



Guía RediSAM

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

Etapa 6

Elaboración de materiales de apoyo

Autoría: Grupo RediSAM

© Grupo de investigación RediSAM, 2025.

Índice

Resumen	5
Introducción	6
Recomendaciones generales	7
Visualización de contenidos.....	9
Recomendaciones para el diseño y desarrollo de un ciclo de <i>audit y feedback</i> como componente principal de una intervención múltiple	11
Paso 1.- Fijación de objetivos del A&F sobre la propia prescripción	12
Paso 2.- Recogida de datos para la retroinformación	12
Paso 3.- Contenido de la retroinformación	12
Paso 4.- Presentación de la retroinformación.....	14
Paso 5.- Distribución de la retroinformación	14
Referencias bibliográficas	16
Anexos	18
Anexo 6.1: Discurso de ascensor (<i>Elevator speech; elevator pitch</i>).....	18
Anexo 6.2: Cuestionario de ayuda a la toma de decisiones sobre indicación Inhibidor del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2)	19
Anexo 6.3: Herramienta de toma de decisiones compartidas en infecciones respiratorias.....	21
Anexo 6.4: Listado de páginas web que incluyen herramientas de ayuda para la toma de decisiones compartidas.....	23

Resumen

Disponer de los documentos adecuados para la difusión de la evidencia que apoya nuestra intervención puede asegurarnos la efectividad y el éxito de la misma. Como recomendaciones generales en la elaboración de estos documentos podemos destacar la utilización de formatos cortos y concisos, una presentación clara y lógica o la adaptación de los mensajes y el material utilizado en la intervención para su difusión entre los usuarios finales (profesionales, gestores y pacientes) entre otros.

Para la elaboración del documento resumen de la evidencia puede ser útil el formato 1-3-25 (25 páginas el documento completo, 3 páginas el resumen ejecutivo y 1 página para la sinopsis).

Se recomiendan los formatos visuales, siendo aconsejable que el material elaborado contenga gráficos, diagramas y algoritmos. Los nuevos formatos digitales son más innovadores y pueden ser de gran ayuda, tales como las presentaciones multicapa, que muestran las recomendaciones en primer plano con información complementaria en forma de recuadros desplegable que se obtienen haciendo clic en el propio mensaje.

Entre las herramientas de apoyo al desarrollo de la intervención, se incluyen las herramientas de ayuda para la toma de decisiones compartidas, que apoyan el proceso deliberativo entre el paciente y el profesional sanitario.

Finalmente, la evidencia ha demostrado la efectividad del *Audit y Feedback (A&F)* en la modificación de hábitos de prescripción y el análisis de esta evidencia ha permitido identificar los puntos críticos en el desarrollo de los ciclos de *A&F*. Es por ello, que se recomienda su inclusión como componente principal en nuestras intervenciones y seguir un diseño según proceso sistemático que incluya los puntos críticos para su éxito.



Introducción

Una vez identificadas y seleccionadas las evidencias que apoyan nuestra intervención y revisados y verificados nuestros objetivos, hemos de elaborar los documentos, productos o herramientas que necesitaremos en el curso de la intervención, para su difusión entre los usuarios finales (profesionales, gestores, pacientes o población general), adaptadas a cada uno de estos posibles usuarios, en el ámbito de trabajo.

Para la elaboración de este documento se han revisado las guías seleccionadas como de referencia para este proyecto (1-10), habiendo encontrado recomendaciones específicas sobre esta etapa en nueve de ellas (2-10).

La información se ha estructurado en los siguientes apartados:

- En primer lugar, recogemos las recomendaciones generales para la elaboración de estos materiales de apoyo.
- En segundo lugar, revisaremos la importancia de la visualización de contenidos y cómo realizarla.

Por último, nos detendremos en el desarrollo de un ciclo de *A&F*, como componente esencial a incluir en nuestras intervenciones. Revisaremos los puntos críticos que hemos de tener en cuenta para asegurarnos su efectividad.

Recomendaciones generales

- Estructurar el documento que contiene la información general en formato 1-3-25: 25 páginas máximo para el documento completo, con posibilidad de añadir anexos; 3 páginas para el resumen ejecutivo y 1 página para lo que denominaremos sinopsis, en la que se enumeren las principales recomendaciones e implicaciones en forma de viñetas.
- Utilizar formatos cortos y concisos.
 - Intentar que el resumen ejecutivo contenga entre 2.500-5.000 palabras.
 - Poner especial esfuerzo en la elaboración del resumen. En muchos casos es la única parte que se leerán los implicados en algún momento. Por otra parte, este resumen podría llegar a ser el resumen de un futuro documento científico-técnico público o incluso el resumen de una publicación y será lo que quede indexado en las bases de datos.
 - Establecer la estructura de la sinopsis recomendando:
 - Una frase sobre antecedentes como por ejemplo ¿por qué es importante lo que abordamos y por qué ahora?
 - Una frase sobre el diseño del estudio y los métodos.
 - Dos frases sobre los hallazgos principales.
 - Una o dos frases sobre las conclusiones y las implicaciones para la práctica.
 - Desarrollar una presentación verbal muy breve: Discurso de ascensor (*elevator pitch*). Ver [Anexo 6.1](#).
 - Introducir un glosario de términos o abreviaturas.
 - Utilizar un formato y un lenguaje que facilite el trabajo diario de los profesionales en los materiales dirigidos a pacientes.
 - Elaborar un mensaje con las principales ideas para difundir a través de redes sociales.
 - Evitar términos y expresiones que por su ambigüedad puedan inducir a diferentes interpretaciones de las recomendaciones clínicas.
- Pulir los documentos elaborados.
- Utilizar una presentación de las recomendaciones clara y lógica. En muchos casos, sintetizar el resumen no es suficiente. Hay que destacar aspectos fundamentales como la calidad de la evidencia, el estado actual del conocimiento disponible, o del conocimiento real de los profesionales o de las incertidumbres que existen sobre el tema que abordamos: ¿Qué no sabemos? ¿Qué ambigüedad hay sobre el tema?
- Adaptar los mensajes y el material utilizado a los distintos subgrupos de partes interesadas. Una regla fundamental de la difusión de la información es que diferentes audiencias tienen diferentes necesidades, distintos estilos de aprendizaje y preferencias. Esto nos lleva a que los mismos mensajes deban presentarse de forma diferente a los posibles tipos de destinatarios, para hacerlos lo más atractivos posibles, a las diversas especialidades médicas, enfermería, estudiantes, pacientes (diferentes orígenes culturales y distintos



grados en educación para la salud), gestores, políticos, ciudadanos, medios de comunicación, etc.

Para facilitar esta adaptación de los mensajes, se debe conocer lo que cada grupo objetivo sabe y cree sobre el tema, qué identifica cada subgrupo como las lagunas de conocimiento, qué desinformación tienen, qué rumores, creencias o malentendidos existen sobre el tema, qué información le gustaría tener a los diferentes destinatarios y qué identifican como sus lagunas de conocimiento. Esta información habrá aflorado en la etapa de identificación de barreras y facilitadores.

En ocasiones no es posible hacer un análisis pormenorizado de estos aspectos. Una revisión de la literatura científica sobre éstos puede ser de ayuda en estos casos.

- Narrar. El objetivo es apelar a la atención del escuchante. La narración de una historia favorece desarrollar la identidad, haciendo que el mensaje sea más relevante y memorable a través de la personalización. Algunas publicaciones han demostrado que los profesionales incorporan mejor las recomendaciones si iban acompañadas de viñetas con casos prácticos.
- Utilizar “paquetes de recomendaciones” a implementar (*care bundles*). El término *care bundle* fue definido en 2001 por el *Institute for Healthcare Improvement (IHI)* como: “Grupo estructurado de recomendaciones basadas en guías de práctica clínica que mejoran los procesos de atención, fomentan el cumplimiento de las pautas y se ha demostrado que mejoran los resultados en salud de los pacientes” (11).

Normalmente un “paquete” incluye de 3 a 5 recomendaciones basadas en la evidencia que son posibles de revisar e implementar en un mismo paciente. Suelen estar referidas a un mismo proceso asistencial, y pueden presentarse acompañadas de una lista de comprobación. La idea que subyace a este formato de presentación de recomendaciones es que los profesionales asistenciales, en determinadas situaciones, no se oponen a aplicar las nuevas evidencias, sino que se enfrentan a otras muchas tareas que pueden resultarles prioritarias. Dado que el factor tiempo es importante en la implantación de recomendaciones, la agrupación de las tareas o de actividades basadas en la evidencia que estén relacionadas y se puedan incluir conjuntamente en modo “lista de comprobación”, puede fomentar su implementación.

Un ejemplo de este tipo de herramienta de apoyo son los “paquetes de recomendaciones” desarrollados por la OMS en relación a cuidados en COVID-19 (<https://www.who.int/publications/m/item/who-covid-19-clinical-care-bundle>).

Normalmente, el desarrollo de un “paquete de recomendaciones” viene precedido de la revisión de la evidencia en relación a cada punto a abordar en el paquete. Otro ejemplo de este tipo son los *Evidence Bundles* desarrollados por *Canada’s Drug Agency* disponibles en: [Evidence Bundles | CDA-AMC](#).

Visualización de contenidos

Una buena visualización de contenidos ayuda a presentar los datos de una forma eficiente, resaltando los hallazgos claves, las comparaciones útiles entre datos determinados y evita las distracciones por el exceso de información. Entre las posibles formas de visualización podemos destacar:

1. Protocolos, vías clínicas, resúmenes visuales, etc. Tras la definición de las recomendaciones que van a promoverse a partir de la intervención que se está diseñando, es aconsejable elaborar herramientas que detallen los pasos y las decisiones a tomar por los profesionales, para facilitar su aceptación por parte de estos. Es conveniente que el material elaborado contenga gráficos, diagramas, algoritmos, etc que faciliten la visualización de manera eficiente.
2. Formatos digitales innovadores de presentación de la evidencia. Un ejemplo es la presentación multicapa, que consiste en mostrar las recomendaciones en primer plano con información complementaria en forma de cuadros desplegables que se obtienen haciendo clic en la propia recomendación. La fuerza de la recomendación se comunica mediante texto y código de color (12-13).

Reglas de decisión y listas de comprobación. Estas herramientas pueden funcionar como recordatorios, avisos y notificaciones. Podrían incorporarse como parte de la historia clínica electrónica y programas informáticos de ayuda a la toma de decisiones.

En el [Anexo 6.2.](#), se presenta un ejemplo de la Historia de Salud Digital de Andalucía en Atención Primaria. Se trata de cuestionarios que ayudan a la toma de decisiones en el uso adecuado de los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2).

3. Ayudas a la comunicación de resultados numéricos. Son frecuentes los problemas con el significado de las estadísticas y representación gráfica en profesionales sanitarios, pacientes y gestores (14).

Para facilitar la comprensión numérica, las fuentes consultadas nos aportan las recomendaciones siguientes:

- Sobre las ayudas visuales:
 - Evitar mensajes o representaciones ambiguas o engañosas.
 - Utilizar títulos y descripciones claras.
 - Proporcionar la escala de medida y utilizar la misma escala al presentar comparaciones.
 - Evitar gráficos truncados.
 - Evitar información innecesaria: presentar un solo mensaje por ayuda visual.
 - Escoger dos o tres mensajes clave que se quieran comunicar y representarlos por medio de distintas ayudas visuales.
 - En cuanto al color, es conveniente tener en cuenta que:
 - Existen connotaciones positivas y negativas, así como convencionalismos asociados al color.

- Cualquier usuario debe ser capaz de comprender el mensaje con los colores utilizados. Ej. color rojo y verde.
 - Seleccionar el gráfico más adecuado al objetivo que se quiere comunicar.
 - Comunicación de probabilidades de eventos. Son muy frecuentes los sesgos a la hora de hablar de frecuencias o porcentajes. Para evitarlos se recomienda presentar las probabilidades en números enteros, sin decimales, utilizar denominadores bajos y frecuencias naturales.
 - Presentar los resultados preferentemente a través de Riesgo Absoluto (RA), Reducción de riesgo Absoluta (RRA) o Número Necesario de pacientes a Tratar para evitar un evento (NNT)), ya que el Riesgo Relativo (RR) sobreestima los resultados, especialmente si el riesgo basal es pequeño.
4. Herramientas de ayuda para la toma de decisiones compartidas. Son herramientas que complementan o apoyan el proceso deliberativo entre el paciente y el profesional sanitario para decidir entre las alternativas terapéuticas que se plantean (2,14-15). La elaboración de estas herramientas excede el objetivo de esta unidad didáctica. No obstante, su mención obedece al papel que tienen reservado como herramientas de transmisión de conocimiento. Estas ayudas para la toma de decisiones deben emplear un lenguaje no técnico, sencillo, e incluir información sobre:
- Las opciones de tratamiento o atención recomendada.
 - Objetivos del tratamiento y la probabilidad que presenta el paciente de beneficiarse.
 - Posibles efectos adversos y la probabilidad de experimentarlos.
 - Representación visual de la probabilidad de beneficios o daños.

En el [Anexo 6.3](#), se muestran algunas herramientas diseñadas por el Sistema Sanitario de Ontario (16) para la toma de decisiones compartida en una serie de infecciones comunes del tracto respiratorio, donde los antibióticos tienen un beneficio mínimo o nulo.

En el [Anexo 6.4](#), se muestran recursos que incluyen herramientas de ayuda para la toma de decisiones compartidas.

Mensaje clave:

Los documentos y herramientas utilizadas en la implementación de una intervención pueden condicionar sus resultados. Utilizar formatos cortos y concisos, con un lenguaje apropiado, adaptando los mensajes y el material utilizado a las distintas partes implicadas puede ser de gran ayuda. Los documentos utilizados deben facilitar la visualización de las recomendaciones de forma eficiente.

Recomendaciones para el diseño y desarrollo de un ciclo de *audit y feedback* como componente principal de una intervención múltiple

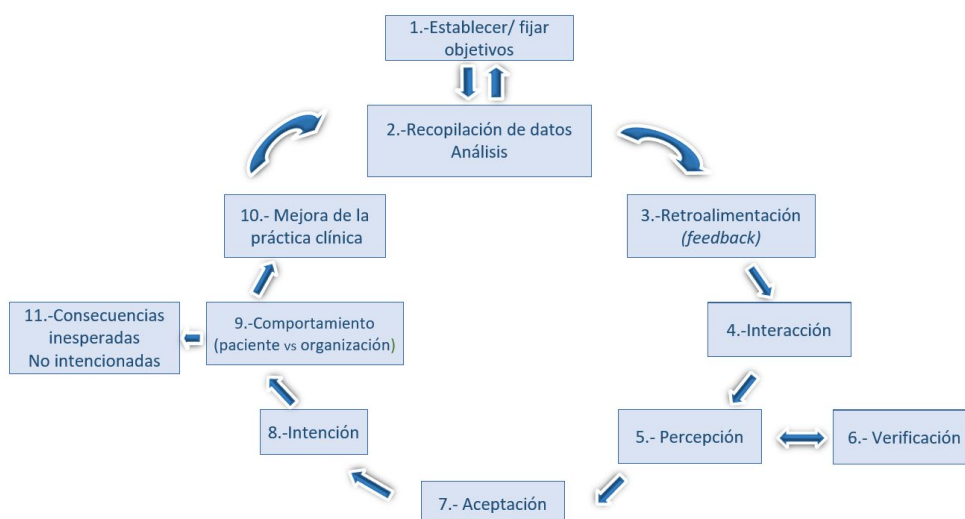
La auditoría de una práctica clínica o de un comportamiento profesional y la información a los profesionales sobre los resultados de ésta; *audit y feedback*, desarrollada como elemento de mejora y sin ánimo punitivo, es una intervención que cuenta con suficiente evidencia en cuanto a su efectividad y por este motivo se considerada como una intervención con un gran potencial de cambio de la práctica clínica (2-9,16).

El grupo RediSAM, asume que las intervenciones que diseñemos van a tener entre sus componentes una actividad de audit y feedback. Las recomendaciones que se recopilan a continuación están basadas mayoritariamente en el documento “*A brief guide to effective audit and feedback*”, de la Universidad de Leeds (4) actualizadas con los resultados de la revisión sistemática de Ivers y col. publicada en marzo de 2025, que analiza la efectividad del *audit y feedback (A&F)* sobre la práctica clínica de profesionales sanitarios (mayoritariamente profesionales de medicina, enfermería y farmacia) (17).

Sus autores advierten que es importante prestar atención a todos los aspectos de un ciclo de *A&F* si queremos obtener el máximo impacto esperado de nuestra actividad y por ello, es importante planificar cada una de estas etapas, ya que, “la potencia de nuestra actividad será tan fuerte como la etapa más débil de este ciclo”.

Las etapas en el diseño y desarrollo de un ciclo de *A&F* se explican a continuación y se representan en la Figura 6.1.

Figura 6.1: Etapas en el diseño y desarrollo de un ciclo de *A&F*



Fuente: Adaptado y traducido de Brown B, Gude WT, Blakeman T et al. Clinical performance Feedback Intervention Theory (CP-FIT): a new theory for designing, implementing and evaluating feedback in health care based on a systematic review and meta-synthesis of qualitative research. Implementation Science. 2019; 14:40.



Mensaje clave:

En el diseño de una intervención, la introducción de un ciclo de *A&F* como uno de sus componentes supone una garantía de efectividad en la promoción del cambio de la práctica clínica que se persigue, siempre que se emplee como elemento de mejora, no punitivo, y se realice, al menos, trimestralmente.

Paso 1.- Fijación de objetivos del *A&F* sobre la propia prescripción

- Definir unos criterios de *Audit* clínicamente relevantes
Se recomienda definir los criterios de *A&F* de forma clara y con sentido clínico. Cuando los aspectos que se miden son clínicamente relevantes es más probable que los destinatarios de la retroinformación acepten mejor los mensajes emitidos y se sientan más motivados para actuar.
Los criterios deben ser establecidos en base a las evidencias disponibles, ser consistentes con las guías nacionales y demostrar o inducir beneficios significativos en la población que lo lleve a cabo.
- La retroinformación debería ir dirigida a objetivos que estén bajo el control del destinatario.
Cuando los destinatarios de la retroinformación tienen capacidad de maniobra o control para cumplir los objetivos propuestos, es más probable que los acepten y se motiven si además se perciben relevantes para su práctica clínica.
- Incorporar la “voz del profesional”.
La participación de los destinatarios en la validación de criterios, y diseño de la retroinformación puede ser de ayuda para su aceptación (4).

Paso 2.- Recogida de datos para la retroinformación

- Automatizar la recogida de datos si es posible.
Los datos a tener en cuenta deberían proporcionarse en su totalidad de forma automática y no depender de ser completados por los destinatarios.
- Los datos que se comunican y su análisis debería reproducir una representación ajustada a la realidad de la práctica clínica.
El *feedback* se acepta mejor cuando los datos se perciben como confidenciales, están depurados y se excluyen los referidos a pacientes que no para evaluar la práctica clínica.

Paso 3.- Contenido de la retroinformación

- Minimizar el retraso entre la recogida de datos y el envío del *feedback*.
Los destinatarios del *feedback* es probable que lo acepten mejor y actúen ante datos recientes(4).

- Enfocar el *feedback* a las áreas donde hay mayor margen de mejora.
Cuando se detecta margen de mejora es más probable el cambio de la práctica. Señalar qué aspectos son los que requieren más atención, puede ayudar a priorizar las actividades de mejora.
- Ligar el *feedback* a detalles de pacientes cuando sea posible.
Esta práctica puede ayudar a la revisión de pacientes, a la interpretación de los valores, a la comprensión de la construcción del indicador y a poner en marcha actuaciones correctivas o conseguir aprendizaje para el futuro. Además, facilita la transparencia y la confianza en los datos evaluados (4).
- Comunicar datos al menor nivel de agregación posible.
Los destinatarios del *feedback* es más probable que acepten y actúen ante datos individuales propios, que ante datos agregados de su centro.
- Elegir comparadores que refuercen el cambio de prescripción deseado.
Estos comparadores pueden ser de datos del propio profesional anteriores (4), de otros profesionales con, centro o grupos de centro (*benchmarking*) Debemos evitar usar varios comparadores, sobre todo si ello puede conllevar mensajes contradictorios y no son fácilmente interpretables.
- El *feedback* debería comunicar datos y cambios deseables en positivo.
Los destinatarios del *feedback* no deberían percibir la información como punitiva, ya que esto no se corresponde con su motivación intrínseca de mejora continua de la calidad asistencial.
Es importante, además, demostrar los beneficios que suponen para los destinatarios participar en el ciclo de A&F.
- Incluir mensajes cortos dirigidos a la acción y completados con detalles adicionales.
Esta medida, facilita conocer los mensajes claves incluso a los destinatarios con menos tiempo o con más reticencia a la lectura de información. La credibilidad del *feedback* puede aumentar si, además, existe la posibilidad de profundizar en los contenidos difundidos (4).
- Incorporar la “voz del paciente”
La participación de pacientes y ciudadanía puede ayudar a garantizar la relevancia de los programas de A&F y la adecuación a sus necesidades. Esta incorporación de las perspectivas alternativas a las de los profesionales puede ayudar a poner de manifiesto la importancia de la calidad de la asistencia y contribuir a la motivación en la mejora de la práctica clínica.



Mensaje clave: En el diseño de un ciclo de *A&F*, es importante:

- definir criterios para la auditoría de aspectos clínicamente relevantes y basados en la evidencia,
 - la participación de los profesionales en la validación de los mismos,
 - automatizar la recogida de datos,
 - minimizar el tiempo entre la recogida de datos y el envío del *feedback*,
 - centrarse en áreas de mayor margen de mejora,
 - ligar el *feedback* a detalles de pacientes,
 - proporcionar datos al menor nivel de agregación posible,
 - emplear comparadores para reforzar el cambio,
 - proporcionar cambios en positivo,
 - incluir mensajes cortos e incorporar la participación de pacientes.
- Todo ello ayudará a que se acepten mejor los mensajes del *feedback*.

Paso 4.- Presentación de la retroinformación

- Es recomendable vincular la presentación visual de datos y de mensajes claves que se presentan a modo de resumen. El texto de mensajes claves puede ir acompañado de elementos gráficos explicativos, de forma próxima en el espacio gráfico, para mejorar la transmisión de la información.
- Se debe intentar proporcionar el *feedback* en más de una forma y usando diferentes vías de comunicación. Esta puede ser más efectiva cuando se combina comunicación escrita (papel o electrónica) y verbal (4, 9, 17).
- Minimizar el contenido superfluo. Los destinatarios de la retroinformación generalmente tienen poco tiempo y necesitan hacer frente a otras prioridades que compiten por su atención. La información mal presentada y excesivamente compleja corre el riesgo de ser malinterpretada, descartada o ignorada por los destinatarios.
- La reducción del volumen de contenidos que necesitan comprensión implica minimizar el esfuerzo requerido para procesar la información y puede lograrse priorizando los mensajes clave, reduciendo la cantidad de datos presentados, mejorando la legibilidad y reduciendo el desorden visual.

Paso 5.- Distribución de la retroinformación

- Envío activo.
Es más probable que los destinatarios interactúen con los contenidos del *feedback* al enviárselo directamente; por ejemplo, al correo electrónico, que si ellos mismos buscan dicha información; por ejemplo, que tengan que localizarla dentro de una página web que contiene la información de cada profesional de forma centralizada.

- **Credibilidad.**
La organización, profesional o grupo que es responsable del *feedback* debe ser percibida adecuada respecto a sus conocimientos o habilidades para que acepten la retroalimentación proporcionada (4). En caso contrario sería más difícilmente aceptada.
- **Feedback**
Aunque en años anteriores, se asumía que proporcionar el *feedback* en múltiples ocasiones (4) podría mejorar la efectividad de la intervención, la revisión sistemática de Ivers (17) no ha encontrado una asociación entre la repetición del *feedback* y mayor efectividad de la intervención, en comparación en el formato del *feedback* menos frecuente y espaciado un periodo de tiempo largo.
- **Incluir sugerencias específicas para la acción a nivel clínico y organizacional.**
Si bien, los profesionales médicos son responsables de mejorar la atención de los pacientes individuales, puede ser necesaria una respuesta organizativa para mejorar los sistemas de atención médica. Se podría estructurar la información sobre las acciones sugeridas:
 - Acción requerida (¿qué debe hacerse?).
 - Los actores que realizan la acción (¿quién lo realiza?).
 - El contexto en el que se realiza la acción (¿dónde lo realiza?).
 - Las personas o la población a la que se dirige la acción o para las que se realiza la acción (¿para quién se realiza?).
 - El momento requerido (período y duración) de la acción (¿cuándo lo realiza?).
- **Acordar con los destinatarios el plan de respuesta al *feedback* desarrollando un plan de acción (4) donde se definan las actividades de los equipos ante el *feedback* que se reciba. Las respuestas locales eficaces dependen de la capacidad organizativa y la coordinación de las actividades clínicas, de gestión y de mejora de la calidad.**

Mensaje clave:

A la hora de presentar y distribuir el *feedback* es recomendable:

- Vincular datos visuales con mensajes claves.
- Combinar al menos la vía de comunicación escrita con la verbal.
- Distribuir el *feedback* de forma activa (por ejemplo, por correo electrónico) sin que tengan que localizarlo.
- La información percibida debe ser creíble y el *feedback* debe proporcionarse en múltiples ocasiones de modo que pueda observarse si se han producido cambios.
- Incluir sugerencias que ayuden al cambio especificando quién, qué, dónde, para quién y cuándo realizar las acciones concretas y acordar con los destinatarios el plan de respuesta al *feedback*.

Con esto finalizamos la etapa sobre elaboración de materiales de apoyo. En la próxima etapa veremos cómo desarrollar la planificación de las actividades para implantar nuestra intervención.



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_implementacio_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]. Leeds: 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. Resar R, Griffin FA, Haraden C, Nolan TW. Using Care Bundles to Improve Health Care Quality. IHI Innovation Series white paper [Internet]. Cambridge MA: Institute for Healthcare Improvement; 2012 [citado jul 2024]. URL: <https://www.ihl.org/resources/white-papers/using-care-bundles-improve-health-care-quality>
12. Sheyu L, Vandvik PO, Lytvyn L, Guyatt G, Palmer S, Rodriguez-Gutiérrez R, et al. SGLT-2 inhibitors or GLP-1 receptor agonists for adults with type 2 diabetes: a clinical practice guideline. BMJ. 2021;373:n1091. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.n1091>
13. Siemieniuk RA, Agoritsas T, Macdonald H, Guyatt GH, Brandt L, Vandvik PO. Introduction to BMJ Rapid Recommendations. BMJ. 2016;354:i5191. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.i5191>
14. Grupo de trabajo del Manual Metodológico de Aplicación de las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica a la Toma de Decisiones Compartida. Aplicación de las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica a la Toma de Decisiones Compartida. Madrid: Ministerio de Sanidad; Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS); 2022. doi: https://doi.org/10.46995/man_9
15. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Shared decision-making NICE guideline [Internet]. NICE:17 jun 2021 [citado jul 2024]. NICE guideline NG197. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng197>
16. Public Health Ontario. Antimicrobial Stewardship in Primary Care [Internet]. Toronto: Public Health Ontario; c2019 [citado jul 2024]. URL: <https://www.publichealthontario.ca/en/Health-Topics/Antimicrobial-Stewardship/Primary-Care>
17. Ivers N, Yogasingam S, Lacroix M, Brown KA, Antony J Soobiah C, et al. Audit and feedback: effects on professional practice. Cochrane Database Syst Rev. 2025;(3):CD000259. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd000259.pub4>



Anexos

Anexo 6.1: Discurso de ascensor (*Elevator speech; elevator pitch*)

Un discurso de ascensor es una breve presentación verbal utilizada para describir una idea, proyecto, intervención de manera clara y concisa. El término se originó a partir de la idea de que, si te encuentras en un ascensor con alguien importante, solo tienes unos pocos segundos para llamar su atención y explicarle tu idea antes de que lleguen a su destino y se termine la oportunidad.

La regla general es que dure entre 30 segundos y 2 minutos, y debe ser lo suficientemente persuasivo y claro para que los oyentes comprendan lo que estamos contando y se interesen por obtener más información. El objetivo principal de un *elevator pitch* es generar interés y curiosidad en los oyentes.

El discurso debe centrarse en las ideas claves y más importantes. Se debe presentar de manera entusiasta y convincente.

Hay que tener presente que el objetivo del *elevator pitch* es capturar la atención y el interés, no dar una presentación completa.

Una posible estructura para elaborar un *elevator pitch* podría ser:

1. **INTRODUCCIÓN:** Empezar con una breve introducción que capte la atención.
Ej. ¿Nos hemos preguntado alguna vez por qué es tan frecuente la gran variabilidad clínica en el abordaje de los distintos procesos infecciosos más prevalentes en Atención Primaria?
5. **PROBLEMA:** Identificar el problema y cómo se podría resolver.
Ej. Disminuir esta variabilidad clínica podría mejorar la calidad en el uso de antibióticos, estandarizando los tratamientos.
6. **SOLUCIÓN:** Describir cómo podemos ayudar a abordar el problema identificado.
Ej. Seguir las recomendaciones de la Guía del Plan Nacional de Resistencia a Antibióticos (PRAN) puede ayudar a disminuir esta variabilidad, basándose en la mejor evidencia disponible.
7. **VENTAJAS:** Enumerar las ventajas de implementar las recomendaciones.
Ej. Utilizar la Guía PRAN reduce la variabilidad clínica en el uso de antibióticos, mejora la seguridad del paciente, disminuye la aparición de resistencias, disminuye costes innecesarios; en definitiva, mejora la calidad de la asistencia en los procesos infecciosos en nuestros pacientes.
8. **LLAMADA A LA ACCIÓN:** Finalmente, se recomienda hacer una llamada a la acción para animar a explorar más a fondo el objetivo de la intervención.
Ej. Si estáis interesados en utilizar la Guía del PRAN, la Unidad de Farmacia de Atención Primaria, estaría encantada de hablar con vosotros para aportaros herramientas que os faciliten la accesibilidad a la Guía PRAN.

Fuente: Adaptado de Obando R. Elevator pitch: 12 ejemplos inspiradores para crear el tuyo. [Internet]. Hubspot; 2024[citado sep 2024] URL: <https://blog.hubspot.es/sales/elevator-pitch>

Anexo 6.2: Cuestionario de ayuda a la toma de decisiones sobre indicación Inhibidor del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2)

CRITERIO DE BUENA PRÁCTICA

Todo paciente en tratamiento con un inhibidor del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) debe cumplir tres condiciones:

1. Estar diagnosticado de diabetes mellitus tipo 2 y en tratamiento con metformina (u otro antidiabético en caso de contraindicación/intolerancia a la metformina).
2. Estar afectado de alguna de las situaciones clínicas consideradas como criterio clínico para la selección de iSGLT2.
3. No tener contraindicación (según ficha técnica) ni estar afectado por ninguna de las situaciones donde no se recomienda su uso.

Tipo de intervención farmacológica a realizar:

- Valoración de inicio de tratamiento con un iSGLT2.
- Revisión/ reevaluación de un tratamiento preexistente con un iSGLT2.

El paciente ¿está diagnosticado de diabetes mellitus tipo 2 y con tratamiento actual con metformina (u otro antidiabético en caso de contraindicación/intolerancia a la metformina)?

- Si
- No

Se recomienda la selección de iSGLT2 en los siguientes escenarios clínicos:

- Enfermedad cardiovascular aterosclerótica* (particularmente con IMC**<30 Kg/m²).
- Alto o muy alto riesgo cardiovascular (particularmente con IMC<30 Kg/m², hipertensión arterial y pacientes no frágiles).
- Insuficiencia cardiaca (particularmente con fracción de eyección <0,40).
- Enfermedad renal diabética (deterioro del filtrado glomerular o cociente albúmina/creatinina>300 mg/g).

*Enfermedad cardiovascular aterosclerótica establecida: antecedentes de infarto de miocardio, ictus isquémico, angina inestable, isquemia miocárdica en estudios de provocación con imagen o revascularización coronaria, carotídea o periférica.

**IMC: índice de masa corporal

No se recomienda la selección de iSGLT2 en los siguientes escenarios clínicos:

- Pacientes frágiles.
- Pacientes con antecedentes de infecciones genitourinarias de repetición.
- Pacientes con úlceras en los pies, amputaciones previas o alto riesgo de amputación.
- Pacientes con riesgo de cetoacidosis diabética***.
- Situaciones que cursen con hipovolemia.

***Pacientes con riesgo de cetoacidosis diabética: diabetes tipo 1, ingesta restringida de alimentos o deshidratación, dieta baja en carbohidratos, reducción o suspensión súbita de insulina exógena, insuficiencia renal aguda, abuso de alcohol, perioperatorio o cirugía.



Anexo 6.2: Cuestionario de ayuda a la toma de decisiones sobre indicación Inhibidor del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) (continuación)


Intervención farmacológica:

- Se mantiene/inicia tratamiento con iSGLT2 de acuerdo con los criterios clínicos registrados.
- Se descarta el inicio/continuidad de tratamiento con iSGLT2 de acuerdo con los criterios clínicos registrados.
- Se mantiene/inicia tratamiento con iSGLT2 a pesar de que pueden existir criterios clínicos en contra de esta decisión (especificar motivos)
- Se descarta el inicio/continuidad de tratamiento con iSGLT2 a pesar de que puedan existir criterios clínicos en contra de esta decisión (especificar el motivo)

Motivar decisión:

Fuente: Cuestionario de la historia clínica Diraya. Desarrollado por Servicio de Prestaciones del SAS.

Anexo 6.3: Herramienta de toma de decisiones compartidas en infecciones respiratorias








DOLOR DE GARGANTA (faringitis)

Te contamos...

HECHOS




- En la mayoría de los casos, el dolor de garganta (faringitis) está causado por virus, especialmente cuando se acompaña por tos y congestión nasal.
- Los antibióticos no son efectivos frente a los virus.

LOS ANTIBIÓTICOS NO SON NECESARIOS EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS*


SIN ANTIBIÓTICOS

VS

ANTIBIÓTICOS




8 de cada 10 personas que NO TOMAN antibióticos se sienten mejor al cabo de una semana



9 de cada 10 personas que TOMAN antibióticos se sienten mejor al cabo de una semana

COSAS QUE PUEDES HACER




Chupar caramelos o cubitos de hielo




Lavarte las manos




Tomar analgésicos en caso de fiebre o dolor



Beber agua




Descansar




Preguntar por alternativas

ANTIBIÓTICOS PUEDEN PRODUCIR



Náuseas



Vómitos



Dolor de cabeza



Diarrea

3 DE CADA 10 personas que toman antibióticos sufren efectos adversos

CUÁNDO CONSULTAR CON SU MÉDICO

- Dolor de garganta que no mejora en dos semanas
- Nuevos síntomas o empeoramiento
- Aparición de fiebre o persistencia de la misma

RESISTENCIA A ANTIBIÓTICOS

El uso frecuente de antibióticos disminuye la probabilidad de que funcionen cuando más los necesites.




Referencias:
 Spinke A, Glasziou PR, Del Mar CB. Antibiotics for sore throat. Cochrane Database Syst Rev. 2012.
 Vanekamp PP, Sanders SL, Glasziou PR, Del Mar CB, Sowers MM. Antibiotics for acute otitis media in children. Cochrane Database Syst Rev. 2015.
 Silano AL, Kaplan SL. Appropriate use of antibiotics: pharyngitis. Annals of Internal Medicine. 2003;139(6):489-90.

***CUÁNDO PUEDEN SER NECESARIOS LOS ANTIBIÓTICOS:** Pacientes con faringitis estreptocócica confirmada, inmunodeprimidos, pacientes con enfermedad pulmonar o cardíaca u otras patologías que pueden complicar el pronóstico.

Este documento ha sido elaborado con el permiso de Public Health Ontario. Incluirlo al redactarlo por la Red de Especialistas de Farmacología de Atención Primaria (REFAAP). Public Health Ontario no asume ninguna responsabilidad por el contenido de cualquier publicación resultante de la traducción/versión/adaptación de documentos PHO por parte de terceros.



revisión 2023



Para más información, visite publichealthontario.ca/asp



Public Health
Ontario

Santé
publique
Ontario

Choosing
Wisely
Canada

BRONQUITIS

Te contamos...

HECHOS



- Los virus son la causa de la mayoría de los casos de bronquitis o bronquiolitis.
- Los antibióticos no son eficaces frente a los virus.
- El color verdoso o amarillento de las flemas se produce por un proceso inflamatorio que puede ser vírico o bacteriano.

LOS ANTIBIÓTICOS NO SON NECESARIOS EN LA MAYORÍA DE CASOS*

SIN ANTIBIÓTICOS

VS

ANTIBIÓTICOS



7 de cada 10 personas se sienten mejor al cabo de 1-2 semanas, tanto si **TOMAN** COMO SI **NO TOMAN** antibióticos.

COSAS QUE PUEDES HACER



Tomar miel**



Lavarte las manos



Tomar analgésicos en caso de fiebre o dolor



Beber agua



Descansar



Preguntar por alternativas

ANTIBIÓTICOS PUEDEN PRODUCIR



Náuseas



Vómitos



Dolor de cabeza



Diarrea

2 DE CADA 10 personas que toman antibióticos sufren efectos adversos

CUÁNDO CONSULTAR CON SU MÉDICO

- Tos que no mejora o que dura más de tres semanas.
- Nuevos síntomas o empeoramiento.
- Aparición de fiebre o persistencia de la misma.

RESISTENCIA A ANTIBIÓTICOS

El uso frecuente de antibióticos disminuye la probabilidad de que funcionen cuando más los necesitas.



Referencias

Smith SM, Fahay T, Smucny J, Becker L. Antibiotics for acute bronchitis. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(8):CD000245.
Wormald G. Acute bronchitis. Can Fam Physician. 2008;54(2):128-9.
Available from: <http://www.cfp.ca/content/54/2/128.long>

***CUÁNDO PUEDEN SER NECESARIOS LOS ANTIBIÓTICOS:** Pacientes con neumonía, inmunodeprimidos, en enfermos de pulmón o corazón, existencia de comorbilidad grave.

**No usar miel en niños <12 meses o en pacientes diabéticos.

Este Documento de Información con el permiso de Public Health Ontario, traducción al castellano por la RediSAM Red de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP). Public Health Ontario no asume ninguna responsabilidad por el contenido de cualquier publicación resultante de la traducción/versión/adaptación de Documentos PHO por parte de terceros.

SEFAP
revisión 2018

Para más información, visite publichealthontario.ca/asp



Anexo 6.4: Listado de páginas web que incluyen herramientas de ayuda para la toma de decisiones compartidas

Organismo/Entidad	Dirección web
The Ottawa Hospital- Patient Decision Aids:	https://decisionaid.ohri.ca/index.html
NICE- Shared decision making	https://www.nice.org.uk/guidance/ng197
Dartmouth- Hitchcock Health:	https://www.dartmouth-hitchcock.org/decision-making-help/patient-resources
Australian Commission on Safety and Quality in Health Care	https://www.safetyandquality.gov.au/our-work/partnering-consumers/shared-decision-making/decision-support-tools-specific-conditions
Cochrane Musculoskeletal	https://musculoskeletal.cochrane.org/decision-aids
PyDeSalud	https://pydesalud.com/
Gencat.cat. Decisiones compartidas:	https://decisionescompartides.gencat.cat/es/decidir-sobre/

Fuente: Elaboración propia