

Guía RediSAM

Guía metodológica para el diseño sistemático, implementación y evaluación de intervenciones destinadas a promover el uso seguro y adecuado de medicamentos

Etapa 3

Búsqueda de la evidencia y su adaptación al contexto local

Autoría: Grupo RediSAM

© Grupo de investigación RediSAM, 2025.

Índice

Resumen	5
Introducción	6
Fase 1: Búsqueda y síntesis de la evidencia	6
Fase 2: Adaptación de la evidencia al contexto local	12
Referencias bibliográficas	17
Anexos	20
Anexo 3.1. Recursos para localizar guías de práctica clínica.	20
Anexo 3.2. Recursos para localizar revisiones sistemáticas.	20
Anexo 3.3. Centros de información de medicamentos.	21
Herramientas RediSAM.....	22
Herramienta RediSAM 3.1. Revalidación del objetivo de intervención según recomendaciones extraídas de la evidencia	22
Herramienta RediSAM 3.2. Análisis de las diferencias entre la evidencia localizada (recomendaciones de GPC de calidad) y la práctica clínica real.....	23

Resumen

¿Cómo podemos garantizar que la intervención que vamos a diseñar para mejorar la prescripción sea creíble y efectiva?

La respuesta radica en contar con un sólido respaldo de evidencia científica. Un buen soporte de evidencia sobre la buena práctica de prescripción que queremos implantar nos asegura la credibilidad y el apoyo de los distintos grupos implicados en el desarrollo de la intervención.

Esta etapa estará dedicada a la preparación del informe de síntesis de dicha evidencia. Su elaboración se basará en Guías de Práctica Clínica (GPC) y recomendaciones sobre uso adecuado del medicamento, elaboradas mediante un proceso sistemático y explícito como el método GRADE (*Grade of Recommendation, Assessment, Development and Evaluation*), y seleccionadas en base a su calidad metodológica evaluada con la herramienta AGREE II.

En ausencia de GPC, recurriremos a las revisiones sistemáticas, destacando las de la colaboración Cochrane. Para valorar su calidad se recomienda la herramienta AMSTAR II. Si fuese necesario recurriremos a artículos científicos originales. En este caso será necesario realizar la valoración del riesgo de sesgos y hacer su lectura crítica, contando para ello con herramientas específicas.

Otra fuente de evidencia a utilizar serán los productos generados por los Centros de Información de Medicamentos.

Tampoco podemos olvidar la importancia de la adaptación de la evidencia al contexto local, mediante un proceso sistemático y participativo, garantizando que el resultado final siga estando basado en la evidencia. Para ello, en este documento presentamos dos herramientas diseñadas por el Grupo RediSAM en base a las guías y documentos de referencia localizados: la primera de ellas nos permite analizar las diferencias entre la evidencia encontrada y la práctica real, así como una revalidación del objetivo de intervención; la segunda nos proporciona un análisis más detallado de cada una de las recomendaciones.



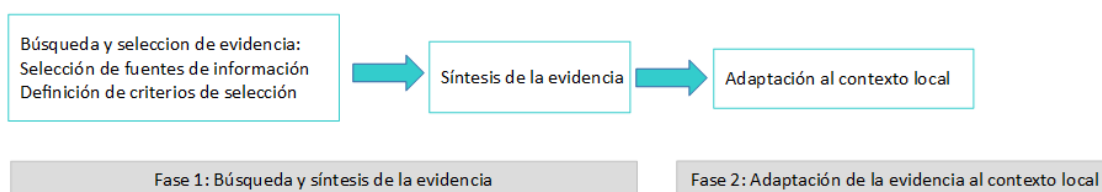
Introducción

Una de las fases críticas en el diseño de una intervención es la preparación del informe de síntesis de evidencia científica que apoya y justifica el criterio de buena práctica de prescripción cuya implantación se persigue con la intervención. Este informe contribuirá a garantizar la credibilidad y a conseguir los apoyos de los distintos grupos implicados en la intervención, sobre todo el de los destinatarios. Servirá a su vez, como punto de partida para el análisis de barreras y facilitadores a la implantación que veremos en el próximo capítulo (1-10).

En esta etapa vamos a revisar cómo abordar el proceso de recopilación y síntesis de esta evidencia científica, así como su adaptación al contexto local (2-3, 5-8).

En la Figura 3.1 se describen las fases del proceso. El abordaje en profundidad de cada una de estas fases excede el objetivo de esta guía y para ello recomendamos el estudio de otras fuentes. No obstante, vamos a resumir los puntos claves que al respecto nos recomiendan los documentos consultados (3, 5, 7, 8).

Figura 3.1. Fases en la búsqueda de la evidencia y adaptación al contexto local



Fuente: Elaboración propia

Fase 1: Búsqueda y síntesis de la evidencia

La pirámide de la evidencia (11) (Figura 3.2) sitúa en una posición prioritaria a las GPC y recomendaciones sobre uso adecuado del medicamento, elaboradas mediante un proceso estructurado y sistemático. Esto, traducido a la práctica, podría significar que, si en el proceso de búsqueda se identificara una GPC o recomendaciones de uso adecuado del medicamento que dieran respuesta a nuestra pregunta de búsqueda de evidencia, tendríamos gran parte de esta fase realizada, siempre que se consideren de calidad metodológica.

Figura 3.2. Pirámide de la evidencia 6S



Fuente: Traducido de DiCenso A et al (11)

La calidad de las GPC puede ser variable. Recordemos que una GPC es un documento que incluye síntesis de evidencia y recomendaciones en relación con el problema de salud que se aborda en ella.

El proceso de elaboración de recomendaciones ya sea sobre uso adecuado de medicamento o sobre cualquier otra decisión clínica, es complejo, costoso en tiempo, y requiere de recursos humanos para la identificación, selección, evaluación, síntesis de la evidencia y su posterior valoración por parte del grupo elaborador, acuerdo y definición de la recomendación.

Lo deseable es que el proceso de paso de evidencias a recomendaciones se realice siguiendo un método sistemático y explícito. El método ahora mismo reconocido internacionalmente es el método GRADE (12). Las guías de práctica clínica o recomendaciones farmacoterapéuticas elaboradas siguiendo el método GRADE, serían un buen documento de partida para este proceso.

Es importante seleccionar GPC vigentes (menos de cinco años). Se recomienda el instrumento AGREE-II para valorar la calidad metodológica de las GPC (13). Este instrumento está compuesto por una lista de 23 criterios explícitos que una GPC debería cumplir para ser considerada de alta calidad. Los 23 criterios se organizan en 6 dominios, abarcando cada uno de ellos una dimensión única de la calidad de la guía. Incluye además 2 criterios de puntuación global. Los dominios y los contenidos que abordan se describen en la Tabla 3.1.



Tabla 3.1. Instrumento AGREE-II. Dominios que evalúa

Dominios	Contenido
Alcance y objetivo	Propósito general de la guía, aspectos de salud específicos, y la población diana.
Participación de los implicados	Grado en el que la guía ha sido elaborada por los implicados o interesados, representa los puntos de vista de los usuarios a los que está destinada.
Rigor en la elaboración	Proceso utilizado para reunir y sintetizar la evidencia (estrategia de búsqueda), los métodos para formular las recomendaciones y para actualizarlas.
Claridad de la presentación	Lenguaje, estructura y el formato de la guía. Facilidad para leer y encontrar la información clave, resumen de las recomendaciones.
Aplicabilidad	Posibles barreras y facilitadores para su implantación, las estrategias para mejorar su adopción y las implicaciones de la aplicación de la guía en los recursos
Independencia editorial	La formulación de las recomendaciones no debe estar sesgada por conflictos de intereses.

Fuente: Adaptado de Consorcio AGREE (13).

Existen numerosas fuentes de información de GPC. Algunas de ellas pertenecen a organismos con una amplia reputación en su elaboración y esto supone una garantía de calidad de inicio. No obstante, se recomienda la evaluación mediante AGREE-II de las guías que vayan a formar parte del apoyo documental de una intervención, haciendo explícita esta evaluación en el informe de síntesis de evidencia que se entregará al grupo de diseño. En el [Anexo 3.1](#) se incluyen recursos para identificar GPC.

En ausencia de GPC o recomendaciones de uso adecuado de medicamentos podríamos recurrir a productos de resumen de evidencia elaborados: hablamos de revisiones sistemáticas. Entre ellas, destacamos las de la colaboración Cochrane por su calidad metodológica.

Si no existieran revisiones Cochrane podríamos recurrir a otras revisiones sistemáticas publicadas, siendo aconsejable la valoración de su calidad metodológica y del riesgo de sesgos. Según el Manual Cochrane (14), la calidad metodológica se refiere a la evaluación crítica de una revisión sistemática y al grado en que los autores llevaron a cabo e informaron su investigación con el estándar más alto posible. El sesgo se refiere a la desviación sistemática de los resultados o inferencias de la verdad. El mismo manual Cochrane describe la herramienta AMSTAR-2 para evaluar la calidad de la evidencia de

una revisión sistemática (15) (ver Tabla 3.2) y la herramienta ROBIS (16) si bien explicitan que actualmente no pueden recomendar una herramienta sobre otra debido a la falta de evidencia empírica sobre este tema. Sin embargo, recomiendan que, independientemente de qué herramienta se utilice, los autores de la revisión general deben incluir: una tabla que proporcione un desglose de cómo se calificó cada revisión sistemática en cada pregunta de la herramienta, la justificación de las evaluaciones y una calificación general para cada revisión sistemática (si corresponde). Los autores pueden luego usar los resultados de las evaluaciones de calidad/riesgo de sesgo para ayudar a contextualizar la base de evidencia de la revisión general (por ejemplo, evaluando si los métodos de revisión sistemática pueden haber afectado la exhaustividad y los resultados de la revisión general y en qué medida).

Todas las revisiones Cochrane deben utilizar GRADE para evaluar la certeza de la evidencia para resultados importantes. Hemos de tener en cuenta, no obstante, que una revisión sistemática de calidad nos daría el resumen de evidencia. Quedaría por desarrollar la recomendación a realizar que se deriva de ella, para lo que recomendamos la utilización de un procedimiento sistemático como GRADE. En este sentido, una revisión Cochrane facilita enormemente este último paso.

En el [Anexo 3.2](#) se muestran las principales fuentes para localizar revisiones sistemáticas.

En ausencia de GPC y revisiones sistemáticas de buena calidad metodológica, tendríamos que recurrir a estudios originales. Esto exige, igualmente, un proceso riguroso, de búsqueda, análisis y selección de la evidencia de forma sistemática, la posterior evaluación del riesgo de sesgos de cada uno de los estudios seleccionados, su calidad metodológica y su lectura crítica antes de asumir las conclusiones de cada uno.

En este sentido, para la evaluación del riesgo de sesgos de ensayos clínicos, Cochrane recomienda la herramienta RoB2 (17), que se estructura en diferentes dominios, según se muestra en la Tabla 3.3. Para cada uno de los dominios, la herramienta incluye una serie de preguntas concretas, y las instrucciones para la valoración cualitativa del riesgo de sesgo y asignación a una de las cinco categorías de riesgo preestablecidas. En el caso de estudios de intervención no aleatorizados (observacionales), Cochrane recomienda la herramienta ROBINS-I (18) para la evaluación del riesgo de sesgos recomienda.

Para facilitar la lectura crítica contamos con diversas herramientas como son las plantillas del grupo CASPe (19) (disponible en <https://redcaspe.org/>) o las guías de buena comunicación en investigación recogidas por EQUATOR Network (20) (<https://www.goodreports.org/>).

No obstante, de nuevo, quedaría pendiente la elaboración de la recomendación correspondiente.



Tabla 3.2. Dominios que evalúa AMSTAR-2

1. ¿La pregunta de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes PICO*?
2. ¿El informe de la revisión contenía una declaración explícita de que los métodos de revisión se habían establecido antes de la realización de la revisión y justificaba el informe cualquier desviación significativa del protocolo?
3. ¿Los autores de la revisión explicaron la selección de los diseños del estudio para su inclusión en la revisión?
4. ¿Los autores de la revisión utilizaron una estrategia integral de búsqueda bibliográfica?
5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección del estudio por pares?
6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por pares?
7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?
8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con el detalle adecuado?
9. ¿Los autores de la revisión utilizaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo en los estudios individuales que se incluyeron en la revisión?
10. ¿Los revisores informaron sobre las fuentes de financiación de los estudios primarios incluidos en la revisión?
11. Si se realizó un metaanálisis, ¿usaron los autores de la revisión los métodos apropiados para la combinación estadística de los resultados?
12. Si se realizó un metaanálisis, ¿los autores evaluaron el impacto potencial de riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del metaanálisis u otra síntesis de evidencia?
13. ¿Los autores de la revisión dieron cuenta de riesgo de sesgo en los estudios primarios al interpretar/discutir los resultados de la revisión?
14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y una discusión sobre cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?
15. Si se realizó una síntesis cuantitativa, ¿ejecutaron los autores de la revisión una investigación adecuada del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su posible impacto en los resultados de la revisión?
16. ¿Los autores de la revisión informaron sobre posibles fuentes de conflicto de intereses, incluido la financiación que recibieron para realizar la revisión?

*PICO: problema o paciente (P), intervención a analizar (I), comparación (C) y resultados (O de *outcomes*).
 Fuente: Adaptado de Shea BJ et al (15).

Tabla 3.3. Estructura de la herramienta Cochrane RoB2

Dominio	¿Qué evalúa?	Nº de preguntas de evaluación
Dominio 1. Sesgos por el proceso de aleatorización	¿Cómo se aleatorizaron y se asignaron los pacientes?	3
Dominio 2. Sesgos derivados de la desviación de las intervenciones previstas	¿Los participantes y el personal fueron ciegos? ¿Se trató y analizó a los pacientes del grupo intervención y control de la manera planificada?	13
Dominio 3. Sesgos derivados de la pérdida de datos de resultados	¿Hubo pérdidas de datos en el seguimiento de los pacientes que pudo haber afectado la interpretación de los resultados?	4
Dominio 4. Sesgos en la medición de los resultados	¿Se usaron herramientas válidas para medir los resultados?	5
Dominio 5. Sesgos en la selección de los resultados que se publican	¿Se publican todos los resultados de acuerdo con un protocolo preestablecido?	3
Riesgo de sesgo global <ul style="list-style-type: none"> ● Bajo riesgo de sesgo ● Algunas preocupaciones sobre los sesgos Alto riesgo de sesgo	Valoración global teniendo en cuenta la valoración de cada uno de los dominios anteriores	1

Fuente: Adaptado de Higgins JPT et al (17).

Otras fuentes de información importantes para la elaboración del informe de síntesis de evidencia pueden ser las Notas de Seguridad de las Agencias Evaluadoras de Medicamentos, Informes de agencias públicas de evaluación de tecnologías sanitarias o los Informes de Posicionamiento Terapéutico de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. (<https://www.aemps.gob.es/medicamentos-de-uso-humano/informes-de-posicionamiento-terapeutico/>).

Los Centros de Información de Medicamentos (CIM) y los productos que generan pueden ser también de gran ayuda en la preparación de síntesis de evidencia para apoyar el desarrollo de una intervención. Son centros que nacieron con la misión de apoyar la promoción del uso seguro y efectivo de los medicamentos y productos sanitarios, proporcionando información científico-técnica fiable, actualizada, oportuna y pertinente, siendo una fuente importante de información para los pacientes y profesionales de la salud. Determinados productos editados por algunos de estos



centros, en concreto, los Boletines de Información de Medicamentos pueden contar con el aval de la *International Society of Drug Bulletins (ISDB)*, la red mundial de boletines sobre medicamentos y terapéutica (21), fundada en 1986 con el apoyo de la OMS y que son independientes de la industria farmacéutica intelectual y financieramente.

En el [Anexo 3.3](#) se muestran los principales Centros de Información de Medicamentos de nuestro país y del entorno internacional.

Una vez seleccionada una GPC o documento de recomendaciones, el informe de síntesis elaborado para el grupo de diseño de la intervención debe reflejar de forma explícita las fuentes de información consultadas, los criterios de selección de las fuentes (incluyendo la evaluación de la calidad metodológica) y las recomendaciones de uso de medicamentos para llevar a la práctica.

Mensaje clave: Se recomienda seleccionar recomendaciones procedentes de GPC de calidad (elaboradas con metodología GRADE y valoradas por AGREE-II) y en su defecto emplear revisiones sistemáticas que cumplan criterios de calidad según AMSTAR-2.

Fase 2: Adaptación de la evidencia al contexto local

Hemos de tener en cuenta que las intervenciones para promover un cambio de práctica clínica deben adaptarse al contexto particular, con el objetivo de garantizar que las directrices y recomendaciones que finalmente se pongan en práctica sean percibidas por todos como necesarias porque abordan el problema identificado, se basan en la mejor evidencia disponible y se ajustan al contexto local. Esta adaptación al entorno local es fundamental para asegurar una implementación exitosa. El proceso de adaptación debe ser un proceso sistemático y participativo.

El análisis del contexto es un proceso de diagnóstico cuyo objetivo es comprender los aspectos del entorno local que son importantes para el cambio de la práctica e identificar los factores que pueden influir en la variación propuesta. Este análisis plantea la pregunta de si la organización está preparada para la transformación. Esto se describe a veces como la preparación de una organización para el cambio, que abarca dos aspectos: si hay un compromiso con dicho cambio (querer hacerlo) y, además, hay capacidad para ello (la llamada “eficacia del cambio”) (7).

Las adaptaciones de las recomendaciones pueden ser llevadas a cabo por el grupo de diseño, con la aportación de las partes interesadas (pacientes y ciudadanía, destinatarios de la intervención, responsables asistenciales...), tanto a nivel local como externas. Las partes interesadas a nivel local pueden ayudar a garantizar que las

recomendaciones se ajusten a las necesidades del entorno. Las partes interesadas externas también pueden ser útiles para garantizar que las recomendaciones adaptadas sigan siendo coherentes con la base de pruebas original y/o la directriz de origen. Un reto importante en el proceso de adaptación de los conocimientos al contexto local es garantizar que lo que finalmente se aplique siga estando basado en la evidencia (8).

Conocer el contexto y la organización por parte del equipo de diseño e implementación implicaría (22):

- Identificar el ámbito o ámbitos asistenciales donde se van a implementar las recomendaciones.
- Conocer la cultura de la organización: describir las normas, creencias y valores de la organización. Ej. ¿se utiliza la evidencia científica en su práctica?, ¿se trabaja en equipo?, ¿cuáles son los estilos de gestión?, ¿hay líderes?, ¿cuáles son los canales de comunicación formales e informales?
- Identificar claramente los equipos, servicios, unidades o profesionales implicados en la implementación.
- Analizar los recursos disponibles tanto humanos como económicos y materiales.
- Prever el posible impacto que la implementación de las recomendaciones puede tener en la organización: ¿se adecúan las recomendaciones que se van a implementar a los objetivos, valores y formas de funcionamiento de la organización?, ¿habría que prever alguna modificación en dicho funcionamiento?
- Claro conocimiento de la práctica clínica actual.
- Conocer los sistemas de información disponibles.

Por último, se recomienda incluir en este análisis del contexto el análisis de la práctica actual de prescripción que se desarrolla en nuestro entorno en comparación con las recomendaciones que hemos extraído de las GPC y documentos seleccionados. Esto nos facilitará la revisión y revalidación del objetivo de nuestra intervención, definido en una etapa anterior.

Podemos iniciar este análisis planteando las siguientes preguntas claves, haciendo participar para ello a las principales partes interesadas que integran nuestro grupo de aplicación (2-3).

1. ¿Existen lagunas entre la práctica real y las mejores prácticas recogidas en la evidencia?
2. ¿Dónde y en qué medida existen esas lagunas?

Para facilitar una primera aproximación a este análisis proponemos contestar al cuestionario que presentamos en la [Herramienta RediSAM 3.1.](#)



Herramienta RediSAM 3.1. Revalidación del objetivo de intervención según recomendaciones extraídas de la evidencia

N°	Preguntas para revalidar el objetivo de la intervención
1	¿Se aplican las recomendaciones identificadas en la síntesis de evidencia sobre uso de medicamentos en nuestro ámbito de actuación? Justificar/Especificar. Si se está midiendo actualmente con algún indicador especificar cuál.
2	¿Alguna de las recomendaciones identificadas en la evidencia suponen realizar algún cambio de tipo organizativo para poder ser implementada? Especificar. Ej. Poner disponible algún tipo de antibiótico no incluido en el antibiograma de nuestro entorno pero que lo recomiende la guía que hemos identificado en la evidencia. Ej. Necesidad de disponer de un tiempo en la consulta de enfermería para realizar algún tipo de actividad que anteriormente no se realizaba.
3	¿Hay recomendaciones que ya se estén aplicando? Especificar cual/cuales ¿Hay algunas que sólo se han aplicado parcialmente? ¿Sólo algunas recomendaciones? ¿Sólo en algunas unidades? Especificar
4	¿Hay recomendaciones que deban aplicarse antes que otras? Justificar porqué
5	¿Pueden aplicarse rápidamente algunas recomendaciones? Especificar
6	¿Hay recomendaciones basadas en niveles de evidencia más altos que otras? ¿O que sean coincidentes en varias guías de práctica clínica? Especificar cuáles son y su grado de recomendación o fuerza de la evidencia según la guía de práctica clínica empleada.
7	¿Algunas recomendaciones tardarán más tiempo en aplicarse? Especificar cuáles y porqué.
8	¿Hay obstáculos para su aplicación? Especificar
9	¿Existe limitación de recursos? Especificar Humanos: ¿problemas con las habilidades de los profesionales?, ¿necesidades de formación?, ¿falta de liderazgo? Tiempo: ¿sobrecarga de trabajo?, ¿necesidad de tiempo adicional? Económicos: ¿limitaciones presupuestarias?
10	¿Existen problemas con la seguridad del paciente? Especificar

Fuente: Basado parcialmente en *Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)* (8).

Seguidamente, se recomienda un análisis pormenorizado de cada una de las recomendaciones a poner en práctica. Este análisis tiene por objetivo identificar:

- Las prácticas actuales, basadas en la evidencia y respaldadas por las GPC, que pueden ser utilizadas como refuerzo y reconocimiento de buena práctica clínica.
- Las recomendaciones que no son aplicables en nuestro entorno.
- Las prácticas que se cumplen parcialmente y las recomendaciones basadas en la evidencia que serían buenos objetivos para nuestra intervención.
- Las recomendaciones que no se cumplen y que pueden requerir estrategias de cambio de práctica a más largo plazo, por lo que no sería conveniente incluirlas en nuestra intervención en este momento.

Para este segundo análisis proponemos utilizar la [Herramienta RediSAM 3.2](#).



Herramienta RediSAM 3.2. Análisis de las diferencias entre la evidencia localizada (recomendaciones de GPC de calidad) y la práctica clínica real

RECOMENDACIÓN	CUMPLIDA	PARCIALMENTE CUMPLIDA	NO CUMPLIDA	NO PROCEDE	RIESGOS ASOCIADOS AL NO CUMPLIMIENTO DE LA RECOMENDACIÓN Completar en caso de haber marcado parcialmente cumplida o no cumplida
RECOMENDACIÓN 1					
RECOMENDACIÓN 2					
RECOMENDACIÓN 3					

Fuente: Elaboración propia

Es importante comenzar con los cambios de la práctica que pueden realizarse fácilmente, o que son cruciales para la seguridad de los pacientes y del personal sanitario. Es muy importante reforzar y mantener las mejores prácticas existentes en el lugar de trabajo, y centrarse en áreas específicas para la mejora de la práctica.

Mensaje clave: Antes de proseguir con el diseño de la intervención para implementar las recomendaciones extraídas de las GPC debemos adaptarlas al contexto local. Para ello es necesario analizar cuáles se están aplicando actualmente o se cumplen parcialmente para reforzarlas, cuáles no serían aplicables en nuestro entorno y aquellas que no se cumplen y requieren estrategias de cambio de práctica a más largo plazo. Se recomienda enfocar el diseño de la intervención para promover cambios de práctica clínica hacia aquellas que conlleven poner en práctica las recomendaciones que se consideren más fáciles de asimilar o cruciales por afectar a la seguridad del paciente o personal sanitario.

Referencias bibliográficas

1. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Six Building Blocks: A Team-Based Approach to Improving Opioid Management in Primary Care How-To-Implement Toolkit [Internet]. Rockville, MD: AHRQ; 2021[citado jul 2024]. URL: <https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/ambulatory/improve/six-building-blocks-guide.html>
2. Almazán C, Moharra, M, Caro Mendivelso J, Ramírez A, Carrillo Aguirre G, Baijet J, et al. Guia per a la implementació de projectes d'atenció sanitària basada en el valor [Internet]. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2021[citado jul 2024]. URL: https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2021/guia_implemenciacio_projectes_atencio_sanitaria_valor_aquas2021.pdf
3. Canadian Institutes of Health Research. Moving into action: We know what practices we want to change, now what? An implementation guide for health care practitioners [Internet]. Canadian Institutes of Health Research; 2012[citado jul 2024]. URL: <https://cihr-irsc.gc.ca/e/45669.html>
4. Foy R, Willis TA, Alderson SL, Khan T, Brown B. A brief guide to effective audit and feedback [Internet]. University Leeds; 2022[citado jul 2024]. URL: <https://www.hqip.org.uk/wp-content/uploads/2022/04/A-brief-guide-to-effective-audit-and-feedback-March-2022.pdf>
5. Healthcare Quality Improvement Partnership. Best Practice in Clinical Audit [Internet]. Londres: Healthcare Quality Improvement Partnership; 2020[citado jul 2024]. URL: <https://www.hqip.org.uk/resource/best-practice-in-clinical-audit/>
6. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Into practice guide. Practical steps to improving the quality of care and services using NICE guidance [Internet]. NICE; [citado jul 2024]. URL: <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/into-practice/resources-help-put-guidance-into-practice>
7. Porritt K, McArthur A, Lockwood C, Munn Z (Eds). JBI Handbook for Evidence Implementation. JBI; 2020. URL: <https://implementationmanual.jbi.global>



8. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Toolkit: Implementation of best practice guidelines [Internet]. Toronto: RNAO; 2012[citado jul 2024]. URL: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/RNAO_ToolKit_2012_rev4_FA.pdf
9. Greenhalgh T. How to Implement Evidence-Based Healthcare. Londres: Wiley-Blackwell; 2017.
10. Michie S, Atkins L, West R. The Behaviour Change Wheel: A Guide to Designing Interventions. Londres: Silverback Publishing; 2014.
11. DiCenso A, Bayley L, Haynes RB. Accessing pre-appraised evidence: Fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evid Based Nurs.* 2009;12(2):99-101. doi: <https://doi.org/10.1136/ebn.12.4.99-b>
12. Grupo de trabajo GRADE. (S.F.) [Internet]. GRADE [citado jul 2024]. URL: <https://www.gradeworkinggroup.org/#>
13. Consorcio AGREE. Instrumento para la evaluación de guías de práctica clínica [Internet]. The AGREE Research Trust; 2009 [citado jul 2024]. URL: https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_II_Spanish.pdf
14. Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* version 6.4 (updated August 2023). Cochrane, 2023. URL: www.training.cochrane.org/handbook.
15. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ.* 2017;358:j4008. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.j4008>
16. University of Bristol. Bristol Medical School: Population Health Sciences (s.f.). *Robis*. <https://www.bristol.ac.uk/population-health-sciences/projects/robis/>
17. Higgins JPT, Savović J, Page MJ, Elbers RG, Sterne JAC. Chapter 8: Assessing risk of bias in a randomized trial. In: Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* version 6.4 (updated August 2023). Cochrane, 2023. URL: www.training.cochrane.org/handbook
18. Sterne JAC, Hernán MA, McAleenan A, Reeves BC, Higgins JPT. Chapter 25: Assessing risk of bias in a non-randomized study. In: Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M,



- Li T, Page MJ, Welch VA (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* version 6.4 (updated August 2023). Cochrane, 2023. URL: www.training.cochrane.org/handbook
19. Critical Appraisal Skills Programme Español (CASPe). 2022. <https://redcaspe.org/>
 20. EQUATOR network. *Reporting checklist for medical researchers*. 2020. <https://www.goodreports.org/>
 21. International Society of Drug Bulletins (ISDB). (s.f.). <https://www.isdbweb.org/>
 22. Grupo de trabajo sobre implementación de GPC. Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico [Internet]. Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009 [citado jul 2024]. URL: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/manual_implementacion.pdf



Anexos

Anexo 3.1. Recursos para localizar guías de práctica clínica.

Tripdatabase www.tripdatabase.com
PubMed/MEDLINE https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/
NICE National Institute for Health and Care Excellence https://www.nice.org.uk/guidance/
GuiaSalud www.guiasalud.es
SIGN Scottish Intercollegiate Guidelines Network www.sign.ac.uk
GIN Guidelines International Network g-i-n.net/international-guidelines-library
ECRI Emergency Care Research Institute https://guidelines.ecri.org/
Fuente: Elaboración propia

Anexo 3.2. Recursos para localizar revisiones sistemáticas.

Cochrane Database of Systematic Reviews, accessible en The Cochrane Library www.thecochranelibrary.com
CADTH. Canada's Drug and Health Technology Agency. www.cadth.ca/health-technology-review
Epistemonikos www.epistemonikos.org/
PROSPERO www.crd.york.ac.uk/prosperto/
PubMed/MEDLINE https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/
Tripdatabase www.tripdatabase.com
Fuente: Elaboración propia

Anexo 3.3. Centros de información de medicamentos.

Australian Prescriber www.nps.org.au/australian-prescriber
bitn. Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Documentacion+y+publicaciones/Publicaciones+tematicas/Medicamento/BIT/
BTA. Boletín Terapéutico Andaluz- CADIME cadime.es/
El ojo de Markov www.saludcastillayleon.es/portalmedicamento/fr/terapeutica/ojo-markov
INFAC. Información Farmacoterapéutica. CEVIME- Centro Vasco de Información de medicamentos www.euskadi.eus/informacion/boletin-infac/web01-a2cevime/es/
Prescrire www.prescrire.org/fr/Summary.aspx
Therapeutics Letter www.ti.ubc.ca/therapeutics-letter/
Fuente: Elaboración propia



Herramientas RediSAM

Herramienta RediSAM 3.1 Revalidación del objetivo de intervención según recomendaciones extraídas de la evidencia

Nº	Preguntas para revalidar el objetivo de la intervención
1	¿Se aplican las recomendaciones identificadas en la síntesis de evidencia sobre uso de medicamentos en nuestro ámbito de actuación? Justificar/Especificar. Si se está midiendo actualmente con algún indicador especificar cuál.
2	¿Alguna de las recomendaciones identificadas en la evidencia suponen realizar algún cambio de tipo organizativo para poder ser implementada? Especificar. Ej. Poner disponible algún tipo de antibiótico no incluido en el antibiograma de nuestro entorno pero que lo recomiende la guía que hemos identificado en la evidencia. Ej. Necesidad de disponer de un tiempo en la consulta de enfermería para realizar algún tipo de actividad que anteriormente no se realizaba.
3	¿Hay recomendaciones que ya se estén aplicando? Especificar cual/cuales ¿Hay algunas que sólo se han aplicado parcialmente? ¿Sólo algunas recomendaciones? ¿Sólo en algunas unidades? Especificar
4	¿Hay recomendaciones que deban aplicarse antes que otras? Justificar porqué
5	¿Pueden aplicarse rápidamente algunas recomendaciones? Especificar
6	¿Hay recomendaciones basadas en niveles de evidencia más altos que otras? ¿O que sean coincidentes en varias guías de práctica clínica? Especificar cuáles son y su grado de recomendación o fuerza de la evidencia según la guía de práctica clínica empleada.
7	¿Algunas recomendaciones tardarán más tiempo en aplicarse? Especificar cuáles y porqué.
8	¿Hay obstáculos para su aplicación? Especificar
9	¿Existe limitación de recursos? Especificar Humanos: ¿problemas con las habilidades de los profesionales?, ¿necesidades de formación?, ¿falta de liderazgo? Tiempo: ¿sobrecarga de trabajo?, ¿necesidad de tiempo adicional? Económicos: ¿limitaciones presupuestarias?
10	¿Existen problemas con la seguridad del paciente? Especificar

Fuente: Basado parcialmente en *Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) (8)*.

Herramienta RediSAM 3.2. Análisis de las diferencias entre la evidencia localizada (recomendaciones de GPC de calidad) y la práctica clínica real

RECOMENDACIÓN	CUMPLIDA	PARCIALMENTE CUMPLIDA	NO CUMPLIDA	NO PROCEDE	RIESGOS ASOCIADOS AL NO CUMPLIMIENTO DE LA RECOMENDACIÓN Completar en caso de haber marcado parcialmente cumplida o no cumplida
RECOMENDACIÓN 1					
RECOMENDACIÓN 2					
RECOMENDACIÓN 3					

Fuente: Elaboración propia