2025.

### 1.3. Importancia de las organizaciones sanitarias para el aumento de las tasas de lactancia materna

Es fundamental que las instituciones sanitarias y sus profesionales adopten estrategias prioritarias en la promoción y el apoyo de la LM <sup>22,23</sup>. Por este motivo, en los años 90 comienza el interés por la aplicación de recomendaciones para el fomento de la LM en contextos clínicos<sup>23</sup>. Desde entonces y hasta la actualidad son muchos los organismos nacionales e internacionales los que luchan por la protección, promoción y apoyo a la LM. En 1989, la OMS y UNICEF publicaron los “10 pasos para una lactancia exitosa”, dentro de un conjunto de políticas y procedimientos que las instituciones que brindan servicios a la maternidad y recién nacidos deberían implementar para apoyar la LM<sup>24</sup>. En 1990, la Declaración de Innocenti<sup>25</sup>, hizo un llamamiento a todos los gobiernos para garantizar que todas las instituciones cumplieran los 10 Pasos. En 1991, la OMS y UNICEF lanzaron la Iniciativa para la Humanización al Nacimiento y la Lactancia (IHAN), para de igual modo, ayudar a motivar a las instituciones que brindan servicios a la maternidad y recién nacidos en todo el mundo a implementar los 10 Pasos. Consensuando que las instituciones que documenten su total adhesión a los 10 Pasos, así como su cumplimiento con el Código Internacional de Comercialización de Sustitutos de la Leche Materna<sup>26</sup> y la resolución pertinente de la Asamblea Mundial de la Salud<sup>27</sup>, serán designadas como "amiga de los niños". En 1998, la OMS aporta pruebas complementarias justificando cada uno de los 10 Pasos<sup>28</sup>.

Por lo tanto, desde 1991 la WHO y UNICEF, con la IHAN han contribuido a motivar a las organizaciones de salud de todo el mundo a que apoyen la LM mediante la implantación de 10 pasos para una LM exitosa<sup>29</sup>. Más recientemente organismos públicos y asociaciones profesionales, como el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) y la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) también han desarrollado guías de práctica clínica para facilitar el acercamiento de los profesionales de la salud a



recomendaciones basadas en conocimientos científicos actualizados para el fomento de la LM<sup>30,31</sup>.

Se sabe que el comienzo de la LM no es fácil, pero contar con personas, políticas y programas apropiados puede provocar un impacto positivo en la LM<sup>32</sup>. En este contexto, la IHAN<sup>10</sup> ha demostrado ser la intervención más efectiva<sup>33</sup>, observándose mejoras en las capacidades y prácticas de los profesionales en la promoción y apoyo a la LM, en las políticas de los centros y aumentando las tasas de inicio y duración de la LM<sup>34,35</sup>. A pesar de esto, no siempre se consigue el cumplimiento de los pasos de la IHAN<sup>36</sup>, y los resultados en las tasas de LM a corto plazo varían<sup>37</sup>.

Institucionalizar la práctica del amamantamiento es un proceso complejo. Dos revisiones sistemáticas<sup>33,32</sup> sobre la eficacia de diversas intervenciones para mejorar los resultados de la LM concluyen que es necesario que se lleven a cabo estrategias de intervención multifacética con la combinación de diferentes actividades y en múltiples entornos. Añaden que se deben desarrollar intervenciones que persistan desde el período prenatal hasta el posnatal y que incorporen tanto el entorno hospitalario como el comunitario. Por otra parte, las intervenciones multifacéticas son difíciles y complejas de implementar, como consecuencia es difícil obtener siempre resultados positivos<sup>38,39</sup>, y se desconoce el coste-efectividad de estas intervenciones<sup>33</sup>.

Por todo lo descrito, son las organizaciones sanitarias las que deben apostar por herramientas que tengan como objetivo, que la LM sea un derecho de cada niño, respetando el derecho de cada madre a tomar una decisión informada sobre cómo alimentar a su bebé. De ahí, la importancia que tiene institucionalizar mejor la protección, promoción y el apoyo a la lactancia materna en los centros sanitarios. Siendo necesario una información completa, basada en evidencia, libre de intereses comerciales, y con el apoyo institucional para que se pueda llevar a cabo<sup>40</sup>.

#### 1.4. Importancia de las Guías de Práctica Clínica y su implantación

En la actualidad, se pretende que las organizaciones y profesionales tomen decisiones clínicas basándose en la mejor evidencia científica disponible. Esta práctica basada en la evidencia (PBE) ha provocado que se haya pasado de utilizar la práctica tradicional, basada en la experiencia personal y profesional y el sentido común, a la aplicación de los conocimientos procedentes de investigaciones rigurosas<sup>41</sup>. La PBE ha ido evolucionando conceptualmente de forma progresiva, y además de integrar la mejor evidencia disponible, se le suma la experiencia clínica y las opiniones de pacientes, haciéndola más eficaz y a la misma vez facilitando la toma de decisiones clínicas<sup>42</sup>.

La PBE se ha difundido a todos los sectores y niveles de salud<sup>43</sup>. Sin embargo, la literatura pone de manifiesto la dificultad de llevar a la práctica clínica lo que recomienda la mejor evidencia científica. Por este motivo, se han realizado esfuerzos por cambiar el comportamiento, las prácticas y las políticas de los sistemas de salud con el fin de mejorar esta transmisión del conocimiento existente a la práctica clínica<sup>44</sup>. Son las organizaciones sanitarias las que deben encargarse de gestionarlo, para así obtener resultados positivos tanto a nivel institucional como en los pacientes<sup>45-47</sup>.

Para que el conocimiento emergente de la investigación pueda ser aplicado con efectividad a la práctica clínica, debe ser sintetizado y acompañado de herramientas que faciliten la toma de decisiones. Una de ellas, es el desarrollo y aplicación de Guías de Práctica Clínica (GPC). Estas, son utilizadas como instrumento para mejorar la calidad de los cuidados, disminuir la variabilidad de la práctica y/o los costes, produciendo cambios basados en la evidencia y de esta forma poder desempeñar la mejor práctica profesional<sup>48,49</sup>. Su utilización se ha incrementado en la asistencia sanitaria como estrategia sistemática que mejora la atención y resultados de salud en pacientes<sup>50,51</sup>.

Una GPC se podrían definir como “un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o

terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica"<sup>52</sup>.

El desarrollo de las Guías se ejecuta por equipos multidisciplinares, que revisan de forma sistemática la evidencia científica disponible, se aseguran de que la información sea de calidad y elaboran una serie de recomendaciones clínicas<sup>53</sup>. Posteriormente, se requiere un proceso de implementación, con el cual se pretende que la práctica clínica se base en las recomendaciones de la guía. Por último, se realiza una evaluación para ver el impacto que ha tenido la implementación de recomendaciones en la práctica clínica y así poder mejorar la calidad de los cuidados<sup>53</sup>.

Entre los beneficios que proporciona la implantación de las GPCs se incluyen la disminución de la morbimortalidad, la mejora de la eficiencia y la contención de los costos<sup>54</sup>, así como proporcionar a los usuarios un asesoramiento consistente. Además, permite a los profesionales justificar sus prácticas y legitimar sus actividades, trabajando en colaboración con los diferentes miembros del equipo multidisciplinar dentro de un marco común de comprensión y actividades<sup>54</sup>.

A lo largo del proceso de implantación, se considera fundamental la detección de barreras, ya que esto, facilita el diseño de intervenciones efectivas y planteamiento de las estrategias más adecuadas para facilitar su uso<sup>55</sup>. En este sentido, la literatura destaca como principales barreras las relacionadas con los contextos sociales y de políticas, de organización de los sistemas de salud, de la propia GPC, y de los profesionales de la salud y pacientes. Sin embargo, hasta la fecha no se han encontrado estudios sobre barreras que aborden la implantación de una GPC de promoción de la salud como es el caso de la LM. Esto puede ser debido a que en la última década preferentemente se ha estudiado la implantación de guías de procesos crónicos<sup>56,57,66,67,58-65</sup>. Del mismo modo, se detecta la escasez de uso de marcos teóricos que dirijan la implantación de las guías<sup>68</sup>.

De igual manera, es una necesidad que se produzca un cambio a nivel organizacional<sup>69</sup> durante el proceso de implementación de una GPC, ya que, es así como las

recomendaciones se integraran con éxito entre los profesionales y en su práctica clínica<sup>70,71</sup>. Pero la realidad es otra, ya que, los resultados disponibles actualmente muestran que, en general, los programas de implantación de GPC obtienen resultados entre modestos y moderados con porcentajes de adherencia de los profesionales a las recomendaciones que varían entre un 6% y un 14%<sup>72</sup>. Por lo tanto, aunque el uso de GPCs cada vez es mayor y la investigación ha demostrado que pueden mejorar la salud e influir en los procesos de atención sanitaria, sigue existiendo entre los profesionales de la salud variabilidad en la práctica asistencial<sup>73,74</sup>. En este sentido, las GPCs pueden tener poco impacto, a menos que se integren con éxito en la práctica clínica<sup>75</sup>.

En definitiva, el proceso de implementación de guías es difícil de abordar, ya que, conlleva la aplicación de intervenciones complejas en entornos cambiantes, lo que supone una dificultad a la hora de evaluar y llevarla a cabo en otros contextos<sup>76</sup>.

En consecuencia, es necesario que se realicen estudios que evalúen tanto los resultados del uso de las recomendaciones, como la efectividad de las estrategias utilizadas para difundir y aplicar estas recomendaciones<sup>49</sup>.

#### 1.5. Programa de implantación de Guías de Práctica Clínica de la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (RNAO) en Área III de salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

El Área III de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, considera que es su deber como institución y servicio proveedor de salud aplicar cuidados, técnicas, herramientas y tecnología basada en la mejor evidencia científica. Por lo que piensa que para permitir acercar la evidencia a la práctica clínica debe incorporar a nivel organizacional la implantación de GPCs en su quehacer diario. Y de este modo, conseguir cambios perdurables en el tiempo.

Aunque ha sido estudiado que las GPCs han mostrado ser efectivas en el cambio de la práctica clínica, solo el darlas a conocer en la organización, no permite necesariamente su utilización sistemática para alcanzar el objetivo con el que fueron realizadas. Este objetivo es ayudar al personal sanitario y no sanitario, estudiantes, pacientes y cuidadores a tomar decisiones sobre los cuidados y/o autocuidados fundamentados en

el mejor conocimiento disponible. Por ello, se requiere poner en marcha una serie de estrategias e intervenciones que faciliten el traslado de estos conocimientos a la práctica diaria con el fin de mejorar los cuidados.

En este contexto, el Área III de Salud de la Región de Murcia junto con la Facultad de Ciencias Sociosanitarias de Lorca (Universidad de Murcia) decidió presentar una candidatura para participar en el Programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC®)<sup>48</sup> para la implantación en total de 5 GPCs. Este programa forma parte de la red internacional Best Practice Spotlight Organizations (BPSO®) liderado por la Asociación de Enfermeras de Ontario (RNAO®), que tiene como finalidad aplicar las guías de RNAO usando estrategias de difusión, implantación y sostenibilidad. En España esta iniciativa está dirigida por la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud del Instituto de salud Carlos III (Investén-isciii) y el Centro Español para los Cuidados de Salud basados en la Evidencia del Instituto Joanna Briggs, en colaboración con la RNAO®. Estas instituciones han conseguido involucrar a través de su programa a las organizaciones, convirtiéndolas en líderes reconocidos en la implantación y evaluación de GPCs de RNAO® mediante la tutela del programa de implantación. Este programa selecciona cada 3 años a los centros y organizaciones más apropiadas para la aplicación y evaluación de las GPCs. Durante este periodo la asociación sirve de apoyo y orientación a los centros para llevar a cabo la implantación de guías. Esto permite a los sistemas de salud centrarse en la atención a pacientes y la excelencia clínica, utilizando las últimas investigaciones para aplicar la práctica clínica y optimizar los resultados. Además, las organizaciones que lideran el proyecto, se encargan de la evaluación de indicadores de proceso y resultados para ver el grado de adherencia de las recomendaciones a los cuidados y su efecto. Para ello, cada centro realiza una recolección de indicadores mensuales que cada semestre son enviados a las unidades que dirigen el programa para que valoren el seguimiento. De igual modo, se debe entregar un informe anual de las actividades realizadas, así como de los resultados conseguidos con la aplicación de la GPC. Si finalmente el centro consigue los resultados a los que se han comprometido adquieren el estatus de CCEC. Este certificado se renovará cada 2 años siempre y cuando el centro continúe con la sostenibilidad de las actividades de aplicación y mantenimiento de las buenas prácticas.

En este marco de actuación se ha desarrollado esta Tesis Doctoral, donde se ha investigado sobre el proceso de implantación de la GPC de Lactancia Materna de RNAO<sup>77</sup>. En 2011 el Área III de salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia junto con la Facultad de Ciencias Sociosanitarias, adquieren el compromiso con BPSO de España de implantarla. El proceso de implantación se llevó a cabo durante los años 2012 a 2014. Tras este proceso de implantación, en mayo de 2015, la institución adquiriría el estatus de CCEC cumpliendo las condiciones del acuerdo. En la actualidad continúa su participación en el periodo de sostenibilidad de la guía con un seguimiento cada dos años.

El motivo por el que se decidió implantar la GPC de LM fue que en 2010, a nivel del Área III de salud, se realizó una evaluación con los criterios de la UNICEF para valorar de donde se partía para poder llegar a obtener la acreditación IHAN. Con el diagnóstico realizado se creó un informe en el que se observaba que existía variabilidad de la práctica clínica entre los diferentes profesionales; las tasas de LM al alta hospitalaria eran muy inferiores a lo que se esperaba, alrededor del 40%; no existía una monitorización adecuada del cumplimiento e información a madres sobre la lactancia; no había un registro de los biberones solicitados por los usuarios, ni de su justificación para ello; se era permisivo en el uso de complementos que interfieren en la LM, como el uso de chupetes; y en el momento de alta no existía un protocolo de información sobre los grupos de apoyo a la lactancia u otros medios de ayuda domiciliaria.

Todo este proceso de implantación de la GPC ha implicado que durante 3 años hasta adquirir el estatus de CCEC y posteriormente hasta la actualidad en la fase de sostenibilidad, se haya llevado a cabo una intervención innovadora multicomponente, que ha trascendido desde un nivel micro, donde cada profesional ha trabajado en su área individual de la práctica clínica; a un nivel meso donde han sido varias las unidades clínicas involucradas tanto a nivel hospitalario (partorio, maternidad, pediatría, quirófano) como de Atención Primaria (consulta de pediatría y matrona); y nivel macro, donde se ha hecho partícipe no solo a la institución, si no, que han intervenido organizaciones externas como la facultad de Ciencias Sociosanitarias de Lorca y la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud del Instituto de salud Carlos III. Ha sido

necesario un equipo multidisciplinar para la implantación de la GPC de LM, compuesto por un líder, dos colíderes, y todos los profesionales de cada unidad relacionadas con los cuidados del área materno infantil, que han colaborado para impulsar la guía.

Con el fin de facilitar el proceso de implantación de la GPC de LM, se utilizó una herramienta desarrollada y publicada por RNAO en 2012<sup>78</sup>. Esta herramienta sigue el marco conceptual adaptado por RNAO, the Knowledge to Action Framework (KTA)<sup>79</sup>. El marco KTA es una teoría de la acción planificada dentro del constructivismo social que favorece la interacción social y la adaptación del conocimiento, teniendo en cuenta el entorno y la cultura local<sup>80</sup>. Este modelo de proceso contiene dos componentes interrelacionados, por un lado la creación de conocimiento y por otro un ciclo de acción. Este último, corresponde a la implementación del conocimiento, y ha implicado que el proceso se haya desarrollado en las 6 fases que este modelo propone, proporcionando apoyo para la planificación y gestión de la implementación. Las seis fases son: 1) identificación del problema; 2) adaptación de las recomendaciones al entorno local; 3) evaluación de las barreras y los facilitadores; 4) planificación y ejecución de la implementación; 5) monitorización y evaluación de los resultados; y 6) sostenibilidad.

Las intervenciones para implementación dentro de las 6 fases que compone el KTA, se han llevado a cabo a nivel de la organización, profesionales implicados, usuarias y familias, y costes ocasionados. Para su desarrollo, se ha seguido el modelo de 3 componentes de medidas para la evaluación y el control de la calidad de la atención sanitaria que propone Donabedian<sup>81</sup>. Por lo que, se seleccionaron indicadores de estructura a través de los cuales se han incorporado elementos en el entorno laboral que han facilitado la calidad de la atención; indicadores de proceso que han servido para evaluar hasta qué punto se han implementado las recomendaciones prácticas de la GPC; e indicadores de resultado para poder obtener datos específicos de los resultados que ha supuesto el uso e implantación de la GPC. A continuación, se describen cada uno de ellos según su cronología en el tiempo y siguiendo los 6 pasos del ciclo de acción del modelo KTA.

La primera fase del ciclo de acción, la identificación del problema, se pone en marcha principalmente por los gestores y algunos clínicos. Estos detectan y definen el problema basándose en el diagnóstico que se realizó en 2010 como se ha mencionado con anterioridad. Como consecuencia se considera la necesidad de implantar una GPC de LM. Entre los indicadores estructurales destaca la identificación de la necesidad de creación de una política institucional sobre LM donde se reflejen claramente la unificación de criterios basados en la evidencia en los procedimientos para la práctica clínica. A nivel de proceso, se firman acuerdos con las entidades que forman el proyecto y se crea un comité de implementación con gestores y líderes a nivel del área de salud a los cuales se les forma en implementación de GPC, y se cuenta con la colaboración externa de la universidad para apoyo teórico y metodológico.

La segunda fase, de adaptación al contexto local, se comienza a nivel estructural identificando la ausencia de una política sobre LM, que facilitaría la unificación de criterios a la hora de llevar a cabo la práctica clínica. A nivel de proceso, se produce el establecimiento de una comisión específica para la implantación de la guía de lactancia, liderada por una matrona supervisora del área materno infantil y 3 impulsores (2 matronas y una enfermera de la unidad de maternidad) los cuales fueron capacitados por instructores de RNAO e Investen-isciii para implementación de guías. A continuación, la comisión de implementación de la guía de LM junto con la comisión de implementación del proyecto, hicieron una evaluación de los recursos disponibles a nivel institucional para seleccionar y ver la viabilidad de la implementación de las recomendaciones que proporciona la guía, eligiendo las que abordaban el problema identificado y que eran factibles en ese momento, adaptándose al contexto Institucional. Por último, estas comisiones, seleccionaron las unidades de intervención, siendo consideradas todas aquellas donde existían profesionales involucrados en los cuidados materno infantiles, tanto de Atención Hospitalaria como de Atención Primaria.

La tercera fase, de evaluación de barreras y facilitadores, la comisión de implementación de la guía de LM hizo un análisis de las barreras al comienzo de la implantación. En este análisis se detectaron a nivel estructural, inadecuación de los sistemas informáticos para monitorización de la LM; falta de conocimiento de las recomendaciones de la guía por



parte de algunos profesionales de la salud; falta de habilidades y conocimientos relacionados con la promoción y apoyo a la LM; injerencia de la industria farmacéutica en cuanto a la venta de leches artificiales; y variabilidad de la práctica al no estar los procesos estandarizados. En relación con los facilitadores presentes al comienzo, destacan el apoyo de los directivos a nivel de la organización y de los organismos que participan en el proyecto. De la misma forma, en este momento del proceso se realizó un análisis de stakeholders, a través del cual se seleccionaron los clínicos, gestores, asociaciones y profesores de universidad con especial interés en la implantación para que desempeñaran el papel de impulsores, cada uno en su ámbito laboral.

Al tratarse de un proceso dinámico, a lo largo de la implantación han aparecido nuevas barreras, como han sido, la insuficiente dotación de recursos humanos y de tiempo; la poca implicación de algunos profesionales que manifiestan su reticencia al cambio; no considerar la LM como una actividad clínica propia en el quehacer del día a día; falta de motivación por parte de las usuarias; y dificultad en la extracción sistemática de los datos proporcionados por la monitorización. De la misma forma, también han ido surgiendo facilitadores a lo largo del proceso, como cambios de infraestructuras previstos que han facilitado la incorporación de las recomendaciones de la guía; mejoras en la historia clínica electrónica; y mayor difusión y vinculación de la guía en la Universidad.

La cuarta fase, de adaptación e implantación de las intervenciones, incorporó un plan de acción para la implantación que tiene en cuenta la evaluación de todo el equipo multiprofesional y las estrategias de implantación. Este plan contempla a nivel de estructuras la necesidad de crear protocolos; dotaciones informáticas para la monitorización; remodelaciones de las unidades materno-infantiles; aumento del número y cualificación de la plantilla con colaboraciones multidisciplinares tanto de personal de asistencia clínica directa como de gestores y profesorado de la universidad; incorporación de un plan de formación anual tanto en implantación de guías como en LM; implicación a usuarias y familias en los cuidados vinculados al proceso del amamantamiento; creación de nuevos espacios que se doten de materiales necesarios; cambios en los sistemas de registros; y reorganización de las plantillas con aumento de

personal. En lo que respecta a los indicadores de proceso se llevan a cabo reuniones periódicas del equipo de implantación, realizando un análisis continuado de la situación para así identificar y apoyar la selección y adaptación consensuada de las intervenciones concretas que facilitarán la implantación de la guía en el ámbito de la práctica; se crean, validan y ponen en marcha diferentes protocolos sobre procedimientos relacionados con el fomento y apoyo a la LM; se crea un equipo coordinador del proyecto, un equipo de implantación y una comisión de lactancia; se comienza a aplicar a nivel institucional el código de comercialización de sucedáneos de leche materna; se actualizan documentos informativos sobre apoyo a la LM para madres; se realiza una monitorización efectiva de registro de indicadores; se evalúa el apoyo a la lactancia por los profesionales de la salud y las barreras percibidas; se difunden los resultados obtenidos en reuniones científicas para las cuales la institución realiza un desembolso económico para pago a congresos; y se da difusión y formación sobre las recomendaciones de la GPC y promoción de la LM a las usuarias mediante información escrita, verbal y cartelería.

Estas estrategias e intervenciones son ejecutadas en diferentes ámbitos. Destacando la formación continuada a dos niveles, uno sobre la implantación de GPC y otro específico para la formación en LM a los profesionales de la salud, la cual se hace anualmente y en grupos reducidos; se implican a los líderes de opinión en la toma de decisiones; así como a las usuarias se les proporciona una educación prenatal y postnatal con difusión de materiales para la promoción y apoyo a la LM.

La quinta fase incluye la monitorización y evaluación de resultados. En cuanto a la monitorización, a nivel estructural, en un principio se llevó a cabo la selección de indicadores que son proporcionados por la GPC de LM de RNAO. En cuanto a los procesos, mensualmente se hace una contabilidad sistemática de indicadores, cuyos datos son enviados semestralmente al programa BPSO para análisis de cumplimiento. Además, anualmente se envía una memoria donde se detalla cual ha sido el plan de acción. Esta se acompaña de un censo actualizado con todas las personas involucradas en el proyecto durante ese año. De forma adicional, la institución es sometida a auditorias periódicas para luego llevar a cabo una retroalimentación.

En cuanto a la evaluación, ha sido a través de los indicadores de resultados como se ha podido comprobar el cumplimiento de las recomendaciones o los cambios en el conocimiento y/o las actitudes, además de haberse podido realizar la evaluación del impacto de los resultados de la implantación de las recomendaciones de la guía. Entre los resultados obtenidos destacan la incorporación a la práctica clínica de tres protocolos; sistematización de reuniones semestrales para organización y planificación de la sostenibilidad de la guía; creación de unidad neonatal con 24 horas puertas abiertas; aumento de las tasas de LM en la primera hora de vida y al alta hospitalaria; consecución de la primera fase IHAN; monitorización de la LM en el 100% de los casos; sistematización de redacción y envío de informes semestrales a Investen reflejando un censo actualizado con los líderes e impulsores e indicadores de la LM; formación anual de LM a todo el equipo multidisciplinar tanto en la atención hospitalaria como en atención primaria; obtención de datos sobre percepción positiva de los profesionales y usuarias con la implantación; instauración de información sobre LM en la semana 32 de gestación en la consulta de la matrona en 10 centros de salud; libre elección de acompañamiento de las gestantes durante el proceso de parto, además, de desembolso económico efectuado para la adquisición de leches de fórmula y cumplimiento del código de comercialización de sucedáneos de leche materna.

Por último, la sexta fase, de sostenibilidad, en la que se ha trabajado adaptando nuevas intervenciones para el mantenimiento de la integración de las nuevas prácticas en las estructuras organizativas, cumplimiento de los protocolos establecidos y sistemas de registro, así como la continuidad con la colaboración de la Universidad.

En todo el proceso, se ha tenido en cuenta que el modelo KTA propuesto por RNAO, no es necesariamente un proceso secuencial, ya que varias fases pueden suceder o puede hacerse necesario abordarlas de forma simultánea. De hecho, se ha observado como en todo sistema complejo un proceso iterativo, en el que aparecían nuevas barreras que generaban la necesidad de readaptación de las intervenciones a medida que se aplicaban los cambios y aumentaba la comprensión del contexto.

## CAPÍTULO 2. Justificación del estudio

En este marco de actuación que se ha descrito en la introducción, se circunscribe el proyecto de esta Tesis Doctoral, en el que el Área III de Salud de Lorca de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia ha llevado a cabo la implantación de la GPC sobre LM de la RNAO. Debido a la particularidad de este proyecto y su vínculo con el Servicio Murciano de Salud, esta tesis doctoral tiene la consideración de tesis industrial, es decir, “investigación de transferencia del conocimiento”, ya que, con el desarrollo de la investigación llevada a cabo, se pretende ayudar al personal sanitario y no sanitario, estudiantes, pacientes y cuidadores a tomar decisiones sobre los cuidados y/o autocuidados fundamentados en el mejor conocimiento científico disponible; poniendo en marcha estrategias que faciliten el traslado de estos conocimientos a la práctica diaria con el fin de mejorar la calidad de los cuidados y la atención prestada a los pacientes y familias para que mejoren los resultados en salud, teniendo como horizonte la sostenibilidad de los cambios y mejoras aplicados.

Tras haberse revisado la literatura reciente, son pocos los estudios encontrados que investiguen cómo se comportan los factores que hacen que los profesionales pongan en práctica de manera consistente las medidas de apoyo a la LM. Además, los que existen no están sustentados por modelos conceptuales, considerándose estos útiles para explicar aspectos de conducta y comportamientos de profesionales de la salud para adherirse a las recomendaciones de una GPC<sup>82</sup>. Por lo tanto, es necesario investigar la relación existente entre la conducta de los profesionales de salud sobre la LM y un modelo conceptual que lo apoye.

De la misma forma, la literatura de la última década arroja pocos estudios cualitativos sobre experiencias de los perfiles implicados en la implantación de un GPC de LM siguiendo las fases de algún marco conceptuales que guíe el proceso<sup>83</sup>. En este sentido, los que existen se han centrado típicamente en los resultados y en la adherencia profesional a las recomendaciones de las guías más que en el proceso en sí<sup>84,85</sup>. Además, están basados en contextos socioculturales diferentes al nuestro<sup>86</sup>. En consecuencia, el estudio en profundidad de las experiencias de todos los profesionales involucrados en la implementación de GPC, analizando su interpretación y comprensión de las diferentes

fases de un marco conceptual, podría fortalecer la evidencia sobre la validez de este modelo para implementar las recomendaciones de lactancia materna.

Del mismo modo no se han encontrado estudios específicos sobre barreras relacionadas con la implantación de GPCs de LM. En la literatura existente, se observan algunos estudios que han investigado de manera específica barreras sobre la implantación de la IHAN. Aunque la IHAN comparte ciertas similitudes con la implantación de GPCs de LM, los procesos de implantación de las GPCs tienen características particulares. Esto hace que se justifique el estudio específico de las barreras experimentadas por los gestores y profesionales de la salud implicados durante el proceso de implantación de una GPC de LM. Por otra parte, a pesar del conocimiento actual sobre la existencia de barreras relacionadas con la implantación de CPG se desconoce hasta donde las barreras sugeridas son comunes a las vinculadas con la implantación de una CPG específica de lactancia materna.

Por todo lo planteado anteriormente, para el desarrollo de esta Tesis Doctoral, nos planteamos los objetivos que parecen en el siguiente apartado.

## CAPÍTULO 3. Objetivos

## OBJETIVOS

El Objetivo general de esta Tesis Doctoral es:

- Evaluar el proceso de implantación de la GPC de LM de RNAO y los cambios observados tras su aplicación en el Área III de salud de la Región de Murcia.

Para conseguir este propósito, se formularon los siguientes objetivos específicos:

- Identificar los factores asociados con las conductas de apoyo a la lactancia materna de los profesionales de la salud en un área de salud donde se implementó una GPC sobre LM de la RNAO, comparando los resultados con: profesionales de la misma área de salud antes de la implantación de la guía, aquellos con un área de salud de cuidados estándar y aquellos con un área acreditada por la IHAN.
- Investigar las percepciones y experiencias de los profesionales de la salud y las madres en relación con un proceso de implantación de una GPC sobre LM guiado por el marco conceptual The Knowledge to Action Framework en un hospital regional del sistema nacional de salud español.
- Determinar las barreras identificadas por los gestores y profesionales sanitarios implicados en la implantación y sostenibilidad de una GPC de LM en un hospital español de tamaño medio en el marco del programa Best Practice Spotlight Organization.



## CAPÍTULO 4. Resultados

## ARTÍCULO N°1

**Revista de publicación:** Birth.

**Evidencias de calidad de la revista:** JCR Q1. FI: 2.705 (3/121 Nursing).

**Referencia Bibliográfica:** Harillo-Acevedo D, Ramos-Morcillo AJ, Ruzafa-Martinez M. Factor associated with breastfeeding support from health care professionals by implementing a Clinical Practice Guideline. Birth. 2019;46(1): 146-156.doi:10.1111/birt.12382.

### **Resumen:**

#### **Título**

Factores asociados al apoyo a la lactancia materna de los profesionales sanitarios con la implantación de una Guía de Práctica Clínica.

#### **Antecedentes**

Existen bajas tasas de prevalencia y duración de la lactancia materna y el apoyo de los profesionales de la salud se relaciona con mejores resultados.

#### **Objetivo**

Determinar el efecto de la implementación de una guía de práctica clínica de lactancia materna sobre los factores asociados al apoyo a la lactancia materna por parte de los profesionales de la salud, adoptando un enfoque desde la Teoría de la Conducta Planificada.

#### **Método**

Realizamos un estudio observacional, transversal durante 2016 en un área de salud donde se implantó una GPC de LM, comparando los resultados con datos de un estudio transversal previo (2011) en la misma área, en un área de cuidados estándar, y en un área acreditada por la IHAN. Los profesionales de cada área cumplimentaron un cuestionario validado (cuatro escalas: actitudes, creencias, normas subjetivas e intención conductual). El análisis descriptivo fue seguido de comparaciones entre los diferentes entornos utilizando la prueba de Ji-cuadrado.

## **Resultados**

En el área con la guía de práctica clínica implementada, los profesionales obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en las normas subjetivas y creencias que los registrados en 2011 (preimplementación), y sus puntuaciones para las cuatro escalas fueron significativamente más altas que en el área de cuidados estándar. Los profesionales obtuvieron puntuaciones significativamente más altas para las normas subjetivas en el área acreditada por la IHAN que en los otros entornos.

## **Conclusiones**

La implementación de la GPC mejoró las respuestas de los profesionales sobre el apoyo a la lactancia materna en las escalas de normas subjetivas y creencias. Es necesario realizar actividades para ayudar a la lactancia materna de manera práctica y adoptar medidas más eficaces para garantizar el cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.

**Palabras clave:** Comportamiento y mecanismo de conducta, lactancia materna, guía de práctica clínica.

**Revista de publicación:** Journal of Nursing Management.

**Evidencias de calidad de la revista:** JCR Q1. FI: 2.243 (según JCR 2019) (12/123 Nursing, primer decil) .

**Referencia Bibliográfica:** Ramos-Morcillo, A. J., Harillo-Acevedo, D., & Ruzafa-Martinez, M. (2020). Using the Knowledge-to-Action Framework to understand experiences of breastfeeding guideline implementation: A qualitative study. *Journal of Nursing Management*, 28(7), 1670–1685. <https://doi.org/10.1111/jonm.13123>

**Resumen:**

**Título:**

Utilizando the Knowledge to Action framework para comprender las experiencias en la implantación de una GPC LM: Un estudio cualitativo.

**Antecedentes**

Las aplicaciones de las GPC de lactancia materna siguen siendo limitadas y los estudios cualitativos han señalado la necesidad de superar la percepción de los profesionales de las dificultades para aplicar las recomendaciones.

**Objetivo**

Examinar las percepciones y experiencias de profesionales sanitarios y las madres en relación con la implementación de una GPC de LM.

**Método**

Se realizó un estudio cualitativo en un hospital público español que implementó la GPC de LM de la RNAO de 2012 a 2015. Entre mayo y agosto de 2017 se realizaron 27 entrevistas semiestructuradas con gerentes, profesionales de las unidades de maternidad y pediatría, y con madres. El análisis de contenido deductivo se realizó siguiendo las etapas del marco del conocimiento a la acción (KTA).

## **Resultados**

Obtuvimos 5 categorías principales: 1) el problema como oportunidad, 2) contexto adecuado y recomendaciones que se adaptan, 3) grado de implantación, 4) impacto de los resultados, 5) normalización del uso del conocimiento.

## **Conclusiones**

El Marco de KTA ayuda a comprender la participación de los principales actores en la implementación de las GPC sobre lactancia materna.

## **Implicaciones para la gestión de enfermería**

La naturaleza de las intervenciones y la participación de gerentes, diferentes profesionales sanitarios y madres en un entorno multiunitario generan un proceso de implementación complejo que revela factores clave a tener en cuenta en futuras implementaciones de GPC.

**Palabras clave:** Lactancia materna, Implementación de ciencia, matronas, enfermería, guía de práctica clínica, investigación cualitativa.

**Revista de publicación:** International Journal of Environmental Research and Public Health.

**Evidencias de calidad de la revista:** JCR Q1. FI: 2.849 (según JCR 2019) (32/170 Public, Environmental & Occupational Health).

**Referencia bibliográfica:** Ramos-Morcillo, AJ, Harillo-Acevedo, D, Armero-Barranco, D, Leal-Costa, C, Moral-García JE, Ruzafa-Martínez, M. Barriers Perceived by Managers and Clinical Professionals Related to the Implementation of Clinical Practice Guidelines for Breastfeeding through the Best Practice Spotlight Organization Program. Int. J. Environ. Res. Public Health 2020, 17, 6248; doi:10.3390/ijerph17176248.

## **Resumen:**

### **Título**

Barreras percibidas por los gestores y profesionales clínicos relacionados con la implantación de una GPC de LM a través del programa Best Practice Spotlight Organization.

### **Antecedentes**

Instituciones internacionales facilitan el acercamiento de los profesionales de la salud a recomendaciones basadas en evidencia para el fomento de la LM exclusiva. Aun así, se está lejos de alcanzar buenas tasas de LM exclusiva.

### **Objetivo**

Determinar las barreras identificadas por los gestores y profesionales de la salud involucrados en la implantación y sostenibilidad de una CPG de LM bajo el programa de implantación Best Practice Spotlight Organización.

### **Método**

Se realizó un estudio de investigación cualitativa. Los participantes fueron gestores, asistentes de salud, enfermeras, matronas, pediatras y ginecólogos. Se realizaron entrevistas semiestructuradas que fueron transcritas y analizadas utilizando los 6 pasos del análisis temático.

## **Resultados**

Se realizaron veinte entrevistas y se definieron cuatro temas principales: (1) Falta de recursos y adaptación de los mismos; (2) Dónde, quienes y como; (3) Difusión y alcance del proyecto a los profesionales; (4) La madre y su entorno.

## **Conclusiones**

Esta investigación identifica las barreras percibidas por parte de los profesionales de la salud implicados en la implantación, incorporando a los gestores. Aparen barreras novedosas como el carácter ambivalente del rol de las matronas y el hecho de que esta CPG sea de promoción de salud. Los esfuerzos por promocionar el programa de implantación deben ser continuos, y la extensión a los servicios de atención primaria priorizados.

**Palabras clave:** barreras, guía, lactancia materna, guía de práctica clínica, BPSO, enfermería, implementación de ciencia, matronas.

## CAPÍTULO 5. Resumen global



## **5. RESUMEN GLOBAL**

### 5.1. Objetivos

El objetivo de esta Tesis Doctoral ha sido evaluar y observar los cambios producidos durante el proceso de implantación de la GPC de LM de RNAO en el Área III de Salud de la Región de Murcia. De manera más específica nuestros objetivos fueron determinar el efecto que ha tenido dicho proceso sobre los factores asociados al apoyo de la LM por parte de los profesionales, así como, dar a conocer las diferencias de las percepciones vividas y barreras identificadas según el rol asumido por cada persona involucrada en el proceso a lo largo de la implantación de la GPC.

### 5.2. Metodología

Para lograr los objetivos propuestos en esta Tesis Doctoral se ha decidido diseñar un estudio con un doble enfoque metodológico.

Por un lado cuantitativo, con un estudio observacional transversal tras la implantación de la GPC de LM de RNAO, para el cual se entregó en mano a los profesionales involucrados que estaban en activo en los servicios materno infantiles de hospital y Atención Primaria del área a estudio, un cuestionario validado en castellano. Este medía los factores que influyen en las conductas de apoyo a la lactancia a través de 4 escalas: actitudes, creencias, norma subjetiva e intención de conducta. Los datos obtenidos fueron comparados con los adquiridos en un estudio transversal previo a la implantación donde se utilizó el mismo cuestionario. La comparativa se realizó con la propia área de implantación en el año 2011, una considerada de cuidados estándar y otra acreditada por la IHAN.

De otro lado, un enfoque cualitativo, con dos estudios en los que se emplearon entrevistas semiestructuradas. Para uno se realizó un análisis de contenido con un enfoque deductivo siguiendo las 6 fases propuestas por el marco conceptual KTA utilizado por la herramienta de implantación. Se llevaron a cabo tres fases principales de preparación, organización y presentación de informes. Para el otro, se realizó un análisis temático de manera inductiva. Se siguió la secuencia de los 6 pasos que ofrece este tipo de análisis, con la familiarización de datos, generación de códigos iniciales,

búsqueda de temas, revisión de temas, y definición y nombramiento de estos con elaboración de informes. En ambos estudios, las transcripciones y temas emergentes se discutieron por parte del equipo investigador para su verificación. Estos han sido válidos para profundizar en la subjetividad y comprender las experiencias y expectativas de los participantes a lo largo del proceso de implantación de la GPC. Los participantes se seleccionaron siguiendo un criterio de heterogeneidad donde era necesario haber estado involucrado en el proceso de implantación de la guía. El número de informantes se definió utilizando un método estandarizado como es el criterio de saturación.

### 5.3. Resultados

La implantación de la GPC de LM de la RNAO bajo el marco del programa BPSO® ha demostrado tener un impacto positivo. Se ha producido un aumento significativo y sostenido de las tasas de lactancia materna exclusiva al alta hospitalaria, donde, se ha pasado de cifras en torno a un 40% previo a la implantación a cifras alrededor del 75% posteriores a la implantación.

Los resultados globales de esta Tesis Doctoral ponen de manifiesto que tras la implantación de la GPC los profesionales sanitarios han mejorado su apoyo a la LM. Se observa que han mejorado en tres de las escalas estudiadas (actitudes, creencias, norma subjetiva) al comparar los resultados del Área III de Salud antes y después de la implantación de la guía. También se hallaron mejoras estadísticamente significativas en las cuatro escalas evaluadas (actitudes, creencia, norma subjetiva, intención de conducta) comparado con un área de salud considerada de cuidados estándar. Por su parte, la comparación con el área acreditada por la IHAN mostró que el Área III aún debe mejorar en los aspectos más prácticos de apoyo a la LM.

Por otro lado, los discursos de los participantes han permitido conocer las vivencias experimentadas y expectativas de los profesionales de la salud del área materno-infantil y de las usuarias durante las diferentes fases del proceso de implantación de la GPC. Estas han proporcionado 5 categorías principales. En un primer lugar, se observa como el problema detectado de falta de apoyo a LM es aprovechado como una oportunidad

de mejora. De manera diferenciada las gestoras tienen un mayor protagonismo en las fases iniciales de la implantación, ya que, son las que identifican el problema y elaboran una planificación. Posteriormente, son los clínicos los que toman un papel activo en las fases de ejecución de intervenciones y evaluación. En segundo lugar, se percibe la realización de una adecuación y adaptación de la guía al contexto local donde se implanta. Se llevan a cabo valoraciones de los recursos disponibles tanto a nivel interno como externo, lo que, ayuda a seleccionar recomendaciones de la guía que sean factibles de implementar. En tercer lugar, se ha podido valorar el alcance que ha tenido el proceso de implantación, donde se han identificado diferentes tipos de profesionales según su adherencia e implicación en la implantación, estos han sido por un lado los líderes y convencidos tras la experiencia de uso en la implantación, de otro lado los que se han dejado llevar por el grupo y por último los inflexibles. Esto ha provocado diferentes percepciones de la guía según la tipología adoptada por cada profesional. Por otro lado, los profesionales ponen de manifiesto la realización de múltiples estrategias de intervenciones creativas. En estas, se implica a todo el equipo de manera continuada, siendo la formación la mejor valorada. Además, señalan la existencia de cambios producidos a tres niveles, en ellos mismos, en la infraestructura de las unidades clínicas y en la implicación institucional. En cuarto lugar, se ha podido estimar el impacto de los resultados obtenidos con la implantación. Por un lado, los gestores manifiestan centrar su atención en la dificultad para la recopilación y organización de los datos necesarios para los indicadores relacionados con la GPC. En cambio, todas las partes involucradas valoran la implantación de la guía como positiva, creen que ha aumentado la autoconfianza tanto en profesionales como en madres. Y por último, todos entienden la sostenibilidad de la guía como una normalización en la práctica clínica de los profesionales sanitarios, manifestado con cambios en la cultura organizacional, unificación de criterios y mayor implicación con la LM.

De otro lado, la identificación de barreras percibidas por gestores y profesionales sanitarios involucrados en el proceso de implantación, ha sido esencial para la sostenibilidad de la guía, poniendo de manifiesto 4 temas principales. Primero, la aparición de barreras percibidas por los profesionales sanitarios, como, la falta de tiempo, recursos tanto humanos, materiales y económicos, así como, la necesidad de

adaptación de estos. Segundo, se ha podido detectar que influyen de forma negativa aspectos relacionados con las actitudes, motivaciones y preferencias personales. En este sentido, se percibe de manera diferente la responsabilidad sobre la lactancia dependiendo del rol profesional de cada individuo. Además, el hecho que la naturaleza de la guía sea de promoción de la salud, ha hecho que la LM no sea sentida como una actividad clínica por parte de los profesionales. Tercero, se observa que existe una falta de difusión y alcance del proyecto a los profesionales sanitarios y con especial notoriedad en Atención Primaria. Y cuarto, se identifican otros factores negativos para la implantación relacionados con la influencia de la familia en el apoyo a la LM y aspectos socioculturales.

En definitiva, con la implantación de la GPC se aprecia un cambio organizacional donde se han modificado las políticas y se ha necesitado de una cultura de apoyo y presión del entorno para la sostenibilidad. Además ha sido preciso contar con importantes recursos y la colaboración de profesionales y otras instituciones. Fruto de todo esto, se ha producido una unificación de criterios en la práctica clínica de los profesionales sanitarios que ha provocado una mejora de calidad asistencial en las madres y sus familias. Todo este proceso ha requerido de una adaptación constante a barreras y entornos cambiantes, que ha precisado de intervenciones complejas para dar soluciones específicas.

#### 5.4. Discusión

Los tres estudios que conforman esta Tesis Doctoral han permitido entender con detalle en que consiste el proceso de implantación de una GPC de LM. Hasta donde hemos podido comprobar en la literatura reciente, con esta investigación es la primera vez que se exploran los cambios resultantes tras la implantación de una GPC de LM con el objetivo de conocer si se producen mejoras en el apoyo a la LM, desde el enfoque de la Teoría de la Conducta Planificada (TCP). Esta teoría se considera un marco conceptual adecuado para predecir y explicar la conducta de los profesionales, la cual, se mide a través de tres factores, las actitudes determinadas por las creencias, la norma subjetiva y el control conductual<sup>82,87</sup>. Por otro lado, la investigación ha proporcionado

conocimiento actualizado y novedoso sobre las experiencias de todas las personas involucradas en el proceso de implantación de una GPC de LM que ha seguido las fases propuestas por el marco conceptual KTA<sup>79</sup> dentro del programa internacional de implantación de guías Best Practice Spotlight Organization. Esto ha aportado resultados que ayudan a comprender de qué modo los actores principales de la implantación de la guía han participado en dicho proceso y que barreras han percibido. Contribuyendo además a la comprensión de la utilidad y el impacto de esta herramienta implantada desde una visión multidisciplinar en un tema poco estudiado.

Con la implantación de la guía de LM ha mejorado el apoyo a la Lactancia de manera importante según los factores de la Teoría de la Conducta Planeada relacionados con la norma subjetiva, creencias y actitudes, destacando por encima de los demás la norma subjetiva. En este sentido, podríamos pensar que las estrategias de implantación de la GPC han logrado socializar el valor de la LM, y como con la implantación se ejerce presión entre iguales en los colectivos profesionales. Como mencionan otros estudios, esto puede deberse a los cambios culturales que se producen tras la implantación de procesos de mejora<sup>88</sup>. Este aspecto ha sido confirmado por las manifestaciones de los participantes de la investigación, donde encontramos una diferenciación entre los profesionales en función del modo en el que han experimentado el proceso de implantación. Por un lado, los que se han adherido plenamente al proceso y por otro lado los que se han dejado llevar por la presión de grupo. Aunque ambos terminan implementado las actividades de la LM, en los primeros el conocimiento adquirido es utilizado de manera conceptual, instrumental y persuasiva y por los segundos solo de manera instrumental<sup>89</sup>.

En este sentido, la investigación realizada pone de manifiesto como la participación de los profesionales ha sido desigual en cada una de las fases seguidas para la implementación de la GPC. Donde los gestores, como se afirma en otros estudios, han tenido un papel principal en las fases iniciales relacionadas con la conceptualización del problema y posteriormente en aspectos operativos de la implantación<sup>90</sup>. En cambio, los profesionales sanitarios de atención clínica directa han intervenido en fases más avanzadas del proceso, relacionadas con la ejecución de intervenciones y su evaluación.

En relación con estos últimos, se observan diferentes tipos de profesionales sanitarios dependiendo del grado de implicación en el cumplimiento de las recomendaciones de la guía. Se observa una tipología con un patrón secuencial de comportamiento que coincide con la explicada por el marco conceptual Supporting the Uptake of Nursing Guidelines (SUNG)<sup>91</sup>. Donde los profesionales en principio basan sus prácticas en experiencias propias, luego incorporan prácticas nuevas con resultados positivos, afianzando los cambios y difundiéndolas al resto de compañeros. En general, todos entienden la sostenibilidad de la guía como un proceso de “normalización” de las nuevas prácticas, idea que coincide con lo que sostiene la Normalisation Procces Theory<sup>92</sup>, que habla que la sostenibilidad se produce cuando se incorporan las innovaciones a las rutinas diarias.

De forma conjunta, independientemente de la tipología a la que pertenezcan los profesionales, todos consideran necesario que se produzcan intervenciones multicomponente para que sea efectiva la aplicación de la GPC. Siendo consideradas estas intervenciones complejas de uso habitual en los procesos de implantación del conocimiento para incorporar cambios culturales<sup>93</sup>.

Otro factor en el que se aprecian mejoras, es el de las creencias sobre diversas prácticas relacionadas con el amamantamiento. Posiblemente a causa de la formación específica en LM que se ha ofrecido a los profesionales sanitarios durante la implantación. De esta forma, lo manifiestan otros estudios que afirman que intervenciones educativas en los profesionales se asocian con incrementos clínicamente significativos en las creencias sobre la lactancia <sup>94,95</sup>. En cambio, la formación específica en LM ha sido percibida con ambivalencia cuando los participantes se refieren al rol de la matrona como profesional experta en LM, ya que, por un lado, es considerada como impulsora clave en la implantación de la guía, idea que puede explicarse con otros hallazgos que hablan que los profesionales que más aplican la PBE son los mejor formados<sup>96,97</sup> y que desempeñan sus actividades en contextos específicos<sup>98</sup>. Pero de otro lado, ha supuesto una barrera en la implantación, ya que, como otros estudios afirman, el rol de especialista de la matrona en la LM se ha visto reflejado en la disminución del compromiso de los demás profesionales en el apoyo a la lactancia al contar con esta figura experta<sup>99</sup>.

De forma sutil, han mejorado los factores relacionados con las actitudes de apoyo a la lactancia, pudiendo estar relacionado con la experiencia personal que están adquiriendo los profesionales involucrados activamente en la implantación. En esa línea, otros estudios hablan que a mayor conocimiento incorporado como experiencia personal, mejor es la actitud de los profesionales <sup>100,101</sup>. Quizás estas mejoras en cuanto a actitudes no han sido tan marcadas porque según las experiencias de los participantes se percibe una falta de motivación por el tema de la LM, pudiendo estar esto relacionado con el incumplimiento de las recomendaciones de la CPG<sup>102-104</sup>. De hecho, durante la implantación, han existido preferencias de los profesionales que han sido percibidas como más efectivas que las recomendaciones de la propia guía, aspecto mencionado habitualmente en otros estudios<sup>105</sup>. Cabe destacar como ha sido unánime la percepción de la insuficiente participación de los médicos en la implantación de la CPG, hallazgo que coinciden con otros estudio que lo relacionan con la falta de incentivos<sup>106</sup>, la sensación de perder el control de su función, o de que se ven obligados a hacer cambios importantes<sup>104,107</sup>. También, puede ser interpretado por lo perjudicial que ha sido el hecho de que la GPC de fomento de la LM sea de promoción de salud, ya que, estudios previos indican que se produce un alejamiento de los profesionales de aquellas actividades que no son puramente clínicas<sup>108</sup> y observándose resistencias al cambio cuando se trata de aplicar actividades de promoción de la salud<sup>109</sup>.

En este mismo sentido, se puede explicar la falta de intervenciones de apoyo a la LM, con la percepción que tienen los profesionales sanitarios en cuanto a la falta de personal y falta tiempo para realizar su actividad clínica. Esto coincide con varias revisiones sistemáticas que muestran que es necesario un apoyo profesional efectivo para que la LM sea prolongada<sup>19,110,111</sup>. Siendo la falta de tiempo la barrera más comúnmente informada por los profesionales de la salud en la mayoría de estudios<sup>112-115</sup>. Sobre esta idea, discrepan los gestores implicados en el proceso de implantación, ya que, argumentan que se trata de una cuestión de interés personal más que de falta de tiempo. De otro lado, los gestores manifiestan la dificultad que ha existido en la monitorización y explotación de datos, señalando otros estudios la importancia de esto a la hora de poder realizar análisis críticos<sup>116,117</sup>.

También han podido influir en la actitud de los profesionales las barreras relacionadas con el contexto social y de políticas. Se destaca la falta de difusión de la guía, siendo considerado por otros estudios la importancia de facilitar la participación del mayor número de profesionales<sup>118</sup>. Además, es puesto de manifiesto que debe haber un mayor esfuerzo por trasladar el alcance de la guía a Atención Primaria. Quizás, como indican otros estudios, esto se traduce en una pobre comunicación entre los diferentes niveles asistenciales que limita el apoyo desde la atención primaria a las madres<sup>119</sup>.

Por el contrario, a diferencia de hallazgos encontrados en otras investigaciones<sup>98</sup>, no se ha hecho mención en los discursos de los participantes sobre la dificultad relacionada con la complejidad de las actividades derivadas de la guía. Posiblemente se deba a que no existen intervenciones complicadas en la guía implantada, lo que ha permitido a los profesionales una adquisición rápida de conocimientos y seguridad a la hora de realizar sus intervenciones. Esta idea se menciona en otras investigaciones que indican que intervenciones sencillas y accesibles tienen mayor probabilidad de ser aplicadas<sup>120</sup>.

Por último, en cuanto a los factores relacionados con la intención de conducta, el margen de mejora detectado es escaso. Pudiendo interpretarse como que la participación profesional en el apoyo a la LM es un comportamiento socialmente deseable<sup>121</sup>. En cambio, cuando los participantes se refieren a las barreras relacionadas con el contexto del paciente, se detecta como en otros estudios la importancia de profundizar más en aspectos sociales relacionados con el éxito o fracaso de la práctica de la LM a través del apoyo familiar y el acompañamiento de la pareja<sup>122</sup>, además, de tener en cuenta aspectos culturales diferentes según el país de origen de las mujeres<sup>99</sup>.

## 5.5. Conclusiones

Tras evaluar el apoyo a la LM por parte de los profesionales sanitarios desde un enfoque de la TCP durante la implantación de la GPC de LM de RNAO, se observan mejoras significativas en los factores relacionados con la norma subjetiva y creencias y de forma sutil en las actitudes. En cambio, la intención de conducta no se presenta como un factor que permita discriminar el posicionamiento de los profesionales ante el apoyo a la LM.



Al comparar el área de implantación de la guía con otras áreas de salud, se detectan diferencias positivas en todos los factores que mide la TCP cuando se compara con un área de cuidados estándar, en cambio, surgen aspectos de mejora en la práctica de la LM al compararla con un área acreditado por la IHAN. Destaca entre las medidas más valoradas, que se reduzca la permisividad respecto al cumplimiento del código internacional de comercialización de sucedáneos de leche materna.

Por otro lado, el modelo KTA framework utilizado por el programa Best Practice Spotlight ha ayudado a comprender como participan en el proceso de implantación de la GPC de LM todas las personas involucradas. Los gestores y líderes tienen una presencia sobresaliente en las fases iniciales de planificación del proceso de implantación. Mientras que los profesionales de atención directa en las fases relacionadas con la ejecución y evaluación. En estos últimos se observan niveles distintos con relación a la percepción diferente en cuanto al alcance, las dificultades para la acción y el impacto de los resultados de la implantación. Y además, diferentes niveles con relación al grado de implicación en la implantación, requiriéndose mayor colaboración de todos los profesionales relacionados con la LM, especialmente los médicos.

Del mismo modo han aparecido barreras novedosas como el carácter ambivalente del rol de las matronas durante la implantación, a la cual, se le considera como actor clave para la implantación pero que ha ocasionado la exención de actividades relacionadas con la LM en los demás profesionales sanitarios del equipo. O el hecho de que la CPG de fomento de la LM sea de promoción de salud y dirigida al individuo sano, que ha provocado que la LM no sea sentida como una actividad clínica por parte de los profesionales sanitarios. En cuanto a la sostenibilidad de la guía, esta se interpreta como la normalización de las prácticas de LM de los profesionales. Donde se requiere un esfuerzo continuado en la promoción del programa de implantación, con especial extensión a los servicios de atención primaria. Son las matronas y enfermeras, en colaboración con los gestores, quienes deberían liderar esta iniciativa.

En definitiva, la implantación de la GPC sobre la LM siguiendo el programa BPSO® de la RNAO ha demostrado ser una estrategia plausible, con diferente alcance y asumiendo diferentes niveles de responsabilidad en la implantación de la guía según el rol del profesional y donde se muestra que el trabajo de implantación es permanente y cíclico.

## CAPÍTULO 6. Limitaciones de la investigación

Hay que considerar que para la investigación se utilizó un cuestionario validado que se administró a diferentes profesionales sanitarios en tres áreas de salud distintas, una donde se implantó la GPC, otra consideradas de atención estándar y por último, una con la acreditación IHAN. Debido a estas circunstancias, se considera una limitación la posibilidad de diferencias en las características entre los profesionales de la salud que se ofrecieron como voluntarios para el estudio y los que no, especialmente en las áreas de salud con tasas de respuesta más bajas. Además, el tamaño desigual de los grupos de estudio redujo el poder estadístico, y sólo grandes diferencias lograron significación estadística. También debe tenerse en cuenta que los datos que se utilizaron para hacer las comparaciones entre las diferentes áreas de salud, eran de dos periodos diferentes. Datos de 2016 los del área de implantación de la guía y de 2011 de las áreas de atención estándar y la acreditada por IHAN, sin tenerse en cuenta ningún cambio posterior en estas dos últimas. Además, no podemos descartar que los cambios observados en el área de implantación pudieran haber tenido lugar sin la implementación de la GPC. Finalmente, nuestra discusión de los hallazgos está limitada por la falta de investigación publicada sobre este tema.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que los procesos de implantación se relacionan con las características estructurales de la organización, incluyendo tamaño, complejidad y especialización, por lo que la extrapolación de los resultados está limitada por el entorno en el que se ha realizado el estudio, siendo estos dependientes del contexto local. De otro lado, en las entrevistas semiestructuradas que se realizaron para la investigación, los participantes sabían que algunos miembros del equipo de investigación formaban parte del equipo del proyecto de implantación por lo que la información podría sufrir cierto sesgo de deseabilidad social. También pueden limitar nuestros hallazgos que solo se haya entrevistado a madres que daban lactancia materna y no a las que optaron por una lactancia artificial durante el proceso de implantación de la GPC.

## CAPÍTULO 7. Aplicación para la práctica clínica

La implantación de la GPC de LM puede ser una estrategia favorecedora del apoyo a la lactancia materna, al mejorar las creencias sobre diversas prácticas relativas al amamantamiento y al lograr ejercer una presión entre iguales en los colectivos profesionales. A pesar de no poder atribuir a la implantación de la GPC los resultados obtenidos, se debería valorar como una estrategia a tener en cuenta, ya que, ha servido para detectar áreas de mejora en las que establecer intervenciones prioritarias, sobre todo en aspectos relativos al cumplimiento del código de comercialización de sucedáneos de leche materna, y en el apoyo práctico a las madres, sin limitarse a dar solo información.

De igual modo, se debe considerar la TCP como un marco conceptual adecuado para predecir y explicar los aspectos que determinan los comportamientos de los profesionales para adherirse a las recomendaciones de la GPC. De acuerdo con los factores que componen esta teoría (actitudes, creencias, norma subjetiva, intención conductual) se podría valorar la intencionalidad por parte de los profesionales para llevar a cabo cambios relacionados con el comportamiento hacia la LM eficaz.

Por otro lado, la implantación de la GPC de LM siguiendo las fases de un marco conceptual ha sido útil para que este proceso se haya llevado a cabo de una forma sistematizada, aportando ideas de mejora que pueden ser útiles para posteriores implementaciones. En este sentido, a pesar de que hay que tener en cuenta que la participación de los profesionales es desigual en cada fase de la implantación en función del rol que desempeñen, se debe conseguir la colaboración de todas las partes implicadas en el proceso, ya que, es un factor clave para el buen funcionamiento.

Otro punto para tener en cuenta es que los gestores, además de que facilitan los pasos iniciales del proceso en relación con la distribución de los recursos organizacionales, estructurales, físicos y humanos, deberían participar más en las fases de implementación, evaluación y sostenibilidad. Ya que, esto generaría intercambios más productivos y explícitos entre gestores y profesionales de primera línea.

De igual modo, es importante detectar a los líderes de opinión clínica, ya que, facilita que estos impulsen al resto de compañeros a realizar cambios y adoptar nuevas prácticas. Considerándose fundamental para aquellos profesionales menos involucrados la creación de protocolos de fácil acceso y sistemas de retroalimentación para mostrar los cambios globales logrados y fomentar la colaboración intra e interdisciplinar.

En cuanto a las intervenciones, es de gran utilidad conocer, analizar y seleccionar las más eficaces. En este sentido, hay que considerar la formación como una estrategia exitosa, siempre que sea realizada de forma continuada, teórico- práctica, en grupos reducidos y con un docente experto en la materia. Es primordial transmitir a los profesionales que aunque las recomendaciones de la LM estén centradas en promoción de la salud y dirigida al individuo sano, deben de entenderlas como parte de sus actividades clínicas dentro de la atención de apoyo a la lactancia. Además, hay que tener en cuenta la figura de la matrona como experta en LM, ya que, puede hacer que el resto de los profesionales se alejen de esta actividad clínica al interpretarlo como un campo exclusivo de ellas.

Del mismo modo, es fundamental para la sostenibilidad de la guía descubrir las barreras que van surgiendo en los diferentes contextos durante la implantación. Entendiendo las barreras como algo cambiante durante el proceso. En relación con el contexto organizacional, es preciso una buena dotación de profesionales sanitarios que tenga a su disposición los recursos materiales necesarios. Además de la adopción de buenos sistemas de monitorización y explotación de datos para uso de los gestores. En relación con el contexto de los profesionales se debe motivar e incentivar para que se cumplan las recomendaciones de la guía, haciendo especial esfuerzo en los colectivos menos implicados como médicos y profesionales de mayor edad. En cuanto al contexto relacionado con la propia guía, lo más eficaz es que se lleven a cabo intervenciones sencillas y accesibles. Con respecto al contexto social y de políticas, hay que destacar la importancia de difundir de manera consistente el proyecto de implantación a todos los profesionales involucrados, teniendo muy en cuenta su alcance a Atención Primaria.

Por último, en relación con el contexto del paciente, hay que tener presentes la realidad sociocultural y el entorno en el que se va a aplicar la guía. Es interesante que el modelo que propone el BPSO incorpore la realización de evaluaciones periódicas de barreras, facilitando su análisis y discusión con los profesionales, de manera que se propusieran medidas correctoras adaptadas a la realidad local.



## CAPÍTULO 8. Prospectiva de la Investigación

En base al trabajo de investigación desarrollado y los resultados obtenidos en esta Tesis Doctoral podemos plantear una serie de recomendaciones para futuras investigaciones.

En primer lugar, llevar a cabo estudios de investigación sobre apoyo a la LM de los profesionales sanitarios en instituciones donde se haya implantado la misma GPC y la población a estudio sea homogénea en cuanto a número y características. De esta forma poder evaluar los cambios producidos en todas las instituciones a lo largo del tiempo y saber si realmente los cambios observados han tenido lugar por la implementación de la GPC.

En segundo lugar, realizar investigaciones cualitativas a gran escala utilizando un diseño de casos comparativos, donde se estudien las interacciones entre profesionales, entre profesionales y usuarios, y sobre la coexistencia del conocimiento experiencial con la información científica formal.

Por último, llevar a cabo investigaciones que informen sobre el proceso de implantación de guías como la LM, y sobre el seguimiento longitudinal de dichas intervenciones a medio y largo plazo.

## CAPÍTULO 9. Conclusión final

La implantación de la GPC de LM de la RNAO en el Área III de salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia ha supuesto para todos los actores implicados un proceso complejo, en el cual, se han llevado a cabo intervenciones multicomponentes que han requerido de una adaptación constante a barreras y entornos cambiantes. Como resultado de nuestro estudio puede considerarse una estrategia adecuada para mejorar la calidad de los cuidados y la atención prestada a los usuarios y familias, ya que, ha demostrado resultados tempranos, positivos y sostenidos en las tasas de lactancia materna exclusiva al alta hospitalaria.

La implantación de la GPC de LM ha hecho que disminuya la variabilidad en la práctica clínica debido a que se ha producido una unificación de criterios y estandarización de los cuidados relacionados con mejoras significativas en el apoyo a la LM. Creándose un entorno laboral que permite la excelencia clínica en el cuidado en lactancia materna. Conocer las percepciones y experiencias de las personas implicadas en la implantación de la guía, ha sido fundamental para comprender el rol de cada uno de ellos durante el proceso, así como para la detección de barreras encontradas. Esto ha facilitado el proceso de implantación de la guía tanto a nivel organizacional como de profesionales y usuarios.

## CAPÍTULO 10. Bibliografía

1. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6–8 November in Washington, DC, USA, 2008. Geneva (CH): World Health Organization; 2008.
2. Smith ER, Hurt L, Chowdhury R, Sinha B, Fawzi W, Edmond KM. Delayed breastfeeding initiation and infant survival: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2017;12(7):1-16. doi:10.1371/journal.pone.0180722
3. Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Every Newborn: An action plan to end preventable deaths, OMS, Ginebra, 2014.
4. Moore Elizabeth R, et al, 'Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review)' Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 11, No, CD003519, 2016.
5. United Nations Children's Fund. UNICEF data: monitoring the situation of children and women. Access the data: infant and young child feeding (<http://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/>, accessed 20 december 2019).
6. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet (London, England)*. 2016;387(10017):475-490. doi:10.1016/S0140-6736(15)01024-7
7. Sankar MJ, Sinha B, Chowdhury R, et al. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015;104:3-13. doi:10.1111/apa.13147
8. Edmond KM, Kirkwood BR, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Hurt LS. Effect of early infant feeding practices on infection-specific neonatal mortality: An investigation of the causal links with observational data from rural Ghana. *Am J Clin Nutr*. 2007;86(4):1126-1131. doi:10.1093/ajcn/86.4.1126
9. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Report of an expert consultation Geneva, Switzerland, 28–30 March 2001. Geneva: World Health Organization; 2011 (WHO/NHD01.09, WHO/FCH/CAH/01.24; [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67219/1/WHO\\_NHD](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67219/1/WHO_NHD)).
10. UNICEF, WHO. Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – the revised Baby-friendly Hospital Initiative. Geneva: Geneva: World Health Organization; 2018.
11. UNICEF, OMS, Capturar el momento: Inicio temprano de la lactancia materna: El mejor comienzo para cada recién nacido. Nueva York: UNICEF, 2018.
12. Cesar G Victora, Rajiv Bahl, Aluísio J D Barros, Giovanny V A França, Susan Horton, Julia Krusevec, Simon Murch, Mari Jeeva Sankar, Neff Walker NCR. Breastfeeding in the 21st century : epidemiology , mechanisms , and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387:21-24.
13. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet (London, England)*. 2016;387(10017):491-504. doi:10.1016/S0140-6736(15)01044-2

14. Colchero MA, Contreras-Loya D, Lopez-Gatell H, De Cosío TG. The costs of inadequate breastfeeding of infants in Mexico. *Am J Clin Nutr.* 2015;101(3):579-586. doi:10.3945/ajcn.114.092775
15. Bartick MC, Schwarz EB, Green BD, et al. Suboptimal breastfeeding in the United States: Maternal and pediatric health outcomes and costs. *Matern Child Nutr.* 2017;13(1):1-13. doi:10.1111/mcn.12366
16. Benoit B, Semenic S. Barriers and Facilitators to Implementing the Baby-Friendly Hospital Initiative in Neonatal Intensive Care Units. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2014;43(5):614-624. doi:10.1111/1552-6909.12479
17. Spiby H, McCormick F, Wallace L, Renfrew MJ, D'Souza L, Dyson L. A systematic review of education and evidence-based practice interventions with health professionals and breast feeding counsellors on duration of breast feeding. *Midwifery.* 2009;25(1):50-61. doi:10.1016/j.midw.2007.01.006
18. Dyson L, McCormick FM, Renfrew MJ. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. In: Dyson L, ed. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2005:CD001688. doi:10.1002/14651858.CD001688.pub2
19. Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Support for breastfeeding mothers. In: McCormick FM, ed. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2007:CD001141. doi:10.1002/14651858.CD001141.pub3
20. United Nations. Sustainable Development Goals: 17 goals to transform our world (<http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>, accessed 7 March 2018).
21. WHO. Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition. Geneva, Switz World Heal Organ. 2014:20.
22. World Health Organization, UNICEF. *Baby-Friendly Hospital Initiative : Revised, Updated and Expanded for Integrated Care.*; 2009.
23. WHO. World Health Organization. Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – the revised Baby-friendly Hospital Initiative. World Health Organization, Geneva; 2018. Licence. Presented at the: 2017.
24. United Nations Children's Fund. UNICEF data: monitoring the situation of children and women. Joint UNICEF/WHO database 2016 of skilled health personnel, based on population based national household survey data and routine health systems.
25. Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services. A joint WHO/UNICEF statement. Geneva: World Health Organization; 1989 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39679/1/9241561300.pdf>, accessed 7 March 2018).
26. Inocenti Declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding. New York: United Nations Children's Fund; 1991 ([http://www.who.int/about/agenda/health\\_development/events/innocenti\\_declaration\\_1990.pdf](http://www.who.int/about/agenda/health_development/events/innocenti_declaration_1990.pdf), accessed 7 September 2018).

27. The International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes – 2017 update: frequently asked questions. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254911/1/WHO-NMH-NHD-17.1-eng.pdf?ua=1>, accessed 7 March 2018).
28. World Health Organization. Code and subsequent resolutions (<http://www.who.int/nutrition/netcode/resolutions/en/>, accessed 7 March 2018).
29. UNICEF, WHO. *Implementation Guidance: Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services – the Revised Baby-Friendly Hospital Initiative*. (World Health Organization, ed.). Geneva, Switzerland; 2018.
30. Registered Nurses' Association of Ontario. *Best Practice Guideline Breastfeeding-Promoting and Supporting the Initiation, Exclusivity, and Continuation of Breastfeeding for Newborns, Infants, and Young Children*. (Registered Nurses' Association of Ontario, ed.); 2018.
31. National Institute for Health and Care Excellence. Maternal and Child Nutrition. PH11. *London NICE*. 2008;(March 2008):98.
32. Sinha B, Chowdhury R, Sankar MJ, et al. Interventions to improve breastfeeding outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015;104(467):114-134. doi:10.1111/apa.13127
33. Kim SK, Park S, Oh J, Kim J, Ahn S. Interventions promoting exclusive breastfeeding up to six months after birth: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Nurs Stud*. 2018;80(November 2017):94-105. doi:10.1016/j.ijnurstu.2018.01.004
34. Pérez-Escamilla R, Martinez JL, Segura-Pérez S. Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Matern Child Nutr*. 2016;12(3):402-417. doi:10.1111/mcn.12294
35. WHO. *National Implementation of the Baby-Friendly Hospital Initiative*.; 2017.
36. Hawkins S, Stern A, Faum C, Gillman M. Compliance with the Baby-Friendly Hospital Initiative and impact on breastfeeding rates. *Arch Dis Childhood Fetal neonatal Ed*. 2014;99(2):F138–43.
37. Howe-Heyman A, Lutenbacher M. The Baby-Friendly Hospital Initiative as an Intervention to Improve Breastfeeding Rates: A Review of the Literature. *J Midwifery Women's Heal*. 2016;61(1):77–102.
38. Cattaneo A, Bettinelli ME, Chapin E, et al. Effectiveness of the Baby Friendly Community Initiative in Italy : a non-randomised controlled study. *BMJ*. 2016:18-20. doi:10.1136/bmjopen-2015-010232
39. Campbell NC, Murray E, Darbyshire J, et al. Designing and evaluating complex interventions to improve health care. *Bmj*. 2007;334(7591):455-459. doi:10.1136/bmj.39108.379965.be
40. Joint statement by the UN Special Rapporteurs on the Right to Food, Right to Health, the Working Group on Discrimination against Women in law and in practice, and the Committee on the Rights of the Child in support of increased



efforts to promote, support.

41. C. Tello Royloa (Coordinador) L, Asensio Egea, E. Cao Avellaneda, T. Fernández Aparicio, L.O. Fontana Compiano, F. García García, P. Guzmán Martínez-Valls GH, Villaplana, P. López Cubillana, B. Miñana López, M. Pérez Albacete, A. Prieto González, M. Rigabert Montiel, A. Romero Hoyuela AS, Gutiérrez, M. Tomás Ros PVN. Diez años de medicina basada en pruebas. Introducción a la urología basada en pruebas. *Actas Urológicas Españolas*. 2003.
42. Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W., & Haynes RB. *Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM.*; 2000.
43. Gol-Freixa JM DLSJ. El fenómeno de la “medicina basada en la evidencia.” *Med Clin*. 1999;112((Supl 1)):3-8.
44. Davis D, Evans M, Jadad A, et al. Learning in practice The case for knowledge translation: shortening the journey from evidence to effect Concepts of CME and CPD. *Bmj*. 2003;327(July):33-35. <https://www.bmj.com/content/bmj/327/7405/33.full.pdf>.
45. Hoffart N, Woods CQ. Elements of a nursing professional practice model. *J Prof Nurs*. 1996;12(6):354-364. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8979639>. Accessed May 20, 2019.
46. Marek KD. Measuring the effectiveness of nursing care. *Outcomes Manag Nurs Pract*. 1997;1(1):8-12; quiz 13. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9432445>. Accessed May 20, 2019.
47. Spilsbury K, Meyer J. Defining the nursing contribution to patient outcome: lessons from a review of the literature examining nursing outcomes, skill mix and changing roles. *J Clin Nurs*. 2001;10(1):3-14. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11820235>. Accessed May 20, 2019.
48. Ruzafa-Martínez M, González-María E, Moreno-Casbas T, del Río Faes C, Albornos-Muñoz L, Escandell-García C. [The Spanish best practice guidelines implementation project 2011-2016]. *Enfermería clínica*. 2011;21(5):275-283. doi:10.1016/j.enfcli.2011.07.013
49. Hakkennes S, Dodd K. Guideline implementation in allied health professions : a systematic review of the literature. *Qual Saf Heal Care*. 2007;17:296-300. doi:10.1136/qshc.2007.023804
50. Shekelle P, Woolf S, Grimshaw JM, Schunemann H, Eccles MP. Developing clinical practice guidelines: reviewing, reporting, and publishing guidelines; updating guidelines; and the emerging issues of enhancing guideline implementability and accounting for co. Presented at the:
51. Hulscher, M., & Wensing, M. (2020). Multifaceted Implementation Strategies. Improving Patient Care: The Implementation of Change in Health Care, 313-327.
52. Institute of Medicine Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines, 1990.
53. Alonso P, Bonfil X.(2007). Guías de Práctica clínica(I): elaboración, implantación y evaluación. *Radiología*; 49(1):19-22.

54. Cluzeau FA, Littlejohns P, Grimshaw JM, Feder G, Moran SE. Development and application of a generic methodology to assess the quality of clinical guidelines. *Int J Qual Heal Care*. 1999;11(1):21-28. doi:10.1093/intqhc/11.1.21
55. Fischer F, Lange K, Klose K, Greiner W, Kraemer A. Barriers and Strategies in Guideline Implementation-A Scoping Review. *Healthc (Basel, Switzerland)*. 2016;4(3):36. doi:10.3390/healthcare4030036.
56. Suman A, Dikkers MF, Schaafsma FG, van Tulder MW, Anema JR. Effectiveness of multifaceted implementation strategies for the implementation of back and neck pain guidelines in health care: A systematic review. *Implement Sci*. 2016;11(1):1-11. doi:10.1186/s13012-016-0482-7
57. Zhou F, Chandra K, Sohi D, et al. Do Guidelines Influence Emergency Department Staff Behaviours and Improve Patient Outcomes? Evaluation of a Multifaceted Intervention for the Implementation of Local Acute Exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Guidelines. *Cureus*. 2018:1-12. doi:10.7759/cureus.3588
58. Darla R. Shores, Samuel M. Alaish, Susan W. Aucott, Janine E. Bullard, Courtney Haney, Heidi Tymann BASN and KBS. Post-operative Enteral Nutrition Guidelines Reduce the Risk of Intestinal Failure-associated Liver Disease in Surgical Infants. *J Pediatr*. 2018;195:140-147. doi:10.1016/j.physbeh.2017.03.040
59. McCarter K, Baker AL, Britton B, et al. Effectiveness of clinical practice change strategies in improving dietitian care for head and neck cancer patients according to evidence-based clinical guidelines: A steppedwedge, randomized controlled trial. *Transl Behav Med*. 2018;8(2):166-174. doi:10.1093/tbm/ibx016
60. Etxeberria A, Alcorta I, Pérez I, et al. Results from the CLUES study: A cluster randomized trial for the evaluation of cardiovascular guideline implementation in primary care in Spain. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):1-10. doi:10.1186/s12913-018-2863-x
61. Pons E, Foks KA, Dippel DWJ, Hunink MGM. Impact of guidelines for the management of minor head injury on the utilization and diagnostic yield of CT over two decades, using natural language processing in a large dataset. *Eur Radiol*. 2019;29(5):2632-2640. doi:10.1007/s00330-018-5954-5
62. Leeper CM, Nasr I, Koff A, McKenna C, Gaines BA. Implementation of clinical effectiveness guidelines for solid organ injury after trauma: 10-year experience at a level 1 pediatric trauma center. *J Pediatr Surg*. 2018;53(4):775-779. doi:10.1016/j.jpedsurg.2017.05.025
63. Robinson JR, Avritscher EBC, Gay JC, et al. Measuring the Value of a Clinical Practice Guideline for Children with Perforated Appendicitis. *Ann Surg*. 2017;266(1):195-200. doi:10.1097/SLA.0000000000001946
64. Singh M, Hynie M, Rivera T, Macisaac L, Gladman A, Cheng A. An evaluation study of the implementation of stroke best practice guidelines using a Knowledge Transfer Team approach. *Can J Neurosci Nurs*. 2015;37(1):24-33. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26152100>.
65. van Dijk MK, Oosterbaan DB, Verbraak MJPM, Hoogendoorn AW, Penninx BWJH, van Balkom AJLM. Effectiveness of the implementation of guidelines for anxiety

- disorders in specialized mental health care. *Acta Psychiatr Scand*. 2015;132(1):69-80. doi:10.1111/acps.12338
66. Higuchi KS, Davies BL, Edwards N, Ploeg J, Virani T. Implementation of clinical guidelines for adults with asthma and diabetes: A three-year follow-up evaluation of nursing care. *J Clin Nurs*. 2011;20(9-10):1329-1338. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03590.x
  67. Dawn Prentice, Linda Ritchie, Jackie Crandall, Lori Harwood, Debra McAuslan, Julie Ann Lawrence-Murphy, Jane Ridley JT. Implementation of a diabetic foot management best practice guideline (BPG) in hemodialysis units. *CANNT J*. 2009;19(4).
  68. Gagliardi, A.R.; Alhabib, S. Trends in guideline implementation: a scoping systematic review. *Implement. Sci*. 2015, 10, 54.
  69. Stetler CB, Ritchie JA, Rycroft-Malone J, Schultz AA, Charns MP. Institutionalizing evidence-based practice: An organizational case study using a model of strategic change. *Implement Sci*. 2009;4(1).
  70. Friesen-storms JHHM, Moser A, Loo S Van Der, Beurskens AJHM. Systematic implementation of evidence-based practice in a clinical nursing setting: a participatory action research project. 2014:57-68. doi:10.1111/jocn.12697
  71. Lobach DF, Hammond WE. Computerized Decision Support Based on a Clinical Practice Guideline Improves Compliance with Care Standards. *Am J Med*. 1997;102(1):89-98. doi:10.1016/S0002-9343(96)00382-8
  72. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess*. 2004;8(6):iii-iv, 1-72. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14960256>. Accessed May 20, 2019.
  73. Campillo-Artero, Carlos.(2005). Algunas vertientes prácticas de las guías de practica clínica. *Gaceta Sanitaria*, 19(5), 398-400.
  74. Genuis SJ. (2005) The proliferation of clinical practice guidelines: professional development or medicine by numbers? *J Am Board Fam Pract*;18(5): 419-425.
  75. Lobach DF, Hammond WE. Computerized decision support based on a clinical practice guideline improves compliance with care standards. *Am J Med*. 1997;102(1):89-98. doi:10.1016/S0002-9343(96)00382-8
  76. Greenhalgh, T.; Papoutsis, C. Studying complexity in health services research: desperately seeking an overdue paradigm shift. *BMC Med*. 2018, 16, 95.
  77. Registered Nurses' Association of Ontario(RNAO). Breastfeeding - Promoting and Supporting the Initiation, Exclusivity, and Continuation of Breastfeeding in Newborns, Infants and Young Children . 3th edition. 2018. <http://www.evidenciaencuidados.es/es/attach>.
  78. Registered Nurses' Association of Ontario. Toolkit: Implementation of best practice guidelines (2nd ed.). Toronto, ON. 2012.
  79. Graham ID, Logan J, Harrison MB, et al. Lost in knowledge translation: time for a map? *J Contin Educ Health Prof*. 2006;26(1):13-24. doi:10.1002/chp.47

80. Straus SE, Tetroe JM, Graham ID. *Knowledge Translation in Health Care. Moving from Evidence to Practice*. 2nd ed. Oxford: WILEY-BLACKWELL; 2013.
81. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *Arch Pathol Lab Med*. 1997;121(11):1145-1150. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9372740>.
82. Godin G, Bélanger-gravel A, Eccles M, Grimshaw J. Healthcare professionals' intentions and behaviours: A systematic review of studies based on social cognitive theories. 2008;12:1-12. doi:10.1186/1748-5908-3-36
83. Field B, Booth A, Iltott I, Gerrish K. Using the Knowledge to Action Framework in practice: a citation analysis and systematic review. *Implement Sci*. 2014;9:172. doi:10.1186/s13012-014-0172-2
84. Laur C, Keller HH. Implementing best practice in hospital multidisciplinary nutritional care: an example of using the knowledge-to-action process for a research program. *J Multidiscip Healthc*. 2015;8:463-472. doi:10.2147/JMDH.S93103
85. Stacey D, Ludwig C, Truant T, et al. Implementing Practice Guides to Improve Cancer Symptom Management in Homecare: A Comparative Case Study. *Home Health Care Manag Pract*. 2019;31(3):139-146. doi:10.1177/1084822318817896
86. Salvador A, Dumas L, Davies B, Emard M-J, Lortie K. A Dozen Strategies Along the Ten Steps Baby-Friendly Initiative Journey. *Healthc Q*. 2016;18(4):80-86. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27009713>. Accessed April 22, 2019.
87. Eccles MP, Hrisos S, Francis J, et al. Do self-reported intentions predict clinicians' behaviour: a systematic review. *Implement Sci*. 2006;21(1):28. doi:10.1186/1748-5908-1-28
88. Bermejo RM, Parra-hidalgo P, Oliver-roig A, Hidalgo MD, Arellano-morata C, García-de-león-gonzález R. Development and Assessment of a Questionnaire to Study Protection, Promotion, and Support of Breastfeeding. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2016;45(2):166-179. doi:10.1016/j.jogn.2015.12.002
89. Straus SE, Tetroe J, Bhattacharyya O, Zwarenstein M, Graham ID. Monitoring knowledge use and evaluating outcomes. In: Straus SE, Tetroe J, Graham ID, eds. *Knowledge Translation in Health Care. Moving from Evidence to Practice*. 2nd ed. WILEY-BLACKWELL; 2013:227-235.
90. Gifford WA, Squires JE, Angus DE, et al. Managerial leadership for research use in nursing and allied health care professions: A systematic review. *Implement Sci*. 2018;13(1):1-23. doi:10.1186/s13012-018-0817-7
91. Matthew-Maich N, Ploeg J, Dobbins M, Jack S. Supporting the Uptake of Nursing Guidelines: what you really need to know to move nursing guidelines into practice. *Worldviews evidence-based Nurs*. 2013;10(2):104-115. doi:10.1111/j.1741-6787.2012.00259.x
92. May C, Sibley A, Hunt K. The nursing work of hospital-based clinical practice guideline implementation: An explanatory systematic review using Normalisation Process Theory. *Int J Nurs Stud*. 2014;51(2):289-299. doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.06.019

93. Cranley LA, Cummings GG, Profetto-McGrath J, Toth F, Estabrooks CA. Facilitation roles and characteristics associated with research use by healthcare professionals: A scoping review. *BMJ Open*. 2017;7(8). doi:10.1136/bmjopen-2016-014384
94. Martens PJ. Does breastfeeding education affect nursing staff beliefs, exclusive breastfeeding rates, and Baby-Friendly Hospital Initiative compliance? The experience of a small, rural Canadian hospital. *J Hum Lact*. 2000;16(4):309-318. doi:10.1177/089033440001600407
95. Rempel LA, McCleary L. Effects of the implementation of a breastfeeding best practice guideline in a Canadian public health agency. *Res Nurs Health*. 2012;35(5):435-449. doi:10.1002/nur.21495
96. Koehn ML, Lehman K. Nurses' perceptions of evidence-based nursing practice. *J Adv Nurs*. 2008;62(2):209-215. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04589.x
97. McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, Veitch E, Rennie AM, Crowther SA, Neiman S, MacGillivray SMcfadden A. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(2). doi:10.1002/14651858.CD001141.pub5
98. Pericas-Beltran J, Gonzalez-Torrente S, De Pedro-Gomez J, Morales-Asencio JM, Bannasar-Veny M. Perception of Spanish primary healthcare nurses about evidence-based clinical practice: A qualitative study. *Int Nurs Rev*. 2014;61(1):90-98. doi:10.1111/inr.12075
99. Nickel NC, Taylor EC, Labbok MH, Weiner BJ, Williamson NE. Applying organisation theory to understand barriers and facilitators to the implementation of baby-friendly: A multisite qualitative study. *Midwifery*. 2013;29(8):956-964. doi:10.1016/j.midw.2012.12.001
100. Sigman-Grant M, Kim Y. Breastfeeding Knowledge and Attitudes of Nevada Health Care Professionals Remain Virtually Unchanged over 10 Years. *J Hum Lact*. 2015. doi:10.1177/0890334415609916
101. Marrone S, Vogeltanz-Holm N, Holm J. Attitudes, Knowledge, and Intentions Related to Breastfeeding Among University Undergraduate Women and Men. *J Hum Lact*. 2008;24(2):186-192. doi:10.1177/0890334408316072
102. Cancelliere C, Sutton D, Côté P, French SD, Taylor-Vaisey A, Mior SA. Implementation interventions for musculoskeletal programs of care in the active military and barriers, facilitators, and outcomes of implementation: a scoping review. *Implement Sci*. 2019;14(1):82. doi:10.1186/s13012-019-0931-1
103. Green BN, Sims J, Allen R. Use of conventional and alternative treatment strategies for a case of low back pain in a F/A-18 aviator. *Chiropr Osteopat*. 2006;14:11. doi:10.1186/1746-1340-14-11
104. Seckler E, Regauer V, Rotter T, Bauer P, Müller M. Barriers to and facilitators of the implementation of multi-disciplinary care pathways in primary care : a systematic review. 2020:1-19.
105. B Shaw , F Cheater, R Baker, C Gillies, H Hearnshaw, S Flottorp NR. Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional

- practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;(3). doi:10.1002/14651858.cd005470.pub2
106. Sánchez López MC, Madrigal De Torres M, Sánchez Sánchez JA, Menárguez Puche JF, Aguinaga Ontoso E. Qué pensamos los médicos de familia sobre la medicina basada en la evidencia? Un estudio con grupos focales. *Aten Primaria.* 2010;42(10):507-513. doi:10.1016/j.aprim.2009.09.030
  107. Pace KB, Sakulkoo S, Hoffart N, Cobb AK. Barriers to Successful Implementation of a Clinical Pathway for CHF. *J Healthc Qual.* 2002;24(5).
  108. Martínez C, Monforte-Royo C. Investigar más allá de la Enfermería clínica. *Enferm Clin.* 2012;22(2):63-64. doi:10.1016/j.enfcli.2011.12.004
  109. Ramos-Morcillo AJ. Prevención de la enfermedad y promoción de la salud, la esfera independiente de la enfermería: un comienzo obligado. *Evidentia.* 2015;12(49):2-3. <http://www.index-f.com/evidentia/n49/ev4900.php>.
  110. Renfrew MJ, McCormick FM, Wade A, Quinn B, Dowswell T. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies (Review) Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Libr.* 2012;(5). doi:10.1002/14651858.CD001141.pub4
  111. Dyson L, McCormick FM, Renfrew MJ. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. 2013;132(1):20141321. doi:10.1590/1516-3180.20141321T1
  112. O'Donnell CA. Attitudes and knowledge of primary care professionals towards evidence-based practice: A postal survey. *J Eval Clin Pract.* 2004;10(2):197-205. doi:10.1111/j.1365-2753.2003.00458.x
  113. Shuval K, Shachak A, Linn S, Brezis M, Reis S. Evaluating primary care doctors' evidence-based medicine skills in a busy clinical setting. *J Eval Clin Pract.* 2007;13(4):576-580. doi:10.1111/j.1365-2753.2007.00805.x
  114. Toulkidis V, Donnelly NJ, Ward JE. Engaging Australian physicians in evidence-based medicine: A representative national survey. *Intern Med J.* 2005;35(1):9-17. doi:10.1111/j.1445-5994.2004.00703.x
  115. Kotzeva A, Guillamón I, Mph JG, et al. Use of clinical practice guidelines and factors related to their uptake : a survey of health professionals in Spain. 2013:1-9. doi:10.1111/jep.12109
  116. Brewer BB, Brewer MA, Schultz AA. A Collaborative Approach to Building the Capacity for Research and Evidence-Based Practice in Community Hospitals. *Nurs Clin North Am.* 2009;44(1):11-25. doi:10.1016/j.cnur.2008.10.003
  117. Munten G, van den Bogaard J, Cox K, Garretsen H, Bongers I. Implementation of evidence-based practice in nursing using action research: a review. *Worldviews evidence-based Nurs.* 2010;7(3):135-157. doi:10.1111/j.1741-6787.2009.00168.x
  118. Gabbay J, le May A. Primary care Ethnographic study of knowledge management in primary care. *Bmj.* 2004;329(30 October):1013-1017. doi:10.1136/bmj.329.7473.1013
  119. Semenic S, Childerhose JE, Lauzière J, Groleau D. Barriers , Facilitators , and Recommendations Related to Implementing the Baby-Friendly Initiative ( BFI ): An Integrative Review. 2012. doi:10.1177/0890334412445195

120. Schmied V, Gribble K, Sheehan A, Taylor C, Dykes FC. Ten steps or climbing a mountain: A study of Australian health professionals' perceptions of implementing the baby friendly health initiative to protect, promote and support breastfeeding. *BMC Health Serv Res.* 2011;11:1-10. doi:10.1186/1472-6963-11-208
121. Ajzen I, Brown TC, Carvajal F. Explaining the discrepancy between intentions and actions: the case of hypothetical bias in contingent valuation. *Pers Soc Psychol Bull.* 2004;30(9):1108-1121. doi:10.1177/0146167204264079
122. Becerra-Bulla F, Rocha-Calderón L, Fonseca-Silva DM, Bermúdez-Gordillo LA. The family and social environment of the mother as a factor that promotes or hinders breastfeeding. *Rev Fac Med.* 2015;63(2):217-227. doi:10.15446/revfacmed.v63n2.44051