

# Guía RediSAM

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

## Etapa 2

### Análisis de situación y definición de los objetivos de la intervención

**Autoría: Grupo RediSAM**

© Grupo de investigación RediSAM, 2025.



## Índice

Resumen.....	5
Introducción .....	6
A) Análisis de situación: identificación y descripción del problema de prescripción.....	6
B) Definición de los objetivos de nuestra intervención.....	8
Paso 1: Definición del problema de prescripción a abordar en términos de comportamiento a promover con la intervención .....	8
Paso 2: Identificación de los comportamientos relacionados con el comportamiento inicial identificado a promover. Análisis y selección del comportamiento diana de la intervención.....	10
Paso 3: Definición específica del comportamiento a promover que será objetivo de la intervención.....	15
Referencias bibliográficas: .....	18
Anexos .....	19
Anexo 2.1. Estudios de utilización de medicamentos. ....	19
Herramientas RediSAM.....	22
Herramienta RediSAM 2.1. Definición inicial del objetivo de la intervención: problema identificado.....	22
Herramienta RediSAM 2.2. Selección del comportamiento objetivo a promover: diana de la intervención .....	23
Herramienta RediSAM 2.3. Descripción específica del comportamiento objetivo a promover de la intervención .....	24



## Resumen

Definir claramente el objetivo de una intervención es esencial para garantizar su éxito. Para lograrlo, el equipo de diseño debe comenzar con un análisis exhaustivo de la situación actual del uso del medicamento o grupo de medicamentos al que se dirigirá la intervención.

Los estudios de utilización de medicamentos serán la herramienta clave para llevar a cabo este análisis, permitiendo identificar los problemas de prescripción existentes que pueden ser abordados con la intervención y facilitando su análisis crítico. Con frecuencia, se detectará que existe más de un área de mejora posible, lo que conlleva que el equipo de diseño tenga que llegar a un consenso y priorizar el problema al que se enfocará la intervención.

En una segunda fase, una vez seleccionado el problema de prescripción sobre el que intervenir, el equipo de diseño definirá el objetivo de la intervención en términos del comportamiento que se desea promover, bajo el supuesto de que la nueva forma de proceder mejorará significativamente la práctica de prescripción, eliminando o minimizando el problema.

Para ello se propone seguir un proceso sistemático estructurado en tres pasos, que facilitará el análisis del comportamiento a promover, su posible relación con otros comportamientos y, de nuevo, la selección final del comportamiento que será la diana de nuestra intervención.

Esta etapa terminará con la definición de forma estructurada y específica del objetivo de la intervención que será el punto de partida para la siguiente etapa: la identificación de barreras y facilitadores.



## Introducción

En esta etapa el equipo de diseño ya conformado va a realizar un análisis en profundidad del problema de prescripción que se pretende abordar con la intervención y deberá hacer explícita la justificación de porqué es importante desarrollar la intervención en términos de los riesgos que con ella se van a evitar y los beneficios que se van a obtener por todas las partes afectadas (pacientes, profesionales sanitarios y ciudadanía). Este análisis facilitará al equipo de diseño la definición de los objetivos concretos de dicha intervención (1-10).

La etapa se puede estructurar en dos partes: una primera destinada al análisis de situación en el que se seleccionará el problema de prescripción sobre el que intervenir y una segunda, en la que se realiza la definición de objetivos, propiamente dicha.

### A) Análisis de situación: identificación y descripción del problema de prescripción

Esta fase tiene el objetivo de describir, desde el punto de vista farmacoepidemiológico, la naturaleza y el alcance del problema en el uso de medicamentos en el contexto local sobre el que queremos intervenir y hacer un análisis crítico de esta situación, contando con la participación del grupo de diseño de la intervención. Será el punto de partida para las etapas posteriores que hemos de llevar a cabo.

Es importante conocer la evidencia disponible sobre el problema de prescripción que se analiza para poder identificar las necesidades de intervención (2,6,8). Con frecuencia, se detectará que existe más de un área de mejora posible, lo que conlleva que el equipo de diseño tenga que llegar a un consenso y establecer prioridades (1).

Aunque estemos interesados en empezar cuanto antes, este paso resulta primordial. Un buen proyecto de implementación de una recomendación sobre prescripción debe tener una justificación claramente definida, respaldada por datos y por la mejor evidencia disponible (2,6,8) que demuestre de manera medible la necesidad de dicho proyecto y que involucre a personas clave (7). La intervención tendrá más probabilidades de éxito si el tema a abordar es relevante para los grupos de destinatarios (3-4,7). Sin apoyo de los profesionales que van a verse implicados en la práctica de prescripción que nos proponemos cambiar, la posibilidad de obtener un buen resultado de la intervención y que éste se mantenga en el tiempo será mucho más difícil (7).

Para hacer la descripción de la situación de uso de un medicamento o grupo de medicamentos desde el punto de vista farmacoepidemiológico usaremos como herramientas los estudios de utilización de medicamentos, tanto de tipo descriptivo

como analíticos, que necesitaremos protocolizar, definir y planificar (ver [Anexo 2.1.](#) para más información sobre este tipo de estudios).

Mediante este tipo de estudios podemos describir:

- La prevalencia de personas expuestas a un medicamento o grupo de medicamentos, diferenciando por estratos de edad, sexo y otras variables disponibles que consideremos puedan condicionar el uso del medicamento. La evolución temporal del consumo de un medicamento o grupo de medicamentos.
- El consumo relativo de un medicamento o grupo de medicamentos respecto a otros, mediante indicadores de uso relativo predefinidos.
- El coste del medicamento o grupo de medicamentos y su evolución en el tiempo.
- La variabilidad de los datos anteriormente descritos entre zonas o áreas.
- La situación comparada con un área de referencia, como por ejemplo, un área de nivel superior (si estamos estudiando el nivel de área o distrito, el nivel superior sería la comunidad autónoma).

Adicionalmente, es posible que para completar la definición del problema sea preciso realizar estudios analíticos, de adecuación de prescripción-indicación, indicación-prescripción, mediante auditoría de historia clínica o de tendencias en el tiempo.

Disponer de las bases de datos de medicamentos prescritos y dispensados y a la vez, de datos de la historia clínica de ambos ámbitos asistenciales (atención primaria y atención hospitalaria), posibilitará la realización de estudios observacionales de mayor alcance, que entrarían en el ámbito de la investigación con datos de práctica clínica real (*real world data*). No obstante, por ser estos estudios de alta complejidad, es poco probable que sea factible su realización en el momento del desarrollo de esta etapa de análisis de situación cuando se aborda el diseño o de una intervención. En cambio, resultará factible y deseable recabar la información farmacoepidemiológica publicada sobre el problema de prescripción en estudio, mediante una búsqueda bibliográfica sistemática y posterior análisis y síntesis de la información hallada.

Una vez elaborado el informe farmacoepidemiológico sobre el problema de prescripción a abordar, el grupo de diseño de la intervención debería realizar el análisis crítico, en el que se valorará:

- Las tendencias de utilización.
- La comparación entre ámbitos asistenciales.
- La variabilidad entre áreas pequeñas.
- El grado de adecuación encontrado en los estudios de auditoría.
- La comparación con situaciones publicadas en literatura científica.

En este análisis sería de utilidad que el grupo de diseño intentara responder a las siguientes preguntas:



- ¿en qué medida la prescripción sobre la que queremos intervenir está influenciada o compartida con los profesionales de medicina del hospital/atención primaria?
- ¿existen, en este momento, campañas de *marketing* activo de la industria farmacéutica?
- ¿qué datos, sobre la utilización de medicamentos, están accesibles de forma fácil, pensando en proporcionar retroinformación a los profesionales?

**Mensaje clave:** Los estudios de utilización de medicamentos son la herramienta que permitirá identificar y describir los problemas de prescripción que existen en nuestro medio de actuación y que serían susceptibles de ser abordados con la intervención que se va a diseñar. Sería aconsejable completar esta información con los resultados de estudios farmacoepidemiológicos publicados sobre el tema. El análisis de situación se completará con el análisis crítico de los datos disponibles para analizar tendencias, variabilidad entre zonas/áreas, comparación entre ámbitos asistenciales u otros entornos.

## B) Definición de los objetivos de nuestra intervención

Una vez delimitado el problema a abordar, el equipo de diseño tendrá que definir de forma clara el objetivo concreto de la intervención (1-10). Para llevar a cabo esta definición proponemos seguir las recomendaciones de la guía *Behaviour Change Wheel (BCW)* (10), que estructura esta tarea en tres pasos:

- Paso 1: Definición del problema de prescripción a abordar en términos de comportamiento que queremos promover con la intervención.
- Paso 2: Identificación de otros comportamientos que pudieran estar relacionados con el anterior. Análisis y selección del comportamiento que va ser la diana de la intervención.
- Paso 3: Definición específica del comportamiento diana que será el objetivo de la intervención.

### Paso 1: Definición del problema de prescripción a abordar en términos de comportamiento a promover con la intervención

Esta definición implica ser específico y concreto en la identificación de tres elementos:

- el comportamiento o comportamientos que necesitamos promover para resolver el problema que queremos resolver con la intervención que se va a poner en marcha,

- la ubicación en la que se produce el comportamiento sobre el que vamos a intervenir,
- el grupo o población que es responsable del comportamiento.

Para ello, tendríamos que responder a tres preguntas (10):

- ¿Sobre qué comportamiento queremos intervenir?
- ¿Dónde ocurre este comportamiento?
- ¿Quién/quienes está/están involucrado/s?

Como herramientas de ayuda a este proceso de definición de objetivos hemos adaptado y traducido diferentes formularios de trabajo incluidos en la guía *BCW*. En la primera de ellas, se recogen las tres preguntas anteriores (Herramienta [RediSAM 2.1 Definición inicial del objetivo de la intervención](#)).

Veamos un ejemplo. Supongamos que en el análisis de situación hemos detectado una alta prescripción de antimicrobianos en nuestra área de salud en comparación con otras áreas similares, y quisiéramos diseñar una intervención para abordar este problema. En el análisis de situación se ha detectado, además, una baja adecuación de la prescripción empírica de antimicrobianos en atención primaria a la *Guía de prescripción antimicrobiana* de referencia. La prescripción alta de antimicrobianos no es un comportamiento. Si definimos así el problema no estamos describiendo qué comportamiento queremos promover, quiénes son los responsables del mismo, o dónde se produce el problema.

Sin embargo, la baja adecuación de la prescripción a la Guía de referencia podría ser una de las causas de la alta prescripción de antimicrobianos. Y mejorar esta adecuación podría redundar en una menor prescripción de antimicrobianos. El objetivo de nuestra intervención en términos de comportamiento a promover podría definirse como “prescribir antimicrobianos de forma empírica de acuerdo a las recomendaciones de la Guía de referencia en atención primaria”. Podríamos especificar aún más el comportamiento a promover, centrando la intervención de mejora en población adulta.

En la Tabla 2.1. se presenta la definición del objetivo inicial de la intervención siguiendo la Herramienta RediSAM 2.1. cumplimentada para este ejemplo.



**Tabla 2.1. Definición inicial del objetivo de la intervención**

<b>Preguntas para definir el problema</b>	<b>Definición del problema</b>
¿Sobre qué comportamiento, entre los que consideramos que están asociados al problema, queremos intervenir?	Prescribir antimicrobianos sin seguir las recomendaciones de la Guía de referencia.
<b>Preguntas para definir el comportamiento objetivo a promover</b>	<b>Definición del comportamiento objetivo a promover</b>
¿Qué comportamiento queremos promover para evitar el problema?	Prescribir antimicrobianos siguiendo las recomendaciones de la Guía de referencia.
¿Dónde ocurre este comportamiento?	Centros de salud y consultorios de atención primaria.
¿Quién/quienes está/están involucrado/s?	Profesionales de medicina de atención primaria.
Fuente: Adaptado de Michie S, Atkins L, West R. The Behaviour Change Wheel: A Guide to Designing Interventions. Londres: Silverback Publishing; 2014	

## Paso 2: Identificación de los comportamientos relacionados con el comportamiento inicial identificado a promover. Análisis y selección del comportamiento diana de la intervención

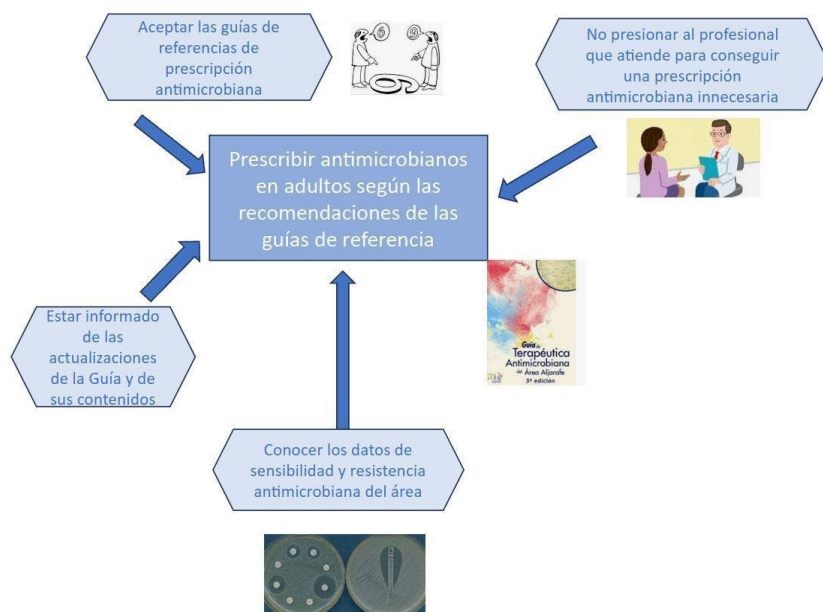
Según las teorías del cambio de comportamiento, un comportamiento no existe de forma aislada, sino que se produce en el contexto de otros, de las mismas u otras personas, interactuando como un sistema. Por ello, una vez definido el objetivo inicial de la intervención como comportamiento que queremos promover, tendremos que identificar qué otros comportamientos o conductas están relacionados con él.

En el ejemplo que hemos iniciado anteriormente, a la disminución de la prescripción de antimicrobianos pueden contribuir otras conductas o comportamientos, como, por ejemplo:

- Estar de acuerdo y aceptar la Guía de referencia sobre prescripción antibiótica empírica, lo que mejoraría el seguimiento de sus recomendaciones.
- Informarse y tomar conciencia de los datos de sensibilidad y resistencias antimicrobianas del área, y prescribir teniendo en cuenta estos datos, lo que puede minimizar los fallos de tratamiento y/o la necesidad de otros tratamientos adicionales.
- Actualizar y/o comunicar los datos de sensibilidad y resistencias antimicrobianas del área a los profesionales que tienen que prescribir.

- Evitar, por parte de los pacientes, presionar al profesional que nos atiende para conseguir una prescripción de un antimicrobiano innecesario según la Guía de referencia.

Figura 2.1 Sistema de conductas o comportamientos que podrían contribuir a la disminución de la prescripción de antimicrobianos



Fuente: Adaptado de Michie S, Atkins L, West R. The Behaviour Change Wheel: A Guide to Designing Interventions. Londres: Silverback Publishing; 2014.

En este Paso 2, entre todos los comportamientos que asociemos al que inicialmente se ha definido como objetivo, tendremos que seleccionar el comportamiento que finalmente va a ser la diana de nuestra intervención.

Las guías consultadas recomiendan introducir un cambio de comportamiento de forma gradual. Aprovechar los pequeños éxitos, puede ser más eficaz que tratar de modificar muchos comportamientos asociados a la vez y de forma muy rápida.

El equipo de diseño de la intervención puede seleccionar más de un comportamiento como objetivo de la intervención, aunque las guías de diseño aconsejan, por eficacia, limitar la intervención a uno o dos objetivos (10).

Aunque puede haber indicios de qué comportamiento elegir, ya sea por la información proporcionada por profesionales o la evidencia recogida en la literatura científica, la guía de BCW propone elaborar un “lista larga” con todos los comportamientos que inicialmente hemos identificado y, posteriormente, analizar esta lista mediante una serie de criterios para poder elaborar una “lista corta” que nos ayude a seleccionar finalmente el objetivo de la intervención (10).



Los criterios para analizar la “lista larga” y poder elaborar la “lista corta” son los siguientes:

1. El impacto probable si se cambiara el comportamiento con la intervención.
2. La facilidad /factibilidad de cambiar el comportamiento; esto se verá influido por las circunstancias locales, por ejemplo, recursos financieros y humanos disponibles, la aceptabilidad y preferencia.
3. La posición que ocupa el comportamiento que queremos cambiar en el sistema (central o no) y el efecto “arrastre” que podría producir sobre otros comportamientos. En otras palabras, el efecto positivo que el cambio produciría.
4. Algunos comportamientos son más generalizados y atribuibles al sistema, por lo que es probable que, si son modificados, tengan un impacto en otros comportamientos, ya sea positivo, apoyando el cambio deseado, o negativo, generando u ocasionando consecuencias negativas. La estimación de esta característica o circunstancia puede ser de ayuda, para lo que necesitaremos reunir evidencias a través de pruebas locales o consultando la literatura científica.
5. Que sea medible: si se desea evaluar la medida en que la intervención ha cambiado el comportamiento diana de nuestra intervención, dicho comportamiento debe ser medible, ya sea por rutina, mediante procedimientos de recopilación de datos o introduciendo nuevos procedimientos de recogida de datos.

Es importante tener en cuenta que para cada uno de los comportamientos seleccionados para el diseño de la intervención habrá que realizar un análisis independiente de barreras y facilitadores (Etapa 4) y de selección de componentes (Etapa 5). Esto exige tiempo y disciplina (11).

**Mensaje clave:** Muchos hábitos de prescripción se producen en el contexto de otros comportamientos. Crear una lista de todos los comportamientos implicados y posteriormente realizar una priorización en base a impacto, factibilidad, aceptabilidad, influencia de cada comportamiento o el efecto arrastre positivo/negativo sobre otros y que sea medible, nos ayudará a conseguir una lista más corta a partir de la que poder elegir 1-2 comportamientos (pocos) a promover con la intervención.

Siguiendo con el ejemplo anterior de prescripción adecuada de antimicrobianos, en la Tabla 2.2. se muestra la selección del comportamiento objetivo a promover de esta intervención (el formulario utilizado se incluye en este documento como [Herramienta RediSAM 2.2 Selección del comportamiento objetivo a promover](#)).

## **Tabla 2.2. Ejemplo de cumplimentación de la Herramienta RediSAM 2.2. Selección del comportamiento objetivo a promover**

### **Generar la “lista larga” de comportamientos candidatos a promover que pudieran conducir al resultado de prescribir antimicrobianos de forma empírica en adultos, siguiendo las recomendaciones de la Guía de referencia para atención primaria**

De los profesionales de medicina de atención primaria:

- Prescribir antimicrobianos en adultos de acuerdo a las recomendaciones de la Guía de referencia.
- Conocer y aceptar las propuestas y selección de tratamiento de la Guía de referencia sobre prescripción antimicrobiana empírica en adultos.
- Conocer y prescribir teniendo en cuenta los datos de sensibilidad y resistencias antimicrobianas del área.
- Evitar prescribir de manera no adecuada a la Guía de referencia como respuesta a las presiones del paciente.

De la organización sanitaria:

- Actualizar y/o comunicar los datos de sensibilidad y resistencias antimicrobianas del área a los profesionales que tienen que prescribir.

Del Servicio de Farmacia:

- Informar del consumo de antimicrobianos en relación con otros entornos.
- Identificar áreas o zonas con indicios de inadecuación.
- Informar de actualizaciones de la Guía de referencia y de sus contenidos, en general.

De los pacientes:

- Cumplir los tratamientos prescritos por su médico
- Evitar la automedicación con antimicrobianos innecesarios.
- Evitar presionar al profesional que nos atiende para conseguir una prescripción de un antimicrobiano innecesario según la Guía de referencia.



**Priorizar los comportamientos a promover (generando una “lista corta”) utilizando los siguientes criterios (solo se muestra el ejemplo para comportamientos de los profesionales de medicina de atención primaria):**

- Impacto posible que el cambio de comportamiento tendrá sobre el resultado a conseguir.
- Probabilidad de que se consiga el cambio de comportamiento (piensa en términos de capacidad, oportunidad y motivación para el cambio, de los implicados en el comportamiento).
- Probabilidad de que el comportamiento o grupo de comportamientos tenga un impacto positivo o negativo en otros (efectos colaterales o de contagio).
- Facilidad para medir el comportamiento (¿es medible? especificar medida del efecto).

**Criterios de priorización**

<b>Comportamientos potenciales a promover</b>	<b>Impacto del cambio de comportamiento*</b>	<b>Probabilidad de que se consiga el cambio de comportamiento*</b>	<b>Efectos colaterales o de contagio*</b>	<b>¿Es medible? Especificar medida del efecto*</b>	<b>Puntuación total de cada comportamiento potencial a cambiar</b>
Prescribir antimicrobianos en adultos siguiendo las recomendaciones de la Guía de referencia	3	2	2	3	10
Conocer y aceptar las recomendaciones de la Guía de referencia sobre prescripción antimicrobiana empírica en adultos	2	2	1	2	7
Conocer y tener en cuenta al prescribir los datos de sensibilidad y resistencias antimicrobiana del área, lo que su desconocimiento puede dar lugar a fallos de tratamiento y/o a la necesidad de otros tratamientos	2	2	3	3	10
No prescribir bajo presión del paciente	2	1	1	1	5

(\*) Valorar como (ninguno=0, poco, aunque merece la pena considerarlo=1, prometedor=2, muy prometedor=3)

Fuente: Adaptado de Michie S, Atkins L, West R. The Behaviour Change Wheel: A Guide to Designing Interventions. Londres: Silverback Publishing; 2014

Del resultado de la aplicación de los criterios de priorización anteriormente citados, podríamos seleccionar dos comportamientos que promover, que, además, están interrelacionados:

- Prescribir antimicrobianos en adultos siguiendo las recomendaciones de la Guía de referencia.
- Conocer y tener en cuenta al prescribir los datos de sensibilidad y resistencias antimicrobianas del área.

### Paso 3: Definición específica del comportamiento a promover que será objetivo de la intervención

Una vez que se ha seleccionado el comportamiento sobre el que intervenir, el último paso consiste en realizar una descripción detallada de dicho comportamiento y especificar el contexto en el que ocurre. La redacción clara y específica de este comportamiento facilitará la comprensión a los miembros que trabajen en el diseño de la intervención y su implementación. Además, ayudará a identificar los componentes principales de la intervención.

La guía *BCW* (10) recomienda especificar el comportamiento objetivo en los siguientes términos: quién, qué, cuándo, dónde, con qué frecuencia y con quién. Esta definición específica ha de repetirse para cada uno de los comportamientos objetivos a promover seleccionados.

Para ayudar a esta definición hemos adaptado el formulario que propone esta guía y que presentamos como [Herramienta RediSAM 2.3. Descripción específica del comportamiento objetivo a promover de la intervención](#).

Siguiendo con el ejemplo de alta prescripción de antimicrobianos, mostramos la definición específica del objetivo de la intervención para dos de los comportamientos a promover:

- a) Prescribir antimicrobianos en adultos según las recomendaciones de la Guía de referencia (Tabla 2.3.) y,
- b) Hacer una lectura comprensiva de los datos de sensibilidad y resistencias antimicrobiana del área (Tabla 2.4).



**Tabla 2.3. Ejemplo de cumplimentación de la Herramienta RediSAM 2.3. Descripción específica del comportamiento objetivo a promover de la intervención**

<b>Preguntas</b>	<b>Especificaciones del comportamiento a promover</b>
¿ <b>Quién</b> va a realizar el comportamiento?	Profesionales de medicina de atención primaria.
¿ <b>Qué</b> necesita hacer la persona que realiza el comportamiento de forma diferente para alcanzar el comportamiento objetivo a promover?	Prescribir antimicrobianos en adultos según las recomendaciones de la Guía de referencia.
¿ <b>Cuándo</b> va a hacerlo?	Durante la atención presencial, telefónica, en el centro, domicilio o en atención urgente.
¿ <b>Dónde</b> ?	Centros de salud y consultorios de atención primaria.
¿Con qué <b>frecuencia</b> lo hará?	Cada vez que acuda un paciente con un problema de infección bacteriana.
¿Con <b>quién</b> lo hará?	Solo

Fuente: Adaptado de Michie S, Atkins L, West R. The Behaviour Change Wheel: A Guide to Designing Interventions. Londres: Silverback Publishing; 2014.

**Tabla 2.4. Ejemplo de cumplimentación de la Herramienta RediSAM 2.3. Descripción específica del comportamiento objetivo a promover de la intervención**

Preguntas	Especificaciones del comportamiento a promover
¿Quién va a realizar el comportamiento?	Profesionales de medicina de atención primaria.
¿Qué necesita hacer la persona que realiza el comportamiento de forma diferente para alcanzar el comportamiento objetivo a promover?	Hacer una lectura comprensiva de los datos de sensibilidad y resistencias antimicrobiana del área.
¿Cuándo va a hacerlo?	Durante sesiones conjuntas de formación continuada del equipo.
¿Dónde?	Centros de salud y consultorios de atención primaria.
¿Con qué frecuencia lo hará?	Una vez al trimestre o más frecuente si se necesita.
¿Con quién lo hará?	En grupo, coordinado con un miembro del equipo y contando con la colaboración del Servicio de Microbiología.

Fuente: Adaptado de Michie S, Atkins L, West R. The Behaviour Change Wheel: A Guide to Designing Interventions. Londres: Silverback Publishing; 2014.

Con la definición de los objetivos de nuestra intervención en términos de comportamiento a promover, hemos finalizado esta Etapa 2 y podemos iniciar la Etapa 3 de nuestro trabajo de diseño.

**Mensaje clave:** La descripción específica del comportamiento objetivo a promover deberá responder a las preguntas quién, qué, cuándo, dónde, con qué frecuencia y con quién. Esto ayudará a la identificación de los componentes de la intervención, planificación de actividades y redacción de recomendaciones a seguir.



## 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\\_implemencio\\_projectes\\_atencio\\_sanitaria\\_valor\\_aquas2021.pdf](https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2021/guia_implemencio_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. doi: <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](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.

## Anexos

### Anexo 2.1. Estudios de utilización de medicamentos

Tipo de estudio	Objetivo	Fuentes	Principal información obtenida
<b>Descriptivos</b>			
De consumo	Describir y cuantificar los medicamentos usados.	Facturación de recetas del SNS. Cifras de ventas del mercado.	Análisis de la situación. Comparación entre diferentes ámbitos. Tendencias temporales.
De prevalencia	Describir y cuantificar la prevalencia de uso de los medicamentos, diferenciando por estratos de población.	Facturación. Bases de datos de usuarios.	Análisis de la prevalencia de uso (población expuesta). Comparación de prevalencia de uso entre diferentes estratos de población, entre diferentes ámbitos. Variabilidad en la prevalencia de uso.



## Anexo 2.1. Estudios de utilización de medicamentos (continuación)

Tipo de estudio	Objetivo	Fuentes	Principal información obtenida
<b>Analíticos</b>			
De prescripción-indicación	Describir las indicaciones en las que se emplea un fármaco o grupo de fármacos.	Historias clínicas. Subgrupos de tratamientos de riesgo.	Descripción de la idoneidad del uso de medicamentos para la indicación estudiada.
De indicación-prescripción	Identificar los fármacos empleados en una indicación determinada.	Historias clínicas. Subgrupos de pacientes de riesgo.	Criterios de utilización de protocolos terapéuticos y/o guidelines según la prescripción estudiada.
Sobre esquema terapéutico ( <i>Audits</i> )	Describir las características de la utilización práctica de los medicamentos: fármaco seleccionado, dosis y duración del tratamiento, cumplimiento terapéutico, etc.	Recetas médicas. Historias clínicas. Hojas de medicación. Entrevista con el paciente.	Calidad de empleo de medicamentos, el grado de cumplimiento terapéutico, etc.
De los factores que condicionan los hábitos de prescripción	Describir las características relacionadas con la estructura sanitaria, prescriptores, dispensadores, usuarios u otros agentes relacionados con el empleo de medicamentos y su asociación a hábitos de prescripción o dispensación.	Encuestas específicas. Datos sociodemográficos. Historias clínicas. Recetas médicas.	Identificación sobre áreas prioritarias de mejora en el uso de medicamentos, así como sobre las posibilidades reales de éxito de dicha intervención.

## Anexo 2.1. Estudios de utilización de medicamentos (continuación)

Tipo de estudio	Objetivo	Fuentes	Principal información obtenida
Análisis del impacto de la utilización de los medicamentos	Describir el resultado en términos clínicos (eficacia y seguridad), económicos y humanos del tratamiento farmacológico.	Historias clínicas. Encuestas específicas. Facturación al SNS.	Datos relacionados con el éxito o fracaso de una pauta farmacoterapéutica.  Satisfacción y calidad de vida del paciente.
Series temporales interrumpidas	Analizar tendencia del uso o prevalencia de uso en el tiempo y posibles factores que la afecten.	Facturación. Base de datos de usuarios.	Evolución de tendencias de uso en el tiempo y factores que podrían estar asociados a los cambios de tendencia detectados.
<b>De intervención</b>			
Orientados a problemas	Evaluar la efectividad de una intervención implementada para modificar un problema relacionado con la utilización de medicamentos puesto en evidencia mediante los correspondientes EUM analíticos	Historias clínicas. Grupos de pacientes de riesgo. Grupos de tratamientos de riesgo.	Datos relacionados con el éxito o fracaso de una intervención realizada en relación con el problema detectado.
<p>SNS: Sistema Nacional de Salud, EUM: estudios de utilización de medicamentos. Fuente: Modificado de Tabla I: Estudios de utilización de medicamentos. Tabla adaptada de: Gené J, Catalán A. Martín A, Cano JF. Utilización de medicamentos en Atención Primaria. Martín A, Cano JF eds. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 5ª ed. Madrid;2003; Morales Serna JC, Fernández Gallardo, L.C. FARMACOEPIDEMIOLOGÍA: CONCEPTO, MEDICIONES Y TIPOS DE DISEÑOS EPIDEMIOLÓGICOS. Introducción a los métodos estadísticos. Estudios de utilización de medicamentos: metodología y clasificación. En: SEFAP eds. Farmacia de Atención Primaria. 1ª Edición. Madrid. Acceso (01/082024): <a href="https://www.sefap.org/media/upload/arxius/area-conocimiento/SEFAP_Manual_complet.pdf">https://www.sefap.org/media/upload/arxius/area-conocimiento/SEFAP_Manual_complet.pdf</a></p>			



## Herramientas RediSAM

### Herramienta RediSAM 2.1. Definición inicial del objetivo de la intervención: problema identificado

<b>Preguntas para definir el problema</b>	<b>Definición del problema</b>
¿Sobre qué comportamiento, entre los que consideramos que están asociados al problema, queremos intervenir?	<i>(Verbo en infinitivo)</i>
<b>Preguntas para definir el comportamiento objetivo a promover</b>	<b>Definición del comportamiento objetivo a promover</b>
¿ <b>Qué</b> comportamiento queremos promover para evitar el problema?	<i>(Verbo en infinitivo)</i>
¿ <b>Dónde</b> ocurre este comportamiento?	
¿ <b>Quién/quienes</b> está/están involucrado/s?	
Fuente: Adaptado de Michie S, Atkins L, West R. The Behaviour Change Wheel: A Guide to Designing Interventions. Londres: Silverback Publishing; 2014.	

## Herramienta RediSAM 2.2. Selección del comportamiento objetivo a promover: diana de la intervención

### a) Generar la “lista larga” de comportamientos candidatos a promover.

- De los profesionales de medicina de atención primaria.
- De las enfermeras de atención primaria.
- De otros profesionales sanitarios (médicos de urgencias, médicos de hospital).
- De la organización sanitaria.
- Del Servicio de Farmacia.
- De las oficinas de farmacia.
- De los pacientes.

### b) Priorizar los comportamientos a promover “lista corta” utilizando los siguientes criterios.

- Impacto posible que el cambio de comportamiento tendrá sobre el resultado a conseguir.
- Probabilidad de que se consiga el cambio de comportamiento (piensa en términos de capacidad, oportunidad y motivación para el cambio, de los implicados en el comportamiento).
- Probabilidad de que el comportamiento o grupo de comportamientos tenga un impacto positivo o negativo en otros (efectos colaterales o de contagio).
- Facilidad para medir el comportamiento (¿es medible? especificar medida del efecto).

Comportamientos potenciales a promover	Criterios de priorización				
	Impacto del cambio de comportamiento*	Probabilidad de que se consiga el cambio de comportamiento*	Efectos colaterales o de contagio*	¿Es medible? Especificar medida del efecto*	Puntuación total de cada comportamiento potencial a cambiar

(\*) Valorar como (ninguno=0, poco, aunque merece la pena considerarlo=1, prometedor=2, muy prometedor=3)

Fuente: Adaptado de Michie S, Atkins L, West R. The Behaviour Change Wheel: A Guide to Designing Interventions. Londres: Silverback Publishing;2014.



## Herramienta RediSAM 2.3. Descripción específica del comportamiento objetivo a promover de la intervención

<b>Comportamiento a promover (comportamiento objetivo 1):*</b>	
<b>Preguntas</b>	<b>Especificaciones del comportamiento a promover</b>
¿ <b>Quién</b> va a realizar el comportamiento?	
¿ <b>Qué</b> necesita hacer la persona que realiza el comportamiento de forma diferente para alcanzar el comportamiento objetivo a promover?	
¿ <b>Cuándo</b> va a hacerlo?	
¿ <b>Dónde</b> ?	
¿Con qué <b>frecuencia</b> lo hará?	
¿ <b>Con quién</b> lo hará?	
* Definir con verbo en infinitivo y repetir la tabla tantas veces como comportamientos a promover objetivos de intervención se hayan decidido; 1-2 (pocos)	
Fuente: Adaptado de Michie S, Atkins L, West R. The Behaviour Change Wheel: A Guide to Designing Interventions. London: Silverback Publishing. 2014	