

JUNIO 2023

# Transiciones asistenciales

Segunda Edición



## Aviso legal

Estas guías no son de obligado cumplimiento para las enfermeras, otros profesionales sanitarios ni las instituciones para las que trabajan. Su uso ha de ser flexible para poder amoldarse a las necesidades de cada individuo y las circunstancias de cada lugar. Las Guías no suponen compromiso alguno, pero tampoco eximen de responsabilidades a quienes hacen uso de ellas. Aunque se ha puesto especial énfasis en la precisión de los contenidos en el momento de la publicación, ni los autores de la Guía ni la RNAO pueden garantizar la exactitud de la información recogida en ella, ni tampoco asumirán responsabilidad alguna por las pérdidas, perjuicios, lesiones o gastos que deriven de errores u omisiones en su contenido.

## Copyright

A excepción de aquellas partes del presente documento en las que se especifique la prohibición o restricción expresa para su reproducción, el resto puede ser producido, reproducido o publicado en su totalidad, sin modificaciones, independientemente del formato, incluido el electrónico, para fines educativos y no comerciales, sin el permiso o consentimiento previo de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO). Para cualquier adaptación que se requiera, se debe obtener permiso escrito de RNAO. En todo el material copiado han de aparecer la correspondiente citación o referencia de la siguiente manera:

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Transitions in care and services. 2nd ed. Toronto (ON): RNAO; 2023. [Transiciones asistenciales].

## Financiación

Este trabajo cuenta con la financiación del Gobierno de Ontario. Todo el trabajo producido por RNAO es editorialmente independiente de su fuente de financiación.

## Declaración de conflicto de interés

En el contexto del desarrollo de las Guías de buenas prácticas (GBP) de RNAO, el término "conflicto de interés" hace referencia a aquellas situaciones en las que las relaciones económicas, profesionales, intelectuales, personales, institucionales o de otro tipo de un miembro del panel de expertos o del personal de RNAO pueden comprometer su capacidad de llevar a cabo de forma independiente el trabajo necesario para el desarrollo de esta Guía. Todos los miembros del panel de expertos de RNAO realizaron antes de su participación en el desarrollo de la guía declaraciones de conflicto de interés que pudieran interpretarse como indicativas de un conflicto real, potencial o aparente, mediante un formulario estándar. Cada miembro del panel actualizó esta declaración en cada reunión presencial para el desarrollo de la Guía y previo a su publicación. Todos y cada uno de los conflictos de interés declarados por los miembros del panel han sido revisados por el Equipo de Investigación y Desarrollo de las GBP de RNAO y por las copresidentas del panel de expertos. No se identificaron conflictos que supusieran una limitación. Se puede consultar el [Resumen de las declaraciones de conflicto de interés](#) en línea.

## Reconocimiento de tierras

Reconocemos que nuestro trabajo y el de las personas que forman parte de nuestra organización se desarrolla en el territorio tradicional de los pueblos indígenas en Ontario. Somos conscientes de que la oficina de la RNAO está situada en el territorio tradicional y no cedido de los *Huron-Wendat*, *Haudenosaunee* y en el territorio de los *Mississaugas of the Credit*. Este territorio fue objeto del pacto *Dish With One Spoon Wampum Belt Covenant*, un acuerdo entre la Confederación Iroquesa y los Ojibwe y las naciones aliadas para compartir y cuidar pacíficamente los recursos alrededor de los Grandes Lagos. También reconocemos que Toronto es un territorio que queda cubierto por el Tratado 13 bajo el Acuerdo de Compra de Toronto con la nación Mississauga of the Credit. Esta tierra sigue siendo el hogar de muchas personas de las Primeras Naciones, Inuit y Métis de todo el territorio de "*Turtle Island*" (según su mitología) y estamos agradecidos de tener la oportunidad de trabajar en este territorio. Al hacer un reconocimiento de tierras, estamos participando en un acto de reconciliación, honrando la tierra y el patrimonio indígena, que se remonta a más de 10.000 años. Te animamos a que conozcas la tierra en la que resides y los tratados que están vinculados a ella; los reconocimientos de tierras son un acto de reconciliación y todos debemos hacer nuestra parte.

## Información de contacto

Registered Nurses' Association of Ontario  
500-4211 Yonge Street, Toronto, Ontario, M2P 2A9  
Website: [RNAO.ca/bgp](https://rnao.ca/bgp)



# Transiciones asistenciales

Segunda Edición

# Saludo de Doris Grinspun

## Directora Ejecutiva de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario



La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO) se complace en ofrecer la segunda edición de la guía de buenas prácticas clínicas (GBP) *Transiciones asistenciales*. Queremos expresar nuestro profundo agradecimiento a todos los socios que han sido fundamentales para el desarrollo de esta importante guía, desde miembros del panel que han vivido la experiencia hasta los [Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados](#)<sup>®</sup> (Best Practice Spotlight Organization, BPSO), los equipos integrados de salud de Ontario y otras partes interesadas. La RNAO se enorgullece de colaborar con el Gobierno de Ontario, que ha financiado este programa desde su creación en 1999.

Nuestro más sincero agradecimiento a las numerosas partes interesadas que han hecho realidad esta GBP. Queremos agradecer especialmente por su inestimable experiencia y excelente gestión en la presente GBP a las copresidentas del panel de expertos de RNAO:

- Rhonda Crocker Ellacott, presidenta y CEO, Thunder Bay Regional Health Sciences Centre y CEO, Thunder Bay Regional Health Research Institute.
- Shirlee Sharkey, expresidenta y CEO, SE Health.

No podemos dejar de agradecer muy especialmente a los miembros del panel de expertos por dedicar generosamente su tiempo, conocimientos y puntos de vista para crear un recurso basado en la evidencia riguroso y sólido, que orientará la formación y la práctica de miles de profesionales sanitarios. ¡No podríamos haberlo conseguido sin vosotros!

Gracias asimismo al personal de RNAO: Lyndsay Howitt y Greeshma Jacob (colíderes de desarrollo de guías), Glynis Gittens (coordinadora del proyecto de desarrollo de la guía), Nafsin Nizum (directora asociada, investigación y desarrollo de guías) y el resto del equipo de RNAO implicado en la investigación y el desarrollo de guías por contribuir con su experiencia e intenso trabajo para la producción de esta GBP.

El uso exitoso de estas guías requiere el esfuerzo conjunto de educadores, profesionales clínicos, empleadores, legisladores, investigadores y financiadores. La comunidad enfermera y sanitaria, con su inquebrantable compromiso y búsqueda de la excelencia en los cuidados, ofrece sus conocimientos técnicos, así como innumerables horas de trabajo voluntario, esencial para el desarrollo de cada Guía de buenas prácticas. Las instituciones han respondido con entusiasmo, convirtiéndose en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (BPSO<sup>®</sup>), uniéndose así a las más de 1.500 instituciones clínicas y académicas de Canadá y otros países que están comprometidas con la implantación de las GBP de RNAO. Han promocionado a impulsores de buenas prácticas, que ahora son ya más de 100.000 enfermeras, otros profesionales sanitarios y personas que han vivido la experiencia, todos ellos deseosos de impulsar unos cuidados basados en la evidencia y centrados en la persona. Los Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados también evalúan concienzudamente el impacto de la implantación de las GBP en los pacientes, las organizaciones y los resultados en el sistema sanitario.

Le invitamos a que comparta esta guía con sus colegas enfermeras y de otras profesiones, con los asesores y orientadores de los pacientes que colaboran con las instituciones y con las comunidades en las que trabaja. Tenemos mucho que aprender los unos de los otros. Juntos debemos asegurarnos de que las personas tengan acceso y reciban siempre los mejores cuidados posibles.



Doris Grinspun, RN, BScN, MSN, PhD, LLD (hon), Dr (hc), DHC, FAAN, FCAN, O.ONT.  
Chief Executive Officer and Founder of the Best Practices Guidelines Program  
Registered Nurses' Association of Ontario

# Índice de contenidos

|   |     |   |
|---|-----|---|
| Cómo utilizar este documento .....  | 5   | ANTECEDENTES  |
| Objetivos y ámbito de aplicación .....  | 6   |   |
| Resumen de recomendaciones y declaraciones de buenas prácticas .....                      | 12  |   |
| Interpretación de la evidencia y recomendaciones .....                                    | 14  |   |
| Evaluación de la Guía .....   | 18  |   |
| Antecedentes .....  | 25  |   |
| Recomendaciones y declaraciones de buenas prácticas .....                                 | 30  | RECOMENDACIONES Y DECLARACIONES DE BUENAS PRÁCTICAS |
| Lagunas en la investigación e implicaciones futuras .....                                 | 83  |   |
| Estrategias de implantación .....   | 85  |   |
| Anexo A: Glosario .....   | 87  | ANEXOS  |
| Anexo B: Guías de RNAO y recursos acordes con esta Guía .....                             | 97  |   |
| Anexo C: Métodos de desarrollo de la Guía .....   | 99  |   |
| Anexo D: Declaraciones para la formación .....  | 117 |   |
| Anexo E: Proceso de desarrollo de indicadores .....                                       | 124 |   |
| Anexo F: Declaración de valores del paciente, la familia y el cuidador para Ontario ..... | 125 |   |

# Índice de contenidos

|                          |   |     |
|--------------------------|---|-----|
| ANEXOS                   | Anexo G: Resumen del alta orientada al paciente . . . . .   | 126 |
|                          | Anexo H: Mi plan de transición asistencial . . . . .  | 128 |
|                          | Anexo I: Guía para la entrevista sobre el mejor historial de medicación . . . . .                     | 130 |
|                          | Anexo J: Formulario ejemplo de reconciliación de la medicación . . . . .                              | 131 |
|                          | Anexo K: 5 preguntas sobre su medicación (para adultos) . . . . .                                     | 133 |
|                          | Anexo L: 5 preguntas sobre tu medicación (para niños) . . . . .                                       | 134 |
|                          | Anexo M: Descripción de la Herramienta para Liderar el Cambio <i>Leading Change Toolkit</i> . . . . . | 135 |
| AGRADECIMIENTOS          | Equipo de investigación y desarrollo de Guías de buenas prácticas de RNAO . . . . .                   | 138 |
|                          | Panel de expertos de RNAO . . . . .   | 140 |
|                          | Agradecimiento a los colaboradores . . . . .  | 142 |
|                          | Traducción al español . . . . .   | 150 |
| CARTAS DE APOYO Y AVALES | Cartas de apoyo y avales . . . . .  | 151 |
| REFERENCIAS              | Referencias . . . . .   | 156 |
| NOTAS                    | Notas . . . . .   | 168 |

# Cómo Utilizar Este Documento

A lo largo de este documento, los términos marcados con un superíndice con el símbolo G (G) pueden encontrarse en el [Anexo A](#).

Esta **Guía de buenas prácticas**<sup>G</sup> (GBP) es un documento integral que ofrece los recursos necesarios para la **práctica basada en la evidencia**<sup>G</sup>. No pretende ser un manual o una guía de instrucciones, sino una herramienta para guiar las buenas prácticas y mejorar la toma de decisiones de las **enfermeras**<sup>G</sup>, el **equipo interprofesional**<sup>G</sup>, educadores, las **organizaciones de servicios de salud y de servicios sociales**<sup>G</sup>, las instituciones académicas y las **personas**<sup>G</sup> y su **red de apoyo**<sup>G</sup>. Esta guía debe ser revisada y puesta en práctica en función de las necesidades específicas de las instituciones de servicios de salud y de servicios sociales, instituciones académicas u otros entornos de práctica, así como de las necesidades de la persona y su red de apoyo. Este documento ofrece **recomendaciones**<sup>G</sup> basadas en la evidencia, **declaraciones de buenas prácticas**<sup>G</sup> y descripciones de: (a) práctica clínica y políticas de la organización; (b) beneficios y daños; (c) valores y preferencias; y (d) consideraciones sobre la equidad en la salud.

Las enfermeras, los miembros del equipo interprofesional, los educadores y los administradores que se encargan de dirigir y aplicar los cambios hallarán útil este documento de cara al desarrollo de políticas, procedimientos, protocolos y programas de formación que favorezcan la prestación de servicios. Las enfermeras y los miembros del equipo interprofesional sanitario que proporcionan atención directa al paciente se beneficiarán de revisar las recomendaciones y las evidencias en las que se fundamentan dichas recomendaciones.

Si su institución adopta esta Guía, la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO) recomienda a las organizaciones establecer equipos de cambio cuyas responsabilidades incluyan lo siguiente, pero sin limitarse a ello:

1. Realizar un análisis de brechas/oportunidades: evaluar sus políticas, procedimientos, protocolos y programas formativos existentes en relación con las recomendaciones, las declaraciones de buenas prácticas y las discusiones de la evidencia incluidas en esta GBP, e identificar puntos fuertes, necesidades y brechas.
2. Anotar las recomendaciones y declaraciones de buenas prácticas que sean aplicables al entorno concreto y que puedan aplicarse para abordar las prioridades, necesidades o lagunas existentes en su organización.
3. Desarrollar un plan para implantar las recomendaciones y las declaraciones de buenas prácticas, sostener las buenas prácticas y evaluar los **resultados**<sup>G</sup> aplicando el Marco de Acción del Movimiento Social (1,2) y/o el Marco del Conocimiento a la Acción (3).

Los recursos de la **ciencia de la implantación**<sup>G</sup>, incluida la Herramienta para Liderar el Cambio *Leading Change Toolkit*, están disponibles [en línea](#) (4). Se puede encontrar una descripción de la Herramienta para Liderar el Cambio en el [Anexo M](#). Para más información, véase las **Estrategias de implantación** en la página 83.

Todas las [GBP de RNAO](#) se pueden descargar de forma gratuita en el sitio web de RNAO. Para localizar una GBP concreta, busque por palabra clave o por tema.

Nos gustaría saber su opinión sobre esta GBP y cómo la ha implantado. [Comparta su experiencia con nosotros.](#)

La trayectoria de dos décadas de las GBP de RNAO está documentada en: [Grinspun D, Bajnok I, editors. Transforming nursing through knowledge: best practices for guideline development, implementation science, and evaluation. Indianapolis \(IN\): Sigma Theta Tau International; 2018.](#)

# Objetivos y Ámbito de Aplicación

## Objetivos

Las Guías de buenas prácticas de RNAO son documentos basados en la evidencia y desarrollados de forma sistemática que incluyen recomendaciones sobre temas específicos de tipo clínico, de entornos laborales saludables y del sistema de salud, para las enfermeras y los miembros del equipo interprofesional en puestos de cuidado directo, así como para educadores, administradores y gestores, legisladores e investigadores, y para **las personas y las familias que han vivido la experiencia**<sup>G</sup>, tanto en el sistema de salud como en instituciones de servicios sociales y académicas. Las GBP fomentan la coherencia y la excelencia en la atención clínica, las prácticas administrativas y las políticas sanitarias, y la educación, lo que en última instancia conduce a resultados en salud óptimos para los pacientes, las comunidades y el sistema sanitario en su conjunto.

Esta GBP sustituye a la GBP de RNAO *Transiciones en los cuidados*, publicada en 2014 (5). El objetivo de esta GBP es ofrecer a las enfermeras y los miembros del equipo interprofesional, a las organizaciones y al sistema de salud recomendaciones basadas en la evidencia para dar apoyo a unas **transiciones asistenciales**<sup>G</sup> seguras y efectivas para población pediátrica (17 años o menos) y personas adultas (18 años o más) y su red de apoyo. Esta GBP reconoce que las personas que afrontan una transición asistencial y su red de apoyo son expertos en su propia salud y en cómo tomar decisiones. La colaboración entre el equipo interprofesional, la persona que recibe la asistencia y su familia es por tanto fundamental para lograr unos mejores resultados en salud.

En marzo de 2021, RNAO convocó a un panel de expertos para determinar el alcance de esta segunda edición de la GBP y para desarrollar **preguntas de recomendación**<sup>G</sup> sobre las que fundamentar las **revisiones sistemáticas**<sup>G</sup>. El panel de expertos de RNAO incluyó personas que habían vivido la experiencia y su composición fue interprofesional. Comprendía individuos con conocimiento y experiencia en práctica clínica, formación, investigación y políticas, procedentes de distintos entornos de atención sanitaria y social, instituciones académicas, áreas de práctica clínica y sectores. Estos expertos compartieron sus puntos de vista sobre el apoyo y el cuidado de personas y su red de apoyo cuando afrontan transiciones entre distintos entornos, por ejemplo (pero sin limitarse a): atención primaria; atención en el **domicilio**<sup>G</sup> y comunitaria; entornos de atención a la salud mental y por consumo de sustancias; cuidados agudos; rehabilitación; cuidados de larga duración; centros penitenciarios; y albergues.

El panel de expertos también incluyó representantes de los **equipos integrados de salud de Ontario**<sup>G</sup> que son **Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados**<sup>®</sup> (equipos BPSO OHT). El lanzamiento de los equipos integrados de salud de Ontario (OHT) en 2019 representó un hito en el trayecto hacia el cuidado integrado en Ontario (6). RNAO se ha asociado formalmente con los equipos OHT para darles apoyo en el impulso del **Cuádruple Objetivo**<sup>G</sup> y los Objetivos de **Desarrollo Sostenible**<sup>G</sup> de Naciones Unidas ocupándose de la salud de la población con el apoyo a **poblaciones desatendidas e infraatendidas**<sup>G</sup> (poblaciones con escaso acceso a los servicios) y la promoción de la equidad en salud (7). Esta segunda edición de la GBP ha sido creada en colaboración con los BPSO OHT para garantizar que se satisfacen las necesidades de las personas y su red de apoyo, de las instituciones y del sistema de salud. Dentro de los equipos integrados de salud de Ontario, los **profesionales sanitarios y de servicios sociales**<sup>G</sup> trabajan como un solo equipo coordinado, independientemente del lugar donde se preste la asistencia.

El equipo de investigación y desarrollo de guías de buenas prácticas y el panel de expertos llevaron a cabo una revisión y un análisis completos para determinar el alcance y la prioridad de las preguntas de recomendación para esta GBP (véase el [Anexo C](#)).

## Ámbito de aplicación

Para determinar el ámbito de aplicación de la Guía, el Equipo de investigación y desarrollo de las GBP de la RNAO siguió los siguientes pasos:

- revisar la anterior Guía de RNAO publicada: *Transiciones en los cuidados* (5);
- realizar una exploración de las guías existentes y las normas para este tema;
- emprender una revisión de la literatura para determinar la evidencia disponible sobre intervenciones para población pediátrica y personas adultas, y su red de apoyo, que afrontan transiciones asistenciales;
- realizar 26 entrevistas por medio de sesiones virtuales con personas que han vivido la experiencia, profesionales sanitarios y de servicios sociales, estudiantes de enfermería, gestores e investigadores;
- organizar un grupo de discusión con nueve representantes de cuatro equipos integrados de salud de Ontario (BPSO OHT); y
- consultar con el panel de expertos.

Esta GBP es de aplicación para las enfermeras y los miembros del equipo interprofesional en cualquier entorno asistencial (como atención primaria, atención domiciliaria y comunitaria, entornos de atención a la salud mental y consumo de sustancias, cuidados agudos, rehabilitación, cuidados de larga duración, centros penitenciarios y albergues), en todos los entornos de práctica (p. ej., atención clínica, administración, educación, legislación e investigación) que dan apoyo a las personas y sus redes de apoyo durante las transiciones asistenciales. También deben utilizarla las organizaciones que emplean enfermeras y miembros del equipo interprofesional, incluidas las organizaciones de servicios sanitarios y sociales y las instituciones académicas.

## Temas fuera del ámbito de esta Guía de Buenas Prácticas

Los siguientes entornos y poblaciones no entran dentro del ámbito recogido en esta GBP:

- personas en transición desde servicios pediátricos a adultos;
- madres y bebés en transición desde el hospital al domicilio tras el nacimiento;
- bebés en transición desde unidades de cuidados intensivos neonatales al domicilio;
- transiciones a microescala (p. ej., transición asistencial entre profesionales sanitarios en los cambios de turno); y
- transiciones de y desde unidades de diagnóstico dentro de un hospital.

## Conceptos clave empleados en esta Guía

**Transiciones asistenciales:** La transición asistencial es un momento importante en la prestación de asistencia sanitaria durante el cual la información y las necesidades asistenciales de una persona se transfieren entre profesionales sanitarios y sociales, equipos interprofesionales y entornos (8).

Una transición asistencial se produce cuando una persona pasa de un entorno o sector en el que se están prestando cuidados o servicios a otro entorno o sector como, por ejemplo: atención primaria; atención domiciliaria y comunitaria; entornos de atención a la salud mental y consumo de sustancias; cuidados agudos; rehabilitación; cuidados de larga duración; centros penitenciarios; albergues. Algunos ejemplos pueden ser la transición del domicilio a un centro de cuidados de larga duración, o de un hospital a un *hospice*. Las transiciones también pueden producirse dentro de la misma organización, como sucede cuando una persona pasa de una unidad de cuidados intensivos a una unidad general de hospitalización dentro de un hospital. Durante su trayectoria asistencial, una persona también puede vivir varias transiciones asistenciales, como del hospital a un centro de rehabilitación y de ahí a su domicilio. A pesar de que el término "transición asistencial" se usa en toda esta Guía, el título de la guía refleja que puede producirse una transición entre distintos entornos en los que se ofrecen cuidados y servicios.

**Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados de Equipos integrados de salud de Ontario (BPSO OHT):** los equipos integrados de salud de Ontario (OHT) son grupos de profesionales y organizaciones responsables de la prestación de una atención continuada, completa y coordinada a una población propia de Ontario, Canadá (9). El modelo BPSO para los equipos OHT de Ontario ofrece un programa adaptado para escalar y expandir las guías de buenas prácticas de RNAO en el seno de **sistemas asistenciales integrados**<sup>G</sup>. El modelo BPSO OHT ayuda a impulsar los cuatro elementos del Cuádruple Objetivo, así como los Objetivos de Desarrollo sostenible de Naciones Unidas, ocupándose de la salud de la población, dando apoyo a las poblaciones infraatendidas y fomentando la equidad en salud. Los BPSO OHT de Ontario cuentan con el apoyo activo de RNAO para implantar de forma sistemática las guías de buenas prácticas basadas en la evidencia mediante la movilización de equipos para alcanzar sus objetivos colectivos y evaluar los resultados. El programa BPSO está incorporado en los equipos integrados de salud de Ontario (OHT) y sus resultados están concebidos para promover los objetivos del equipo OHT.

**Profesionales sanitarios y de servicios sociales:** Hace referencia a profesionales sanitarios y de servicios sociales tanto regulados (p. ej., enfermeras, médicos, farmacéuticos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y paramédicos) como no regulados (p. ej., asistentes personales, **trabajadores pares con experiencia personal**<sup>G</sup>) que forman parte del equipo interprofesional.

**Profesionales sanitarios y de servicios sociales regulados:** En Ontario, la *Ley de Profesiones Sanitarias Reguladas (Regulated Health Professions Act, 1991, 1991 (RHPA))*, ofrece un marco regulador de 26 profesiones sanitarias, en el que se define el ámbito de práctica y las actuaciones autorizadas o controladas específicas de cada profesión que cada profesional regulado está autorizado a realizar en la provisión de servicios sanitarios o sociales (10). Las regulaciones de los trabajadores sociales y de los profesionales de servicios sociales se recogen en la *Ley de trabajo social y servicios sociales (Social Work and Social Service Work Act, 1998)* (11). En esta GBP, algunos ejemplos de profesionales sanitarios regulados son enfermeras, médicos, terapeutas ocupacionales y farmacéuticos; y los trabajadores sociales son un ejemplo de profesional de servicios sociales regulado.

**Profesionales sanitarios y de servicios sociales no regulados:** Desempeñan diversas funciones en áreas no sujetas a la Ley RHPA. Son responsables ante quienes los han contratado, pero no ante un organismo profesional regulador externo (por ejemplo, el Colegio de Enfermeras de Ontario). Los profesionales sanitarios y de servicios sociales no regulados asumen una serie de funciones y desempeñan tareas determinadas por su empleador y el entorno de su empleo. Los profesionales sanitarios no regulados solo están autorizados a realizar intervenciones controladas como se señalan en la ley RHPA si el procedimiento se enmarca en las excepciones señaladas en dicha Ley (12).

**Equipo interprofesional:** Equipo constituido por diferentes profesionales sanitarios y de servicios sociales (regulados y no regulados), que trabajan en colaboración para ofrecer servicios de salud integrales y de calidad a las personas dentro, entre y a través de los distintos entornos sanitarios y sociales (13). Los miembros clave del equipo interprofesional que trabajan con poblaciones pediátricas y con personas mayores y su red de apoyo durante las transiciones asistenciales son, entre otros: enfermeras, médicos, farmacéuticos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y paramédicos. Es preciso destacar que las personas, y su red de apoyo, que afrontan una transición asistencial ocupan el centro del equipo interprofesional como participantes activos. La composición del equipo dependerá de la naturaleza de la transición, las necesidades de la persona que experimenta la transición y los tipos de cuidados o servicios provistos. En caso de que haya profesionales tanto sanitarios como de servicios sociales en la transición asistencial de la persona, deben colaborar para ayudar a planificar la transición.

**Enfoque interprofesional intersectorial<sup>G</sup>:** Se refiere al enfoque de colaboración en el que dos o más profesionales sanitarios o de servicios sociales de distintas disciplinas que trabajan juntos en distintos sectores colaboran de manera formal para garantizar que las personas y sus redes de apoyo tengan una transición asistencial segura.

**Ayuda para desenvolverse en el sistema<sup>G</sup>:** También denominada ayuda para la navegación, se refiere al apoyo individualizado y coordinado que ofrecen profesionales sanitarios o de servicios sociales para ayudar a las personas y sus redes de apoyo a superar cualquier desafío al moverse dentro del sistema sanitario y de servicios sociales. En esta GBP, la "ayuda para desenvolverse" o navegación supone un seguimiento regular por un profesional sanitario o de servicios sociales que atienda a las necesidades individuales de la persona y la conecte con los servicios y apoyos adecuados. Por ejemplo, puede incluir ofrecer a las personas la información y los recursos que necesiten para lograr sus objetivos de cuidado, conectarlas con otros profesionales sanitarios o de servicios sociales, ayudar a reducir barreras que eviten su acceso a los cuidados en el momento oportuno, ofrecer apoyo social y emocional, y mejorar el acceso a unos **cuidados culturalmente seguros<sup>G</sup>**.

**Trabajador con experiencia personal:** Una persona que ha pasado por una experiencia similar a sus pares (o semejantes), como un problema de salud mental o una enfermedad, y que ha recibido formación para ayudar a otros en su trayecto personal ofreciendo apoyo práctico y emocional (14). Con frecuencia, tienen experiencia para desenvolverse en servicios similares a los usados por sus pares. En esta GBP, los trabajadores con experiencia personal se denominan también "trabajadores pares". Estos trabajadores no están regulados.

**Red de apoyo:** Individuos que la persona identifica como significativos en su vida. La red puede referirse a individuos que tienen relación (biológica, emocional o legal) y/o fuertes vínculos (de amistad, de compromiso, de convivencia o de responsabilidad compartida en la crianza de hijos, de relaciones sentimentales) (15). En esta GBP, este término hace referencia a familiares, amigos y **cuidadores<sup>G</sup>** que dan apoyo durante una transición asistencial.

## Guías de RNAO y recursos acordes con esta Guía de buenas prácticas

La implantación de esta Guía puede apoyarse en otras GBP y otros recursos basados en la evidencia. Véase el **Anexo B** para consultar las GBP y demás recursos sobre los siguientes temas:

- equidad en la salud 2SLGBTQI+
- enfoque paliativo de los cuidados en los últimos 12 meses de vida
- ciencia de implantación, marcos conceptuales de implantación y recursos
- colaboración interprofesional
- cuidados centrados en la persona y la familia
- **determinantes sociales de la salud<sup>G</sup>**

## Recomendaciones y declaraciones de buenas prácticas

Esta GBP incluye tanto declaraciones de buenas prácticas como recomendaciones calificadas con un grado.

Las declaraciones de buenas prácticas son declaraciones aplicables que se deben poner en práctica (16). Se estima que estas declaraciones son tan beneficiosas que resumir la evidencia sería un mal uso del tiempo y los recursos del panel de expertos (16). Además, es posible que los investigadores ya no realicen estudios sobre el tema, que la alternativa a la acción no sea ética o que estudiarlos vaya en contra de los derechos humanos (16,17). Dada la gran certeza de que los beneficios que se derivan de las declaraciones de buenas prácticas superan los daños, no se basan en una revisión sistemática de la evidencia. Tampoco reciben una calificación respecto a la certeza o fuerza de la evidencia (es decir, no se califican como condicional o fuerte, calificaciones que se discuten más adelante) (18). Esto no resta certeza a la evidencia: aunque pueden apoyarse en evidencia indirecta, existe una justificación clara y explícita bien documentada que conecta la evidencia indirecta con la afirmación (16). Como tales, las declaraciones de buenas prácticas deben

interpretarse como recomendaciones fuertes, ya que subyace el supuesto de que existe una gran certeza sobre los beneficios de implantar la acción (16). Cabe destacar que no se hacen declaraciones de buenas prácticas debido a que falte evidencia, ni tampoco se basan en la opinión de expertos.

Las GBP de RNAO se desarrollan usando la metodología GRADE - **Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation**<sup>G</sup> (Valoración, Desarrollo y Evaluación de la gradación de las recomendaciones). Para más información sobre el proceso de desarrollo de la guía, incluido el uso del método GRADE, véase el **Anexo C**.

Las recomendaciones calificadas con un grado también son declaraciones aplicables; sin embargo, las recomendaciones se forman en función de un vínculo directo o indirecto con un conjunto de evidencia que se halla a través de un proceso de revisión sistemática (17).

Las recomendaciones se formulan como *fuerte* o *condicional* teniendo en cuenta la *certeza de la evidencia*, los *valores* y *preferencias* de las personas a quienes afecta la recomendación, y la *equidad en la salud* (véase **Interpretación de la evidencia y Recomendaciones**, pág. 14).

A pesar de que las declaraciones de buenas prácticas y las recomendaciones se desarrollan de forma distinta, las dos ofrecen orientación integral sobre una acción/una intervención que debe (o no debe) realizarse (17). En consecuencia, tanto las declaraciones de buenas prácticas como las recomendaciones deben seguir el mismo proceso de implantación (véase **Estrategias de implantación** en la página 83).

Las declaraciones de buenas prácticas y las recomendaciones de esta GBP se ocupan de áreas únicas y solapadas para apoyar transiciones asistenciales seguras y efectivas para las personas y su red de apoyo. Concretamente, la guía se centra en las siguientes áreas:

- colaboración con las personas y su red de apoyo
- valoración de las necesidades de cuidados y el estado de preparación para una transición
- colaboración interprofesional
- revisión del historial de medicación
- ayuda para desenvolverse en el sistema

Las recomendaciones y declaraciones de buenas prácticas de esta GBP son aplicables a todos los entornos de práctica en los que accedan a cuidados o servicios las personas y su red de apoyo en una transición asistencial.

## Preguntas de recomendación

Las preguntas de recomendación son áreas prioritarias de atención identificadas por el panel de expertos que requieren una síntesis de la evidencia para responder. Estas preguntas de recomendación sirven de fundamento a las **preguntas de investigación PICO**<sup>G</sup> (población, intervención, comparación, resultados) que guían las revisiones sistemáticas y, por tanto, sirven de base a las recomendaciones. El panel de expertos realizó una lluvia de ideas y priorizó los resultados potenciales para cada pregunta de recomendación. Se llevó a cabo una revisión sistemática individual para cada pregunta de recomendación, acorde con la metodología GRADE (19).

Las siguientes son preguntas de recomendación y resultados prioritarios desarrollados por el panel de expertos que fundamentaron el desarrollo de las recomendaciones de la presente GBP. Los resultados se presentan por orden de importancia, según lo clasificado por el panel de expertos.

- **Pregunta de recomendación 1:** ¿Se debe recomendar o no el apoyo de **orientadores para desenvolverse en el sistema**<sup>G</sup> a las personas que se enfrentan a una transición asistencial?

**Resultados:** Calidad de vida del paciente, visitas a urgencias (en los 30 días siguientes a la transición asistencial), **visita de seguimiento con un profesional sanitario o de servicios sociales**<sup>G</sup>, satisfacción del paciente, tasas de reingreso (en los 30 días siguientes a la transición asistencial).

- **Pregunta de recomendación 2:** ¿Se debe recomendar o no un enfoque interprofesional intersectorial para dar apoyo a las personas que afrontan una transición asistencial?

**Resultados:** Visita de seguimiento con un profesional sanitario o de servicios sociales, visitas a urgencias (en los 30 días siguientes a la transición asistencial), calidad de vida del paciente, satisfacción del paciente, tasas de reingreso (en los 30 días siguientes a la transición asistencial).

**Nota:** Estas preguntas de recomendación prioritarias son versiones condensadas de las preguntas de investigación PICO desarrolladas de forma más completa por el panel de expertos para orientar las revisiones sistemáticas y el desarrollo de esta GBP. Para más información sobre las preguntas de investigación PICO y el proceso detallado de cómo el panel de expertos determinó las preguntas de recomendación y los resultados prioritarios, véase el [Anexo C](#).

No se identificaron preguntas de recomendación que abordaran las estrategias básicas de educación y formación necesarias para los planes de estudio (o la formación continuada y el desarrollo profesional de las enfermeras o del equipo interprofesional) con el fin de apoyar a las personas, y a su red de apoyo, que se enfrentan a transiciones asistenciales. Véase el [Appendix D](#) para consultar las **declaraciones para la formación**<sup>G</sup> que los educadores, gestores, administradores e instituciones académicas y profesionales pueden utilizar para apoyar la implantación de esta GBP.



# Resumen de recomendaciones y declaraciones y de buenas prácticas

Esta GBP sustituye a la primera edición de la GBP de RNAO Transiciones en los cuidados, publicada en 2014 (5).

Se puede consultar un resumen comparativo de las recomendaciones de esta GBP con la edición anterior, [en línea](#).

| RECOMENDACIONES Y DECLARACIONES DE BUENAS PRÁCTICAS   | FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN  |
|---|---|
| <b>Colaboración con las personas y su red de apoyo</b>  |   |
| <p><b>Declaración de buenas prácticas 1.0:</b></p> <p>Es una buena práctica que los profesionales de servicios sanitarios y sociales colaboren con las personas y su red de apoyo antes, durante y después de una transición asistencial para garantizar una transición segura y efectiva.</p> <p><i>Esta declaración de buenas prácticas es una declaración global que resulta fundamental para implantar todas las demás recomendaciones y declaraciones de buenas prácticas.</i></p> | <p>Esta es una declaración de buenas prácticas que no requiere la aplicación del sistema GRADE.</p> |
| <b>Valoración de las necesidades asistenciales y el estado de preparación para una transición</b>   |   |
| <p><b>Declaración de buenas prácticas 2.0:</b></p> <p>Es buena práctica que los profesionales sanitarios y de servicios sociales valoren con las personas y su red de apoyo cuáles son sus necesidades y el estado de preparación para una transición.</p>  | <p>Esta es una declaración de buenas prácticas que no requiere la aplicación del sistema GRADE.</p> |
| <b>Colaboración interprofesional</b>  |   |
| <p><b>Declaración de buenas prácticas 3.0:</b></p> <p>Es una buena práctica que los miembros del equipo interprofesional colaboren para desarrollar un plan de transición que apoye las necesidades particulares de la persona y su red de apoyo.</p>   | <p>Esta es una declaración de buenas prácticas que no requiere la aplicación del sistema GRADE.</p> |
| <p><b>Recomendación 3.1:</b></p> <p>El panel de expertos sugiere que las organizaciones sanitarias y de servicios sociales colaboren para implantar un enfoque interprofesional intersectorial para dar apoyo a las personas que afrontan transiciones asistenciales.</p>   | <p>Condicional</p>  |

| RECOMENDACIONES Y DECLARACIONES DE BUENAS PRÁCTICAS  | FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN  |
|--|---|
| <b>Revisión del historial de medicación</b>  |   |
| <p><b>Declaración de buenas prácticas 4.0:</b></p> <p>Para garantizar la seguridad de la medicación, es una buena práctica que los profesionales sanitarios realicen en colaboración con la persona que afronta la transición y su red de apoyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ obtener la mejor historia de medicación posible; y</li> <li>■ realizar una reconciliación de la medicación en todos los puntos de la transición.</li> </ul>                    | <p>Esta es una declaración de buenas prácticas que no requiere la aplicación del sistema GRADE.</p> |
| <b>Ayuda para desenvolverse en el sistema</b>  |   |
| <p><b>Declaración de buenas prácticas 5.0:</b></p> <p>Es una buena práctica para los profesionales sanitarios y de servicios sociales ofrecer a las personas y a su red de apoyo información y apoyo para gestionar sus necesidades durante y después de una transición asistencial.</p>   | <p>Esta es una declaración de buenas prácticas que no requiere la aplicación del sistema GRADE.</p> |
| <p><b>Recomendación 5.1:</b></p> <p>El panel de expertos sugiere que los profesionales sanitarios y de servicios sociales ofrezcan ayuda para desenvolverse en el sistema a personas con necesidades asistenciales complejas que afronten una transición asistencial. Este apoyo incluye (al menos) el seguimiento regular por el profesional (o profesionales) para valorar y responder a las necesidades asistenciales de tipo sanitario y social, actuales y futuras.</p> | <p>Condicional</p>  |
| <p><b>Recomendación 5.2:</b></p> <p>El panel de expertos sugiere que los trabajadores pares con experiencia personal ofrezcan apoyo a personas con necesidades de salud mental que afrontan una transición asistencial.</p>  | <p>Condicional</p>  |

# Interpretación de la evidencia y recomendaciones

El sistema GRADE de Valoración, Desarrollo y Evaluación de la gradación de las recomendaciones ofrece un marco transparente y un enfoque sistemático para calificar la certeza de la evidencia y determinar la fuerza de las recomendaciones (19).

## Certeza de la evidencia

La certeza de la evidencia (es decir, el nivel de confianza que tenemos en que la estimación del efecto es verdadera) en la **investigación cuantitativa**<sup>G</sup> se determina usando los métodos GRADE (19). Tras sintetizar la evidencia, para cada desenlace o resultado prioritario, se evalúa la certeza de la evidencia. La certeza global de la evidencia se determina entonces teniendo en cuenta la certeza de la evidencia para cada uno de los resultados prioritarios por recomendación. GRADE clasifica la certeza global de la evidencia como **alta**, **moderada**, **baja** o **muy baja**. Véase la **Tabla 1** para consultar la definición de estas categorías.

**Tabla 1: Certeza de la evidencia**

| CERTEZA DE LA EVIDENCIA | DEFINICIÓN  |
|-------------------------|---|
| <b>Alta</b>             | Confianza alta en que el efecto real se encuentra muy cercano al estimador del efecto.  |
| <b>Moderada</b>         | Confianza moderada en el estimador del efecto: es probable que el efecto real se encuentre cercano al estimador del efecto, pero existe la posibilidad de que existan diferencias sustanciales. |
| <b>Baja</b>             | Confianza limitada en el estimador del efecto: el efecto real puede ser sustancialmente diferente al estimador del efecto.  |
| <b>Muy baja</b>         | Muy poca confianza en el estimador del efecto: es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente del estimador del efecto.   |

Fuente: Reimpresión autorizada por: The GRADE Working Group. Quality of evidence. In: Schunemann H, Brozek J, Guyatt G, et al., editors. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach [Internet]. [place unknown: publisher unknown]; 2013 [cited 2018 Aug 31]. Table 5.1, Quality of evidence grades. Available from: <https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html#h.wsfvfhuxv4r>

**Nota:** La certeza en la evidencia asignada se puede encontrar directamente debajo de cada recomendación. Para más información sobre el proceso empleado para determinar la certeza en la evidencia y las decisiones documentadas que han tomado las metodólogas de la Guía de RNAO, véase el **Anexo C**.

## Fuerza de las recomendaciones

La fuerza de las recomendaciones se formula como **fuerte** o como **condicional** en base a la certeza en la evidencia y a los siguientes criterios clave (véase la **Discusión de la Evidencia** para consultar las definiciones):

- balance entre beneficios y daños
- valores y preferencias
- equidad en salud

Según Schunemann et al., "una recomendación fuerte refleja la confianza del panel de expertos en que los efectos deseables de una intervención superan los efectos no deseables (recomendación fuerte *a favor* de la intervención), o que los efectos no deseables de una intervención superan los efectos deseables (recomendación fuerte *en contra* de la intervención)" (19). En cambio, "una recomendación condicional refleja la confianza del panel de expertos en que los efectos deseables de una intervención probablemente superan los efectos no deseables (recomendación condicional *a favor* de la intervención), o que los efectos no deseables de una intervención probablemente superan los efectos deseables (recomendación condicional *en contra* de la intervención), aunque hay cierta incertidumbre" (19).

Cuando la certeza global de la evidencia es alta o moderada, los miembros del panel de expertos pueden confiar en que la evidencia es creíble, y por tanto apoyar una recomendación fuerte. Además, el panel de expertos necesita garantizar que los beneficios superan a los daños, y que hay confianza razonable y limitada variabilidad en los valores y las preferencias de las personas (20). Sin embargo, cuando la certeza de la evidencia es baja o muy baja, hay incertidumbre sobre el impacto de la intervención de interés, y es esperable que se ofrezcan recomendaciones condicionales (20).

La **Tabla 2** señala las implicaciones de las recomendaciones de tipo fuerte y condicional.

**Tabla 2: Implicaciones de las recomendaciones fuertes y condicionales**

| IMPLICACIONES DE LAS RECOMENDACIONES FUERTES Y CONDICIONALES |   |  |
|--|---|--|
| POBLACIÓN  | RECOMENDACIÓN FUERTE  | RECOMENDACIÓN CONDICIONAL  |
| Profesionales sanitarios y de servicios sociales             | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Los beneficios de una acción recomendada superan a los daños. Por lo tanto, la mayor parte de las personas deben ser objeto de dicha acción recomendada.</li> <li>■ Hay poca variabilidad en cuanto a los valores y preferencias de las personas en esta situación.</li> <li>■ Es preciso tener en cuenta las circunstancias, preferencias y valores de cada persona.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Los beneficios de una acción recomendada posiblemente superen los daños. Por lo tanto, la mayoría de las personas podrían recibir dicha acción recomendada.</li> <li>■ Hay una mayor variabilidad en cuanto a valores y preferencias, o hay incertidumbre sobre los valores y preferencias típicos entre las personas en esta situación.</li> <li>■ Es preciso tener en cuenta las circunstancias, preferencias y valores de cada persona con mayor cuidado que habitualmente.</li> </ul> |

| IMPLICACIONES DE LAS RECOMENDACIONES FUERTES Y CONDICIONALES |   |  |
|--|---|--|
| POBLACIÓN  | RECOMENDACIÓN FUERTE  | RECOMENDACIÓN CONDICIONAL  |
| Para las personas atendidas                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>La mayoría de las personas querría recibir la acción recomendada, y una pequeña parte no querría.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>La mayoría de las personas en esta situación querría recibir la acción recomendada sugerida, pero otros muchos no querrían.</li> </ul>  |
| Para los responsables de las políticas                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>La recomendación puede adaptarse como norma/ política en la mayoría de las situaciones.</li> </ul>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Para elaborar las políticas, será necesario un importante debate y la participación de muchas partes interesadas. También es más probable que las políticas difieran entre distintas regiones.</li> </ul> |

Fuente: Adaptado con autorización de: The GRADE Working Group. Quality of evidence. In: Schunemann H, Brozek J, Guyatt G, et al., editors. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach [Internet]. [place unknown: publisher unknown]; 2013 [cited 2020 May 11]. Table 6.1, Implications of strong and weak recommendations for different users of guidelines. Available from: <https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html#h.wsfvfhuxv4r>

**Nota:** La fuerza de cada recomendación se detalla directamente a continuación de la recomendación y en la tabla de **Resumen de recomendaciones y declaraciones de buenas prácticas**. Para más información sobre el proceso empleado por el panel de expertos para determinar la fuerza de cada recomendación, véase el **Anexo C**.

## Discusión de la evidencia

La Discusión de la evidencia que sigue a cada una de las recomendaciones incluye las siguientes secciones.

- Beneficios y daños:** Identifica los resultados potenciales deseables y no deseables de los que informa la literatura cuando se emplea la práctica recomendada. Este apartado incluye únicamente investigación de las revisiones sistemáticas.
- Valores y preferencias:** Denota el valor o la importancia relativa de los resultados en salud al adoptar una determinada actuación clínica, desde una perspectiva **centrada en la persona**<sup>G</sup>. El contenido de esta sección puede incluir investigación de las revisiones sistemáticas y, si procede, observaciones y/o consideraciones del panel de expertos.
- Equidad en salud:** Identifica el impacto potencial que la práctica recomendada puede tener en la salud en distintas poblaciones o entornos y/o las barreras a la implantación de una práctica recomendada en un entorno concreto. El contenido de esta sección puede incluir investigación de las revisiones sistemáticas y, si procede, observaciones y/o consideraciones del panel de expertos.
- Justificación de la recomendación por el panel de expertos:** Expone las razones por las que el panel de expertos toma la decisión de calificar la recomendación como fuerte o condicional.
- Notas prácticas:** Recoge información práctica para enfermeras y miembros del equipo interprofesional para apoyar la implantación en la práctica. Esta sección puede incluir evidencia procedente de revisiones sistemáticas y/o de otras fuentes (p. ej., el panel de expertos).
- Recursos de apoyo:** Incluye una lista de recursos de interés (como sitios web, libros, organizaciones, etc.) que respaldan las recomendaciones. Se evaluó el contenido recogido en esta sección según cinco criterios: relevancia,

credibilidad, calidad, accesibilidad y vigencia en el momento de la publicación (publicado en los últimos 10 años). Se pueden consultar más detalles de este proceso y de los cinco criterios en el [Anexo C](#). La lista no es exhaustiva y la inclusión de un recurso en la misma no implica que cuente con el respaldo de RNAO. Es posible que algunas recomendaciones no cuenten con recursos de apoyo.

# Evaluación de la Guía de buenas prácticas

A medida que vayan implantando las recomendaciones de la presente Guía, por favor considere cómo va a monitorizar y evaluar su implantación e impacto.

El modelo Donabedian sirve de base para el desarrollo de medidas de evaluación de la calidad asistencial e incluye tres categorías: estructura, proceso y resultado (21).

La **estructura** describe los atributos del sistema sanitario o de la institución sanitaria para garantizar la calidad de los cuidados. Incluye recursos físicos, recursos humanos e información y recursos económicos.

El **proceso** examina las actividades sanitarias que se prestan a, para y con personas o poblaciones como parte de unos cuidados de calidad.

El **resultado** analiza el efecto de los cuidados de calidad en la salud de personas y poblaciones, personal sanitario, organizaciones sanitarias o sistemas de salud (21).

Para obtener más información, véase: las secciones **Monitorizar el uso del conocimiento** y **Evaluar los resultados**, de la Herramienta para Liderar el Cambio, *Leading Change Toolkit* (4).

Se han desarrollado los siguientes indicadores para favorecer la evaluación y la mejora de la calidad. Las **Tablas 3 y 4** recogen una lista de indicadores de proceso y resultados para evaluar el impacto de la implantación de la GBP, que se derivan de las recomendaciones y declaraciones de buenas prácticas de la misma. Cada tabla también identifica si el indicador va en línea con otros indicadores en repositorios de datos y/o instrumentos locales, provinciales, nacionales y/o internacionales. Se determina si los diferentes instrumentos o repositorios de datos van en la misma línea comparando los siguientes criterios con los indicadores desarrollados: definición operativa, si el indicador es sensible a los cuidados de enfermería y los criterios de inclusión/exclusión. En función del alineamiento entre ellos, se podrá describir el indicador como alineado totalmente, parcialmente o no alineado con los instrumentos/repositorios de datos externos. Los indicadores pueden adoptarse de repositorios de datos/instrumentos externos.

Los siguientes indicadores favorecerán la mejora de la calidad y la evaluación. Seleccione los indicadores más relevantes para los cambios que se realicen en la práctica, en la formación y/o en las políticas, en base a las recomendaciones de la GBPs priorizadas para su implantación.

La **Tabla 3** respalda la evaluación de los cambios durante la fase de implantación. Los indicadores se asocian directamente con recomendaciones y declaraciones de buenas prácticas específicas, y promueven la mejora de los procesos.

Tabla 3: Indicadores de proceso

| RECOMENDACIÓN O DECLARACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS   | INDICADORES DE PROCESO   | ALINEAMIENTO CON INDICADORES EN REPOSITARIOS DE DATOS/ INSTRUMENTOS |
|---|--|---|
| <p><b>Declaración de buenas prácticas 2.0</b></p> | <p>Porcentaje de personas que se han valorado para determinar sus necesidades asistenciales y su preparación para la transición antes de una transición asistencial, durante el periodo de medición</p> <p><i><b>Numerador:</b> Número de personas que se han valorado para determinar sus necesidades asistenciales y su preparación para la transición antes de una transición asistencial, durante el periodo de medición</i></p> <p><i><b>Denominador:</b> Número total de personas que han afrontado una transición asistencial, durante el periodo de medición</i></p> | <p>Alineamiento parcial con National Quality Forum (NQF)</p>        |
| <p><b>Declaración de buenas prácticas 3.0</b></p> | <p>Porcentaje de personas para quienes se ha desarrollado un plan de transición antes de una transición asistencial, durante el periodo de medición</p> <p><i><b>Numerador:</b> Número de personas para quienes se ha desarrollado un plan de transición antes de una transición asistencial, durante el periodo de medición</i></p> <p><i><b>Denominador:</b> Número total de personas que han afrontado una transición asistencial, durante el periodo de medición</i></p>   | <p>Nuevo</p>  |

| RECOMENDACIÓN O DECLARACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS   | INDICADORES DE PROCESO   | ALINEAMIENTO CON INDICADORES EN REPOSITORIOS DE DATOS/ INSTRUMENTOS   |
|---|--|---|
| <p><b>Declaración de buenas prácticas 4.0</b></p> | <p>Porcentaje de personas para quienes se ha completado la mejor historia de medicación posible en todos los puntos de la transición, durante el periodo de medición</p> <p><i><b>Numerador:</b> Número de personas con la mejor historia de medicación posible completada en todos los puntos de la transición, durante el periodo de medición</i></p> <p><i><b>Denominador:</b> Número total de personas que han afrontado una transición asistencial, durante el periodo de medición</i></p>  | <p>Alineamiento parcial con Accreditation Canada, Better Outcomes Registry &amp; Network (BORN), Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES), National Quality Forum (NQF), Ontario Health y Resident Assessment Instrument-Minimum Data Set (RAI-MDS)</p> <p>Alineamiento total con Healthcare Excellence Canada</p> |
| <p><b>Declaración de buenas prácticas 4.0</b></p> | <p>Porcentaje de personas para quienes se ha completado una reconciliación de la medicación en todos los puntos de la transición, durante el periodo de medición</p> <p><i><b>Numerador:</b> Número de personas para quienes se ha completado una reconciliación de la medicación en todos los puntos de la transición, durante el periodo de medición</i></p> <p><i><b>Denominador:</b> Número total de personas que han afrontado una transición asistencial, durante el periodo de medición</i></p>   | <p>Alineamiento parcial con BORN, ICES, Ontario Health y RAI- MDS</p> <p>Alineamiento total con Accreditation Canada, Healthcare Excellence Canada y NQF</p>  |
| <p><b>Recomendación 5.1</b></p>                   | <p>Porcentaje de personas con necesidades asistenciales complejas que recibieron ayuda para desenvolverse durante su transición asistencial, durante el periodo de medición</p> <p><i><b>Numerador:</b> Número de personas con necesidades asistenciales complejas que recibieron ayuda para desenvolverse durante su transición asistencial, durante el periodo de medición</i></p> <p><i><b>Denominador:</b> Número total de personas con necesidades asistenciales complejas que han afrontado una transición asistencial, durante el periodo de medición</i></p> | <p>Alineamiento parcial con NQF</p>   |

La **Tabla 4** recoge indicadores de resultado para evaluar el impacto de implantar cambios en la práctica basados en la evidencia.

**Tabla 4: Indicadores de resultado**

| INDICADORES DE RESULTADO   | ALINEAMIENTO CON INDICADORES EN REPOSITARIOS DE DATOS/ INSTRUMENTOS  |
|--|--|
| <p>Porcentaje de nuevos usuarios de atención domiciliaria financiada con fondos públicos, de todas las edades, que tuvieron una visita no planificada a urgencias en los 30 días siguientes a su alta hospitalaria</p> <p><b>Numerador:</b> <i>Número de visitas no planificadas a urgencias de usuarios de atención domiciliaria derivados recientemente a servicios de atención domiciliaria en los 30 días siguientes a su alta hospitalaria</i></p> <p><b>Denominador:</b> <i>Número de usuarios derivados a los servicios de atención domiciliaria desde el hospital que recibieron el alta hospitalaria, y que recibieron su primera visita de atención domiciliaria dentro del periodo de interés</i></p> | <p>Adoptado de Ontario Health (22)</p> <p>Alineamiento parcial con Canadian Institute for Health Information (CIHI), Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES), National Quality Forum (NQF) y Public Health Ontario (PHO)</p> |
| <p>Proporción de visitas a urgencias no planificadas para la atención de trastornos de salud mental con una segunda visita no programada a urgencias por salud mental o consumo de sustancias* en los 30 días siguientes</p> <p><b>Numerador:</b> <i>Existencia de una o más visitas no programadas a urgencias por trastornos de salud mental o consumo de sustancias* en los 30 días siguientes a la visita inicial</i></p> <p><b>Denominador:</b> <i>Todas las visitas a urgencias no programadas por trastornos de salud mental en el periodo de interés</i></p>   | <p>Adoptado de Ontario Health (22)</p> <p>Alineamiento parcial con CIHI, ICES, NQF y PHO</p>   |
| <p>Porcentaje de altas hospitalarias (cualquier trastorno) en las que hubo notificación oportuna (dentro de las siguientes 48 horas), a las que se dio seguimiento (en la forma que sea, a cargo de cualquier profesional) en los 7 días siguientes al alta</p> <p><b>Numerador:</b> <i>Número de altas hospitalarias (cualquier trastorno) en las que hubo notificación oportuna (dentro de las siguientes 48 horas), a las que se dio seguimiento (en la forma que sea, a cargo de cualquier profesional) en los 7 días siguientes al alta</i></p> <p><b>Denominador:</b> <i>Número de altas hospitalarias en las que hubo notificación oportuna (dentro de las siguientes 48 horas)</i></p>                   | <p>Adoptado de Ontario Health (22)</p> <p>Alineamiento parcial con ICES y NQF</p>  |

| INDICADORES DE RESULTADO   | ALINEAMIENTO CON INDICADORES EN REPOSITARIOS DE DATOS/ INSTRUMENTOS   |
|--|---|
| <p>Porcentaje de altas psiquiátricas (de salud mental o por adicción -consumo de sustancias*-] para las que se hizo una visita de seguimiento a cargo de un médico de atención primaria o un psiquiatra, en los 7 días siguientes al alta</p> <p><b>Numerador:</b> <i>Número de pacientes que en los 7 días tras el alta después de una hospitalización inicial recibieron al menos una visita de un psiquiatra o un médico de atención primaria</i></p> <p><b>Denominador:</b> <i>Número de altas de cuidados agudos por un episodio en el que se diagnosticó un trastorno de salud mental y adicción (consumo de sustancias*) y se codificó como diagnóstico principal</i></p> | <p>Adoptado de Ontario Health (22)</p> <p>Alineamiento parcial con Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES) y National Quality Forum (NQF)</p> |
| <p>Porcentaje de personas que recibieron atención de seguimiento en los 30 días siguientes a la transición como parte de su plan de transición, durante el periodo de medición</p> <p><b>Numerador:</b> <i>Número de personas que recibieron atención de seguimiento en los 30 días siguientes a la transición como parte de su plan de transición, durante el periodo de medición</i></p> <p><b>Denominador:</b> <i>Número total de personas que han afrontado una transición asistencial, durante el periodo de medición</i></p>   | <p>Alineamiento parcial con ICES, NQF y Ontario Health</p>  |
| <p>Porcentaje de personas satisfechas con su transición asistencial, durante el periodo de medición</p> <p><b>Numerador:</b> <i>Número de personas satisfechas con su transición asistencial, durante el periodo de medición</i></p> <p><b>Denominador:</b> <i>Número total de personas que han afrontado una transición asistencial, durante el periodo de medición</i></p>   | <p>Alineamiento parcial con ICES, NQF, Ontario Health y Statistics Canada</p>   |

| INDICADORES DE RESULTADO   | ALINEAMIENTO CON INDICADORES EN REPOSITARIOS DE DATOS/ INSTRUMENTOS  |
|--|--|
| <p>Tasa de reingresos hospitalarios no planificados en los 30 días siguientes al alta tras una hospitalización por cualquiera de las siguientes afecciones: neumonía, diabetes, ictus, enfermedad gastrointestinal, fallo cardiaco congestivo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, infarto de miocardio y otras afecciones cardiacas [afecciones seleccionadas del modelo de clasificación de pacientes hospitalizados HBAM (health-based allocation model) método HIG (health inpatient group)]</p> <p><b>Numerador:</b> Número de reingresos no planificados (cualquier causa) en hospital de agudos en los 30 días siguientes al alta tras una hospitalización por cualquiera de las siguientes afecciones: neumonía, diabetes, ictus, enfermedad gastrointestinal, fallo cardiaco congestivo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, infarto de miocardio y otras afecciones cardiacas [afecciones seleccionadas del modelo de clasificación de pacientes hospitalizados HBAM (health-based allocation model) método HIG (health inpatient group)]</p> <p><b>Denominador:</b> Número total de altas hospitalarias tras hospitalización por cualquiera de las siguientes afecciones: neumonía, diabetes, ictus, enfermedad gastrointestinal, fallo cardiaco congestivo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, infarto de miocardio y otras afecciones cardiacas [afecciones seleccionadas del modelo de clasificación de pacientes hospitalizados HBAM (health-based allocation model) método HIG (health inpatient group)]</p> | <p>Adoptado de Ontario Health (22)</p> <p>Alineamiento parcial con Canadian Institute for Health Information (CIHI), Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES), National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI), National Quality Forum (NQF), Public Health Ontario (PHO) y Statistics Canada</p> |
| <p>Porcentaje de altas de psiquiatría [salud mental o adicción (consumo de sustancias*)] seguidas en un plazo de 30 días de otro ingreso hospitalario por salud mental o adicción (consumo de sustancias*)</p> <p><b>Numerador:</b> Número de individuos con reingreso hospitalario por cualquier condición de salud mental o adicción (consumo de sustancias*) en los (<math>\leq</math>) 30 días siguientes al alta hospitalaria</p> <p><b>Denominador:</b> Número total de altas hospitalarias por incidentes de salud mental o adicción (consumo de sustancias*) entre los años de calendario naturales de interés</p>   | <p>Adoptado de Ontario Health (22)</p> <p>Alineamiento parcial con CIHI, ICES, NDNQI, NQF, PHO y Statistics Canada</p>   |

| INDICADORES DE RESULTADO   | ALINEAMIENTO CON INDICADORES EN REPOSITARIOS DE DATOS/ INSTRUMENTOS  |
|--|--|
| <p>Tasa, por cada 100 altas de paciente, de regresos no planificados a un hospital en los 30 días siguientes al alta</p> <p><i><b>Numerador:</b> Número de episodios de atención a pacientes médicos y quirúrgicos con un reingreso urgente en los 30 días siguientes al alta</i></p> <p><i><b>Denominador:</b> Número de episodios de atención a pacientes que recibieron el alta entre el 1 de abril y el 1 de marzo del año fiscal de pacientes médicos y quirúrgicos</i></p> | <p>Adoptado de Ontario Health (22)</p> <p>Alineamiento parcial con Canadian Institute for Health Information (CIHI), Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES), National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI), National Quality Forum (NQF), Public Health Ontario (PHO) y Statistics Canada</p> |

\*RNAO emplea la terminología "salud mental y consumo de sustancias" (23).

Otros recursos de RNAO para la evaluación y monitorización de las GBP, incluyen:

- [Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation® \(NQuIRE®\)](#), (Indicadores de calidad enfermera para la elaboración de informes y la evaluación) un sistema internacional de datos único alojado en International Affairs and Best Practice Guidelines Centre, que permite a los Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (Best Practice Spotlight Organizations®, BPSO®) medir el impacto de la implantación de las GBP. El sistema de datos NQuIRE recopila, compara y reporta datos sobre indicadores de estructura de los recursos humanos, así como sobre indicadores de estructura, procesos y resultados específicos de las guías sensibles para la enfermería. Las definiciones de los indicadores NQuIRE están en línea con los datos administrativos disponibles y las medidas de rendimiento existentes, siempre que sea posible, respetando el principio de «recogida única, uso múltiple». Al complementar otros sistemas de medición del rendimiento ya establecidos y emergentes, NQuIRE trata de aplicar medidas fiables y válidas, reducir al mínimo la carga de la presentación de informes y armonizar las medidas de evaluación para que sea posible realizar análisis comparativos. El sistema de datos internacional NQuIRE se lanzó en agosto de 2012 para crear y mantener culturas de práctica basada en la evidencia, optimizar la seguridad de las personas, mejorar los resultados en salud e involucrar al personal en la identificación de las relaciones entre la práctica y los resultados con el fin de promover la calidad y abogar por recursos y políticas favorables a los cambios en las buenas prácticas (24).
- Los conjuntos de normas de buenas prácticas [BPG Order Sets™](#) integradas en las historias clínicas electrónicas son herramientas de aplicación tecnológica que ofrecen un mecanismo de obtención electrónica de datos sobre indicadores de proceso y de resultados. La capacidad de vincular las medidas de estructura y de proceso con las medidas de resultados concretos de los usuarios ayuda a determinar el impacto de la implantación de las GBP sobre resultados en salud concretos. En cuidados de larga duración, las normas de buenas prácticas de las GBP han evolucionado para conformar las [Vías Clínicas de RNAO™ G](#) con el apoyo de enfermeras con amplia experiencia en este ámbito. Las Vías Clínicas de RNAO se han integrado en el sistema de **historia clínica electrónica<sup>G</sup>** de uso habitual, accesible para todos los centros de cuidados de larga duración.

# Antecedentes

## Transiciones asistenciales

La transición asistencial es un momento importante en la prestación de asistencia sanitaria durante el cual la información y las necesidades asistenciales de una persona se transfieren entre profesionales sanitarios y de servicios sociales, equipos interprofesionales y entornos (8). La transición asistencial se produce cuando una persona se mueve de un entorno o sector a otro entorno o sector en el que se prestan cuidados y servicios, por ejemplo (pero no limitado a): atención primaria; atención domiciliaria y comunitaria; entornos de atención a la salud mental y de consumo de sustancias; cuidados agudos; rehabilitación; cuidados de larga duración; centros penitenciarios; albergues. Algunos ejemplos son las transiciones desde el domicilio a un centro de cuidados de larga duración, o desde un hospital a un centro de rehabilitación. Las transiciones también pueden producirse dentro de la misma organización, como sucede cuando una persona pasa de una unidad de cuidados intensivos a una unidad general de hospitalización dentro de un hospital. La transición asistencial también puede representar un acontecimiento vital importante, como puede suceder con personas que pasan a un centro de cuidados de larga duración que se convierte en su residencia permanente. También cabe destacar que las transiciones no siempre se hacen directamente; al contrario, pueden producirse transiciones no lineales, en las que las personas pasan por diversas áreas del sistema asistencial. Por ejemplo, una persona puede trasladarse a su domicilio tras una estancia hospitalaria prolongada, para volver a ingresar en el hospital tan solo unos días después. Las transiciones asistenciales requieren una cuidadosa atención y compasión por parte de los profesionales sanitarios y de servicios sociales, con gran énfasis en la seguridad.

Dentro de un sistema de salud integrado, las personas y su red de apoyo reciben atención de varios profesionales de la salud y los servicios sociales dentro del sistema: nunca "se les da el alta" de una organización sanitaria o de servicios sociales, sino que pasan de un entorno o sector a otro. Para reflejar esta realidad, se ha usado el término "transición" en esta guía de forma intencionada en lugar de "alta", en la medida de lo posible.



## Desafíos para las personas y sus redes de apoyo durante las transiciones asistenciales

El proceso de transición es complicado en aquellos casos en que se prestan cuidados en distintos entornos a cargo de múltiples profesionales de la salud y del ámbito social con diferentes responsabilidades (25). Se estima que, en Canadá, el 30 % de las personas experimentan una falta de coordinación durante las transiciones asistenciales, como que no se comparta información o que reciban información contradictoria de los profesionales sanitarios (26). La comunicación y los procesos asistenciales, por desgracia, pueden desarticulares en diversos puntos a lo largo de una transición asistencial, por ejemplo: cuando se prepara a la persona y a su red de apoyo para la siguiente fase de la transición; cuando se comunica el plan de cuidados de la persona al equipo asistencial que la recibe; durante la **reconciliación de la medicación**<sup>G</sup>; o a la hora de evaluar necesidades asistenciales, gestionar transporte y coordinar el seguimiento (25). Esta falta de articulación puede conllevar posteriores riesgos para la seguridad y eventos adversos, como:

- falta de información para manejar las necesidades asistenciales;
- pruebas diagnósticas o tratamientos innecesarios;
- retrasos y cancelaciones de cribados, procedimientos y cirugías;
- errores de medicación;
- lesiones;
- retrasos asistenciales o poca calidad de los cuidados;
- profesionales sanitarios y sociales que no reciben los resultados y los informes de las pruebas necesarios para el seguimiento;
- infradiagnóstico de nuevas enfermedades; y
- frustración en las personas y sus redes de apoyo, y en los profesionales de la salud y los servicios sociales (8,25,27,28).

Además, las ineficiencias pueden contribuir a la angustia emocional, el empeoramiento de los síntomas y las experiencias negativas para las personas y su red de apoyo durante las transiciones asistenciales (8,25,29).

Otras consecuencias pueden ser los reingresos hospitalarios inesperados, las visitas a urgencias y los mayores costes sanitarios que pueden derivarse de una deficiente coordinación de los cuidados (25). De hecho, los reingresos hospitalarios no planificados tras una transición desde el hospital son una carga importante en todo el país y afectan a casi 200.000 ciudadanos canadienses cada año (30). Aproximadamente 1 de cada 11 personas que abandonan el hospital vuelve a ingresar en los 30 días siguientes tras la transición en Canadá (31). Especialmente en Ontario, aproximadamente el 20 % de las personas con trastornos crónicos graves reingresan en el hospital en los 30 días siguientes a una transición desde el mismo (25). Este hecho tiene consecuencias económicas significativas, ya que los reingresos cuestan más de 2.300 millones de dólares al año Canadá (31). Si bien no pueden evitarse todos los reingresos, se puede decir que alrededor del 25 % de reingresos hospitalarios no planificados podrían haberse evitado (30).

Las tasas de reingreso pueden reducirse gracias a mejor seguimiento y coordinación de los cuidados tras las transiciones (31). Muchas personas con trastornos crónicos graves reciben el alta del hospital sin una cita de seguimiento programada con un médico de atención primaria en los 7 días siguientes a la salida del hospital (25). Además, hasta el 44 % de las personas en Ontario no acudieron a ninguna cita de seguimiento del hospital debido a una baja **alfabetización sanitaria**<sup>G</sup>, barreras económicas y falta de apoyo social (25). Hay también muchas personas en Ontario que no disponen de un profesional de atención primaria para ofrecerles atención de seguimiento (32).

## Barreras relativas a los determinantes sociales de la salud y cuestiones de equidad sanitaria

El acceso a la atención sanitaria se define generalmente como una oportunidad para que las personas obtengan los servicios y la atención sanitaria que necesitan (33). Una inequidad en salud se define como las diferencias que se producen en el estado de salud y bienestar de una persona que son sistémicas, evitables e identificadas como injustas e inequitativas (34). La investigación sugiere que las barreras relacionadas con los determinantes sociales de la salud, como inestabilidad en la vivienda, carencias en el transporte, insuficiencia de apoyos sociales, coste de la atención a la persona (p. ej., costear prescripciones, equipamiento médico y transporte), escasa alfabetización sanitaria, falta de artículos de primera necesidad, desempleo y tensiones financieras, falta de guarderías asequibles y la situación de aseguramiento o derecho a la asistencia sanitaria complican las transiciones asistenciales e influyen de forma negativa en el acceso a los servicios sanitarios y los resultados en salud (35–38). Otras barreras pueden ser falta de acceso en el momento oportuno a especialistas y cuidados de atención primaria, especialmente en el caso de personas residentes en comunidades rurales y remotas (25).

Existen muchas poblaciones que son especialmente vulnerables y experimentan barreras para recibir atención, y presentan desigualdades económicas que complican aún más el acceso y las desigualdades en materia de salud (36,39). Una lista no exhaustiva de estas poblaciones comprende, entre otros: personas residentes en comunidades rurales; personas con diversidad sexual o de género; personas que no tienen una vivienda adecuada; niños, niñas y jóvenes con trastornos de salud complejos; personas con discapacidades; nuevos inmigrantes y refugiados en el país; personas que consumen sustancias; y personas que atraviesan problemas socioeconómicos, culturales y barreras lingüísticas (25,40). Las personas de color que se enfrentan a un racismo histórico y sistémico, como los pueblos **indígenas**<sup>G</sup> (Primeras Naciones, Inuit y Métis) pueden encontrar barreras añadidas durante las transiciones asistenciales, como falta de acceso a cuidados culturalmente seguros (25,28). Se ha hecho un llamamiento al sistema sanitario de Canadá para que cierre estas brechas en los resultados en salud para la población indígena y para que ofrezca acceso a servicios sanitarios culturalmente seguros (41).

## Optimizar el apoyo durante las transiciones asistenciales

Para asegurarse de que las transiciones asistenciales sean respetuosas con las necesidades, los valores y las preferencias de las personas y su red de apoyo, y para garantizar una transición asistencial fácil, segura, coordinada y exitosa, los profesionales sanitarios y de servicios sociales tienen que colaborar con las personas y sus redes de apoyo (25,27), ya que son expertos en sus propias circunstancias (42). Un enfoque interprofesional de colaboración hará más fácil identificar las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales de la persona, desarrollar un **plan de transición**<sup>G</sup> y coordinar las derivaciones y los servicios esenciales. Para personas sin red de apoyo, se pueden tener en cuenta otras consideraciones para asegurarse de que reciben apoyo adecuado durante la transición.

Es importante garantizar que todas las personas que experimentan una transición asistencial reciban información y apoyo para gestionar sus necesidades asistenciales y sociales tras una transición (25). Esto requiere educación sanitaria, información sobre medicamentos, citas de seguimiento, recursos comunitarios y saber con quién contactar en caso de tener alguna duda o inquietud (25). También es preciso ofrecer apoyo adecuado a los cuidadores y otros miembros de la red de apoyo de la persona, como información sobre grupos de apoyo familiar o atención de relevo (25). Las personas con necesidades asistenciales complejas pueden beneficiarse de un apoyo adicional que les ayude a desenvolverse en el sistema sanitario y de asistencia social, como el seguimiento rutinario por parte de un profesional sanitario o de servicios sociales que pueda evaluar y abordar las barreras a la asistencia y atender la evolución de las necesidades asistenciales. (43,44).

## Creación conjunta con los equipos integrados de salud de Ontario

En la provincia de Ontario, el lanzamiento de los equipos integrados de salud de Ontario (OHT, por sus siglas en inglés) en 2019 representó un hito en el camino hacia la atención integrada (6). Los equipos integrados de salud de Ontario son grupos y organizaciones de profesionales sanitarios y de servicios sociales que trabajan juntos para ofrecer un espectro de atención coordinada a la población que tienen adscrita (9). Los equipos OHT están cambiando la forma en que se prestan cuidados en Ontario, y están bien situados para mejorar la prestación de servicios sanitarios a través de la colaboración intersectorial y para ayudar a garantizar que las personas tengan una experiencia sin interrupciones en las transiciones en los cuidados (9).

El modelo BPSO® para los equipos integrados de salud de Ontario (BPSO OHT) se estableció para responder a la transformación del sistema de salud en Ontario, ofreciendo un enfoque personalizado para escalar y expandir las buenas prácticas dentro de sistemas integrados de cuidado. El programa ofrece estructura y emplea planteamientos para movilizar a los equipos de distintas disciplinas y sectores para lograr sus objetivos colectivos y evaluar los resultados. RNAO tiene alianzas formales con los equipos integrados de salud de Ontario en todo el territorio para impulsar el avance del Cuádruple Objetivo y los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, abordando la salud de la población, apoyando a las poblaciones infraatendidas y promoviendo la equidad en salud (véase **Figura 1**). El Cuádruple Objetivo es un marco de trabajo internacionalmente reconocido para la prestación de atención sanitaria centrada en conseguir cuatro objetivos globales: 1) experiencia mejorada para las personas que reciben cuidados; 2) experiencia mejorada para los profesionales sanitarios y sociales que ofrecen cuidados; 3) mejores resultados en salud; y 4) costes de la atención sanitaria reducidos (45). Los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU se lanzaron en 2015 como llamamiento a la acción universal para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar la paz y la prosperidad para todas las personas (46).

Los BPSO OHT tienen el apoyo de RNAO para implantar de forma sistemática y colectiva las guías de buenas prácticas basadas en la evidencia en todo el espectro asistencial, utilizando un enfoque de salud poblacional. Los BPSO OHT van a implantar la GBP *Transiciones asistenciales*; esta GBP se ha desarrollado mediante creación conjunta con dichos equipos BPSO OHT para garantizar que las recomendaciones se ajustan a las necesidades de las personas y su red de apoyo, las organizaciones y el sistema sanitario. El panel de expertos de esta GBP incluyó a profesionales sanitarios y de servicios sociales de los OHT y personas con experiencia directa. Otros equipos BPSO OHT ofrecieron retroalimentación sobre la GBP durante la fase de revisión de las **partes interesadas**<sup>G</sup>.

**Figura 1: El Programa BPSO apoya la consecución del Cuádruple Objetivo y los Objetivos de Desarrollo Sostenible**

Reimpreso de: Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Nurse practitioner task force report: vision for tomorrow [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2021. Available from: [RNAO.ca/sites/rnao-ca/files/NP\\_TF\\_Feb\\_25\\_FINAL\\_3.pdf](https://www.rnao.ca/sites/rnao-ca/files/NP_TF_Feb_25_FINAL_3.pdf)

## Conclusión

La presente GBP ofrece recomendaciones basadas en la evidencia para enfermeras, miembros del equipo interprofesional, organizaciones y el sistema sanitario para apoyar transiciones asistenciales seguras y efectivas para población pediátrica y personas adultas junto con sus redes de apoyo. En colaboración con personas que han vivido la experiencia y con diversos miembros del panel de expertos, incluidos representantes de equipos BPSO OHT, se ha desarrollado la presente GBP para garantizar que las recomendaciones apoyan una atención integrada en todos los entornos y sectores y que, en última instancia, mejoran los resultados en salud y la equidad en salud de las personas que se enfrentan a transiciones asistenciales.

# Recomendaciones y declaraciones de buenas prácticas

## COLABORACIÓN CON LAS PERSONAS Y SU RED DE APOYO

### DECLARACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS 1.0:

Es una buena práctica que los profesionales de servicios sanitarios y sociales colaboren con las personas y su red de apoyo antes, durante y después de una transición asistencial para garantizar una transición segura y efectiva.

*Esta declaración de buenas prácticas es una declaración global que resulta fundamental para implantar todas las demás recomendaciones y declaraciones de buenas prácticas.*

Se trata de una buena práctica, por lo que no requiere aplicar el sistema GRADE (18). La colaboración activa con las personas cuando se desarrolla un plan de cuidados (y la identificación de sus objetivos, deseos y preferencias) es un estándar de práctica profesional (47–50): no colaborar con ellos no sería ético. Así, la colaboración con las personas y su red de apoyo antes, durante y después de una transición asistencial es una buena práctica clínica.

Durante la transición asistencial, la información sobre la salud de las personas y sus necesidades asistenciales se traslada entre profesionales sanitarios y de servicios sociales, equipos interprofesionales y entornos (8). Para lograr los mejores resultados durante una transición asistencial, es imprescindible que los profesionales sanitarios y de servicios sociales empleen un proceso de toma de decisiones informada y compartida. La toma de decisiones compartida es un proceso colaborativo que implica a la persona y a su profesional de servicios sanitarios o sociales para trabajar juntos y alcanzar así una decisión conjunta sobre su asistencia actual o futura (53). La toma de decisiones compartida es algo más que transmitir conocimientos a las personas y su red de apoyo; también supone determinar e integrar los deseos y preferencias de la persona (53). La investigación sugiere que cuando las personas reciben información que pueden entender y sobre la que pueden actuar (y cuando el apoyo se adapta para responder a sus necesidades), están en mejor disposición para gestionar su propia salud tras una transición asistencial (51).

Al preparar una transición asistencial, las personas deben tener la oportunidad de hablar en profundidad con profesionales sanitarios y de servicios sociales. Estas discusiones, con el consentimiento de la persona, deben incluir también a su red de apoyo, ya que desempeñan un papel fundamental en la transición de la persona (25,38). Por ejemplo, la red de apoyo de la persona puede ofrecer información relevante sobre su situación de salud y sus necesidades físicas y psicosociales (25). También puede implicarse directamente en su cuidado (p. ej., administración de medicación, cura de heridas, ayuda en las actividades de la vida diaria, organización del transporte a las citas de seguimiento, vigilancia de signos y síntomas preocupantes, defensa de los intereses de la persona) (25,54). A pesar del papel esencial que desempeñan los cuidadores y otros miembros de la red de apoyo de la persona durante las transiciones asistenciales, es frecuente que no tengan participación en el proceso de planificación (55, 56).

Cuando se pasa por alto el punto de vista tanto de la persona como de su red de apoyo, pueden producirse frustración, desequilibrios de poder o falta de adherencia al plan de cuidados, o es posible que los planes elaborados no sean adecuados (51,57–59). También se ha señalado que las personas y su red de apoyo se sienten abandonadas,

o que les falta confianza para desenvolverse en el sistema sanitario, y sienten ansiedad por no estar listos para la transición y/o por carecer de recursos para autogestionar su situación. Es importante que los profesionales sanitarios y de servicios sociales escuchen las necesidades de las personas y su red de apoyo y verdaderamente tengan en consideración sus preferencias. Cuando se hacen recomendaciones que no reflejan los deseos o las preferencias de la persona, es vital explicar por qué se recomendaron diferentes tratamientos/actividades clínicas (51). Es sumamente importante trabajar según una práctica colaborativa que respete las necesidades, los deseos y las capacidades de las personas y su red de apoyo para garantizar que la transición asistencial sea segura, fácil, coordinada y satisfactoria (8,27,51).

## Consejos de implantación

### Consejos del panel de expertos para la implantación

- Cuando se da apoyo a las personas y su red de apoyo en una transición asistencial, es importante que los profesionales sanitarios y de servicios sociales planteen preguntas abiertas para garantizar que se escuchen la voz y las preocupaciones de la persona y que los cuidados se adapten a sus necesidades individuales, sus deseos y preferencias. Algunos ejemplos de pregunta:
  - ¿Cuáles son sus objetivos de cuidado y cómo podemos ayudarle a alcanzarlos?
  - ¿Qué podemos hacer para ayudarle mejor durante la transición?
  - ¿Hay algo que quiera indicarme con relación a su salud o preferencias asistenciales que no le hayamos preguntado?
- Implicación y construcción de la confianza: cuando se colabora con la persona para planificar una transición, los profesionales sanitarios y de servicios sociales deben hacer lo siguiente:
  - En primer lugar, reflexionar sobre los propios sesgos o percepciones que se incorporan a la relación.
  - Establecer una relación de confianza con la persona siendo claros respecto al papel profesional, sobre por qué preguntan determinadas cosas, con quién se va a compartir la información y cómo se va a reunir información para apoyar el plan de cuidados.
  - Identificar a los miembros de la red de apoyo de la persona que intervendrán durante la transición asistencial; se deben identificar antes de que se produzca dicha la transición, y se debe documentar en su plan de cuidados.
  - Pedir permiso antes de plantear preguntas y asegurarse de preservar la confidencialidad. Un planteamiento sin prejuicios y empático puede ayudar a las personas y a su red de apoyo a sentirse respaldadas y seguras al hablar de sus preocupaciones.
  - Asegurarse de que las personas y su red de apoyo participan desde el principio en las conversaciones de planificación de la transición.
  - Asegurarse de que las personas y su red de apoyo tienen una voz activa y están plenamente implicados en la discusión. Algunos signos de implicación pueden ser plantear preguntas, solicitar información y compartir observaciones y/o preocupaciones.
  - Mantener una reunión para planificar la transición en un momento adecuado para la persona que recibe cuidados y su red de apoyo. La reunión debe desarrollarse, en lo posible, al menos unos días antes de la transición para que tengan tiempo de adaptarse a dicha transición, digerir la información y hacer preguntas.

- Centrarse en qué intervenciones se ajustan mejor a los objetivos asistenciales de la persona.
- Utilizar un **enfoque basado en los puntos fuertes**<sup>G</sup>, que implica reconocer los conocimientos, las capacidades y las conexiones existentes de las personas que pueden ayudarles a alcanzar sus objetivos de cuidados.
- Respetar la autonomía de cada persona y entender que las personas tienen derecho a tomar decisiones con las que los profesionales de servicios sanitarios y sociales pueden no estar de acuerdo.
- Facilitar una copia del plan de transición asistencial para la persona que recibe los cuidados y su red de apoyo.
- Al comunicarse con personas con discapacidad, personas que tienen algún deterioro cognitivo o problemas de salud mental, o cuando haya barreras de idioma deben tenerse en cuenta ciertas consideraciones. Los profesionales sanitarios y de servicios sociales deben minimizar la jerga médica y asegurarse de que el material impreso está escrito en un lenguaje sencillo y fácil de comprender. En caso necesario, se puede recurrir a servicios de traducción e interpretación.
- Los cuidados se deben prestar en un entorno seguro tanto cultural como psicológicamente, respetuoso y de manera que tenga en cuenta el enfoque de **atención al trauma**<sup>G</sup>. Las relaciones terapéuticas seguras y de confianza se desarrollan cuando los profesionales de servicios sanitarios y sociales comprenden cómo la experiencia vivida por una persona (incluido el impacto de un trauma o de experiencias negativas previas dentro del sistema sanitario) puede repercutir en los comportamientos de salud de una persona.
- Los profesionales sanitarios y de servicios sociales deben explorar la realidad socioeconómica, las inquietudes y las sensibilidades culturales para garantizar que la persona y su red de apoyo dispongan de los recursos y los servicios necesarios para optimizar la transición.
- Identificar barreras a los cuidados: los profesionales sanitarios y de servicios sociales deben explorar a qué barreras pueden enfrentarse las personas cuando afrontan una transición asistencial y qué barreras pueden superarse. Los profesionales sanitarios y de servicios sociales deben considerar si la persona:
  - dispone de una red de apoyo para ayudarla durante la transición;
  - tiene acceso a recursos sanitarios, incluido el acceso a orientadores para desenvolverse en el sistema;
  - tiene una historia de traumas relacionados con el acceso a los servicios sanitarios;
  - tiene limitaciones físicas o deterioro cognitivo;
  - puede leer y entender instrucciones y documentos escritos;
  - puede costearse los tratamientos, el equipamiento o las medicaciones que se proponen;
  - tiene acceso a un teléfono para anotar citas o acceso a internet para asistir a citas virtuales;
  - tiene acceso a transporte para asistir a citas presenciales;
  - afronta alguna barrera para asistir a citas debido a requerimientos del trabajo (p. ej., sin horarios flexibles ni permisos o prestaciones remunerados);
  - dispone de vivienda de forma estable y tiene una situación vital segura; y
  - puede permitirse alimentos y otras necesidades.
- Los profesionales sanitarios y de servicios sociales deben colaborar con las personas para valorar la calidad de la transición y evaluar hasta qué punto los servicios satisfacen sus necesidades.
- Si la transición no se produce según lo previsto, hay que asegurarse de que la persona y su red de apoyo sepan con quién ponerse en contacto y cuándo.

## Recursos de apoyo

| RECURSO   | DESCRIPCIÓN   |
|---|---|
| <b>RECURSOS PARA PERSONAS Y SU RED DE APOYO</b>   |   |
| <p>Alzheimer Society of Canada. All about me – a conversation starter [Internet]. Vaughan (ON): Alzheimer Society of Canada; c2014. Available from: <a href="https://alzheimer.ca/sites/default/files/documents/all_about_me_a_conversation_starter_e.pdf">https://alzheimer.ca/sites/default/files/documents/all_about_me_a_conversation_starter_e.pdf</a></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Documento que señala información que las personas querrían que conocieran los profesionales sanitarios y de servicios sociales.</li> <li>■ Por ejemplo: "Me gustaría que me llamasen..." y "Un día normal para mí incluye..."</li> </ul>   |
| <p>PODS (Patient Oriented Discharge Summary). In: OpenLab [Internet]. Toronto (ON): OpenLab; 2019. Available from: <a href="http://uhnopenlab.ca/project/pods/">http://uhnopenlab.ca/project/pods/</a></p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ El resumen del alta orientado al paciente (PODS, Patient Oriented Discharge Summary) es un <b>informe de alta<sup>G</sup></b> resumido de fácil lectura diseñado para personas que afrontan una transición del hospital al domicilio. No pretende sustituir a un resumen de alta tradicional enviado a un profesional de atención primaria.</li> <li>■ El resumen PODS contiene información útil que debería saber la persona, incluida información sobre medicación, cambios en la dieta y actividades, citas de seguimiento y síntomas que vigilar después de una transición.</li> <li>■ Véase el <b>Anexo G</b> para consultar una plantilla del resumen PODS.</li> </ul> |
| <b>RECURSOS PARA PROFESIONALES SANITARIOS Y DE SERVICIOS SOCIALES</b>   |   |
| <p>Adams S, Nicholas D, Mahant S, et al. Care maps for children with medical complexity. <i>Developmental Medicine &amp; Child Neurology</i> [Internet]. 2017;59(12):1299-306. Available from: <a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/dmcn.13576">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/dmcn.13576</a></p>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Este estudio de investigación explora el significado de los mapas de cuidados para las familias.</li> <li>■ Un mapa de cuidados es un diagrama que traza visualmente la compleja red de servicios que requieren los niños y las niñas con necesidades médicas complejas y sus familias. El mapa lo crea el paciente/la familia.</li> </ul>   |

| RECURSO  | DESCRIPCIÓN   |
|--|---|
| <p>Agency for Healthcare Research (AHRQ). AHRQ health literacy universal precautions toolkit. 2nd ed. [Internet]. Rockville (MD): AHRQ; 2020. Tool 5: use the teach-back method. Available from: <a href="https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/literacy-toolkit/healthlittoolkit2_tool5.pdf">https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/literacy-toolkit/healthlittoolkit2_tool5.pdf</a></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Proporciona datos, instrucciones y consejos útiles sobre cómo aprender y utilizar posteriormente el método de enseñanza retroactiva (teach-back) [pedir a alguien que repita con sus propias palabras la información que se le acaba de dar] con las personas y su red de apoyo.</li> <li>■ Ayuda a garantizar que se ofrece educación para la salud de forma comprensible para la persona y su red de apoyo.</li> </ul>   |
| <p>Building Rapport with Patients: OARS Communication Skills. In: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) [Internet]. Rockville (MD): AHRQ; 2016. Available from <a href="https://www.ahrq.gov/evidencenow/tools/oars-model.html">https://www.ahrq.gov/evidencenow/tools/oars-model.html</a></p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Recoge el enfoque de preguntas con respuesta abierta, afirmación, escucha reflexiva y resumen (OARS), un conjunto de habilidades de comunicación verbal y no verbal que pueden usar los profesionales sanitarios y de servicios sociales para construir una relación con las personas y su red de apoyo y alcanzar sus objetivos de cuidado.</li> </ul>  |
| <p>Engaging Patients and Families in Their Health Care. In: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) [Internet]. Rockville (MD): AHRQ; 2022. Available from: <a href="https://www.ahrq.gov/patient-safety/patients-families/index.html">https://www.ahrq.gov/patient-safety/patients-families/index.html</a></p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Incluye herramientas y recursos para mejorar el compromiso con las personas y su red de apoyo durante las visitas asistenciales en distintos entornos, como en centros hospitalarios, de atención primaria y cuidados de larga duración.</li> </ul>  |
| <p>Engaging persons with lived experience. In: Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2021. Available from: <a href="https://RNAO.ca/leading-change-toolkit/engaging-persons">https://RNAO.ca/leading-change-toolkit/engaging-persons</a></p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Una sección de la Herramienta para Liderar el Cambio que se centra en la implicación de personas con experiencia personal en iniciativas de cambio para fomentar mejoras duraderas a través de la adopción del conocimiento y la sostenibilidad.</li> <li>■ Ofrece orientación sobre cómo los agentes de cambio y los equipos del cambio pueden colaborar con las personas, las familias y/o las comunidades para planificar, ejecutar y evaluar iniciativas de cambio.</li> </ul> |
| <p>Healthcare Excellence Canada (HEC). Engagement capable environments: organizational self-assessment tool [Internet]. Ottawa (ON): HEC; 2022. Available from: <a href="https://healthcareexcellence.ca/media/0n0hfkwj/20220321_ece_organizationalselfassessmenttool_en.pdf">https://healthcareexcellence.ca/media/0n0hfkwj/20220321_ece_organizationalselfassessmenttool_en.pdf</a></p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Esta herramienta ayuda a identificar características de las organizaciones que promuevan un compromiso decidido y significativo con las personas que han vivido la experiencia personalmente.</li> </ul>   |

| RECURSO   | DESCRIPCIÓN  |
|---|--|
| <p>Essential Together. In: Healthcare Excellence Canada (HEC) [Internet]. Ottawa (ON): HEC; 2023. Available from: <a href="https://www.healthcareexcellence.ca/en/what-we-do/all-programs/essential-together">https://www.healthcareexcellence.ca/en/what-we-do/all-programs/essential-together</a></p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Programa diseñado para dar soporte a la integración de cuidadores esenciales en organizaciones de servicios sanitarios y sociales.</li> <li>■ Página web que incluye enlaces a distintos recursos, incluida una autoevaluación de la organización.</li> </ul>   |
| <p>Healthcare Excellence Canada (HEC). How safe is your care? Measurement and monitoring of safety through the eyes of patients and their care partners [Internet]. Ottawa (ON): HEC; 2022. Available from: <a href="https://www.healthcareexcellence.ca/media/dnrgw10m/20220525_howsafeisyourcare_final_en.pdf">https://www.healthcareexcellence.ca/media/dnrgw10m/20220525_howsafeisyourcare_final_en.pdf</a></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Informe que ofrece una perspectiva para comprender cómo las personas y su red de apoyo experimentan la seguridad en el sistema sanitario, y cómo este conocimiento puede utilizarse para influir en la práctica sanitaria.</li> </ul>   |
| <p>Patient, Family and Caregiver Declaration of Values for Ontario. In: Government of Ontario [Internet]. Toronto (ON): Government of Ontario; 2021. Available from: <a href="https://www.ontario.ca/page/patient-family-caregiver-declaration-values-ontario">https://www.ontario.ca/page/patient-family-caregiver-declaration-values-ontario</a></p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ El objetivo de esta Declaración de Valores del Paciente, la Familia y el Cuidador, redactada por el Consejo Asesor del Paciente y la Familia del Ministerio en consulta con los ciudadanos de Ontario, es articular las expectativas del paciente, la familia y el cuidador respecto al sistema sanitario de Ontario.</li> <li>■ La Declaración sirve de brújula para las personas y las organizaciones implicadas en los cuidados de salud y refleja un resumen de los principios y valores que las personas, las familias y los cuidadores señalan como importantes para ellos.</li> <li>■ Véase el <b>Anexo F</b> para consultar la Declaración de Valores del Paciente, la Familia y el Cuidador para Ontario.</li> </ul> |
| <p>Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Person- and family-centred care [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2015. Available from: <a href="https://rnao.ca/bpg/guidelines/person-and-family-centred-care">RNAO.ca/bpg/guidelines/person-and-family-centred-care</a></p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Guía de buenas prácticas de RNAO.</li> <li>■ Recoge recomendaciones de buenas prácticas para enfermeras y miembros del equipo interprofesional para mejorar la calidad de las colaboraciones con personas que acceden a cuidados.</li> </ul>  |

| RECURSO   | DESCRIPCIÓN   |
|---|---|
| <p>RNAO Clinical Pathways for long-term care homes. In: Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) [Internet]. Toronto (ON): RNAO; c2023. Available from: <a href="https://RNAO.ca/bpgg/implementation/clinicalpathways">https://RNAO.ca/bpgg/implementation/clinicalpathways</a></p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Las Vías Clínicas de RNAO™ son una versión digitalizada de las GBP de RNAO que pueden integrarse en el sistema de historia clínica electrónica para promover los cuidados basados en la evidencia.</li> <li>■ Las Vías Clínicas de RNAO actualmente disponibles se han contextualizado para el sector de cuidados de larga duración en Ontario. Las Vías Clínicas de RNAO están disponibles para la GBP <i>Cuidados centrados en la persona y la familia</i>.</li> <li>■ <b>Nota:</b> este recurso conlleva pago.</li> </ul> |
| <p>About The Canadian Quality &amp; Patient Safety Framework for Health Services. In: Healthcare Excellence Canada (HEC) [Internet]. Ottawa (ON): HEC; c2023. Available from: <a href="https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Canadian-Quality-and-Patient-Safety-Framework-for-Health-and-Social-Services/Pages/About-the-Framework.aspx">https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Canadian-Quality-and-Patient-Safety-Framework-for-Health-and-Social-Services/Pages/About-the-Framework.aspx</a></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Marco de trabajo que ofrece orientación a las organizaciones sobre seguridad y calidad con cinco objetivos globales: cuidados centrados en la persona, cuidados seguros, accesibilidad a los cuidados, cuidados adecuados y cuidados integrados.</li> <li>■ El segundo objetivo establece que la persona que usa los servicios de salud es un socio en igualdad de condiciones en la planificación, el desarrollo y la monitorización de los cuidados.</li> </ul>  |

## VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES ASISTENCIALES Y EL ESTADO DE PREPARACIÓN PARA UNA TRANSICIÓN

### DECLARACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS 2.0:

Es buena práctica que los profesionales sanitarios y de servicios sociales valoren con las personas y su red de apoyo cuáles son sus necesidades y el estado de preparación para una transición.

Esta es una declaración de buenas prácticas que no requiere la aplicación del sistema GRADE (18). Realizar una valoración inicial antes de desarrollar un plan de cuidados o de implantar cualquier intervención es un estándar de práctica profesional (61). No es ético si no se ha realizado. Como tal, realizar una valoración para identificar los cuidados y determinar el estado de preparación para la transición es una buena práctica clínica y una condición previa para desarrollar un plan de transición.

Valorar el estado de preparación para la transición es un componente fundamental de la planificación de la transición (62). Las valoraciones del estado de preparación se basan en criterios clínicos, como: estabilidad clínica; tener habilidad funcional para manejar el autocuidado; y disponer de los conocimientos, las habilidades, la confianza y los apoyos necesarios para gestionar la transición y hacer frente a los retos habituales que puedan surgir (62). Cuando no se realizan valoraciones del estado de preparación, las personas que pasan por una transición asistencial y los miembros de su red de apoyo a menudo refieren no sentirse preparados para gestionar el automanejo y asumir las responsabilidades de los cuidados después de la transición (63,64). Cuando se apresura la transición, las personas y los cuidadores se quedan con una sensación de temor, falta de seguridad y de preparación para la transición (38,64). Los bajos niveles de preparación para la transición también se han asociado a dificultades para afrontarla y a una mayor probabilidad de reingreso hospitalario (65,66). Es importante destacar que la percepción de estar listo para la transición puede ser distinta entre profesionales sanitarios y de servicios sociales y las personas que experimentan la transición (67). Por lo tanto, es muy importante que los profesionales sanitarios y de servicios sociales determinen si la persona percibe que está preparada para la transición.

Además de ayudar a identificar cuándo la persona está preparada para la transición, las valoraciones también pueden ayudar a identificar el tipo de cuidados y la asistencia necesarios durante y después de una transición (63). Esto resulta especialmente importante para las personas con necesidades complejas. Las valoraciones desempeñan un papel clave en la detección de barreras que pueden impedir una transición fluida y en la identificación de las intervenciones, los recursos y los apoyos adecuados que pueden orientar el plan y la coordinación de la asistencia. En la búsqueda de la equidad en salud y la salud de la población, es imperativo que los profesionales traten de comprender los determinantes sociales de la salud que afectan a la persona al realizar las valoraciones, como los ingresos económicos, la vivienda y la inclusión social (68). **Las poblaciones infraatendidas<sup>G</sup>** tienen un mayor riesgo de malos resultados clínicos durante las transiciones asistenciales debido a factores que influyen en su salud y en el acceso a servicios y recursos de salud (36). Comprender el impacto de estos factores puede ayudar a los profesionales sanitarios y de servicios sociales a adaptar los planes de transición a las necesidades únicas de las personas.

A pesar de que se deben tener en cuenta numerosos factores a la hora de realizar una valoración, es fundamental que dicha valoración se centre en las necesidades que identifica la persona y su red de apoyo, ya que son expertos en sus propias circunstancias (42). La información recopilada durante la valoración puede servir de base para: desarrollar en colaboración un plan de transición; educar a la persona y a su red de apoyo sobre la transición; y adaptar la información a sus necesidades y a la fase de los cuidados. Este enfoque puede suponer: compartir información sobre estrategias de **automanejo**<sup>G</sup>; ofrecer información y dar acceso a servicios y ayudas; y ofrecer educación sobre cambios en la medicación.



El panel de expertos señaló que, si bien las valoraciones son fundamentales para preparar una transición asistencial, los profesionales sanitarios y de servicios sociales deben evitar repetir valoraciones innecesariamente. Para las personas puede resultar frustrante tener que repetir su historia varias veces a distintos profesionales, ya que puede hacerles sentir que no se les escucha y puede llevar a un sentimiento de desconfianza en el sistema sanitario. El panel de expertos también señaló que la repetición de la valoración puede considerarse perjudicial por la falta de comunicación y por relacionarse con que los profesionales de servicios sanitarios y sociales trabajan de forma aislada. Existe el riesgo de que se pierda información o no sea revisada por los profesionales implicados en el cuidado de la persona.

Para evitar repeticiones innecesarias, los profesionales sanitarios y de servicios sociales deben revisar las valoraciones previas y subrayar similitudes y cambios cuando se realizan nuevas valoraciones. Los profesionales sanitarios y de servicios sociales deben también recibir formación sobre el uso adecuado de herramientas de valoración, incluido saber quién debe realizar y comunicar la valoración y cuándo debe llevarse a cabo la valoración.

Cuando deban repetirse las valoraciones, los profesionales sanitarios y de servicios sociales tienen que explicarle a la persona y a su red de apoyo por qué es importante completar la valoración.

En la **Tabla 5** de "Consejos de implantación" se pueden consultar más detalles del panel de expertos sobre: quién debe realizar la valoración; qué se debe valorar; dónde, cuándo y cómo debe realizarse la valoración; y qué consideraciones de equidad en salud deben tener en cuenta los profesionales sanitarios y de servicios sociales a la hora de llevar a cabo una valoración.

Hay que tener en cuenta que estos factores dependerán del tipo de transición y las necesidades de la persona que afronta la transición y su red de apoyo.

## Consejos de implantación

**Tabla 5: Consejos del panel de expertos para la implantación**

| COMPONENTES DE LA VALORACIÓN                    | DETALLES DE LA VALORACIÓN   |
|---|---|
| <p><b>Quién debe realizar la valoración</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ La valoración debe realizarse en colaboración con la persona que afronta la transición y su red de apoyo.</li> <li>■ La valoración supone hacer que colaboren los profesionales sanitarios y de servicios sociales de los entornos de origen y de destino en la transición.</li> <li>■ Los miembros del equipo interprofesional implicados en la valoración pueden ser, sin limitarse a: enfermeras; médicos (tanto médicos de familia como especialistas); trabajadores sociales; coordinadores de cuidados; farmacéuticos; fisioterapeutas; terapeutas ocupacionales; logopedas; terapeutas respiratorios; nutricionistas; psicólogos; profesionales de salud mental y consumo de sustancias; personal de apoyo conductual; facilitadores indígenas; profesionales de la reducción de daños; gestores de casos; asistentes de apoyo social; trabajadores pares con experiencia personal; y personal de atención espiritual.</li> <li>■ El nombre y los detalles de contacto de los profesionales sanitarios o de servicios sociales que realizan la valoración deben quedar claramente documentados para asegurarse de que se les puede localizar para hacer seguimiento, en su caso.</li> <li>■ Para personas con necesidades complejas, es beneficioso que participe un equipo interprofesional para completar la valoración, para que se pueda tener una imagen completa de la persona y para que se aborden correctamente sus necesidades.</li> <li>■ Contar con un profesional sanitario o de servicios sociales para realizar la valoración principal en colaboración con otros miembros del equipo puede ayudar a que no se planteen varias veces las mismas preguntas. También facilita que haya consistencia en la información recogida, garantiza una mayor responsabilización, reduce los retrasos en la recogida de información importante y minimiza los errores de comunicación que pueden producirse cuando hay varios profesionales implicados.</li> <li>■ Los profesionales sanitarios y de servicios sociales deben evaluar su propia competencia y garantizar que cuentan con los conocimientos, las habilidades y el criterio adecuados antes de realizar una valoración.</li> </ul> |

## COMPONENTES DE LA VALORACIÓN

## DETALLES DE LA VALORACIÓN

## Qué se debe valorar

- La valoración debe adaptarse a las prioridades asistenciales relevantes para el proceso de transición y el objetivo que tenga la persona en cuanto a resultados y cuidados tras una transición.
- La lista recogida a continuación no pretende ser exhaustiva. Los profesionales sanitarios y de servicios sociales familiarizados con los servicios que prestan deben completar esta lista en función de las necesidades de la persona a la que ayudan. La información que se debe tener en cuenta incluye, sin limitarse a:
  - los objetivos de la persona y su red de apoyo, incluido qué es para ellos una buena transición asistencial y qué resultados son importantes;
  - el estado físico, psicológico y de salud mental de la persona, incluidas cualquier inquietud y comorbilidad, ya que pueden influir en su función y su recuperación;
  - la capacidad funcional, incluida la capacidad de atender a sus propias necesidades de salud, realizar actividades de la vida diaria (p. ej., comer, ducharse, vestirse y asearse) y actividades instrumentales de la vida diaria (p. ej., ocuparse de sus gastos, limpieza del hogar, gestionar su propia medicación);
  - recursos, servicios y apoyos que la persona tiene y necesita (p. ej., atención domiciliaria, entrega de repartos de comida, transporte a y desde sus citas, o material sanitario), y la cobertura sanitaria de la persona o su capacidad para permitirse estos servicios y recursos;
  - la seguridad y la adecuación del entorno en el domicilio o el lugar de destino donde vaya a quedarse tras la transición (p. ej., si el centro de cuidados de larga duración puede ofrecer rehabilitación, si la necesita, o si una persona que regresa a su domicilio puede correr el riesgo de sufrir caídas o malos tratos);
  - la alfabetización sanitaria y la educación sanitaria necesarias para promover el autocuidado;
  - la medicación (incluido si la persona conoce y es consciente de cualquier nuevo medicamento y los potenciales efectos secundarios), qué se le ha prescrito a la persona frente a lo que está tomando realmente, y qué medicamentos puede costearse la persona o para cuáles tiene cobertura (para más detalles, véase la **Declaración de buenas prácticas 4.0**);
  - la comprensión de la persona sobre su plan de cuidados y su capacidad para tomar parte en su propio cuidado/llevar el seguimiento de citas;

| COMPONENTES DE LA VALORACIÓN             | DETALLES DE LA VALORACIÓN  |
|--|--|
| <p><b>Qué se debe valorar, cont.</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> el apoyo social disponible, incluido el compromiso de un cuidador y la capacidad para dar apoyo, así como la información y los recursos que necesitan los cuidadores para proporcionar cuidados;</li> <li><input type="checkbox"/> factores que pueden hacer más compleja la transición (p. ej., barreras de idioma, vivienda inadecuada, deficiencias cognitivas, <b>comportamientos reactivos</b><sup>G</sup>, pobreza, autolesiones, necesidades de cuidados paliativos o de final de la vida, falta de acceso a seguro de vida, etc.);</li> <li><input type="checkbox"/> información de contacto de la persona que pasa por una transición, o el nombre e información de contacto de alguien que sepa dónde localizarla en caso de que la persona no tenga teléfono, correo electrónico y/o dirección postal;</li> <li><input type="checkbox"/> información de contacto de individuos en los que confíe la persona y dé su consentimiento para compartir información con ellos, y cualquier sustituto para la toma de decisiones designado a través de un poder notarial para el cuidado personal;</li> <li><input type="checkbox"/> información de contacto del profesional de atención primaria de la persona (si tiene) para asegurarse de que recibe actualización sobre el estado de salud y/o la atención prestada a la persona;</li> <li><input type="checkbox"/> aspectos relacionados con su individualidad personal, como valores, rutinas, dieta e historia vital, que puedan ayudar a los profesionales sanitarios a hacerse una imagen detallada de la persona y sus preferencias particulares.</li> </ul> <p>■ Al final de la valoración, los profesionales sanitarios y de servicios sociales deben preguntar si hay algo más que la persona y su red de apoyo deseen discutir que pudiera ser de utilidad.</p> |

## COMPONENTES DE LA VALORACIÓN

## DETALLES DE LA VALORACIÓN

## Cómo realizar una valoración

- Los profesionales sanitarios y de servicios sociales deben usar un enfoque basado en los puntos fuertes de la persona cuando se realice una valoración. Esto supone reconocer el conocimiento, las capacidades y las conexiones existentes de la persona y de su red de apoyo que puedan ayudar a alcanzar sus objetivos de cuidado.
- Los enfoques y las herramientas estandarizados para realizar valoraciones pueden ser útiles porque proporcionan una forma coherente de completar las valoraciones y pueden ayudar a garantizar que no se pasen por alto las necesidades asistenciales. Sin embargo, las valoraciones estandarizadas deben equilibrarse con las conversaciones con la persona y su red de apoyo mediante preguntas de respuesta abierta para garantizar que se escuchan la voz y las inquietudes de la persona, no se pierde información y la atención se ajusta a sus necesidades.
- Las valoraciones deben quedar claramente documentadas. Algunas valoraciones estandarizadas son largas y puede ser útil incluir un resumen de una página para que los profesionales de servicios sanitarios y sociales puedan revisar rápidamente el contenido principal de la valoración.
- Para una buena valoración, no debe dar la impresión de que el profesional sanitario o de servicios sociales se limita a "marcar casillas", ya que esto podría erosionar la confianza entre la persona asistida y el profesional. La persona y su red de apoyo deben participar y tener parte activa en la discusión.
- Iniciar una valoración requiere establecer una relación de confianza entre la persona y el profesional de servicios sanitarios o sociales. También es importante que los profesionales:
  - sean claros en cuanto a su papel, por qué preguntan determinadas cosas, con quién se va a compartir la información y cómo se va a reunir información para apoyar el plan de cuidados;
  - pidan permiso antes de plantear preguntas y asegurarse de preservar la confidencialidad;
  - apliquen un planteamiento sin prejuicios y empático, ya que esto puede contribuir a que las personas y su red de apoyo se sientan respaldadas y seguras al hablar de sus preocupaciones y hacer preguntas.
- La valoración documentada debe contener información precisa y actualizada. Esto ayudará a los profesionales sanitarios y de servicios sociales a asegurarse de que el entorno al que se traslada la persona cuenta con los recursos y la capacidad necesarios para atender adecuadamente a la persona (p. ej., información sobre comportamientos reactivos).

| COMPONENTES DE LA VALORACIÓN                                | DETALLES DE LA VALORACIÓN   |
|---|---|
| <p><b>Cómo realizar una valoración, cont.</b></p>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Los profesionales sanitarios y de servicios sociales deben compartir una copia de la valoración con la persona y su red de apoyo.</li> <li>■ Cuando se han implantado herramientas de valoración, los programas y las organizaciones deben: <ul style="list-style-type: none"> <li>□ trabajar con el equipo interprofesional para determinar los procesos para realizar valoraciones, lo que incluye identificar claramente el objeto de cada valoración y la frecuencia recomendada. Estas decisiones deben basarse en un entendimiento de cómo las personas realizan transiciones dentro del sistema de salud;</li> <li>□ evaluar la adecuación de las herramientas de valoración (p. ej., su recepción y utilidad) según la información directa que refieren las personas que son asistidas y los profesionales sanitarios y de servicios sociales;</li> <li>□ evaluar la efectividad de las herramientas de valoración.</li> </ul> </li> </ul>   |
| <p><b>Entorno y momento oportuno para la valoración</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Las valoraciones deben realizarse en un momento que permita que la persona que recibe los cuidados y su red de apoyo puedan participar; con ello se garantiza que adoptan un papel activo en la valoración. Los profesionales sanitarios y de servicios sociales deben dejar tiempo y espacio para que las personas y su red de apoyo puedan plantear preguntas y/o abordar inquietudes.</li> <li>■ Se debe realizar una valoración antes y después de una transición asistencial, y en respuesta a cualquier cambio en el estado de salud y los cuidados de la persona. Puede haber situaciones en las que la persona o su red de apoyo pidan una valoración adicional.</li> <li>■ Entre 48 y 72 horas antes de una transición, debe realizarse una valoración o revisarse una valoración anterior. Así se garantiza que la información está al día.</li> <li>■ Una vez que la persona ha pasado a un nuevo entorno, se debe realizar una valoración de seguimiento para garantizar que sus necesidades se ven satisfechas y que se están ofreciendo los servicios adecuados. Esta valoración debe realizarse lo antes posible para evitar retrasar los cuidados tras la transición. Se realizarán nuevas valoraciones de forma continua, según sea necesario.</li> <li>■ Puede que solo sea necesario recoger una vez algunos aspectos de la valoración, como información sobre su individualidad personal. No obstante, es posible que otras valoraciones (como las relacionadas con un cambio conductual) sean necesarias con mayor frecuencia.</li> <li>■ Las nuevas valoraciones deben ser continuación de la valoración inicial y centrarse en identificar cambios con respecto a la valoración anterior.</li> <li>■ En algunas circunstancias, es adecuado emplear una valoración por pasos, en la que se realiza una valoración inicial y una valoración en mayor profundidad más adelante, si fuera necesario, en función de las necesidades asistenciales de la persona.</li> </ul> |

## COMPONENTES DE LA VALORACIÓN

## DETALLES DE LA VALORACIÓN

**Consideraciones sobre la equidad en salud cuando se realiza una valoración**

- Los profesionales sanitarios y de servicios sociales deben estudiar la mejor manera de comunicarse con las personas y su red de apoyo para garantizar que puedan participar activamente en la valoración. Hay que tener en cuenta la comunicación con personas sordas, ciegas o con escasos conocimientos sanitarios, o cuando existan barreras lingüísticas. Los profesionales sanitarios y de servicios sociales deben emplear un lenguaje sencillo y minimizar el uso de jerga médica. En caso necesario, se puede recurrir a servicios de traducción.
- Las relaciones terapéuticas seguras y de confianza se desarrollan cuando los profesionales de servicios sanitarios y sociales comprenden cómo la experiencia vivida por una persona (incluidos un trauma o experiencias negativas previas dentro del sistema sanitario) puede repercutir en los comportamientos de salud de una persona. Los cuidados se deben prestar en un entorno seguro tanto cultural como psicológicamente, respetuoso y de manera que tenga en cuenta el modo de informar ante una experiencia traumática.
- Para los cuidadores y los miembros de la red de apoyo de la persona, puede haber una carga económica asociada por tener que pedir tiempo libre en el trabajo para ayudar a la persona y responder a las preguntas cuando se realiza la valoración, especialmente si viajan desde lejos. Reducir el número de valoraciones innecesarias puede ayudar a reducir esta carga. Muchas valoraciones se pueden realizar de forma remota para disminuir la carga de los viajes. Las organizaciones deben plantearse formas creativas e híbridas para colaborar y realizar valoraciones durante las transiciones asistenciales.
- Los profesionales sanitarios y de servicios sociales deben explorar a qué barreras pueden enfrentarse las personas cuando afrontan una transición asistencial y qué barreras pueden superarse. Los profesionales sanitarios y de servicios sociales deben considerar si la persona:
  - dispone de una red de apoyo para ayudarla durante la transición;
  - tiene acceso a recursos sanitarios, incluido acceso a orientadores para desenvolverse en el sistema;
  - tiene una historia de traumas relacionados con el acceso a los servicios sanitarios;
  - tiene limitaciones físicas o deterioro cognitivo;
  - puede leer y entender instrucciones y documentos escritos;
  - puede costearse los tratamientos, el equipamiento o las medicaciones que se proponen;
  - tiene acceso a un teléfono para anotar citas o acceso a internet para asistir a citas virtuales;

| COMPONENTES DE LA VALORACIÓN  | DETALLES DE LA VALORACIÓN  |
|---|--|
| <p><b>Consideraciones sobre la equidad en salud cuando se realiza una valoración, cont.</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> tiene acceso a medios de transporte para asistir a sus citas;</li> <li><input type="checkbox"/> afronta alguna barrera para asistir a citas debido a requerimientos del trabajo (p. ej., sin horarios flexibles ni permisos o prestaciones remunerados);</li> <li><input type="checkbox"/> dispone de vivienda de forma estable y tiene una situación vital segura; y</li> <li><input type="checkbox"/> puede permitirse alimentos y otras necesidades.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Para aquellas personas que hayan experimentado racismo, discriminación o una experiencia traumática en el sistema de salud, es importante que esté presente una persona en quien confíen cuando se realiza la valoración.</li> <li>■ Las valoraciones deben centrarse en qué intervenciones se ajustan mejor a los objetivos asistenciales de la persona. Los profesionales sanitarios y de servicios sociales deben mostrar respeto por la autonomía de la persona y comprender que las personas tienen derecho a tomar decisiones con las que los profesionales pueden no estar de acuerdo.</li> </ul> |

### Recursos de apoyo

| RECURSO  | DESCRIPCIÓN  |
|--|--|
| <p>Behavioural Supports Ontario (BSO). Making connections: recommendations to enhance the use of personhood tools to improve person-centered care delivery across sectors. [Internet]. [place unknown]: BSO; 2018. Available from: <a href="https://brainxchange.ca/Public/Special-Pages/BSO/Files/Personhood-Tools/Making-Connections-BSO-Lived-Experience-Advisory-A.aspx">https://brainxchange.ca/Public/Special-Pages/BSO/Files/Personhood-Tools/Making-Connections-BSO-Lived-Experience-Advisory-A.aspx</a></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Recurso de Behavioural Supports Ontario.</li> <li>■ Recoge una lista de herramientas que pueden usarse para valorar la individualidad personal durante una transición asistencial.</li> </ul>   |
| <p>Comprehensive Assessment Instruments. In: inteRAI [Internet]. [place unknown]: inteRAI; [date unknown]. Available from: <a href="https://interrai.org/instrument-category/comprehensive-assessment-instruments/">https://interrai.org/instrument-category/comprehensive-assessment-instruments/</a></p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Valoraciones integrales para ayudar a los profesionales a identificar, valorar y priorizar cuestiones frecuentes de tipo físico, cognitivo y psicosocial.</li> <li>■ Las valoraciones están disponibles para cuidados agudos y rehabilitación, cuidados a adultos y personas mayores, niños y jóvenes, y salud mental.</li> <li>■ <b>Nota:</b> este recurso conlleva pago.</li> </ul> |

| RECURSO  | DESCRIPCIÓN   |
|--|---|
| <p>Health Quality Ontario (HQO). Transitions between hospital and home: care for people of all ages [Internet]. Toronto (ON): HQO; 2020. Available from: <a href="https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-transitions-between-hospital-and-home-quality-standard-en.pdf">https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-transitions-between-hospital-and-home-quality-standard-en.pdf</a></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Estándar de calidad de Health Quality Ontario.</li> <li>■ Aborda los cuidados para personas de todas las edades que afrontan una transición entre el hospital y el domicilio.</li> <li>■ Incluye un apartado detallado sobre cómo realizar una valoración integral de las necesidades de cuidados de salud y sociales de la persona.</li> </ul>  |
| <p>Inquest into the death of Bradley Chapman. Verdict of Coroner's Jury [Internet]. Office of the Chief Coroner. [place unknown]: Ministry of the Solicitor General (Ontario); 2018. Available from: <a href="https://www.toronto.ca/legdocs/mmis/2019/ec/bgrd/backgroundfile-136740.pdf">https://www.toronto.ca/legdocs/mmis/2019/ec/bgrd/backgroundfile-136740.pdf</a></p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Expone las recomendaciones del jurado tras la investigación forense de una muerte por sobredosis de opiáceos.</li> <li>■ Recomienda realizar una valoración oportuna cuando se planifique una transición desde un centro penitenciario. Véase la Recomendación 34.</li> </ul>  |
| <p>Kessler D, Provencher V, MacLeod H. The Living with Risk: Decision Support Approach Research Project [Internet]. [place unknown: publisher unknown; date unknown]. Available from: <a href="https://lwrdsa-vivreaveclesrisques.recherche.usherbrooke.ca/?lang=en">https://lwrdsa-vivreaveclesrisques.recherche.usherbrooke.ca/?lang=en</a></p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Instrumento desarrollado para ayudar a los profesionales a valorar la situación de riesgo de personas mayores asociadas a la permanencia en un centro o el retorno al domicilio tras haber estado hospitalizados.</li> <li>■ El sitio web incluye múltiples recursos, incluida una hoja de trabajo rellenable de análisis de riesgos.</li> <li>■ También disponible en francés.</li> </ul> |
| <p>National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Transition between inpatient hospital settings and community or care home settings for adults with social care needs. [Internet]. London (UK): NICE; 2015 Dec 01. Available from: <a href="https://www.nice.org.uk/guidance/ng27">https://www.nice.org.uk/guidance/ng27</a></p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Guía del National Institute for Health and Care Excellence.</li> <li>■ Contiene recomendaciones relacionadas con la valoración y la planificación de los cuidados durante las transiciones asistenciales (Recomendaciones 1.3.9 y 1.3.10).</li> </ul>  |

| RECURSO   | DESCRIPCIÓN   |
|---|---|
| <p>PATH-s is a freely accessible, evidence-based tool designed to assess caregiver's preparedness to transition stroke patients home. In: Association of Rehabilitation Nurses (ARN) [Internet]. Chicago (IL): ARN; [date unknown]. Available from: <a href="https://rehabnurse.org/advance-your-practice/practice-tools/path-s-instrument">https://rehabnurse.org/advance-your-practice/practice-tools/path-s-instrument</a></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Instrumento diseñado para valorar si el cuidador está preparado para la transición de un paciente de ictus desde un centro de rehabilitación al domicilio.</li> </ul>  |
| <p>Readiness for Hospital Discharge Scale (RHDS). In: Marquette University, College of Nursing [Internet]. Milwaukee (WI): Marquette University, College of Nursing; c2022. Available from: <a href="https://www.marquette.edu/nursing/readiness-hospital-discharge-scale.php">https://www.marquette.edu/nursing/readiness-hospital-discharge-scale.php</a></p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Herramientas diseñadas para medir el estado de preparación para retornar al domicilio desde el hospital.</li> <li>■ Existen versiones tanto para la persona que experimenta la transición como para el personal de enfermería.</li> </ul>  |
| <p>RNAO Clinical Pathways for long-term care homes. In: Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2022. Available from: <a href="https://RNAO.ca/bpg/implementation/clinicalpathways">https://RNAO.ca/bpg/implementation/clinicalpathways</a></p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Las Vías Clínicas de RNAO (RNAO Clinical Pathways™) son una versión digitalizada de las GBP de RNAO que pueden integrarse en un sistema de historia clínica electrónica para promover los cuidados basados en la evidencia y ayudar a guiar las valoraciones.</li> <li>■ Las Vías Clínicas de RNAO actualmente disponibles han sido contextualizadas para el sector de cuidados de larga duración en Ontario.</li> <li>■ <b>Nota:</b> este recurso conlleva pago.</li> </ul> |

| RECURSO  | DESCRIPCIÓN   |
|--|---|
| <p>The Family Caregiver Activation in Transitions® (FCAT®) tool. In: The Care Transitions Program® (CTP®) [Internet]. [place unknown]: CTP®; 2015. Available from: <a href="https://secureservercdn.net/72.167.242.33/253.582.myftpupload.com/wp-content/uploads/2019/09/Family-Caregiver-Activation-in-Transitions-FCAT-tool.pdf">https://secureservercdn.net/72.167.242.33/253.582.myftpupload.com/wp-content/uploads/2019/09/Family-Caregiver-Activation-in-Transitions-FCAT-tool.pdf</a></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Herramienta desarrollada para guiar al equipo interprofesional en la comprensión de la persona y la familia antes de una transición asistencial.</li> </ul>  |
| <p>Toronto Paramedic Services. In case of emergency information sheet [Internet]. Toronto (ON): Toronto Paramedic Services; 2016. Available from: <a href="https://www.toronto.ca/wp-content/uploads/2017/10/903f-ICE-Sheet2016-1.pdf">https://www.toronto.ca/wp-content/uploads/2017/10/903f-ICE-Sheet2016-1.pdf</a></p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Permite a las personas y su red de apoyo aportar detalles importantes para los paramédicos y el personal del hospital, como datos de contacto de emergencia, antecedentes clínicos relevantes, medicación, alergias, movilidad y contactos para hacerse cargo de mascotas.</li> <li>■ Disponible en distintos idiomas, como inglés, francés, chino, farsi, polaco, español y tamil.</li> </ul> |

## COLABORACIÓN INTERPROFESIONAL

### DECLARACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS 3.0:

Es una buena práctica que los miembros del equipo interprofesional colaboren para desarrollar un plan de transición que apoye las necesidades particulares de la persona y su red de apoyo.

Esta es una declaración de buenas prácticas que no requiere la aplicación del sistema GRADE (18). La colaboración interprofesional se produce cuando los profesionales sanitarios y de servicios sociales de distintos contextos asumen roles complementarios, comparten la responsabilidad en la toma de decisiones y trabajan juntos para ofrecer cuidados de alta calidad (69). Colaborar con otros miembros del equipo interprofesional es un estándar de práctica profesional (48,50,61,70). Así, la colaboración con el equipo interprofesional para desarrollar un plan de transición que apoye las necesidades particulares de las personas y su red de apoyo es buena práctica clínica. Si bien esta declaración de buenas prácticas se centra en la colaboración entre profesionales sanitarios y de servicios sociales, es esencial que el equipo interprofesional también colabore con la persona y su red de apoyo a la hora de desarrollar un plan de transición (véase la **Declaración de buenas prácticas 1.0**).

Los planes de transición son necesarios para fomentar la **continuidad asistencial**<sup>G</sup> y garantizar que se han dispuesto los servicios, apoyos y recursos necesarios para la persona que afronta la transición (71). Cuando los profesionales sanitarios y de servicios sociales se unen para compartir sus perspectivas y conocimientos profesionales, se puede crear un plan de transición más completo (72). Puede ser especialmente beneficioso contar con profesionales sanitarios y de servicios sociales de distintas disciplinas para desarrollar un plan de transición, ya que la combinación de sus conocimientos y habilidades puede ayudar a garantizar que las necesidades de la persona se abordan adecuadamente (73). Las rondas del equipo y los informes clínicos interprofesionales de alta son dos ejemplos de colaboración de los equipos interprofesionales para coordinar los cuidados (72,74).

El desarrollo efectivo de un plan de transición depende de una buena comunicación y colaboración entre el equipo interprofesional (75). La evidencia sugiere que, cuando los profesionales sanitarios y de servicios sociales no tienen claros los roles y las responsabilidades de los otros profesionales, pueden producirse tensiones para desarrollar un plan de transición (71,76). Cuando las oportunidades de interacción y toma de decisiones constructivas son limitadas, se perciben diferencias de poder y de jerarquías profesionales y no se respeta adecuadamente la experiencia de otros miembros del equipo, puede ser aún más difícil que haya colaboración (72,73,76,77). Además, cuando los miembros del equipo interprofesional transmiten información contradictoria a las personas y a su red de apoyo y no colaboran, se puede generar confusión a las personas y dar lugar a falta de confianza en el equipo (78). No obstante, se pueden implantar numerosas prácticas para promover la colaboración interprofesional cuando se desarrolla un plan de transición. Las organizaciones pueden establecer una cultura que favorezca la igualdad del valor entre los miembros del equipo implicado en la planificación de la transición (78), y los profesionales sanitarios y de servicios sociales pueden esforzarse por comunicarse de forma efectiva y demostrar confianza y respeto por los demás miembros del equipo y sus funciones (71,76). Estas prácticas promueven espacios colaborativos y seguros en los que el equipo interprofesional se siente cómodo para contribuir en las discusiones y la toma de decisiones del equipo.

## Consejos de implantación

### Consejos del panel de expertos para la implantación

- Considerar qué profesionales sanitarios y de servicios sociales deben participar en el desarrollo del plan de transición para defender mejor las necesidades de la persona y su red de apoyo:
  - Los profesionales sanitarios y de servicios sociales comprenden que las experiencias de una comunidad o una persona (como facilitadores indígenas, trabajadores para la reducción de daños o trabajadores pares con experiencia personal) pueden aportar una valiosa perspectiva durante la planificación de la transición.
  - Si la persona muestra un comportamiento reactivo asociado con demencia, salud mental compleja, consumo de sustancias o situaciones neurológicas, la implicación de los profesionales sanitarios y de servicios sociales adecuados para desarrollar un plan de cuidados puede ayudar a reducir la incidencia de comportamientos reactivos durante la transición asistencial.
- Cada miembro del equipo interprofesional debe ser consciente de su papel en el desarrollo del plan de transición.
- Resulta beneficioso contar con un profesional de servicios sanitarios o sociales para liderar el equipo y coordinar los cuidados.
- Las poblaciones infraatendidas pueden afrontar desafíos tales como barreras lingüísticas, alfabetización o racismo sistémico a la hora de participar en la toma de decisiones. La colaboración interprofesional (aplicando un enfoque asistencial culturalmente seguro e informado sobre el trauma) debe ser el estándar para dar apoyo a las poblaciones infraatendidas para que expresen y gestionen sus necesidades asistenciales. A la hora de elaborar el plan de transición, debe hacerse especial hincapié en proporcionar apoyo psicosocial y pragmático.
- Como parte del desarrollo de un plan de transición, los profesionales deben colaborar para garantizar que hay implantado un sistema "sin fallos" de modo que las personas puedan cubrir sus necesidades básicas, como vivienda, medicamentos y alimentación, así como conocimiento sobre los servicios sociales a nivel local en su zona y cómo acceder a los mismos.
- Los planes de transición deben basarse en valoraciones que identifiquen las necesidades asistenciales actuales y en evolución de las personas, lo que incluiría, pero sin limitarse a: información sobre alergias, medidas en situación de resucitación, medicamentos, pruebas diagnósticas, resultados de laboratorio y peticiones especiales de las personas y/o su red de apoyo. Para más información sobre qué factores deben considerarse cuando se desarrolla un plan de transición, véase la **Declaración de buenas prácticas 2.0**.
- El desarrollo de un plan de transición también requiere que los profesionales sanitarios y de servicios sociales del entorno de partida y de llegada colaboren, y que comprendan los recursos disponibles en cada entorno. Para más información sobre el desarrollo de un enfoque interprofesional intersectorial para dar apoyo a un plan de transición, véase la **Recomendación 3.1**.
- Se debe proporcionar educación a los profesionales de servicios sociales y sanitarios y a los estudiantes para que desarrollen las habilidades necesarias para una coordinación efectiva durante las transiciones asistenciales. La educación debe incluir contenidos sobre las funciones del equipo, la comunicación interprofesional y el proceso de elaboración de un plan de transición para garantizar que se incorporan las aportaciones de cada profesión.

**Tabla 6: Consejos de implantación desde la evidencia****DETALLES EXTRAÍDOS DE LA EVIDENCIA**

Los estudios recogidos a continuación describen ejemplos de equipos interprofesionales que colaboran para desarrollar un plan de transición. Se han identificado mediante una revisión de la literatura sobre el tema.

**Baldwin et al., 2018**

- Los participantes fueron recibidos en una clínica interprofesional postalta afiliada a un hospital.
- El equipo interprofesional se componía de una enfermera de práctica avanzada, un farmacéutico clínico, una enfermera gestora de casos y un trabajador social.
- El equipo discutió la reciente hospitalización, revisó los resultados de laboratorio y de imagen y desarrolló un plan de cuidados individualizado. Realizaron solicitudes de equipamiento sanitario, coordinaron derivaciones y citas con especialistas, revisaron la medicación y realizaron una valoración psicosocial. El trabajador social facilitó a las personas recursos sobre apoyo al cuidador, estancias de larga duración, ayuda económica, servicios de transporte y ayuda para las comidas, según fuera necesario (79).

**Otsuka et al., 2019**

- Los participantes fueron atendidos en una clínica interprofesional de cuidados postagudos de un gran centro sanitario universitario.
- El equipo interprofesional se componía de una enfermera (universitaria), un auxiliar médico, un farmacéutico clínico, un médico residente, un médico adjunto y un trabajador social que se reunieron con cada participante para realizar una reconciliación de la medicación, desarrollar un plan para optimizar la gestión de la medicación, establecer derivaciones y gestionar servicios y seguimiento (74).

**Reidt et al., 2016**

- Los participantes pasaban de un centro de rehabilitación de corta estancia al domicilio.
- El modelo implicaba la participación de un geriatra, una enfermera de práctica avanzada y un farmacéutico que atendían a la persona en el centro de rehabilitación.
- Antes de la transición, el farmacéutico revisó la medicación y colaboró con la enfermera de práctica avanzada para determinar el régimen de medicación. El farmacéutico hizo seguimiento con el participante en su domicilio o telefónicamente al cabo de una semana de la transición, centrándose en revisar la medicación y valorando la adherencia. La enfermera recomendó que el farmacéutico se ocupara de algunos aspectos durante el seguimiento, como la vigilancia de los efectos secundarios específicos de la medicación y el recordatorio de las citas de seguimiento (80).

## Recursos de apoyo

| RECURSO  | DESCRIPCIÓN  |
|--|--|
| <p>Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Care transitions from hospital to home: IDEAL discharge planning implementation handbook. Rockville (MD): AHRQ; 2017. Available from: <a href="https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/systems/hospital/engagingfamilies/strategy4/Strat4_Implement_Hndbook_508_v2.pdf">https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/systems/hospital/engagingfamilies/strategy4/Strat4_Implement_Hndbook_508_v2.pdf</a></p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un conjunto de herramientas de implantación que destaca elementos clave necesarios para implicar a las personas y su red de apoyo en el proceso de alta para garantizar la transmisión exitosa de la información.</li> </ul>  |
| <p>Interprofessional Education Collaborative (IPEC). Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update [Internet]. Washington (DC): IPEC; 2016. Available from: <a href="https://ipec.memberclicks.net/assets/2016-Update.pdf">https://ipec.memberclicks.net/assets/2016-Update.pdf</a></p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Describe las cuatro competencias básicas de la práctica colaborativa interprofesional de la Interprofessional Education Collaborative (IPEC) que pueden utilizarse para orientar el desarrollo de planes de estudios en las facultades de ciencias de la salud.</li> </ul>  |
| <p>Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Developing and sustaining interprofessional health care: optimizing patients/clients, organizational and system outcomes. Toronto (ON): RNAO; 2013. Available from: <a href="https://RNAO.ca/sites/rnao-ca/files/DevelopingAndSustainingBPG.pdf">https://RNAO.ca/sites/rnao-ca/files/DevelopingAndSustainingBPG.pdf</a></p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Guía de buenas prácticas de RNAO.</li> <li>■ Recoge recomendaciones de buenas prácticas a nivel de sistema, de organización e individual, para desarrollar y mantener la colaboración interprofesional en la atención sanitaria.</li> </ul>   |
| <p>TeamSTEPPS Canada Essentials Course. In: Healthcare Excellence Canada (HEC). [Internet]. Ottawa (ON): HEC; 2023. Available from: <a href="https://www.healthcareexcellence.ca/en/what-we-do/all-programs/teamstepps-canada-essentials-course/">https://www.healthcareexcellence.ca/en/what-we-do/all-programs/teamstepps-canada-essentials-course/</a></p> <p>Pocket Guide: TeamSTEPPS. Team Strategies &amp; Tools to Enhance Performance and Patient Safety. In: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). [Internet]. Rockville (MD): AHRQ; [created January 2014; revised January 2020]. Available from: <a href="https://www.ahrq.gov/teamstepps/instructor/essentials/pocketguide.html">https://www.ahrq.gov/teamstepps/instructor/essentials/pocketguide.html</a></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ TeamSTEPPS es un marco basado en la evidencia que optimiza la comunicación y la colaboración del equipo a través del sistema sanitario.</li> <li>■ Healthcare Excellence Canada es el líder educativo de TeamSTEPPS Canada. El curso básico de TeamSTEPPS Canada es un curso en línea gratuito de 20 minutos.</li> <li>■ La guía de bolsillo de ARHQ contiene estrategias y herramientas para mejorar el rendimiento y la seguridad.</li> </ul> |

| RECURSO  | DESCRIPCIÓN   |
|--|---|
| <p>My Transitional Care Plan®: Tool Download &amp; Permissions. In: Behavioural Supports Ontario (BSO) [Internet]. [place unknown]: BSO Collaborative; [date unknown]. Available from: <a href="https://brainxchange.ca/Public/Special-Pages/BSO/Clinical-Tools-and-Resources/My-Transitional-Care-Plan/My-Transitional-Care-Plan%C2%A9-Tool-Download-Permis">https://brainxchange.ca/Public/Special-Pages/BSO/Clinical-Tools-and-Resources/My-Transitional-Care-Plan/My-Transitional-Care-Plan%C2%A9-Tool-Download-Permis</a></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ My Transitional Care Plan® resume información para facilitar la transición exitosa de personas mayores que presentan o tienen riesgo de presentar comportamientos reactivos o situaciones de salud mental complejas, por consumo de sustancias o trastornos psicológicos.</li> <li>■ Véase el <b>Anexo H</b> para consultar una plantilla. El formulario también puede generarse dentro de un sistema de registros clínicos electrónicos.</li> </ul> |



**RECOMENDACIÓN 3.1:**

El panel de expertos sugiere que las organizaciones sanitarias y de servicios sociales colaboren para implantar un enfoque interprofesional intersectorial para dar apoyo a las personas que afrontan transiciones asistenciales.

**Fuerza de la Recomendación:** Condicional

**Certeza de la evidencia de los efectos:** Muy baja

**Discusión de la evidencia:****Beneficios y daños**

Para los propósitos de esta GBP, un enfoque interprofesional intersectorial se refiere a un enfoque colaborativo en el que dos o más profesionales sanitarios o de servicios sociales de distintas disciplinas y distintos sectores trabajan juntos formalmente para garantizar que las personas y su red de apoyo experimenten una transición asistencial segura. Los estudios se centraron en la colaboración entre profesionales que dan apoyo a adultos en transición del hospital al domicilio (81–84) o del hospital a un centro de rehabilitación (85,86), en comparación con la atención estándar. La atención estándar incluía el alta al domicilio o a un centro de rehabilitación con un resumen del alta y una cita de seguimiento programada con un profesional de atención primaria o especialista (81) y/o la falta de comunicación formal y seguimiento entre profesionales de distintos sectores (82-86).

Los miembros del equipo interprofesional implicados en un enfoque intersectorial para dar apoyo a las personas que afrontan una transición fueron diversos en los distintos estudios. Los miembros del equipo interprofesional podían ser, entre otros: enfermeras, trabajadores sociales, farmacéuticos, médicos de familia, psicólogos, rehabilitadores y fisioterapeutas (81–86). Los tipos de enfoque interprofesional intersectorial formal también variaron entre estudios. Algunos ejemplos fueron: sesiones de videoconferencia a las que asistieron los profesionales tanto del centro hospitalario como de rehabilitación para discutir un plan de cuidados para las personas que afrontan la transición (86); y un programa en el que una enfermera de práctica avanzada valoró a las personas antes del alta hospitalaria y después del alta en un centro de rehabilitación, y después discutió la valoración directamente con el personal de rehabilitación (85). Para más detalles sobre los tipos de enfoque interprofesional intersectorial formal que se estudiaron, véanse los "Consejos de implantación" a continuación.

La evidencia sugiere que los enfoques interprofesionales intersectoriales formales pueden incrementar las visitas de seguimiento con un profesional sanitario o de servicios sociales (81), y que pueden reducir las tasas de reingreso en los 30 días siguientes al alta del hospital (81–86). Un estudio refirió más visitas a consultas externas de especialistas en el grupo de intervención, que recibió atención de transición a través de una unidad de práctica integrada (81). De los seis estudios que hicieron referencia a las tasas de reingreso (81-86), cuatro refirieron menores tasas de reingreso (81,82,84,86), uno informó de un ligero aumento en las tasas de reingreso (85), y un estudio señaló que no hubo diferencias importantes cuando se aplicó un enfoque interprofesional intersectorial formal para dar apoyo a las personas durante las transiciones asistenciales (83). Dos estudios valoraron el efecto de enfoques interprofesionales intersectoriales formales en las visitas a urgencias en los 30 días siguientes al alta hospitalaria (81,84). No obstante, hubo algunas inconsistencias en los resultados: un estudio refirió una reducción del 40% en visitas a urgencias en el grupo de intervención en comparación con el grupo de control (81), y un estudio refirió que no hubo diferencias importantes (84).

El panel de expertos señaló que la calidad de vida y la satisfacción del paciente eran resultados críticos en los que deberían centrarse las revisiones sistemáticas; sin embargo, hubo falta de evidencia directa relacionada con estos resultados. En consecuencia, estos resultados se midieron mediante una encuesta que recogía sistemáticamente las experiencias y observaciones del panel de expertos en relación con los enfoques intersectoriales interprofesionales formales que se estaban aplicando para apoyar a las personas durante las transiciones asistenciales. Se cotejaron los datos de la encuesta que recogía las observaciones sistemáticas y se evaluó su calidad. Trece de los 20 miembros del panel de expertos respondieron a la encuesta, la mayoría de los cuales refirieron observaciones de sus experiencias trabajando en hospitales en los que existía un proceso formal para dar apoyo a las transiciones asistenciales. Respecto al impacto de los enfoques interprofesionales intersectoriales formales en cuanto a la calidad de vida del paciente, nueve miembros del panel de expertos (69,2 %) refirieron que los enfoques interprofesionales intersectoriales formales mejoran la calidad de vida del paciente, dos miembros del panel de expertos (15,4 %) refirieron que no hubo cambios en la calidad de vida y un miembro del panel de expertos (7,7 %) refirió una reducción de la calidad de vida. Un miembro del panel de expertos (7,7 %) no pudo ofrecer información sobre este resultado.

En cuanto a los efectos de los enfoques interprofesionales intersectoriales formales en la satisfacción del paciente, ocho miembros del panel de expertos (61,6 %) refirieron que los enfoques interprofesionales intersectoriales formales mejoran la satisfacción del paciente y dos miembros del panel de expertos (15,4 %) refirieron una reducción de la satisfacción del paciente. Tres miembros de panel de expertos (23,1 %) no pudieron ofrecer información sobre este resultado.

En la evidencia, no se refirieron daños derivados del uso de un enfoque interprofesional intersectorial formal ni fueron señalados por el panel de expertos.

La evidencia era de una certeza muy baja debido a las limitaciones en cómo se habían realizado los estudios, inconsistencias en el uso de instrumentos de medida y resultados de estudios, y al pequeño número de participantes o a los escasos eventos.

Para información más detallada sobre el impacto de los resultados prioritarios de enfoques interprofesionales intersectoriales implantados para dar apoyo a las personas durante las transiciones asistenciales, véanse los [perfiles de evidencia](#).

## Valores y preferencias

### De la evidencia de la revisión sistemática

No se ha identificado evidencia en la revisión sistemática que valorase directamente los valores y las preferencias de las personas con respecto a enfoques interprofesionales intersectoriales aplicados durante las transiciones asistenciales.

### Del panel de expertos (observación sistemática)

Los miembros del panel de expertos refirieron que las personas daban valor al uso de enfoques interprofesionales intersectoriales formales durante las transiciones asistenciales, ya que estos enfoques podían:

- garantizar la continuidad asistencial y la coordinación de los cuidados;
- aumentar la seguridad y reducir los errores de medicación, los errores de comunicación y los reingresos;
- fomentar la implicación de la persona y la familia en las actividades habituales de cuidados y toma de decisiones; y
- dar a las personas una sensación de seguridad y confianza en el sistema de salud.

## Equidad en salud

### De la evidencia de la revisión sistemática

En la revisión sistemática no se ha identificado evidencia que valore directamente el impacto de enfoques interprofesionales intersectoriales formales en la equidad en salud.

### Del panel de expertos (observación sistemática)

Algunos expertos del panel subrayaron que los enfoques interprofesionales intersectoriales formales deben ser la norma y no la excepción durante las transiciones asistenciales, especialmente en poblaciones infraatendidas. Si la comunicación entre los profesionales sanitarios y de servicios sociales se descompone y no se comparte información adecuadamente durante las transiciones entre los distintos entornos, pueden derivarse daños significativos, especialmente para personas que no cuentan con vivienda adecuada, personas mayores, personas con dificultades cognitivas o con dificultades de salud mental, o quienes consumen sustancias, o personas que afrontan racismo histórico y sistémico, como los pueblos indígenas. Un miembro del panel de expertos señaló que los equipos interprofesionales deben colaborar para dar apoyo psicosocial y pragmático a las poblaciones infraatendidas durante una transición, junto con la información de contacto de uno de los miembros del equipo interprofesional, para que la persona y su red de apoyo puedan ponerse en contacto en caso de tener alguna duda o dificultad después de una transición asistencial.

### Justificación de la recomendación por el panel de expertos

El panel de expertos señaló que la aplicación de un enfoque intersectorial interprofesional formal para apoyar las transiciones asistenciales puede reportar beneficios, como un aumento de las visitas de seguimiento con profesionales de servicios sanitarios o sociales, una mayor satisfacción de los pacientes, una mejora de la calidad de vida y una reducción de los reingresos hospitalarios en los 30 días siguientes a una transición. No se refirieron daños en la literatura. Sin embargo, la certeza de esta evidencia fue muy baja; por lo tanto, el panel de expertos determinó que la fuerza de la recomendación era condicional.

## Consejos de implantación

### Consejos del panel de expertos para la implantación

- Aunque la evidencia se centró en un enfoque intersectorial interprofesional formal para apoyar las transiciones del hospital al domicilio o del hospital a rehabilitación, el panel de expertos hizo hincapié en que esta recomendación debería incluir todos los entornos en los que las personas y su red de apoyo se enfrentan a una transición asistencial.
- Las organizaciones sanitarias y de servicios sociales deben asegurarse de que los profesionales conocen quién forma parte del equipo interprofesional y cuáles son sus respectivos roles y responsabilidades; con ello, se ayuda a garantizar que hay una vía de comunicación clara entre todos los miembros implicados.
- Resulta beneficioso contar con un profesional de servicios sanitarios o sociales para liderar el equipo y coordinar los cuidados. Esta colaboración tiene el potencial de hacer que la comunicación y la transferencia de la información sean efectivas, reducir la duplicación de servicios y, en última instancia, garantizar una transición fluida para las personas y su red de apoyo. Para ello, es útil que la persona designada como líder trabaje dentro de la organización en la que la persona tendrá la mayor participación (p. ej., atención domiciliaria o cuidados de larga duración).
- Es beneficioso que los profesionales de ambos entornos (es decir, el entorno desde el que la persona está haciendo la transición y el nuevo entorno) se comuniquen directamente por teléfono o videoconferencia para discutir el

plan de cuidados y asegurarse de que se entienden las necesidades de cuidados de la persona. Esto es especialmente importante para las personas con necesidades complejas. Por ejemplo, cuando las personas pasan de un hospital a un centro de cuidados de larga duración, es beneficioso que el profesional más responsable del hospital (es decir, un médico o enfermera de práctica avanzada) se comunique directamente con el médico o enfermera del centro de larga duración.

- Las personas deben ser conscientes de que los miembros del equipo interprofesional (por quienes la persona ha consentido recibir tratamiento) discutirán conjuntamente su cuidado, lo que significa que se compartirá información con el equipo interprofesional receptor como parte del plan de transición.
- Las organizaciones de servicios sanitarios y sociales deben establecer sistemas para comunicar la información pertinente sobre la persona y/o su red de apoyo durante las transiciones asistenciales para cumplir con todos los requisitos de privacidad y seguridad y los requisitos reglamentarios legales.
- Las organizaciones de servicios sanitarios y sociales deben emplear herramientas de documentación y estrategias de comunicación estandarizadas para el intercambio claro y oportuno de información relativa a la persona y su red de apoyo antes, durante y después de una transición asistencial.
- Para garantizar la calidad y seguridad de las transiciones, las organizaciones deben establecer que las transiciones asistenciales son una prioridad, de forma que se puedan desarrollar enfoques para todo el sistema y se fomente el desarrollo de procesos mejorados y vías asistenciales.

**Tabla 7: Consejos de implantación desde la evidencia**

#### DETALLES EXTRAÍDOS DE LA EVIDENCIA

Los tipos de enfoque interprofesional intersectorial formal implantados para dar soporte a las personas durante las transiciones asistenciales variaron según los estudios.

##### **Enzinger et al., 2021**

- En el estudio, los participantes hacían la transición de una unidad de agudos de un hospital a su domicilio.
- El especialista del hospital se puso en contacto telefónico con el médico de atención primaria de la persona en las 72 horas previas al alta, realizando un máximo de tres intentos de llamada. Durante la llamada, los profesionales sanitarios discutieron la razón y la duración de la hospitalización, la atención médica prestada, los cambios en la medicación, consideraciones de asistencia social relevantes, fecha de alta y toda la información necesaria para realizar seguimiento tras la transición (83).

## DETALLES EXTRAÍDOS DE LA EVIDENCIA

**Krol et al., 2019**

- El programa HOPE (Health Optimization Program for Elders) de optimización de la salud está destinado a personas mayores en situación de alto riesgo que afrontan una transición desde el hospital a un centro de rehabilitación.
- El equipo HOPE en el hospital incluía una enfermera de práctica avanzada (que lidera el programa), un geriatra, especialistas del hospital, residentes de geriatría, supervisoras de enfermería, gestores de casos, representantes de la dirección del hospital y un responsable administrativo.
- El equipo de rehabilitación comprendía personal de enfermería, profesionales médicos, rehabilitadores, trabajadores sociales y coordinadores de transporte.
- El tipo de apoyo prestado incluía una consulta única con el paciente hospitalizado por parte del equipo HOPE y una evaluación aproximadamente 72 horas después de la transición por parte de la enfermera de práctica avanzada, que se comunicaba con el personal de rehabilitación por teléfono o en persona sobre la estancia de la persona en el hospital, la medicación, los progresos de la rehabilitación, las citas de seguimiento ambulatorias y los objetivos de la atención (85).

**Low et al., 2017**

- Los participantes en el grupo de intervención recibieron atención para la transición antes del alta a través de una unidad de práctica integrada, que comprendía un equipo de atención hospitalaria y un equipo de sala virtual ambulatoria.
- El equipo de atención hospitalaria incluía al médico de familia, un médico, una enfermera gestora de casos, un farmacéutico y un trabajador social.
- El equipo de sala virtual ambulatoria incluía al médico de familia a cargo, dos enfermeras gestoras de caso y un trabajador social. En el momento de la transición, se asignaron los cuidados al equipo de sala virtual ambulatoria.
- Los apoyos ofrecidos por el equipo hospitalario consistieron en: planificación del alta; reconciliación de la medicación; preparación para el automanejo; seguimiento programado; intercambio de información con la enfermera de la sala virtual.
- El equipo de sala virtual ambulatoria monitorizó a las personas durante tres meses y realizó una revisión telefónica en las 72 horas siguientes a la transición, una valoración domiciliaria y revisiones telefónicas regularmente para identificar complicaciones de forma temprana (81).

**Moore et al., 2017**

- Las sesiones de videoconferencia ECHO-CT (Extension for Community Healthcare Outcomes Care Transitions) para ampliar los resultados de la asistencia sanitaria comunitaria se centran en personas mayores que realizan una transición del hospital a un centro de rehabilitación.
- El equipo hospitalario incluía un farmacéutico, un trabajador social, un médico facilitador y un gestor de proyecto.
- El personal del centro de rehabilitación incluía enfermeras, médicos y (ocasionalmente) fisioterapeutas y profesionales en formación.
- Las videoconferencias ECHO-CT se realizaban semanalmente, con duración de 1,5 horas, y consistían en discusiones individuales y privadas de 15 minutos entre el equipo del hospital y el del centro de rehabilitación mediante tecnología de comunicación segura por vídeo.
- En las videoconferencias se abordaban temas como la estancia de la persona en el hospital, su situación clínica actual, medicación y preocupaciones/cuestiones relativas a su plan de cuidados (86).

## DETALLES EXTRAÍDOS DE LA EVIDENCIA

### Paolini et al., 2022

- La intervención CaRED (Careggi Re-Engineered Discharge) para el alta está diseñada para dar apoyo a los adultos en transición al domicilio desde una unidad médica de alta complejidad en un hospital universitario.
- CaRED es un protocolo de alta reestructurado que implica comunicación directa entre los hospitales y los médicos de familia en atención primaria.
- Los médicos de familia recibieron un correo electrónico en el que se les informaba que uno de sus pacientes estaba hospitalizado. Dicho correo autorizaba al médico de familia a acceder a la historia clínica del paciente en el hospital a lo largo de toda la hospitalización. Los médicos de familia también podían contactar y discutir datos de salud y decisiones sanitarias con el personal del hospital. En el momento del alta, los médicos de familia recibían una notificación del alta, avisándoles directamente del alta (84).

### Schubert et al., 2016

- El modelo GRACE (Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders) de recursos geriátricos para la valoración y el cuidado de personas mayores es una intervención para veteranos a partir de 65 años que realizan la transición al domicilio tras una hospitalización.
- Una enfermera de práctica avanzada y un trabajador social (el equipo GRACE) realizaban la valoración en el domicilio una semana después del alta hospitalaria. El objetivo de la visita era identificar inquietudes tras el alta con relación a la medicación, las citas de seguimiento, etc.
- El equipo GRACE contactaba entonces con otros miembros del equipo, es decir, el panel interdisciplinar GRACE (compuesto por un geriatra, un farmacéutico y un psicólogo o especialista en salud mental) para poner en común los resultados de la valoración y elaborar un plan de cuidados detallado. El equipo GRACE contactaba a continuación con la persona y su profesional sanitario de atención primaria para revisar, modificar e implantar el plan de cuidados para garantizar que fuera coherente con los objetivos y las preferencias de la persona.
- Una vez finalizado el plan, el equipo GRACE realizaba visitas domiciliarias de seguimiento cada mes, o según fuera necesario, para dar continuidad a su participación en el cuidado de la persona veterana (presencialmente o por teléfono) (82).

## Recursos de apoyo

| RECURSO   | DESCRIPCIÓN   |
|---|---|
| <p>Provincial Geriatrics Leadership Ontario (PGLO). Designing integrated care for older adults living with complex and chronic health needs: a scoping review. [place unknown]: PGLO; 2020. Available from: <a href="https://rgps.on.ca/wp-content/uploads/2020/11/PGLO-Scoping-Review-FINAL.pdf">https://rgps.on.ca/wp-content/uploads/2020/11/PGLO-Scoping-Review-FINAL.pdf</a></p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Bibliografía que examina los elementos de diseño para ayudar a planificadores, legisladores, líderes sanitarios y clínicos a diseñar maneras de integrar sistemas asistenciales para personas mayores con situaciones de salud complejas.</li> </ul>   |
| <p>Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Developing and sustaining interprofessional health care: optimizing patients/clients, organizational and system outcomes. Toronto (ON): RNAO; 2013. Available from: <a href="https://RNAO.ca/sites/rnao-ca/files/DevelopingAndSustainingBPG.pdf">https://RNAO.ca/sites/rnao-ca/files/DevelopingAndSustainingBPG.pdf</a></p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Guía de buenas prácticas de RNAO.</li> <li>■ Recoge recomendaciones de buenas prácticas para el sistema, la organización y los profesionales, para desarrollar y mantener la colaboración interprofesional en la prestación de los cuidados.</li> </ul>  |
| <p>SBAR Tool: Situation-Background-Assessment-Recommendation. In: Institute for Healthcare Improvement (IHI) [Internet]. Boston (MA): IHI; 2013. Available from: <a href="https://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/sbartoolkit.aspx">https://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/sbartoolkit.aspx</a></p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ SBAR (Situación-Antecedentes-Evaluación-Recomendación) es una herramienta que ofrece un marco para las conversaciones sobre el estado de una persona entre los miembros del equipo interprofesional.</li> <li>■ Fomenta el intercambio de información de forma clara y concisa.</li> </ul>   |
| <p>TeamSTEPPS Canada Essentials Course. In: Healthcare Excellence Canada (HEC). [Internet]. Ottawa (ON): HEC; 2023. Available from: <a href="https://www.healthcareexcellence.ca/en/what-we-do/all-programs/teamstepps-canada-essentials-course/">https://www.healthcareexcellence.ca/en/what-we-do/all-programs/teamstepps-canada-essentials-course/</a></p> <p>Pocket Guide: TeamSTEPPS. Team Strategies &amp; Tools to Enhance Performance and Patient Safety. In: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) [Internet]. Rockville (MD): AHRQ; [created January 2014; revised January 2020]. Available from: <a href="https://www.ahrq.gov/teamstepps/instructor/essentials/pocketguide.html">https://www.ahrq.gov/teamstepps/instructor/essentials/pocketguide.html</a></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ TeamSTEPPS es un marco de trabajo basado en la evidencia que optimiza la comunicación y la colaboración del equipo en el sistema de salud.</li> <li>■ Healthcare Excellence Canada es el líder educativo de TeamSTEPPS Canada. El curso básico de TeamSTEPPS Canada es una formación gratuita en línea de 20 minutos de duración.</li> <li>■ La guía de bolsillo de ARHQ contiene estrategias y herramientas para mejorar el rendimiento del equipo y la seguridad.</li> </ul> |

## REVISIÓN DEL HISTORIAL DE MEDICACIÓN

### DECLARACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS 4.0:

Para garantizar la seguridad de la medicación, es una buena práctica que los profesionales sanitarios realicen en colaboración con la persona que afronta la transición y su red de apoyo:

- obtener la mejor historia de medicación posible; y
- realizar una reconciliación de la medicación en todos los puntos de la transición.

Esta es una declaración de buenas prácticas que no requiere la aplicación del sistema GRADE (18). Las transiciones asistenciales incluyen la transferencia de la información y los cuidados de la persona a través de distintos entornos, pasando por varios profesionales sanitarios y de servicios sociales y distintos equipos interprofesionales (8,87). Durante estas transiciones, es frecuente que haya interrupciones en la medicación, o que se ajuste o se añadan nuevas prescripciones. Los procesos de comunicación y cuidados pueden interrumpirse en distintos puntos durante una transición asistencial, dando como resultado discrepancias o errores de medicación no intencionados (88). Así, la seguridad en la medicación es un estándar de práctica profesional (89) y una buena práctica clínica para los profesionales sanitarios que colaboran con las personas y su red de apoyo para implantar estrategias que garanticen la seguridad en la medicación durante las transiciones asistenciales.

Los tipos habituales de discrepancias en la medicación que se producen durante las transiciones asistenciales incluyen la omisión de medicación, los errores de prescripción y la falta de comunicación de los cambios de medicación (88). Si bien es difícil estimar la prevalencia de las discrepancias en la medicación durante las transiciones asistenciales dada la variedad de métodos para definir y clasificar las discrepancias, una revisión Cochrane de 2018 refirió que 559 de un total de 1.000 personas estaban en riesgo de tener una o más discrepancias durante una transición asistencial (88,90). Una cantidad considerable de discrepancias tiene como resultado un **daño derivado de la medicación**<sup>G</sup>, incluido un efecto adverso evitable de un medicamento (p. ej., daño por un error de medicación) o un evento adverso no evitable de un medicamento (p. ej., una reacción adversa) (88). Health Quality Ontario refiere que las siguientes poblaciones en Ontario tienen un mayor riesgo de experimentar un daño relacionado con medicamentos: niños y jóvenes; personas mayores; personas que toman múltiples medicamentos (polifarmacia); personas con problemas de salud mental; personas con demencia o deterioro cognitivo leve; personas cuyo primer idioma no es el inglés; personas con baja alfabetización o baja alfabetización sanitaria; personas con discapacidades; personas con un estatus socioeconómico bajo; y quienes no tienen los medicamentos incluidos en su seguro (91).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), las siguientes estrategias clave pueden ayudar a mejorar la seguridad en la medicación en las transiciones asistenciales (88):

1. Implantar un proceso estructurado de reconciliación de la medicación en cada fase de la transición:
  - a) Conseguir la **mejor historia posible de medicación**<sup>G</sup> (BPMH, por sus siglas en inglés) que incluya una entrevista con la persona o un miembro de su red de apoyo, y verificar la historia de medicación con al menos otra fuente de información fiable para reunir una lista completa y precisa de medicamentos empleados en el momento de la transición. Para una lista de preguntas que pueden plantear los profesionales sanitarios al realizar la mejor historia de medicación posible, véase el [Anexo I](#).
  - b) Reconciliar y actualizar la lista de medicación, lo que incluye comparar la mejor historia de medicación posible con los medicamentos prescritos y resolver las posibles discrepancias, documentando los cambios y actualizando

la lista de medicamentos. Esta reconciliación se hace en colaboración con las personas para garantizar que la transferencia de la información sobre medicación sea completa y rigurosa en cada fase de la transición.

- c) Comunicar la lista actual de medicamentos y las razones de cualquier cambio de medicación a la persona, su red de apoyo y los profesionales sanitarios a quienes se va a transferir su cuidado (88).

Se puede consultar un formulario de ejemplo de reconciliación de la medicación para profesionales sanitarios en el **Anexo J**.

2. Colaborar con las personas y su red de apoyo para garantizar que las personas puedan gestionar su medicación con seguridad, lo que supone entender qué hacen sus medicamentos prescritos y cómo se debe tomar cada uno de ellos.

La alfabetización y el conocimiento de la medicación son cruciales para evitar daños derivados de la medicación y mejorar la seguridad farmacológica durante las transiciones asistenciales. Es deseable que colaboren las personas, su red de apoyo y los profesionales sanitarios para informar y capacitar a las personas para autogestionar los medicamentos y mejorar los resultados de salud y la seguridad. Es importante proporcionar a las personas información sobre sus medicamentos y sobre cómo utilizarlos de forma segura; para ello, puede ser útil distribuir folletos informativos y ofrecer asesoramiento. La seguridad de la medicación también puede mejorarse proporcionando instrucciones sobre la medicación, atención de seguimiento tras la transición y un número de contacto al que las personas puedan llamar cuando tengan preguntas o problemas relacionados con su medicación (88).

Se puede consultar una lista de preguntas que la persona debería preguntar acerca de sus medicamentos antes de una transición en el **Anexo K** y el **Anexo L**.

3. Ofrecer un incremento en la ayuda a las personas que presentan alto riesgo de daño relacionado con medicamentos antes y después de la transición asistencial.
4. Mejorar la calidad y la disponibilidad de la información sobre medicamentos durante las transiciones asistenciales.

Es importante identificar las fuentes de información más fiables para verificar las historias de medicación en el momento de la transición asistencial. Para que el paciente conozca y comprenda mejor la lista de sus medicamentos, es útil que disponga de una lista de medicación. Puede estar en formato de papel (p. ej., una tarjeta de medicación o un pasaporte de medicamentos) o electrónico (p. ej., una aplicación móvil) para ayudar a las personas a llevar un seguimiento de sus medicaciones y compartir información con los profesionales sanitarios cuando sea necesario (88).

## Consejos de implantación

### Consejos del panel de expertos para la implantación

- La mejor historia de medicación posible debe completarse antes de que se produzca la reconciliación de la medicación. En lo posible, es útil que dicha historia se complete antes de la transición asistencial, ya que de esta manera la reconciliación de la medicación puede hacerse más fácil y rápidamente tras la transición. Si no es viable obtener la mejor historia de medicación posible antes de una transición, se debe realizar después de la transición asistencial antes de que se produzca la reconciliación de la medicación.
- Cuando se recopila la mejor historia de medicación posible con la persona y su red de apoyo, no se debe usar jerga médica. La historia de medicación debe incluir medicamentos prescritos, medicamentos sin receta, suplementos de herbolario u otros productos sanitarios, colirios y cremas tópicas. La atención culturalmente segura implica reconocer las medicinas tradicionales que pueden usarse con propósitos medicinales, espirituales, sagrados y ceremoniales para promover la curación.

- Los profesionales sanitarios que obtienen la historia clínica y se encargan de la reconciliación de la medicación debe tener muy en cuenta las interacciones, los efectos secundarios y las contraindicaciones de nuevos medicamentos antes de prescribirlos. Esto resulta especialmente importante para personas con situaciones de salud crónicas o complejas.
- La reconciliación de la medicación es una responsabilidad compartida de los profesionales sanitarios en colaboración con las personas y su red de apoyo en todos los entornos en los que se producen transiciones asistenciales.
- Es esencial que las personas y su red de apoyo estén informados y reciban material impreso sobre los cambios hechos en su medicación y por qué se han hecho dichos cambios. Si no se entienden los cambios en la medicación, puede producirse una situación de polifarmacia y que las personas sigan tomando medicamentos que ya no son necesarios o medicación cuya dosis ha cambiado tras la transición. En el entorno que recibe al paciente, es importante que las personas tengan acceso a un farmacéutico que pueda responder a sus preguntas sobre la medicación.
- Cuando se produce una transición, se debe enviar a los profesionales del entorno de llegada un informe en el que se enumeren los medicamentos actuales y pasados, notificándoles los cambios realizados en la medicación de la persona. En lo posible, este informe debe transmitirse por vía electrónica. Cuando las personas pasen de un hospital a un centro de cuidados de larga duración, es conveniente que el profesional responsable del hospital (esto es, el médico o la enfermera de práctica avanzada) comunique esta información directamente al médico o la enfermera de práctica avanzada en el centro de cuidados de larga duración.
- Los profesionales sanitarios deben tener en cuenta si las personas pueden acceder y permitirse la medicación prescrita y el equipamiento (p. ej., insulina y jeringas), y si los medicamentos quedan cubiertos por programas de fármacos a nivel local, provincial o nacional. Los profesionales sanitarios deben ser conscientes de que ciertos medicamentos solo se cubren en determinados entornos (p. ej., el programa The Ontario Drug Benefit cubre determinados medicamentos en hospital, pero no en centros de larga duración).
- Los profesionales sanitarios también deben valorar:
  - Si las personas tienen la capacidad de seguir las instrucciones (p. ej., alguien está presente para recordarles que deben tomar la medicación, en caso necesario).
  - Si las personas son capaces de cumplir regímenes farmacológicos específicos basados en su estilo de vida, preferencias y demás.
  - Si las personas comprenden o no los cambios realizados en su medicación. Esto incluye entender qué hace el medicamento y cómo debe tomarse.
- Una vez que se ha realizado una reconciliación de la medicación, también puede realizarse una revisión de la medicación. Una revisión de la medicación es una evaluación estructurada de los medicamentos que toma una persona con el objeto de optimizar el uso de la medicación (88). Se tienen en cuenta los riesgos y los beneficios de cada medicación en vista de las condiciones actuales de salud y de vida, y se toman decisiones sobre el futuro tratamiento. Esto puede ocurrir antes o después de una transición asistencial (88).
- Las organizaciones deben desarrollar políticas estandarizadas y procesos estructurados para guiar la reconciliación de la medicación durante las transiciones asistenciales. Con ello se garantiza que se comunique una información completa y precisa sobre la medicación en todos los puntos de la transición. Esto también está en consonancia con la Práctica Organizativa Requerida de Accreditation Canada para mantener una lista de medicación precisa en las transiciones asistenciales (de próxima publicación, aplicación en 2024) (92).

## Recursos de apoyo

| RECURSO   | DESCRIPCIÓN   |
|---|---|
| <p>Alberta Health Services (AHS). Best possible medication history (BPMH) interview guide [Internet]. Edmonton (AB): AHS; 2014. Available from: <a href="https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/hp/medrec/if-hp-medrec-provider-interview-brochure.pdf">https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/hp/medrec/if-hp-medrec-provider-interview-brochure.pdf</a></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Guía de entrevista para obtener la mejor historia de medicación posible (BPMH, por sus siglas en inglés).</li> <li>■ Recoge preguntas que los profesionales sanitarios pueden plantear para recopilar una lista completa y rigurosa de medicamentos que toma la persona en el momento de la transición.</li> </ul> |
| <p>Hospital to Home – Facilitating Medication Safety at Transitions. A Toolkit and Checklist for Healthcare Providers. In: The Institute for Safe Medication Practices (ISMP) Canada [Internet]. Toronto (ON): ISMP Canada; [date unknown]. Available from: <a href="https://www.ismp-canada.org/transitions/">https://www.ismp-canada.org/transitions/</a></p>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Conjunto de herramientas para ayudar al personal sanitario a prevenir errores de medicación durante las transiciones del hospital al domicilio.</li> <li>■ Incluye una lista de verificación y un modelo de formulario de fax para facilitar la comunicación con farmacéuticos comunitarios.</li> </ul>            |
| <p>The Institute for Safe Medication Practices Canada (ISMP). Medication reconciliation. Frequently asked questions [Internet]. Toronto (ON): ISMP Canada; [date unknown]. Available from: <a href="https://www.ismp-canada.org/download/MedRec/FAQ-RolesResponsibilitiesMedRec.pdf">https://www.ismp-canada.org/download/MedRec/FAQ-RolesResponsibilitiesMedRec.pdf</a></p>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Señala qué miembros del equipo interprofesional deben participar en la reconciliación de la medicación y cuáles son sus funciones y responsabilidades.</li> <li>■ También destaca el papel de las personas y su red de apoyo en el proceso de reconciliación de la medicación.</li> </ul>                          |

## AYUDA PARA DESENVOLVERSE EN EL SISTEMA

### DECLARACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS 5.0:

Es una buena práctica para los profesionales sanitarios y de servicios sociales ofrecer a las personas y a su red de apoyo información y apoyo para gestionar sus necesidades durante y después de una transición asistencial.

Esta es una declaración de buenas prácticas que no requiere la aplicación del sistema GRADE (18). Ofrecer a las personas y su red de apoyo información y apoyo es un estándar de práctica profesional (61), y forma parte del Código de Conducta del Colegio de Enfermeras de Ontario (93). Así, cuando las personas y su red de apoyo afrontan una transición asistencial, es buena práctica clínica y una condición previa para su salud y bienestar que los profesionales sanitarios y de servicios sociales se aseguren de que se les proporciona información y apoyo.

Los profesionales de servicios sanitarios y sociales deben proporcionar a las personas y a su red de apoyo información clara y en el momento oportuno, implicarlas y apoyarlas a la hora de tomar decisiones asistenciales, y defenderlas y ayudarlas a acceder a la atención sanitaria que necesitan (93). Los tipos de información y apoyo que ofrecen los profesionales sanitarios y de servicios sociales a las personas y sus familias pueden variar, por ejemplo: formación o educación en salud individualizados para promover el automanejo (43,44,94-97); programación de citas, realización de derivaciones u orientación sobre servicios o recursos comunitarios (43,44,94,96,98-104); ayuda a las personas para identificar y responder a complicaciones o señales de alerta (43,95,97); abordaje de barreras asistenciales (44,94,99). La educación para la salud debe estar adaptada a las necesidades de la persona y su red de apoyo, y su estado de preparación y capacidad para gestionar los cuidados tras una transición (25). Algunos ejemplos son formación sobre el cuidado de heridas, administración de medicación o uso seguro de equipamiento sanitario.

Cuando los profesionales sanitarios y de servicios sociales comparten información con la persona y su red de apoyo, la persona y su red disponen de los medios para apreciar los beneficios, los daños y los resultados de las posibles necesidades asistenciales y tratamientos; con ello, a su vez, se empodera a las personas para tomar decisiones sobre lo que es correcto para ellos y sus cuidados (105). Por ejemplo, las personas de un estudio refirieron que cuando recibieron información rigurosa y asistencia de un profesional sanitario, tuvieron una sensación de alivio y les permitió "[conocer sus] derechos un poco más" (99). Varias personas también señalaron sentimientos de autoeficacia para desenvolverse en el sistema sanitario y de confianza en sí mismas para gestionar los problemas de salud (99).

Es fundamental no pasar por alto las necesidades de los cuidadores y los miembros de la red de apoyo de la persona, ya que a menudo son la principal fuente de apoyo para la persona después de una transición (55). Una revisión sistemática que estudiaba las necesidades de los cuidadores durante las transiciones asistenciales refirió que a menudo no hay suficiente educación y formación a los cuidadores para que puedan ofrecer un cuidado óptimo a su ser querido tras una transición (55). Además, los cuidadores con frecuencia refieren sentirse emocional y físicamente agotados (55,106) y preocupados por no tener las capacidades o los conocimientos para cuidar a la persona que afronta una transición (107). Debe ofrecerse educación, formación y apoyo práctico adecuados tanto a las personas como a su red de apoyo.

## Consejos de implantación

### Consejos del panel de expertos para la implantación

- Es responsabilidad del profesional sanitario o de servicios sociales demostrar su confiabilidad señalando claramente su rol y responsabilidades, escuchando con atención las inquietudes de la persona, comprendiendo las aprensiones que las personas pueden sentir y cumpliendo sus compromisos. Cuando se desarrolla una relación de confianza entre la persona y el profesional sanitario o de servicios sociales, es más probable que la persona se sienta cómoda expresando sus preocupaciones y haciendo preguntas.
- Los desequilibrios de poder son inherentes a la prestación de servicios sanitarios, y los profesionales sanitarios y de servicios sociales pueden actuar como guardianes de los servicios y tratamientos. Los profesionales sanitarios y de servicios sociales minimizan las diferencias de poder a través de una escucha activa, planteando preguntas y ofreciendo opciones. Es posible que las personas no conozcan los recursos potencialmente beneficiosos que tienen disponibles; para hacer frente a esta cuestión, los profesionales deben compartir los recursos y los servicios financiados a los que pueden acceder las personas.
- Puede que no todos los servicios y apoyos estén disponibles en zonas rurales y remotas; en lo posible, los profesionales sanitarios y de servicios sociales deben trabajar para reducir las brechas asistenciales e incrementar el acceso a los servicios. Cuando no sea posible, los profesionales deben ser transparentes sobre los servicios disponibles y comunicarlo claramente a las personas y su red de apoyo.
- Los profesionales sanitarios y de servicios sociales deben asegurarse antes de que la persona realice la transición al siguiente entorno que se facilita información y se comprende, que existen apoyos y que se programan citas de seguimiento a las que se puede asistir.
- Cuando se ofrece educación sanitaria, los profesionales sanitarios y de servicios sociales deben usar un lenguaje sencillo, minimizar la jerga médica y asegurarse de que el material impreso está escrito en un lenguaje sencillo y fácil de comprender. Para adaptarse a los distintos estilos de aprendizaje, la información se debe ofrecer en distintos formatos, como información verbal y por escrito. La formación práctica puede dar la oportunidad de aprender y practicar nuevas destrezas, como los cambios de apósito, antes de una transición.
- Los profesionales sanitarios y de servicios sociales deben usar una enseñanza retroactiva (teach-back) para garantizar que las personas y su red de apoyo comprenden lo enseñado y las instrucciones dadas antes de una transición. La enseñanza retroactiva implica pedirle a la persona que explique con sus propias palabras lo que se le ha explicado (108).

## Recursos de apoyo

| RECURSO  | DESCRIPCIÓN  |
|--|--|
| <p>Agency for Healthcare Research (AHRQ). AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit. 2nd ed. [Internet]. Rockville (MD): AHRQ; 2020. Tool 5: use the teach-back method. Available from: <a href="https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/literacy-toolkit/healthlittoolkit2_tool5.pdf">https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/literacy-toolkit/healthlittoolkit2_tool5.pdf</a></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Proporciona datos, instrucciones y consejos útiles sobre cómo aprender y utilizar posteriormente el método de enseñanza retroactiva (teach-back) [pedir a alguien que repita con sus propias palabras la información que se le acaba de dar] con las personas y su red de apoyo.</li> <li>■ Con ello se garantiza que se explican los contenidos de forma que los entienda la persona y su red de apoyo.</li> </ul> |
| <p>Health Quality Ontario (HQO). Transitions between hospital and home: care for people of all ages [Internet]. Toronto (ON): HQO; 2020. Available from: <a href="https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-transitions-between-hospital-and-home-quality-standard-en.pdf">https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-transitions-between-hospital-and-home-quality-standard-en.pdf</a></p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Estándares de calidad de Health Quality Ontario.</li> <li>■ Trata sobre los cuidados a personas de todas las edades que realizan la transición entre el hospital y el domicilio.</li> <li>■ Incluye secciones con información, educación y el apoyo que debe ofrecerse a las personas y su red de apoyo durante las transiciones asistenciales.</li> </ul>  |
| <p>The Ontario Caregiver Helpline. In: Ontario Caregiver Organization (OCO) [Internet]. Toronto (ON): OCO; 2023. Available from: <a href="https://ontariocaregiver.ca/helpline/">https://ontariocaregiver.ca/helpline/</a></p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Línea telefónica de ayuda en la que los cuidadores pueden hablar con un especialista en recursos comunitarios para que les ponga en contacto con servicios y ayudas comunitarios de toda Ontario, en función de sus necesidades individuales.</li> <li>■ Se ofrecen servicios de interpretación en más de 150 idiomas.</li> </ul>   |
| <p>The Ontario Caregiver Organization (OCO). I am a caregiver toolkit [Internet]. Toronto (ON): OCO; 2023. Available from: <a href="https://ontariocaregiver.ca/wp-content/uploads/2023/04/OCO-starter-kit-March-24-2023-Web_FINAL-es.pdf">https://ontariocaregiver.ca/wp-content/uploads/2023/04/OCO-starter-kit-March-24-2023-Web_FINAL-es.pdf</a></p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Conjunto de herramientas de la Organización de Cuidadores de Ontario.</li> <li>■ Incluye información y recursos educativos para cuidadores que dan apoyo a familiares, parejas o amigos.</li> <li>■ Ayuda a los cuidadores a identificar y reflexionar sobre sus propias necesidades para hacer más manejables las necesidades del cuidado.</li> </ul>  |

**RECOMENDACIÓN 5.1:**

El panel de expertos sugiere que los profesionales sanitarios y de servicios sociales ofrezcan ayuda para desenvolverse en el sistema a personas con necesidades asistenciales complejas que afronten una transición asistencial. Este apoyo incluye (al menos), el seguimiento regular por el profesional (o profesionales) para valorar y responder a las necesidades asistenciales de tipo sanitario y social, actuales y futuras.

**Fuerza de la Recomendación:** Condicional

**Certeza de la evidencia de los efectos:** Muy baja

**Discusión de la evidencia:****Beneficios y daños**

La ayuda para desenvolverse en el sistema (también denominado navegación) se refiere al apoyo individualizado y coordinado que ofrecen profesionales sanitarios y de servicios sociales para ayudar a las personas y sus redes de apoyo a superar cualquier desafío al moverse dentro del sistema sanitario y de servicios sociales. En esta GBP, la "ayuda para desenvolverse" supone un seguimiento regular de un profesional sanitario o de servicios sociales que atienda a las necesidades individuales de la persona y la conecte con los servicios y apoyos adecuados. Por ejemplo, puede suponer ofrecer a las personas la información y los recursos que necesiten para lograr sus objetivos de cuidado, conectarlas con otros profesionales sanitarios o de servicios sociales, ayudar a reducir barreras que eviten su acceso a los cuidados en el momento oportuno, ofrecer apoyo social y emocional y mejorar el acceso a unos cuidados culturalmente seguros. En los estudios incluidos, la alternativa a este tipo de cuidado era cuidado habitual sin apoyo de una persona de apoyo para desenvolverse. Los cuidados habituales típicamente incluían instrucciones estándar tras el alta, derivaciones y citas de seguimiento con pacientes ambulatorios. En los distintos estudios, la ayuda para desenvolverse corrió a cargo de profesionales de servicios sanitarios y sociales regulados (p. ej., enfermeras y trabajadores sociales) (98–100,104,109,110) y no regulados (p. ej., trabajadores pares con experiencia personal y asesores de transición) (43,44,60,94–96,99,101–103). Se ofreció esta ayuda a personas con necesidades asistenciales complejas que tenían un alto número de ingresos hospitalarios previos o de visitas a urgencias dentro de un determinado espacio de tiempo (94,96,99,103,104,110), o a personas con un diagnóstico asociados a alto riesgo de ingresos o reingresos hospitalarios (43,60,95,97,98,100–102,109,111).

La ayuda general para desenvolverse incluía seguimiento con personas tras la transición asistencial para valorar sus necesidades asistenciales de tipo sanitario y social, actuales y futuras. Las revisiones periódicas permitieron a los profesionales sanitarios y de servicios sociales determinar si las circunstancias, necesidades u objetivos de una persona habían evolucionado, si los servicios prestados satisfacían sus necesidades y si eran necesarios nuevos apoyos o servicios. Se mantenía contacto principalmente a través de visitas presenciales o llamadas telefónicas, y la duración del seguimiento varió de un mes a un año. La mayoría de los estudios se centraban en ofrecer apoyo durante las transiciones del hospital al domicilio. En "Consejos de implantación" se describen algunos componentes de la intervención recogidos en la literatura.

La evidencia sugiere que prestar ayuda para desenvolverse a las personas con necesidades asistenciales complejas durante una transición asistencial puede incrementar las visitas de seguimiento con un profesional sanitario o de servicios sociales (44,60,96,103,109,110), puede reducir el número de reingresos en los 30 días siguientes a la transición

asistencial (43,44,94,96,104,109,111) y puede incrementar la satisfacción del paciente (95,97,99,100,102,103). No obstante, hay algunas inconsistencias en los resultados; algunos estudios muestran que no hay diferencias importantes en las visitas de seguimiento (60), la satisfacción del paciente (97,103) y los reingresos a 30 días (111). En los estudios, las visitas de seguimiento con un profesional sanitario o de servicios sociales se definían como citas con pacientes ambulatorios para valorar el estado de salud de la persona tras una transición asistencial. No se hallaron diferencias importantes en los estudios que valoraban el efecto de la ayuda para desenvolverse respecto a la calidad de vida (97,98,100,101) y las visitas a urgencias en los 30 días siguientes a una transición asistencial (44,96,109,111). En general, la certeza de la evidencia fue muy baja en los estudios.

No se hallaron daños en la literatura relacionados con proporcionar ayuda para desenvolverse a las personas con necesidades asistenciales complejas durante las transiciones asistenciales. En un estudio en el que se proporcionó ayuda para desenvolverse a adultos en transición desde equipos de resolución de crisis de salud mental, los eventos adversos (reingreso, intento de suicidio, intento de asesinato y muerte) fueron evaluados de forma independiente por un comité coordinador, y ninguno se consideró relacionado con el estudio (95).

La certeza de la evidencia era muy baja debido a las limitaciones por cómo se habían realizado los estudios, inconsistencia en el uso de herramientas de medida y resultados de estudios, e imprecisión relativa al pequeño número de participantes del estudio o pocos eventos notificados. La evidencia también era indirecta, ya que muchos estudios incluían un facilitador para desenvolverse como parte de una intervención multicomponente, y se ofrecieron distintos apoyos para desenvolverse en cada estudio según las necesidades de los participantes. Para información más detallada sobre el impacto que la ayuda para desenvolverse tiene en los resultados prioritarios, véanse los [perfiles de evidencia](#).

## Valores y preferencias

En cuatro estudios que refirieron valores y preferencias, las personas dieron valor a la ayuda para desenvolverse recibida por profesionales sanitarios y de servicios sociales (43,99,101,102). En un estudio, las personas describieron un sentimiento de alivio al recibir por fin la ayuda que necesitaban (99). Las personas apreciaron: tener contacto con recursos comunitarios (102); recibir apoyo emocional y práctico, como asistencia para el transporte (102); y disponer de un profesional sanitario o de servicios sociales para el seguimiento de sus necesidades asistenciales (43) y citas sanitarias (99). Los participantes también refirieron que la ayuda para desenvolverse les ayudaba a tender puentes entre los servicios hospitalarios y ambulatorios durante la transición del hospital psiquiátrico al domicilio (101). Algunos individuos percibieron que sería beneficioso que las personas con necesidades de salud mental complejas tuvieran apoyo de seguimiento que durase más de seis semanas (101). En un estudio (99), las personas valoraron la continuidad asistencial y el apoyo individualizado, y lo consideraron especialmente importante para quienes no disponen de redes fuertes de apoyo asistencial.

## Equidad en salud

### De la evidencia de la revisión sistemática

Es frecuente que haya desconfianza en el sistema sanitario entre personas de comunidades infraatendidas, lo que puede dar como resultado un menor uso de servicios asistenciales de prevención y demoras en la búsqueda de tratamiento médico (94). Si los profesionales entienden las comunidades y las experiencias de las personas a quienes dan apoyo, pueden ayudar a crear confianza entre las personas y el sistema de salud. De la revisión sistemática, tres estudios abordaron la equidad en la salud: en dos estudios, las intervenciones estaban diseñadas para apoyar a usuarios frecuentes del sistema de salud en comunidades infraatendidas que tenían necesidades médicas y sociales

complejas (99,104); en un estudio, los participantes eran niños y los cuidados procedían de familias con bajos ingresos (43). Tras recibir ayuda para desenvolverse, se halló una reducción de los reingresos a 30 días (43,104), y los participantes de un estudio refirieron una alta satisfacción con el apoyo recibido (99). Un estudio también señaló que recibir ayuda para desenvolverse de profesionales sanitarios o de servicios sociales era un aspecto crítico para el éxito del programa, dado que la intervención se desarrollaba principalmente con población de habla hispana (43).

### Del panel de expertos

El panel de expertos señaló que las personas con necesidades complejas son vulnerables a las deficiencias en la coordinación asistencial, que las sitúa en una situación de mayor riesgo de eventos adversos durante las transiciones asistenciales. Además, la ayuda para desenvolverse puede ser especialmente beneficiosa para las personas de comunidades infraatendidas, que a menudo experimentan mayores disparidades y barreras sanitarias a la hora de desenvolverse por un sistema sanitario complejo. En estas comunidades, los orientadores para desenvolverse en el sistema pueden trabajar para defender y conectar a las personas y su red de apoyo con los servicios sanitarios y sociales que necesitan. También pueden apoyar la prestación de servicios sanitarios tanto tradicionales como occidentales trabajando con las comunidades locales para mejorar el acceso y la coordinación de los servicios sanitarios occidentales y tradicionales para los pueblos indígenas. El panel de expertos también señaló que las barreras estructurales, como el racismo sistémico y la discriminación dentro del sistema sanitario, crean más riesgos para las personas que se manejan dentro del sistema sanitario. Se refirieron a los casos de Brian Sinclair y Joyce Echaquan, personas indígenas que murieron debido al racismo sistémico cuando accedía a servicios de salud en Canadá (112,113)..

### Justificación de la recomendación por el panel de expertos

A pesar de que la evidencia es muy incierta sobre los efectos de proporcionar ayuda para desenvolverse respecto a la calidad de vida de los pacientes, las visitas a urgencias, las visitas de seguimiento, la satisfacción de los pacientes y las tasas de reingreso, las personas a las que se proporciona apoyo para desenvolverse valoran mucho el apoyo que reciben. Además, no se refirieron daños en la literatura. Es más, la ayuda para desenvolverse puede ser beneficiosa para poblaciones vulnerables y quienes tienen necesidades asistenciales complejas porque les puede ayudar a superar barreras que aparecen frecuentemente en el sistema sanitario. Por lo tanto, el panel de expertos determinó que la fuerza de la recomendación era condicional.

### Consejos de implantación

#### Consejos del panel de expertos para la implantación

- El tipo de profesional sanitario o de servicios sociales que ofrece la ayuda para desenvolverse, así como el tipo de apoyo que proporciona, variará en función de las necesidades físicas, mentales y sociales de la persona que afronta la transición. Puede ser adecuado que la ayuda para desenvolverse la ofrezcan profesionales sanitarios o de servicios sociales regulados o no regulados.
- Las descripciones de las funciones existentes pueden modificarse para incluir ayuda para desenvolverse, según los roles y la experiencia de la plantilla actual.
- Puede ser beneficioso contar con el mismo profesional sanitario o de servicios sociales para ofrecer ayuda para desenvolverse durante múltiples transiciones asistenciales. Integrar a este profesional en la atención primaria o en el sector comunitario puede permitir que se desarrolle una relación continua entre la persona y el profesional. Sin embargo, las personas también pueden recibir ayuda para desenvolverse de organizaciones de la comunidad que funcionan para ayudar a las personas a desenvolverse por el sistema durante las transiciones asistenciales. Estas

organizaciones pueden tener en plantilla a diversos profesionales sanitarios o de servicios sociales con quienes la persona puede desarrollar una relación de confianza.

- Independientemente de quién esté ofreciendo ayuda para desenvolverse, debe comprender perfectamente su papel y sus responsabilidades.
- La duración de la ayuda de seguimiento dependerá de las necesidades de la persona a quien se da asistencia. Para muchas personas, especialmente en el caso de quienes requieren apoyo por trastornos crónicos, puede ser necesario un periodo de seguimiento más prolongado.
- A pesar de que con frecuencia puede hacerse seguimiento en las visitas presenciales, las herramientas virtuales también pueden ser útiles para facilitar el seguimiento entre personas y profesionales sanitarios y de servicios sociales.
- Los profesionales sanitarios y de servicios sociales deben valorar y responder a las necesidades de atención social cuando realicen visitas de seguimiento. Esto resulta especialmente importante para las personas pertenecientes a poblaciones infraatendidas, incluidas aquellas personas que no tienen una vivienda adecuada. Los profesionales sanitarios y de servicios sociales deben conocer y facilitar la derivación a servicios que puedan ayudar a los miembros de la comunidad con la seguridad alimentaria y la vivienda.
- Para los profesionales sanitarios o de servicios sociales que ofrecen ayuda para desenvolverse, es útil comprender el idioma, la cultura y la visión del mundo de la persona a quien dan apoyo. Es esencial que los profesionales se den cuenta de su propia posición social, valores y puntos de vista, y de cómo todo ello puede afectar a sus relaciones con los demás. También es muy importante que los profesionales sanitarios y de servicios sociales aprendan y desarrollen prácticas culturalmente seguras y ofrezcan atención informada sobre el trauma.
- Cuando se ofrece ayuda para desenvolverse, es importante que los profesionales sanitarios y de servicios sociales comprendan qué valores, objetivos y apoyos son más importantes para la persona y su red de apoyo.
- Además de garantizar que las personas con necesidades complejas dispongan de ayuda para desenvolverse, también es importante considerar el diseño general del sistema de salud para garantizar que todas las personas que accedan al sistema pueden moverse en él. La necesidad de ayuda para desenvolverse es aún mayor cuando existe una fragmentación en el sistema sanitario y lagunas en la prestación de servicios. El desarrollo de los equipos integrados de salud de Ontario (OHT) ofrece una ocasión única para diseñar conjuntamente el sistema de salud de forma integrada, de modo que las personas y su red de apoyo puedan moverse fácilmente por el sistema durante las transiciones asistenciales.
- Se deben recoger las impresiones (retroalimentación) de las personas y su red de apoyo con respecto a lo bien apoyados que se sienten cuando reciben ayuda para desenvolverse. Así la persona y su red de apoyo tendrán la oportunidad de expresar sus inquietudes.

Tabla 8: Consejos de implantación desde la evidencia

| COMPONENTES DE LOS ESTUDIOS                          | COMPONENTES DE LOS ESTUDIOS   |
|--|---|
| <b>Personas que reciben ayuda para desenvolverse</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ A través de los estudios, se ofreció ayuda para desenvolverse y seguimiento a las personas con necesidades asistenciales complejas que afrontaban una transición asistencial.</li> <li>■ En 16 estudios, se proporcionó ayuda a adultos (44,60,94–104,109–111) y en un estudio se ofreció ayuda a niños y a sus cuidadores (43).</li> <li>■ Las personas con necesidades asistenciales complejas tenían un elevado número de ingresos hospitalarios previos o de visitas a urgencias en un espacio de tiempo determinado (94,96,99,103,104,110), o un diagnóstico asociado a alto riesgo de reingreso (p. ej., enfermedad pulmonar obstructiva crónica, ACV, sepsis, insuficiencia cardíaca, neumonía, infarto de miocardio, anemia de células falciformes, enfermedad mental o situación clínica compleja) (43,60,95,97,98,100–102,109,111).</li> <li>■ En un estudio, el riesgo de reingreso se basó en una combinación de factores relacionados con la edad, la hospitalización previa, la duración de la misma y el diagnóstico (44).</li> </ul> |
| <b>Tipo de transición</b>                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ La mayor parte de los estudios se centraron en transiciones del hospital al domicilio (43,60,94,97,99–102,104,109–111).</li> <li>■ Otros estudios se centraron en las transiciones del hospital al domicilio o a un centro de rehabilitación (44), del hospital al domicilio o a un centro de rehabilitación antes de volver al domicilio (96,98), o del servicio de urgencias al domicilio (103).</li> <li>■ Un estudio se concentró en las transiciones desde un equipo sanitario de gestión de crisis de salud mental a la comunidad (95). Los equipos de gestión de crisis proporcionan tratamiento intensivo en el domicilio durante una crisis de salud mental y ofrecen una alternativa a las personas que, de otro modo, requerirían un ingreso hospitalario psiquiátrico.</li> <li>■ En un estudio, las personas realizaban la transición del hospital para recibir cuidados paliativos (100).</li> </ul>   |

| COMPONENTES DE LOS ESTUDIOS  | COMPONENTES DE LOS ESTUDIOS  |
|--|--|
| <b>Profesionales sanitarios y de servicios sociales que ofrecen ayuda para desenvolverse</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ La ayuda para desenvolverse estuvo a cargo de diversos profesionales de servicios sanitarios y sociales, regulados y no regulados.</li> <li>■ En los nueve estudios, ofrecieron apoyo: profesionales sanitarios y de servicios sociales no regulados descritos como trabajadores pares con experiencia personal (60,95,101,102), orientadores para desenvolverse (44,103), trabajadores sanitarios comunitarios (60,96), personas de apoyo comunitario para desenvolverse (94) y asesores de transición (43).</li> <li>■ En seis de los estudios, el apoyo corrió a cargo de profesionales sanitarios y de servicios sociales regulados, como enfermeras (100,109,110), trabajadores sociales (98,104) y profesionales de salud mental (111).</li> <li>■ En un estudio, el apoyo procedió de una enfermera que ayudaba a desenvolverse, y un paciente que ayudaba a desenvolverse (99).</li> <li>■ En otro estudio, la intervención corrió a cargo de un gestor de casos (97).</li> </ul>   |
| <b>Tipos de ayuda para desenvolverse</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Los estudios incluidos describían distintas formas de ayuda para desenvolverse para garantizar que las personas tenían la información y el apoyo necesarios para manejar su salud y sus necesidades asistenciales de tipo social. Por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> <li>□ ofrecer educación sanitaria individualizada o asesoramiento para promover el automanejo (43,44,60,94–97,109,111);</li> <li>□ programar citas, realizar derivaciones u ofrecer orientación sobre servicios o recursos comunitarios (43,44,60,94,96,98–104,110,111);</li> <li>□ ayudar a las personas a identificar de forma temprana signos de alarma y saber cómo responder a ellos (43,95,97);</li> <li>□ promover la adherencia a la medicación (43,44,98,103,111);</li> <li>□ abordar cuestiones de seguridad (98);</li> <li>□ compartir información con los profesionales de atención primaria para fomentar la continuidad asistencial (110,111);</li> <li>□ abordar barreras a los cuidados (44,60,94,99,110), como transporte a y desde sus citas (44,103,110,111); y</li> <li>□ ofrecer a las personas los suministros básicos necesarios (101).</li> </ul> </li> </ul> |
| <b>Modalidad de apoyo</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ La ayuda para desenvolverse y el seguimiento se dieron a través de visitas presenciales (94,95,101), llamadas telefónicas (109–111), una combinación de visitas presenciales y llamadas telefónicas (43,44,60,97,99,100,102–104), o una combinación de visitas presenciales, llamadas telefónicas y mensajes de texto (96,98).</li> <li>■ Los profesionales sanitarios y de servicios sociales a menudo veían a las personas en el hospital antes de la transición y luego continuaban dando seguimiento de apoyo tras la transición (44,96,97,103,104,109).</li> </ul>   |

| COMPONENTES DE LOS ESTUDIOS                  | COMPONENTES DE LOS ESTUDIOS  |
|--|--|
| <b>Duración y frecuencia del seguimiento</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ La duración del seguimiento varió, oscilando entre:               <ul style="list-style-type: none"> <li>□ uno a dos meses (43,44,60,96,98,101,102,109,110);</li> <li>□ tres a cuatro meses (95,100,111);</li> <li>□ seis meses (104); y</li> <li>□ un año (94,97,99,103).</li> </ul> </li> <li>■ El contacto de seguimiento a menudo se producía con mayor frecuencia en las primeras semanas o meses después de la transición, siendo menos frecuente después (97,99,100,104).</li> <li>■ En tres estudios, la frecuencia del contacto y la duración del seguimiento se determinaron en función de las necesidades de la persona (98,104,110).</li> </ul> |

### Recursos de apoyo

| RECURSO  | DESCRIPCIÓN  |
|--|--|
| Budde H, Williams GA, Scarpetti G et al., editors. Policy brief 44: what are patient navigators and how can they improve integration of care? [Internet]. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2022. Available from: <a href="https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/what-are-patient-navigators-and-how-can-they-improve-integration-of-care">https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/what-are-patient-navigators-and-how-can-they-improve-integration-of-care</a> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Documento de descripción de políticas que expone las funciones desempeñadas por los orientadores para desenvolverse para pacientes y cómo pueden contribuir a mejorar la integración de los cuidados.</li> </ul>  |
| Carmichael C, Smith L, Aldasoro E, et al. Exploring the application of the navigation model with people experiencing homelessness: a scoping review. J Soc Distress Homeless [Internet]. 2022 Jan. Available from: <a href="https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10530789.2021.2021363">https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10530789.2021.2021363</a>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Revisión de alcance (scoping review) que describe cómo se han usado los modelos que enseñan a desenvolverse para dar apoyo a personas que no tienen una vivienda adecuada.</li> <li>■ Describe barreras y facilitadores para la implantación de los modelos que enseñan a desenvolverse.</li> </ul> |

| RECURSO  | DESCRIPCIÓN  |
|--|--|
| <p>Carter N, Valaitis RK, Lam A, et al. Navigation delivery models and roles of navigators in primary care: a scoping literature review. BMC Health Serv Res [Internet]. 2018 Dec;18(96). Available from: <a href="https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-2889-0">https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-2889-0</a></p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Revisión de alcance (scoping review) que describe la prestación de recursos para desenvolverse en atención primaria.</li> </ul>   |
| <p>Entité2. Report on lessons learned from French-language health system navigators [Internet]. Welland (ON): Entité2; 2019. Available from: <a href="http://www.entitesante2.ca/sante-en-francais/wp-content/uploads/2019/11/E2-Report-on-Lessons-Learned-Navigators-January-2019-FINAL.pdf">http://www.entitesante2.ca/sante-en-francais/wp-content/uploads/2019/11/E2-Report-on-Lessons-Learned-Navigators-January-2019-FINAL.pdf</a></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Informe en el que se describe cómo el apoyo para desenvolverse puede mejorar el acceso a servicios asistenciales sanitarios y sociales entre la población francófona de Ontario.</li> <li>■ Describe los requisitos necesarios para establecer servicios que ayudan a desenvolverse.</li> </ul>                   |
| <p>Funk LM. Relieving the burden of navigating health and social services for older adults and caregivers [Internet]. Montreal (QC): Institute for Research on Public Policy; 2019. Available from: <a href="https://cnpea.ca/images/irpp_study_no_73_fr.pdf">https://cnpea.ca/images/irpp_study_no_73_fr.pdf</a></p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Propone pautas políticas para paliar los problemas a los que se enfrentan las personas mayores y sus cuidadores a la hora de recibir atención sanitaria.</li> </ul>   |
| <p>Inquest into the death of Bradley Chapman. Verdict of Coroner's Jury [Internet]. Office of the Chief Coroner. [place unknown]: Ministry of the Solicitor General (Ontario); 2018. Available from: <a href="https://www.toronto.ca/legdocs/mmis/2019/ec/bgrd/backgroundfile-136740.pdf">https://www.toronto.ca/legdocs/mmis/2019/ec/bgrd/backgroundfile-136740.pdf</a></p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Expone las recomendaciones del jurado tras la investigación forense de una muerte por sobredosis de opiáceos.</li> <li>■ Recomienda ofrecer ayuda para desenvolverse a personas que están en prisión y que tienen necesidades complejas para garantizar la transición segura de vuelta a la comunidad.</li> </ul> |
| <p>Peart A, Lewis V, Brown T, et al. Patient navigators facilitating access to primary care: a scoping review. BMJ Open [Internet]. 2018 Mar;8(3):e019252. Available from: <a href="https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2017-019252">https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2017-019252</a></p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Revisión de alcance (scoping review) que describe cómo se ha usado la ayuda para desenvolverse para facilitar el acceso a atención primaria.</li> </ul>   |

| RECURSO   | DESCRIPCIÓN   |
|---|---|
| <p>Rankin A, Baumann A, Downey B, et al. The role of the Indigenous patient navigator: a scoping review. <i>Can J Nurs Res</i> [Internet]. 2022 Jul;54(2):199-210. Available from: <a href="http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/08445621211066765">http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/08445621211066765</a></p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Revisión de alcance (scoping review) que describe el papel de los orientadores para desenvolverse para pacientes en Canadá, Estados Unidos, Australia y Nueva Zelanda.</li> </ul>  |
| <p>RISE: Rapid-Improvement Support and Exchange. RISE brief 6: population health management [Internet]. Hamilton (ON): RISE; [last updated 12 February 2020]. Available from: <a href="https://www.mcmasterforum.org/docs/default-source/rise-docs/oht-forum/4_rise_rb6_population-health-management.pdf?sfvrsn=8be657d5_3">https://www.mcmasterforum.org/docs/default-source/rise-docs/oht-forum/4_rise_rb6_population-health-management.pdf?sfvrsn=8be657d5_3</a></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Recurso de la iniciativa RISE (<i>Rapid-Improvement Support and Exchange</i>) que ofrece apoyo para el aprendizaje rápido y la mejora a cargo de los equipos integrados de salud de Ontario (OHT).</li> <li>■ Describe la pirámide de riesgo poblacional que puede usarse para dividir a una población en grupos de alto, medio o bajo riesgo en función de la complejidad de sus necesidades de atención sanitaria y social y sus necesidades de coordinación asistencial.</li> </ul> |

**RECOMENDACIÓN 5.2:**

El panel de expertos sugiere que los trabajadores pares con experiencia personal ofrezcan apoyo a personas con necesidades de salud mental que afrontan una transición asistencial.

**Fuerza de la Recomendación:** Condicional

**Certeza de la evidencia de los efectos:** Muy baja

**Discusión de la evidencia:****Beneficios y daños**

Los trabajadores pares con experiencia personal (en adelante denominados "trabajadores pares") son profesionales no regulados que han pasado por experiencias similares a las de sus pares (esto es, un problema de salud mental o una enfermedad) y han recibido la formación para dar apoyo a otras personas, dando apoyo emocional y práctico a lo largo del proceso (14). Este tipo de apoyo, que se desarrolla entre dos personas que comparten una experiencia común, se denomina "apoyo entre pares" (14). Los estudios incluidos se centran tanto en el apoyo entre pares a personas que han vivido una transición desde un hospital de salud mental (101, 102) o apoyo entre pares a personas que han vivido una transición de un equipo de resolución de crisis de salud mental (es decir, un equipo que ofrece tratamiento domiciliario intensivo tras una crisis de salud mental) (95). El comparador en estos estudios fue la no provisión de apoyo entre pares o la atención habitual.

El apoyo ofrecido por trabajadores pares varió en las diferentes evidencias. Por ejemplo: valoración de las necesidades antes de una transición (101); vinculación de las personas con apoyos y recursos comunitarios (101, 102); estrategias de afrontamiento (95); ayuda a las personas para completar un diario de recuperación personal (95). Para más detalles sobre el apoyo ofrecido por los trabajadores pares, véase la sección "Consejos de implantación" abajo incluida.

La evidencia sugiere que el apoyo entre pares puede mejorar la satisfacción del paciente y su calidad de vida en personas con necesidades de salud mental que afrontan una transición asistencial, pero la evidencia es muy incierta (95,101,102). Un estudio refirió tras la intervención una mejoría en la calidad de vida autoevaluada en los dominios de "situación vital", con un tamaño del efecto grande, y "relaciones sociales", con un tamaño del efecto de bajo a medio (101). Dos estudios refirieron mayor satisfacción después de que las personas con necesidades de salud mental recibieran apoyo entre pares (95,102). No se hallaron estudios dentro de la revisión sistemática que evaluaran el efecto de los trabajadores pares durante las transiciones asistenciales respecto a los siguientes resultados: visitas a urgencias (en los 30 días siguientes a la transición asistencial); visitas de seguimiento con un profesional sanitario o de servicios sociales; o tasas de reingreso (en los 30 días siguientes a la transición asistencial). No se refirieron daños relativos al apoyo entre pares en la literatura. En un estudio en el que se proporcionó apoyo entre pares a adultos en transición desde equipos de resolución de crisis de salud mental, un comité coordinador evaluó de forma independiente diversos eventos adversos (reingreso, intento de suicidio, intento de asesinato y muerte), y ninguno se consideró relacionado con el estudio (95).

La evidencia ofrecía una confianza baja debido a las limitaciones en la forma en que se realizaron los estudios y el pequeño número de participantes en los mismos.

Para obtener información más detallada sobre el impacto del apoyo entre pares en los resultados prioritarios durante las transiciones asistenciales, véanse los [evidence profiles](#).

## Valores y preferencias

La evidencia indica que las personas dieron valor al apoyo recibido durante la transición asistencial; las personas señalaron que la experiencia que habían vivido los trabajadores pares añadía credibilidad, les ayudaba a sentirse comprendidos y les daba esperanzas para el futuro (101,102). En un estudio, las personas describieron a los trabajadores pares como modelos a seguir durante un periodo de transición vulnerable, y afirmaron apreciar cómo estos trabajadores pares las ponían en contacto con recursos comunitarios y les brindaban apoyo práctico (102). En otro estudio, las personas refirieron menor sentimiento de ansiedad y comprendieron mejor el proceso de recuperación tras recibir apoyo de trabajadores pares (101). Los trabajadores pares sirvieron de puente entre los servicios de hospitalización y los extrahospitalarios ayudaron a las personas a sentirse menos aisladas en su transición del hospital a la comunidad, donde había menos apoyo social. Se brindó apoyo durante seis semanas en este estudio, y algunos participantes expresaron su deseo de que se ofreciera apoyo durante más tiempo (101).

## Equidad en salud

Un estudio refirió que eran necesarios tiempo y recursos para dar formación y supervisar a los trabajadores pares (95). Sin embargo, es necesario disponer de más información sobre el impacto del apoyo entre pares en la equidad en salud durante las transiciones asistenciales.

## Justificación de la recomendación por el panel de expertos

Pueden extraerse diversos beneficios de que los trabajadores pares ofrezcan apoyo a las personas con necesidades de salud mental durante una transición asistencial, como una mayor satisfacción del paciente y mejor calidad de vida. No se identificaron daños en los estudios incluidos. Sin embargo, la certeza de la evidencia es muy baja. Además, ninguno de los estudios evaluó el efecto de los trabajadores pares durante las transiciones asistenciales en los siguientes resultados: visitas a urgencias (en los 30 días siguientes a la transición asistencial); visitas de seguimiento con un profesional sanitario o de servicios sociales; o tasas de reingreso (en los 30 días siguientes a la transición asistencial). Los participantes en los estudios valoraron muy positivamente el apoyo de los trabajadores pares.

El panel de expertos también observó que las personas con necesidades de salud mental valorarían este apoyo, ya que nadie sabe más sobre cómo desenvolverse en el sistema sanitario que las propias personas que han pasado por él. Sin embargo, el panel de expertos señaló que no todas las personas con necesidades de salud mental pueden estar dispuestas a recibir apoyo de trabajadores pares. Por lo tanto, según los beneficios y los daños referidos en la evidencia, los valores y las preferencias señalados por las personas en la literatura y la muy baja certeza de la evidencia, el panel de expertos determinó que la fuerza de esta recomendación es condicional.

## Consejos de implantación

### Consejos del panel de expertos para la implantación

- A pesar de que la evidencia se centró en los trabajadores pares que ofrecen apoyo a las personas después de una transición desde un hospital de salud mental, esta recomendación alude a cualquier transición entre todos los distintos entornos para garantizar que existe (y se ofrece) apoyo a las personas con necesidades de salud mental, independientemente del tipo de transición.
- Aunque la evidencia era específica para las personas con necesidades de salud mental, las personas con otro tipo de necesidades también pueden beneficiarse del apoyo de pares durante las transiciones asistenciales. Véase la **Tabla 10** en la página 83 para conocer las lagunas de investigación y las implicaciones futuras.

- Se debe dar a elegir a las personas si quieren recibir apoyo de trabajadores pares durante una transición asistencial.
- Los trabajadores pares deben tener unas cualificaciones específicas y contar con capacidades y habilidades apropiadas para ofrecer apoyo entre pares; por ejemplo, deben ser adecuadamente representativos para abordar la interseccionalidad. Véase la sección "Recursos de apoyo" para consultar una descripción de las competencias de los trabajadores pares y unas pautas de formación, y para saber más sobre la certificación como trabajador par.
- Los trabajadores pares también deben entender la importancia de la confidencialidad y la privacidad, y las consecuencias en caso de incumplimiento.
- Aunque la evidencia se centró en el apoyo entre pares proporcionado durante un período de tiempo de seis semanas a cuatro meses, las personas que viven con enfermedades mentales pueden beneficiarse del apoyo entre pares a largo plazo a medida que realizan la transición a través del sistema asistencial.
- Las contribuciones de los trabajadores pares recibieron una valoración muy alta de los miembros del equipo interprofesional, ya que con frecuencia comprenden mejor las experiencias de la persona que afronta una transición. Los trabajadores pares tanto remunerados como voluntarios deben ser igualmente valorados dentro de la organización.
- Cabe destacar que el valor del apoyo entre pares dependerá del estado de preparación de la persona para la transición asistencial.

**Tabla 9: Consejos de implantación desde la evidencia**

| COMPONENTES DE LOS ESTUDIOS | DETALLES EXTRAÍDOS DE LA EVIDENCIA   |
|-----------------------------|--|
| <b>Tipo de transición</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ En dos estudios, los trabajadores pares dieron apoyo a adultos en transición de hospitales de salud mental a entornos comunitarios (101,102).</li> <li>■ En un estudio, las personas hacían la transición de equipos de gestión de crisis de salud mental a la comunidad. Los equipos de gestión de crisis proporcionan tratamiento intensivo en el domicilio durante una crisis de salud mental y ofrecen una alternativa a las personas que, de otro modo, requerirían un ingreso hospitalario psiquiátrico.</li> </ul>   |
| <b>Plazos</b>               | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Los plazos de la intervención variaron de seis semanas (101,102) a cuatro meses (95). Concretamente, se ofreció apoyo: <ul style="list-style-type: none"> <li>□ de seis a ocho semanas después de la transición desde el hospital (102);</li> <li>□ a lo largo de un periodo de seis semanas (empezando dos semanas antes de la transición desde el hospital, hasta cuatro semanas después de la transición), con periodicidad semanal (normalmente dos horas por sesión) (101); y</li> <li>□ en un periodo de cuatro meses, durante 10 sesiones de una hora (95).</li> </ul> </li> </ul> |
| <b>Modalidad de apoyo</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Se ofreció apoyo entre pares presencial en dos estudios (95,101).</li> <li>■ En un estudio, se proporcionó una mezcla de contacto presencial y contacto telefónico (102).</li> </ul>  |

| COMPONENTES DE LOS ESTUDIOS   | DETALLES EXTRAÍDOS DE LA EVIDENCIA  |
|-------------------------------|---|
| <b>Tipo de apoyo ofrecido</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Los trabajadores pares ofrecieron los siguientes tipos de apoyo:           <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Valoración de las necesidades antes de una transición (101).</li> <li>□ Vinculación de las personas con apoyos y recursos comunitarios (101, 102).</li> <li>□ Apoyo mediante la escucha y el intercambio de estrategias y habilidades de afrontamiento (95).</li> <li>□ Ayuda a las personas para completar un diario de recuperación personal. Por ejemplo: establecer objetivos personales de recuperación, hacer planes para restablecer una red de apoyo, identificar señales de alerta temprana, formular un plan de acción para evitar recaídas e identificar estrategias para promover el bienestar (95).</li> <li>□ Proporcionar a las personas una cesta de elementos necesarios/deseados (p. ej., artículos de primera necesidad, cupones, artículos de higiene, calendarios) (101).</li> <li>□ Ofrecer apoyo práctico y emocional (102).</li> </ul> </li> </ul> |
| <b>Cualificaciones</b>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Todos los trabajadores pares tenían su propia experiencia personal con las enfermedades mentales y el proceso de recuperación (95,101,102).</li> <li>■ En un estudio, se dio formación a los trabajadores pares con especial énfasis en la capacidad de escucha, conciencia cultural, comunicación de experiencias personales y confidencialidad (95). También fueron supervisados por personal clínico cada dos semanas, y recibieron apoyo de un trabajador par con experiencia.</li> </ul>  |

## Recursos de apoyo

| RECURSO  | DESCRIPCIÓN   |
|--|---|
| <b>RECURSOS PARA PERSONAS Y SU RED DE APOYO</b>  |   |
| Buddy up. In: Centre for Suicide Prevention. [Internet]. [place unknown]: Centre for Suicide Prevention; [date known]. Available from: <a href="https://www.buddyup.ca/">https://www.buddyup.ca/</a>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Campaña de comunicación para la prevención del suicidio de hombres para hombres.</li> <li>■ Incluye herramientas y recursos para ofrecer conversaciones auténticas entre hombres y sus pares.</li> </ul> |
| Connect with a community of support. In: Wellness Together Canada [Internet]. [place unknown]: Wellness Together Canada; 2022. Available from: <a href="https://www.wellnesstogether.ca/en-CA/service/connect">https://www.wellnesstogether.ca/en-CA/service/connect</a> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Acceso a numerosas comunidades de apoyo entre pares para cuestiones de salud mental y consumo de sustancias.</li> </ul>  |

| RECURSO   | DESCRIPCIÓN   |
|---|---|
| <p>Get help. In: Talk Suicide Canada [Internet]. [place unknown]: Talk Suicide Canada; 2023. Available from: <a href="https://talksuicide.ca/">https://talksuicide.ca/</a></p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Lista de recursos para personas que piensan en el suicidio, como contactos (por teléfono o mensaje de texto) con personal de respuesta a crisis.</li> </ul>  |
| <p>Mental Health Commission of Canada. Toolkit for people who have been impacted by a suicide attempt [Internet]. Toronto (ON): Mental Health Commission of Canada; 2018. Available from: <a href="https://mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/2018/05/Toolkit-for-people-who-have-been-impacted-by-a-suicide-attempt.pdf">https://mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/2018/05/Toolkit-for-people-who-have-been-impacted-by-a-suicide-attempt.pdf</a></p>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ofrece un resumen de recursos y herramientas para personas que han pasado por una tentativa de suicidio o quienes han perdido a alguien por suicidio.</li> <li>■ Las páginas 5–6 hacen referencia específicamente a grupos de apoyo entre pares en línea (es decir, quién es un trabajador de apoyo entre pares y cuál es su función), así como dónde pueden encontrarse.</li> </ul> |
| <p>Welcome to the hope for wellness helpline. In: Hope for Wellness Helpline [Internet]. [place unknown]: Hope for Wellness Helpline; 2022. Available from: <a href="https://www.hopeforwellness.ca/">https://www.hopeforwellness.ca/</a></p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Línea de ayuda disponible para personas indígenas en toda Canadá, que ofrece servicios telefónicos y de chat en línea en inglés, francés, cree, ojibway e inuktitut.</li> </ul>  |
| <h3>RECURSOS PARA PROFESIONALES SANITARIOS Y DE SERVICIOS SOCIALES</h3>   |   |
| <p>Canadian Mental Health Association North and West Vancouver (CMHA NWV). Reenergizing wellness: a resource for peer-led wellness programs in Indigenous communities [Internet]. North Vancouver (BC): CMHA NWV; 2021. Available from: <a href="https://northwestvancouver.cmha.bc.ca/wp-content/uploads/2021/05/ReenergizingWellness-TrainingManual-May2021.pdf">https://northwestvancouver.cmha.bc.ca/wp-content/uploads/2021/05/ReenergizingWellness-TrainingManual-May2021.pdf</a></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Manual de formación de la Asociación Canadiense de Salud Mental (Canadian Mental Health Association) que destaca las definiciones emergentes de apoyo entre pares arraigadas en la cultura.</li> <li>■ Proporciona un marco para crear o desarrollar el trabajo entre pares que ya se está llevando a cabo en entornos comunitarios.</li> </ul>                                      |
| <p>Mental Health Commission of Canada (MHCC). Guidelines for the practice and training of peer support [Internet]. Calgary (AB): MHCC; 2013. Available from: <a href="https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/peer_support_guidelines.pdf.pdf">https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/peer_support_guidelines.pdf.pdf</a></p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Guía de formación desarrollada por trabajadores pares de toda Canadá.</li> <li>■ Esta guía recoge los valores esenciales, las capacidades y las habilidades básicas de los trabajadores pares, y sirve de base para la certificación como trabajadores pares.</li> </ul>   |

| RECURSO  | DESCRIPCIÓN  |
|--|--|
| <p>National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Transition between inpatient mental health settings and community or care home settings [Internet]. London (UK): NICE; 2016 Aug 30. Available from: <a href="https://www.nice.org.uk/guidance/ng53">https://www.nice.org.uk/guidance/ng53</a></p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Guía del National Institute for Health and Care Excellence.</li> <li>■ Contiene dos recomendaciones relativas al apoyo entre pares durante las transiciones asistenciales (1.5.13 y 1.5.14).</li> </ul>   |
| <p>Peer Support Accreditation and Certification (Canada) (PSACC). National certification handbook [Internet]. Version 3. [place unknown]: PSACC; 2016. Available from: <a href="https://peersupportcanada.ca/wp-content/uploads/2019/06/Certification_Handbook_v3-ENG.pdf">https://peersupportcanada.ca/wp-content/uploads/2019/06/Certification_Handbook_v3-ENG.pdf</a></p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Manual de Peer Support Accreditation y Certification Canada que pone de relieve la experiencia, las capacidades y los conocimientos que conforman las Normas de Práctica Profesional y el proceso de Certificación de Apoyo entre Pares.</li> </ul> |
| <p>Peer Support Canada. Peer supporter competencias [Internet]. Toronto (ON): Peer Support Canada; [date unknown]. Available from: <a href="https://peersupportcanada.ca/wp-content/uploads/2019/06/Peer_Supporter_Competicencies-ENG.pdf">https://peersupportcanada.ca/wp-content/uploads/2019/06/Peer_Supporter_Competicencies-ENG.pdf</a></p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Recurso de Peer Support Canada que muestra las capacidades y las habilidades que deben demostrar los trabajadores pares.</li> </ul>   |
| <p>Phillips K, Harrison J, Jabalee C. A toolkit for implementing and supporting successful peer staff roles in mainstream mental health and addiction organizations [Internet]. Kitchener (ON): Centre for Excellence in Peer Support, Canadian Mental Health Association Waterloo Wellington; 2019. Available from: <a href="https://peerrecoverynow.org/wp-content/uploads/Supervising-Peer-Workers-Toolkit-CMHA-WW-2019.pdf">https://peerrecoverynow.org/wp-content/uploads/Supervising-Peer-Workers-Toolkit-CMHA-WW-2019.pdf</a></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Conjunto de herramientas del Centre for Excellence in Peer Support que ofrece orientación sobre la implantación de la función de los trabajadores pares.</li> </ul>   |

# Lagunas en la investigación e implicaciones futuras

El equipo de investigación y desarrollo de guías de buenas prácticas de RNAO y el panel de expertos identificaron áreas prioritarias de futura investigación (señaladas en la **Tabla 10**). Los estudios realizados en estas áreas proporcionarían más evidencia para favorecer un apoyo equitativo y de alta calidad para las personas que afrontan transiciones asistenciales. La lista no es exhaustiva; es posible que sea necesario ampliar las áreas de investigación.

**Tabla 10: Áreas prioritarias de investigación por pregunta de recomendación**

| PREGUNTA DE RECOMENDACIÓN   | ÁREA DE INVESTIGACIÓN PRIORITARIA  |
|---|--|
| <p><b>PREGUNTA DE RECOMENDACIÓN 1:</b></p> <p>¿Se debe recomendar o no el apoyo de orientadores para desenvolverse en el sistema a las personas que se enfrentan a una transición asistencial?</p> <p><b>Resultados:</b> Calidad de vida del paciente, visitas a urgencias (en los 30 días siguientes a la transición asistencial), visita de seguimiento con un profesional sanitario o de servicios sociales, satisfacción del paciente, tasas de reingreso (en los 30 días siguientes a la transición asistencial)</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Estudios que identifiquen los componentes esenciales de la ayuda para desenvolverse y qué tipo de apoyo se ofrecería desde la perspectiva de las personas que experimentan una transición asistencial.</li> <li>■ Estudios centrados en la ayuda para desenvolverse durante las transiciones asistenciales en poblaciones pediátricas y su red de apoyo.</li> <li>■ El impacto de recibir apoyo de pares durante más de cuatro meses después de una transición asistencial en los resultados para personas con necesidades de salud mental.</li> <li>■ El impacto de recibir apoyo entre pares durante las transiciones asistenciales en visitas a urgencias (en los 30 días siguientes a la transición asistencial), las visitas de seguimiento con un profesional sanitario o de servicios sociales, y las tasas de reingreso (en los 30 días siguientes a la transición asistencial).</li> <li>■ El impacto del apoyo entre pares durante las transiciones asistenciales en personas con problemas de salud física.</li> <li>■ El valor del apoyo entre pares durante las transiciones asistenciales para los cuidadores y las personas de la red de apoyo de la persona.</li> </ul> |
| <p><b>PREGUNTA DE RECOMENDACIÓN 2:</b></p> <p>¿Se debe recomendar o no un enfoque interprofesional intersectorial para dar apoyo a las personas que afrontan una transición asistencial?</p> <p><b>Resultados:</b> Visita de seguimiento con un profesional sanitario o de servicios sociales, visitas a urgencias (en los 30 días siguientes a la transición asistencial), calidad de vida del paciente, satisfacción del paciente, tasas de reingreso (en los 30 días siguientes a la transición asistencial)</p>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ El impacto de aplicar un enfoque interprofesional intersectorial formal en las transiciones asistenciales sobre la calidad de vida del paciente y su grado de satisfacción.</li> <li>■ El impacto de aplicar un enfoque interprofesional intersectorial formal para personas en transición desde un entorno comunitario a otro (por ejemplo, atención primaria, rehabilitación ambulatoria, cuidados de larga duración y atención domiciliaria).</li> <li>■ Investigación centrada en enfoques interprofesionales intersectoriales formales para pacientes pediátricos y su red de apoyo.</li> </ul>  |

| PREGUNTA DE RECOMENDACIÓN   | ÁREA DE INVESTIGACIÓN PRIORITARIA   |
|---|---|
| <p><b>PREGUNTA DE RECOMENDACIÓN 5:</b></p> <p><b>¿Se debe recomendar o no el acceso a historias clínicas electrónicas compartidas para los profesionales de servicios sanitarios y sociales durante las transiciones asistenciales?</b></p> <p><b>Resultados:</b> Daño relacionado con medicamentos, satisfacción de los profesionales sanitarios o de servicios sociales, visita de seguimiento con un profesional sanitario o de servicios sociales, satisfacción del paciente</p> <p><i>*Esta pregunta no dio lugar a ninguna recomendación. Para más información, véase el Anexo C.</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Los estudios se centraron en los sistemas ya implantados que dan acceso a las historias clínicas electrónicas compartidas para profesionales sanitarios y de servicios sociales durante las transiciones asistenciales, y el impacto del daño asociado a la medicación, la satisfacción de profesionales sanitarios y de servicios sociales y la satisfacción del paciente.</li> </ul> |

**Tabla 11: Áreas prioritarias de investigación identificadas por el panel de expertos**

| CATEGORÍA                  | ÁREA DE INVESTIGACIÓN PRIORITARIA  |
|----------------------------|--|
| <b>Entornos y sectores</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Cómo pueden apoyar de forma óptima los profesionales sanitarios y de servicios sociales en atención primaria, atención domiciliaria y entornos comunitarios a las personas durante las transiciones asistenciales (la literatura de investigación se centra sobre todo en las transiciones a y desde entornos hospitalarios. En el futuro, la investigación debe centrarse también en las transiciones a y desde otros entornos y sectores)</li> <li>Cómo los sistemas asistenciales integrados pueden dar apoyo a las transiciones asistenciales.</li> </ul> |
| <b>Poblaciones</b>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Estudios centrados en poblaciones pediátricas durante las transiciones asistenciales.</li> </ul>  |

## Estrategias de implantación

La implantación de las guías en el punto asistencial es una tarea exigente y polifacética y constituye todo un reto. Los cambios en la práctica requieren algo más que sensibilización y difusión de las guías: las GBP deben estar adaptadas a cada entorno de práctica de forma sistemática y participativa para garantizar que las recomendaciones se adapten al contexto local (114). Para ello, La Herramienta para Liderar el Cambio *Leading Change Toolkit* (desarrollada por RNAO, en colaboración con Healthcare Excellence Canada) ofrece procesos basados en la evidencia (véase el **Anexo M**) (4).

La Herramienta para Liderar el Cambio emplea dos marcos complementarios para orientar la aplicación de la evidencia y su sostenibilidad (véase la **Figura 2**). Se pueden usar conjuntamente para maximizar y acelerar el cambio.

**Figura 2: La Herramienta para Liderar el Cambio *Leading Change Toolkit*: dos marcos complementarios para acelerar el éxito**



Reimpreso de: Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), Healthcare Excellence Canada (HEC). *Leading change toolkit* [Internet]. 3rd ed. Toronto (ON): RNAO; 2021. Available from: [RNAO.ca/leading-change-toolkit](https://www.rnao.ca/leading-change-toolkit)

El Marco de Acción del Movimiento social (1,2) es descriptivo e identifica los elementos definitorios de un **movimiento social para procurar la adopción y la sostenibilidad del conocimiento**<sup>G</sup>. Integra un enfoque "de abajo arriba", liderado por las personas, para lograr el cambio en temas que suponen una preocupación compartida (o causa común) en el que los agentes y equipos de cambio movilizan la acción individual y colectiva para alcanzar los objetivos. Los elementos del marco, clasificados como condiciones previas, características clave y resultados, son dinámicos, están interrelacionados y se desarrollan espontáneamente a medida que evoluciona el movimiento social.

El Marco del Conocimiento a la Acción emplea un modelo de proceso por fases del ciclo de acción para guiar sistemáticamente la adaptación del nuevo conocimiento (p. ej., una GBP) al contexto local, así como su implantación. Este marco sugiere identificar y usar herramientas de conocimiento (por ejemplo, guías) para identificar las lagunas en el conocimiento e iniciar el proceso de adaptación del nuevo conocimiento a los entornos locales.

La Herramienta para Liderar el Cambio se basa en evidencia emergente sobre ciencias sociales y de la salud indicativa de que la adopción exitosa y la sostenibilidad de las mejores prácticas en la atención sanitaria es más probable cuando:

- se seleccionan las GBP que se van a implantar mediante un proceso participativo dirigido por agentes y equipos de cambio.

- las GBP seleccionadas reflejan áreas prioritarias respecto a un interés compartido que resultan creíbles, se consideran valiosas y son significativas, o bien reflejan actuaciones que es urgente abordar;
- se identifica quiénes son las partes de interés y se las implica en toda la implantación para promover la acción individual y colectiva;
- se valora la receptividad para implantar las GBP, incluida la preparación de entorno;
- se adaptan las estrategias de implantación al contexto local y se diseñan para hacer frente a las barreras.
- el uso de esta GBP se monitoriza y mantiene a lo largo del tiempo;
- la evaluación del impacto de la GBP se integra dentro del proceso para determinar si se han cumplido los objetivos y se han alcanzado los resultados;
- hay recursos adecuados para completar todos los aspectos de la adopción y la sostenibilidad de la GBP;
- la GBP se amplía, se expande o se profundiza (scaling up, out, deep), en lo posible, para extender su influencia y crear mejoras en salud duraderas.

La RNAO está comprometida con la diseminación, la implantación y la sostenibilidad de nuestras GBP. Para ello, empleamos un enfoque sistemático desplegando varias estrategias, como:

1. La red de Impulsores de buenas prácticas de RNAO®, que potencia la capacidad de los agentes de cambio para fomentar la sensibilización, el compromiso, la adopción y la sostenibilidad de las GBP. Los impulsores de buenas prácticas de RNAO son personas y organizaciones a quienes apasiona aplicar prácticas basadas en la evidencia y movilizar a otros para que juntos mejoren la atención y la salud. Los impulsores pueden ser enfermeras y otros profesionales sanitarios con cualquier tipo de función y de todos los sectores de la salud, estudiantes, mediadores, personas que han vivido la experiencia y cuidadores.
2. Los Conjuntos de normas de buenas prácticas (BPG Order Sets™) ofrecen declaraciones de intervención claras, concisas y aplicables extraídas de las recomendaciones para la práctica. Los conjuntos de normas de buenas prácticas se pueden incorporar rápidamente a las historias electrónicas, y usarse también en entornos en los que se usa solo papel o que combinan ambas opciones. En el sector de los cuidados de larga duración, los Conjuntos de normas de buenas prácticas (RNAO BPG Order Sets) han evolucionado para conformar las Vías Clínicas de RNAO™ con el apoyo de enfermeras con amplia experiencia en este ámbito. Las Vías Clínicas de RNAO se han integrado en un sistema de historias clínicas electrónicas de uso habitual y son accesibles para todos los canadienses y los centros de cuidados de larga duración a nivel internacional.
3. La designación de instituciones como Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados® (BPSO®, Best Practice Spotlight Organization®) fomenta la implantación de las buenas prácticas a nivel de la institución y del sistema. Los Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados se centran en desarrollar culturas basadas en la evidencia con el mandato específico de implantar, evaluar y sostener múltiples GBP de RNAO.

Además, ofrecemos cursos anuales de capacitación («institutos») sobre la implantación de cambios en la práctica.

Se puede consultar más información sobre las estrategias de implantación en:

- Red de Impulsores de RNAO, RNAO Best Practice Champions Network®Network® : [RNAO.ca/bpg/get-involved/champions](https://rnao.ca/bpg/get-involved/champions)
- Conjuntos de normas de buenas prácticas de RNAO BPG Order Sets™ : [RNAO.ca/ehealth/bpgordersets](https://rnao.ca/ehealth/bpgordersets)
- RNAO BPSO® : [RNAO.ca/bpg/bpso](https://rnao.ca/bpg/bpso)
- Cursos de capacitación («institutos») y otras oportunidades de desarrollo profesional: [RNAO.ca/events](https://rnao.ca/events)
- Vías clínicas de RNAO, Clinical Pathways™: [RNAO.ca/bpg/implementation/clinicalpathways](https://rnao.ca/bpg/implementation/clinicalpathways)

## Anexo A: Glosario

**Atención al trauma:** Los enfoques basados en la atención al trauma se fundamentan en la idea de que muchas de las personas que acceden a los servicios sociales y de salud han tenido experiencias traumáticas a lo largo de su vida. Los enfoques basados en atención específica al trauma no se centran en ofrecer tratamiento para el trauma; el enfoque más bien se aplica para garantizar que las personas no sufren más traumas al acceder a la atención y los servicios. Los enfoques basados en la atención al trauma se fundamentan en los principios como la seguridad, la fiabilidad, la colaboración y la capacidad de elección, el empoderamiento y el refuerzo de los puntos fuertes y las habilidades de las personas (139).

**Automanejo:** Este término con frecuencia se asocia al autocuidado e incluye diversas actividades que realizan las personas para vivir bien con uno o más problemas crónicos (135).

**Ayuda para desenvolverse (en el sistema):** También denominada ayuda para la navegación, se refiere al apoyo individualizado y coordinado que ofrecen profesionales sanitarios o de servicios sociales para ayudar a las personas y sus redes de apoyo a superar cualquier desafío al moverse dentro del sistema sanitario y de servicios sociales. En esta GBP, la "ayuda para desenvolverse" supone un seguimiento regular de un profesional sanitario o de servicios sociales que atienda a las necesidades individuales de la persona y la conecte con los servicios y apoyos adecuados. Por ejemplo, puede incluir ofrecer a las personas la información y los recursos que necesiten para lograr sus objetivos de cuidado, conectarlas con otros profesionales sanitarios o de servicios sociales, ayudar a reducir barreras que eviten su acceso a los cuidados en el momento oportuno, ofrecer apoyo social y emocional, y mejorar el acceso a unos cuidados culturalmente seguros.

**Centrado en la persona:** Enfoque asistencial en el que se contempla a la persona como un todo. El proceso de llegar a conocer a la persona en su totalidad se fomenta mediante la creación de una relación terapéutica entre la persona, aquellos que son importantes para ella y los profesionales sanitarios y de servicios sociales. Este enfoque asistencial incluye promoción y defensa de la salud, empoderamiento y respeto mutuo, y exige comprender el derecho de la persona a ser autónoma, autodeterminarse y participar activamente en las decisiones sobre su salud (en la enfermedad y en el bienestar) (131).

**Ciencia de implantación:** Definida como "el estudio científico de los métodos para promover la incorporación sistemática de los resultados de la investigación y otras prácticas basadas en la evidencia en la práctica habitual y, por tanto, para mejorar la calidad y la efectividad de los servicios y la atención sanitaria" (126).

**Comportamientos reactivos:** Se refiere a palabras, acciones o gestos que presentan personas con demencia u otras enfermedades neurológicas en respuesta a algo frustrante, confuso o importante en su entorno social o físico (134).

**Continuidad asistencial:** La continuidad asistencial hace referencia a la calidad de la transición asistencial. Es el grado en el que los cuidados están bien coordinados y conectados a medida que la persona se mueve entre distintas instituciones y a través del sistema de salud.

**Cuádruple Objetivo:** Marco de trabajo internacionalmente reconocido para la prestación de atención sanitaria centrada en conseguir cuatro objetivos globales: 1) experiencia mejorada para las personas que reciben cuidados; 2) experiencia mejorada para los profesionales sanitarios y de servicios sociales que ofrecen cuidados; 3) mejores resultados en salud para las personas atendidas; y 4) costes de la atención sanitaria reducidos (45).

**Cuidados culturalmente seguros:** Las personas que ofrecen cuidados culturalmente seguros tratan de ofrecer un compromiso respetuoso que reconozca y aborde los desequilibrios de poder inherentes en todo el sistema de salud (119). Los cuidados culturalmente seguros buscan crear y mantener entornos libres de racismo y discriminación, en los que las personas se sientan seguras cuando reciben cuidados de salud. Las personas, familias y comunidades indígenas deben ser capaces de compartir sus puntos de vista, plantear preguntas y hacer que los profesionales sanitarios y de servicios sociales respeten sus creencias, comportamientos y valores (119).

**Cuidador:** "Familiar, amigo o persona de elección que presta cuidados no remunerados a otra persona por cuestiones de discapacidad, trastorno físico, neurológico o mental, enfermedad crónica, fragilidad o edad" (117). Los cuidadores son a menudo claves en la red de apoyo de la persona.

**Daño derivado de la medicación/relacionado con medicamentos:** Daño que experimenta una persona como resultado de la exposición a un medicamento que puede ser prevenible (p. ej., debido a un error de medicación) o no prevenible (p. ej., una reacción adversa) (88).

**Declaración de buenas prácticas:** Se dirige principalmente a las enfermeras y a los equipos interprofesionales que prestan cuidados a las personas y a sus familias en todo el espectro asistencial, incluyendo (pero sin limitarse a): atención primaria; atención domiciliaria y comunitaria; cuidados agudos; y cuidados de larga duración. Las declaraciones de buenas prácticas son declaraciones factibles que deben aplicarse en la práctica (16). Se estima que estas declaraciones son tan beneficiosas que sintetizar la evidencia sería un mal uso del tiempo y los recursos del panel de expertos (16). Además, es posible que los investigadores ya no realicen estudios sobre el tema, que la alternativa a la acción no sea ética o que estudiarlos vaya en contra de los derechos humanos (16,17). Dada la gran certeza de que los beneficios que se derivan de las declaraciones de buenas prácticas superan los daños, no se basan en una revisión sistemática de la evidencia. Tampoco reciben una calificación respecto a la certeza o fuerza de la evidencia (es decir, no se califican como condicional o fuerte (18). Esto no resta certeza a la evidencia: si bien pueden apoyarse en evidencia indirecta, existe una justificación clara y explícita bien documentada que conecta la evidencia indirecta con la afirmación (16). Como tales, las declaraciones de buenas prácticas deben interpretarse como recomendaciones firmes, ya que subyace el supuesto de que existe una gran certeza sobre los beneficios de implantar la acción (16).

**Declaraciones para la formación:** Planteamientos institucionales para impartir formación en organizaciones sanitarias e instituciones académicas de modo que promuevan la práctica basada en la evidencia. Las declaraciones para la formación se basan en un análisis de las recomendaciones de formación en distintas GBP sobre diversos temas clínicos y poblaciones. Las declaraciones para la formación pueden aplicarse a todas las guías de buenas prácticas y pueden adaptarse al contexto dentro de las organizaciones sanitarias y las instituciones académicas para fomentar la implantación de las recomendaciones clínicas.

**Determinantes sociales de la salud:** Los determinantes sociales de la salud son "factores no médicos que influyen en los resultados en salud. Son las condiciones en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, y el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que conforman las condiciones de la vida diaria. Estas fuerzas y estos sistemas incluyen políticas y sistemas de tipo económico, programas de desarrollo, normas sociales, políticas sociales y sistemas políticos" (136).

**Diagrama PRISMA de elementos de notificación preferidos para revisiones sistemáticas y metaanálisis (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) diagram*):** Diagrama que muestra el flujo de información a través de las distintas fases de una revisión sistemática. Indica el número de artículos identificados, incluidos y excluidos (132).

**Disminución de calificación:** En GRADE, cuando hay limitaciones en los estudios individuales que potencialmente sesgan los resultados, se disminuye la certeza de la evidencia (122). Por ejemplo, un conjunto de evidencia cuantitativa para un resultado prioritario puede comenzar con un alto grado de certeza, pero debido a serias limitaciones en uno o más de los cinco criterios GRADE, se rebajará su clasificación en uno o dos niveles (122).

**Domicilio:** Lugar de residencia habitual de la persona. Puede tratarse de una residencia personal, una vivienda asistida, un centro de cuidados de larga duración, un *hospice* o un centro de acogida (25).

**Enfermera:** Se refiere a enfermeras universitarias (RN), enfermeras generalistas (RPN, en Ontario), enfermeras especialistas en salud mental, y enfermeras con rol avanzado como enfermeras de práctica avanzada y especialistas clínicas (10).

**Enfoque basado en los puntos fuertes personales:** Enfoque centrado en identificar y apoyar los puntos fuertes, las motivaciones y las distintas formas de pensar y de comportarse, así como los factores de protección (dentro de la persona o en su entorno) que ayudan a la persona en su camino hacia la salud y el bienestar (138).

**Enfoque interprofesional intersectorial:** Se refiere al enfoque de colaboración en el que dos o más profesionales sanitarios o de servicios sociales de distintas disciplinas que trabajan juntos en distintos sectores colaboran de manera formal para garantizar que las personas y sus redes de apoyo tengan una transición asistencial segura. Por ejemplo, los profesionales de los cuidados de larga duración pueden colaborar con profesionales en un entorno hospitalario para coordinar los cuidados de una persona que hace la transición de un centro de cuidados de larga duración a un hospital.

**Ensayo controlado aleatorizado (ECA):** Experimento en el que el investigador asigna una o más intervenciones a participantes que son asignados aleatoriamente al grupo experimental (el que recibe la intervención), al de comparación (tratamiento convencional) o al grupo de control (sin intervención o placebo) (130).

**Equipo interprofesional:** Equipo constituido por distintos profesionales sanitarios y de servicios sociales, regulados y no regulados, que trabajan en colaboración para ofrecer servicios de salud integrales y de calidad a las personas dentro, entre y a través de los distintos entornos sanitarios y sociales (13). Los miembros clave del equipo interprofesional que trabajan con poblaciones pediátricas y con personas adultas y su red de apoyo durante las transiciones asistenciales son, entre otros: enfermeras, médicos, farmacéuticos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y paramédicos. Cabe destacar que las personas, y su red de apoyo, que afrontan una transición asistencial ocupan el centro del equipo interprofesional, como participantes activos.

**Equipos integrados de salud de Ontario que son Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados de (BPSO OHT):** Los equipos integrados de salud de Ontario (OHT) son grupos de profesionales y organizaciones responsables de la prestación de una atención continuada, completa y coordinada a una población propia de Ontario, Canadá (9). El modelo de los Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados® (BPSO) para los equipos integrados de salud de Ontario ofrece un programa adaptado para escalar y expandir las guías de buenas prácticas de RNAO en el seno de sistemas asistenciales integrados. El modelo BPSO OHT ayuda a impulsar los cuatro elementos del Cuádruple Objetivo, así como los Objetivos de Desarrollo sostenible (ODS) de Naciones Unidas, ocupándose de la salud de la población, dando apoyo a las poblaciones infraatendidas y fomentando la equidad en salud. Los BPSO OHT de Ontario cuentan con el apoyo activo de RNAO para implantar de forma sistemática las guías de buenas prácticas basadas en la evidencia mediante la movilización de equipos para alcanzar sus objetivos colectivos y evaluar los resultados. El programa BPSO está integrado en los equipos integrados de salud de Ontario (OHT), y sus resultados están concebidos para promover los objetivos del equipo OHT.

**Estudio no aleatorizado:** Estudio cuantitativo que estima la efectividad de una intervención, en la que se asigna a las personas a distintas intervenciones mediante métodos que no son aleatorios (130).

**GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*):** El sistema GRADE (Valoración, Desarrollo y Evaluación de la gradación de las recomendaciones) es un planteamiento metodológico para evaluar la certeza en el conjunto de la evidencia de forma consistente y transparente, y para desarrollar recomendaciones de manera sistemática. Se evalúa el conjunto de la evidencia para cada resultado importante y/o crítico previamente identificado en función del riesgo de sesgo, la consistencia de los resultados, la relevancia de los estudios, la precisión de los estimadores, los sesgos de publicación, la magnitud (grande) del efecto, el gradiente dosis-respuesta y los factores de confusión opuestos (19).

Cuando se usa GRADE, existen cinco componentes que contribuyen a valorar la confianza en la evidencia para cada resultado. Estos componentes son los siguientes:

1. Riesgo de sesgo, que se centra en los defectos en el diseño de un estudio o problemas en su ejecución.
2. Inconsistencia, que observa el conjunto de la evidencia y evalúa si los resultados apuntan en la misma dirección o difieren.
3. Imprecisión, referida a la precisión de los resultados según el número de participantes y/o eventos incluidos, y la amplitud de los intervalos de confianza en todo el conjunto de evidencia.
4. Evidencia indirecta, por la cual se evalúa cada estudio primario que apoya un resultado y se toma una decisión con respecto a la aplicabilidad de las conclusiones en la población, la intervención y el resultado descritos en la pregunta de la investigación.
5. Sesgo de publicación, según el cual se toma una decisión sobre si el conjunto de la literatura publicada para un resultado incluye potencialmente solo resultados positivos o estadísticamente significativos (19).

**Guías de buenas prácticas (GBP):** “Documentos desarrollados de manera sistemática y basados en la evidencia que incluyen recomendaciones sobre temas clínicos específicos y de entornos laborales saludables para las enfermeras, el equipo interprofesional, educadores, líderes y gestores, las personas y sus familias. Las GBP promueven consistencia y excelencia en los cuidados clínicos, las políticas de salud y la educación para la salud, lo que en última instancia conduce a resultados en salud óptimos para las personas y las comunidades y el sistema sanitario” (116).

**Historia clínica electrónica:** Una historia clínica electrónica es un registro digital seguro, privado y para toda la vida sobre la salud de la persona y su historia de cuidados, que ofrece a los profesionales sanitarios y de servicios sociales autorizados acceso en tiempo real a información de salud relevante (124). El acceso a la historia clínica electrónica compartida se refiere a los profesionales sanitarios y de servicios sociales autorizados en diferentes instituciones y sectores, que tienen acceso conjunto a la historia clínica electrónica compartida para agilizar la comunicación y coordinar la asistencia.

**Indígena:** Introducido y empleado en un contexto global en línea con los esfuerzos internacionales de los pueblos aborígenes para lograr mayor presencia en las Naciones Unidas (ONU). La ONU define ampliamente a las personas indígenas como pueblos largamente asentados y conectados a determinadas tierras que practican tradiciones únicas y conservan características sociales, culturales, económicas y políticas distintas de las de las sociedades dominantes en las que residen (127). Según la definición de la ONU, se entiende generalmente que el término indígena incluye: autoidentificación a nivel individual y aceptación por la comunidad indígena como miembro; continuidad histórica con sociedades precoloniales o anteriores a los colonos; fuerte vínculo con los territorios y recursos naturales circundantes; sistemas sociales, económicos o políticos distintos; y lengua, cultura y creencias diferentes. Los pueblos indígenas forman grupos no dominantes dentro de la sociedad y deciden mantener y reproducir su medio ambiente y sus sistemas ancestrales como personas y comunidades distintas (127).

La Constitución de Canadá reconoce tres grupos de pueblos indígenas: Primeras Naciones, Inuit y Métis. Se trata de tres pueblos distintos con historia, lengua, prácticas culturales y creencias espirituales únicas (128).

**Informe de alta:** Un resumen de lo que ha sucedido durante la estancia de la persona en un hospital, un centro de rehabilitación u otra institución sanitaria (120). Con frecuencia incluye el diagnóstico médico de la persona, resultados de pruebas (finales y pendientes), cambios efectuados en el tratamiento o en la medicación (incluidas las razones que los motivan) y necesidades de seguimiento. El informe de alta es una forma de comunicar el plan de transición de la persona a los profesionales del lugar de destino de la transición (121). También se pueden crear informes de alta escritos en un lenguaje sencillo para las personas y su red de apoyo de modo que se les ofrezca información importante, como cambios en la medicación y citas de seguimiento.

**Investigación cuantitativa:** Enfoque de investigación que estudia fenómenos con herramientas que producen mediciones estadísticas/datos numéricos (133).

**Marcos evidencia-decisión:** Tabla que ayuda a los paneles de expertos a tomar decisiones cuando pasan de la evidencia a las recomendaciones. El objeto de los marcos evidencia-decisión es resumir la evidencia de la investigación, subrayar los factores importantes que pueden determinar la recomendación, informar de los beneficios y los daños de cada intervención que se considera, y aumentar la transparencia en el proceso de toma de decisiones para el desarrollo de recomendaciones (19).

**Mejor historia posible de medicación (BPMH, por sus siglas en inglés):** Es una historia de la medicación obtenida por un profesional sanitario mediante: (1) un proceso sistemático de entrevista a la persona y/o su red de apoyo; y (2) una revisión de al menos otra fuente de información fiable para obtener y verificar todo el uso de medicación habitual. La mejor historia de medicación posible incluye: nombre del medicamento, dosis, vía y frecuencia de todos los fármacos (prescritos y no prescritos) que la persona toma actualmente. La mejor historia de medicación posible es una instantánea del uso de medicación actual de la persona y puede diferir de lo recogido en su historia clínica (115).

**Metaanálisis:** Revisión sistemática de ensayos controlados aleatorizados que emplea métodos estadísticos para analizar y resumir los resultados de los estudios incluidos (239).

Véase *revisión sistemática*.

**Movimiento social para la adopción y la sostenibilidad del conocimiento:** Los individuos, los grupos y/o las organizaciones que, como agentes del cambio voluntarios e intrínsecamente motivados, se movilizan para transformar los resultados en salud (2).

**Objetivos de Desarrollo Sostenible:** Los Objetivos de Desarrollo Sostenible fueron adoptados por las Naciones Unidas en 2015 como un llamamiento universal y urgente a la acción para acabar con la pobreza, proteger el planeta y garantizar que todas las personas disfruten de paz y prosperidad de aquí a 2030 (46).

**Organizaciones de servicios de salud y de servicios sociales:** En esta GBP, las organizaciones sanitarias y de servicios sociales se refieren a cualquier entorno en el que una persona, junto con su red de apoyo, recibe cuidados o servicios durante una transición asistencial.

Las instituciones de servicios sanitarios son organizaciones que ofrecen servicios de salud a comunidades o poblaciones determinadas. Ello incluye, entre otros, equipos de atención familiar, organizaciones de atención domiciliaria y hospitales.

Las instituciones de servicios sociales son organizaciones que asisten a personas con problemas sociales como, por ejemplo, cuestiones de vivienda, violencia doméstica y consumo de sustancias.

**Orientador para desenvolverse en el sistema:** Profesional sanitario o de servicios sociales que ofrece orientación y ayuda durante una transición asistencial a lo largo de un periodo prolongado (p. ej., 30 días o seis meses). En esta GBP, el término "orientador del sistema" se usa como término genérico para todos los profesionales sanitarios o de servicios sociales que desempeñan diversas funciones y proporcionan servicios de orientación y apoyo durante una transición asistencial, incluidos profesionales regulados y no regulados (p. ej., enfermeras, trabajadores sociales, trabajadores pares con experiencia personal, facilitadores de transición y orientadores para pacientes).

Véase *Ayuda para desenvolverse*.

**Partes interesadas / Partes de interés (Stakeholder):** Individuo, grupo u organización que tienen interés directo en las decisiones y las acciones de las organizaciones, y que puede tratar de influir en decisiones y acciones. Las partes interesadas incluyen todos los individuos y los grupos que se ven directa o indirectamente afectados por el cambio o la solución del problema.

**Persona:** Cualquier individuo con quien un profesional de servicios sanitarios o sociales ha establecido una relación terapéutica con el fin de establecer una colaboración para la salud. Sustituye a los términos "paciente", "usuario" y "residente", que se utilizan en todas las organizaciones de servicios sanitarios y sociales (131).

**Persona que ha vivido la experiencia (con experiencia personal):** Miembros de la comunidad que tienen conocimientos y experiencia de primera mano sobre el tema de interés como persona, cuidador no remunerado o mediador. Las personas con experiencia personal son un grupo diverso con variedad de antecedentes y experiencias.

**Plan de transición:** Plan adaptado a las necesidades de una persona que se diseña para dar apoyo a una transición asistencial. El equipo interprofesional lo crea en colaboración con la persona y su red de apoyo, y describe la coordinación de los cuidados y el apoyo necesarios durante y después de una transición asistencial.

**Poblaciones desatendidas e infraatendidas:** Las poblaciones desatendidas pueden incluir personas indígenas, personas que no hablan ninguno de los idiomas oficiales de Canadá, personas con una orientación sexual alternativa, inmigrantes, refugiados, poblaciones étnica o racialmente diversas, personas con discapacidad, personas sin hogar, profesionales del sexo y personas con bajos ingresos. Infraatendidas significa que hay mayor probabilidad de que los individuos que pertenecen a una determinada población (y las personas pueden pertenecer a más de una) puedan experimentar dificultades para obtener los cuidados necesarios, puedan recibir menor atención o un estándar de atención inferior, recibir un trato diferente de los profesionales sanitarios o ser tratados de forma que no satisfaga adecuadamente sus necesidades, o tener una menor satisfacción con los servicios sanitarios que la población general (140).

**Práctica basada en la evidencia:** Integración de la evidencia de la investigación con la experiencia clínica y los valores de los pacientes. Unifica la evidencia de la investigación con la experiencia clínica y fomenta la inclusión de las preferencias de los pacientes (123).

**Pregunta de investigación PICO:** Marco de trabajo para definir una pregunta concreta. Especifica cuatro componentes:

1. El paciente o la población estudiada.
2. La intervención que se investiga.
3. La intervención alternativa o de comparación.
4. El resultado de interés (19).

**Pregunta de recomendación:** Un área de investigación prioritaria de práctica, desarrollo de políticas o educación que ha sido identificada por los miembros del panel de expertos y para cuya respuesta es necesaria evidencia. La pregunta de recomendación también puede tratar de dar respuesta a un tema en torno al cual hay ambigüedad o controversia. La pregunta de recomendación sirve de base para la pregunta de investigación, que guía la revisión sistemática.

**Profesionales sanitarios y de servicios sociales:** Hace referencia a profesionales sanitarios y de servicios sociales tanto regulados (p. ej., enfermeras, médicos, farmacéuticos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y paramédicos) como no regulados (p. ej., asistentes personales, trabajadores pares con experiencia personal) que forman parte del equipo interprofesional.

**Profesionales sanitarios y de servicios sociales regulados:** En Ontario, la *Ley de Profesiones Sanitarias Reguladas* (*Regulated Health Professions Act, 1991, 1991* (RHPA)), ofrece un marco regulador de 26 profesiones sanitarias, en el que se define el ámbito de práctica y las actuaciones autorizadas o controladas específicas de cada profesión que cada profesional regulado está autorizado a realizar en la provisión de servicios sanitarios o sociales (10). Las regulaciones de los trabajadores sociales y de los profesionales de servicios sociales se recogen en la *Ley de trabajo social y servicios sociales* (*Social Work and Social Service Work Act, 1998*) (11). En esta GBP, algunos ejemplos de profesionales sanitarios regulados son enfermeras, médicos, terapeutas ocupacionales y farmacéuticos; y los trabajadores sociales son un ejemplo de profesional de servicios sociales regulado.

**Profesionales sanitarios y de servicios no regulados:** Desempeñan diversas funciones en áreas no sujetas a la Ley RHPA. Son responsables ante quienes los han contratado, pero no ante un organismo profesional regulador externo (por ejemplo, el Colegio de Enfermeras de Ontario). Los profesionales sanitarios y de servicios sociales no regulados asumen una serie de funciones y desempeñan tareas determinadas por su empleador y el entorno de su empleo. Los profesionales sanitarios no regulados solo están autorizados a realizar intervenciones controladas como se señalan en la ley RHPA si el procedimiento se enmarca en las excepciones señaladas en dicha Ley (12).

**Recomendación:** Línea(s) de actuación (o actuaciones) que responde(n) directamente a una pregunta de recomendación (también conocida como "pregunta PICO de investigación"). Una recomendación se basa en una revisión sistemática de la literatura y se hace teniendo en cuenta: a) beneficios y daños; b) valores y preferencias; y c) equidad en salud. Se asigna una fuerza a todas las recomendaciones, ya sea *fuerte* o *condicional*, mediante consenso del panel de expertos.

Cabe destacar que las recomendaciones no se deben considerar como obligatorias, ya que pueden no tener en cuenta todas las características únicas de las circunstancias individuales, clínicas y de la organización (19).

**Reconciliación de la medicación:** Proceso formal en el que los profesionales sanitarios trabajan conjuntamente y con las personas y su red de apoyo para garantizar que se comunica información sobre medicación de forma fiable, completa y consistente durante una transición asistencial. La reconciliación de la medicación requiere una revisión completa y sistemática de todos los medicamentos que toma la persona (conocido como "mejor historia de medicación posible") para asegurarse de que se evalúa cuidadosamente los medicamentos que se añaden, se cambian o se suspenden. Es un componente del manejo de la medicación e informará y permitirá a los prescriptores tomar las decisiones de prescripción más adecuadas para la persona (115).

Véase *Mejor historia de medicación posible*.

**Red de apoyo:** Individuos que la persona identifica como significativos en su vida. La red puede referirse a individuos que tienen relación (biológica, emocional o legal) y/o fuertes vínculos (de amistad, compromiso, convivencia o responsabilidad compartida en la crianza de hijos, de relaciones sentimentales) (15). En esta GBP, este término hace referencia a familiares, amigos y cuidadores que dan apoyo durante una transición asistencial.

**Resultados:** Variable dependiente, o estado clínico y/o funcional de un paciente o población, que se utiliza para evaluar si una intervención tiene éxito. En GRADE, se priorizan los resultados según si: a) son críticos para la toma de decisiones; b) son importantes, pero no críticos para la toma de decisiones; o c) no son importantes. El uso de estos resultados contribuye a centrar más las búsquedas en la literatura y las revisiones sistemáticas (19).

**Revisión sistemática:** Revisión integral de la literatura que utiliza preguntas formuladas claramente y métodos sistemáticos y explícitos para identificar, seleccionar y evaluar de forma crítica la investigación relevante. Una revisión sistemática recopila y analiza los datos de los estudios incluidos en la revisión y los presenta, a veces, usando métodos estadísticos (130).

Véase *metaanálisis*.

**Sistemas asistenciales integrados:** Servicios organizados a través de sectores y límites organizativos para que las personas a las que se asiste reciban servicios coordinados y completos en el momento adecuado, del profesional adecuado y en el lugar adecuado.

**Trabajador par con experiencia personal:** Una persona que ha pasado por una experiencia similar a sus pares (o semejantes), como un problema de salud mental o una enfermedad, y que ha recibido formación para ayudar a otros en su trayecto personal ofreciendo apoyo práctico y emocional (14). En esta GBP, los trabajadores con experiencia personal se denominan también "trabajadores pares". Estos trabajadores no están regulados.

**Transiciones asistenciales:** La transición asistencial es un momento importante en la prestación de asistencia sanitaria durante el cual la información y las necesidades asistenciales de una persona se transfieren entre profesionales sanitarios y sociales, equipos interprofesionales y entornos (8). Una transición asistencial se produce cuando una persona pasa de un entorno o sector en el que se están prestando cuidados o servicios a otro entorno o sector como, por ejemplo: atención primaria; atención domiciliaria y comunitaria; entornos de atención a la salud mental y consumo de sustancias; cuidados agudos; rehabilitación; cuidados de larga duración; centros penitenciarios; albergues. Algunos ejemplos pueden ser la transición del domicilio a un centro de cuidados de larga duración, o de un hospital a un *hospice*. Las transiciones también pueden producirse dentro de la misma organización, como sucede cuando una persona pasa en un hospital de una unidad de cuidados intensivos a una unidad general de hospitalización. Durante su trayectoria asistencial, una persona también puede vivir varias transiciones asistenciales, como del hospital a un centro de rehabilitación, y de ahí a su domicilio. A pesar de que el término "transición asistencial" se usa en toda esta Guía, el título de la guía refleja cómo puede producirse una transición entre distintos entornos en los que se ofrecen cuidados y servicios.

**Vías Clínicas de RNAO:** Las Vías Clínicas de RNAO (*RNAO Clinical Pathways™*) son una versión digitalizada de las GBP de RNAO que pueden integrarse en un sistema de historia clínica electrónica para promover los cuidados basados en la evidencia y centrados en la persona y la familia.

**Visita de seguimiento con un profesional sanitario o de servicios sociales:** Se refiere a una cita de seguimiento ambulatoria para valorar el estado de salud de la persona tras una transición asistencial.

## Anexo B: Guías de RNAO y recursos acordes con esta Guía

Los siguientes temas, las guías sugeridas por la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO) y los recursos de otras organizaciones están alineados con la presente Guía.

| TEMA   | RECURSO(S)  |
|--|---|
| <b>Promover la equidad en salud 2SLGBTQI+</b>                            | Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Promoting 2SLGBTQI+ health equity [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2021. Available from: <a href="https://rnao.ca/bpg/guidelines/promoting-2slgbtqi-health-equity">RNAO.ca/bpg/guidelines/promoting-2slgbtqi-health-equity</a>   |
| <b>Enfoque sobre cuidados paliativos en los últimos 12 meses de vida</b> | Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). A palliative approach to care in the last 12 months of life [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2020. Available from: <a href="https://rnao.ca/bpg/guidelines/palliative-approach-care-last-12-months-life">RNAO.ca/bpg/guidelines/palliative-approach-care-last-12-months-life</a>   |
| <b>Ciencia de implantación, marcos conceptuales y recursos</b>           | <p>Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), Healthcare Excellence Canada (HEC). Leading change toolkit. [Internet]. 3rd ed. Toronto (ON): RNAO; 2021. Available from: <a href="https://rnao.ca/leading-change-toolkit">RNAO.ca/leading-change-toolkit</a></p> <p>The National Implementation Research Network's Active Implementation Hub. Get Started [Internet]. [place unknown]: AI Hub; c2013–2018. Available from: <a href="http://implementation.fpg.unc.edu/">http://implementation.fpg.unc.edu/</a></p> <p>Canadian Patient Safety Institute. Improvement frameworks: getting started kit [Internet]. [place unknown]: safer healthcare now!; 2015 Aug. Available from: <a href="http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/ImprovementFramework/Documents/Improvement%20Frameworks%20GSK%20EN.PDF">http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/ImprovementFramework/Documents/Improvement%20Frameworks%20GSK%20EN.PDF</a></p> <p>Helping navigate dissemination and implementation models. In: The Dissemination and Implementation Models in Health Research and Practice Webtool [Internet]. Denver (CO): University of Colorado Denver; c2014-2023. Available from: <a href="https://dissemination-implementation.org/">https://dissemination-implementation.org/</a></p> |
| <b>Colaboración interprofesional</b>                                     | Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Developing and sustaining interprofessional health care: optimizing patients/clients, organizational and system outcomes [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2013. Available from: <a href="https://rnao.ca/bpg/guidelines/interprofessional-team-work-healthcare">RNAO.ca/bpg/guidelines/interprofessional-team-work-healthcare</a>  |
| <b>Cuidados centrados en la persona y la familia</b>                     | Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Person- and family-centred care [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2015. Available from: <a href="https://rnao.ca/bpg/guidelines/person-and-family-centred-care">RNAO.ca/bpg/guidelines/person-and-family-centred-care</a>   |

| TEMA                                      | RECURSO(S)   |
|---|--|
| <b>Determinantes sociales de la salud</b> | Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Social determinants of health [Internet]. Toronto (ON). Registered Nurses' Association of Ontario; 2013. Available from: <a href="http://RNAO.ca/sites/rnao-ca/files/rnao_sdh_brochure_2013.pdf">RNAO.ca/sites/rnao-ca/files/rnao_sdh_brochure_2013.pdf</a> |



# Anexo C: Métodos de desarrollo de la Guía de buenas prácticas

Este Anexo presenta una visión general de los métodos y el proceso de desarrollo de la guía de RNAO. RNAO se mantiene firme en su compromiso de que cada GBP se base en la mejor evidencia disponible. Se han implantado los métodos GRADE para ofrecer un marco riguroso y cumplir con los estándares internacionales de desarrollo de guías.

## Ámbito de aplicación de la Guía de buenas prácticas

El ámbito marca lo que cubre y lo que no cubre la guía de la RNAO (véase **Objetivos y ámbito de aplicación**). Para determinar dicho ámbito, el equipo de Investigación y Desarrollo de las Guías de buenas prácticas de la RNAO siguió los siguientes pasos:

1. **Una revisión de las GBP anteriores.** Se revisó la GBP de RNAO *Transiciones asistenciales* (5) como base para los objetivos y el ámbito de aplicación de esta GBP.
2. **Una búsqueda de guías en diferentes entornos.** Dos metodólogas en el desarrollo de guías realizaron una búsqueda en una lista definida de sitios web para localizar guías y otros contenidos relevantes publicados entre enero de 2012 y enero de 2020. El objeto de esta búsqueda era comprender mejor las guías existentes sobre transiciones asistenciales para identificar oportunidades para desarrollar el objetivo y el ámbito de aplicación de esta GBP. La lista resultante se recopiló a partir del conocimiento extraído de los sitios web de práctica basada en la evidencia y recomendaciones de la literatura. Se solicitó a los miembros del panel de RNAO que sugieran otras guías (véase [online](#) el **Diagrama PRISMA de elementos de notificación preferidos para revisiones sistemáticas y metaanálisis**<sup>6</sup>). Para información más detallada, véase la [estrategia de búsqueda](#) de guías existentes, incluida la lista de sitios web de búsqueda y los criterios de inclusión empleados.

Se revisaron las guías para identificar su contenido, aplicabilidad a la práctica enfermera, accesibilidad y calidad. Las dos metodólogas en desarrollo de guías evaluaron cuatro guías internacionales utilizando la herramienta AGREE II (141). Las guías con una puntuación global de 6 de 7 (en una escala Likert sobre 7 puntos) se consideraron de calidad alta y por tanto fueron consideradas para GRADE-ADOLOPMENT (142). GRADE-ADOLOPMENT ofrece un marco de trabajo para adoptar o adaptar recomendaciones fiables de guías ya existentes (142). Sin embargo, el panel de expertos no identificó ninguna recomendación prioritaria en las guías existentes para ser adoptada o adaptada en la presente GBP.

Se evaluaron las siguientes guías:

- Canadian Association of Pediatric Health Centres (CAPHC). A guideline for transition from paediatric to adult health care for youth with special health care needs: a national approach [Internet]. [place unknown]: CAPHC; Jun 2016. Available from: [https://www.childhealthbc.ca/sites/default/files/caphc\\_transition\\_to\\_adult\\_health\\_care\\_guideline\\_may\\_2017.pdf](https://www.childhealthbc.ca/sites/default/files/caphc_transition_to_adult_health_care_guideline_may_2017.pdf)
  - Calificación: 3 de 7.
  - No se ha utilizado en la presente BGP.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Transition between inpatient hospital settings and community or care home settings for adults with social care needs [Internet]. London (UK): NICE; 2015 Dec 01. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng27>
  - Calificación: 6 de 7.
  - Esta guía se ha utilizado como recurso de apoyo.

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Transition between inpatient mental health settings and community or care home settings [Internet]. London (UK): NICE; 2016 Aug 30. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng53>
  - Calificación: 6 de 7.
  - Esta guía se ha utilizado como recurso de apoyo.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Transition from children's to adults' services for young people using health or social care services [Internet]. London (UK): NICE; 2016 Feb 24. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng43>
  - Calificación: 6 de 7.
  - No se ha utilizado esta guía en la presente BGP, ya que se centra en transiciones de servicios pediátricos a servicios de adultos.

3. **Una búsqueda de estándares en diferentes entornos.** Dos metodólogas en desarrollo de guías también buscaron estándares publicados en Canadá entre enero de 2012 y enero de 2020 para conocer los estándares existentes sobre transiciones asistenciales y para identificar su alcance. Se revisaron los estándares para identificar su contenido, aplicabilidad a la práctica enfermera y accesibilidad. No se evaluaron los estándares en cuanto a calidad.

Se revisaron los siguientes estándares como se indica a continuación:

- Health Quality Ontario (HQO). Transitions between hospital and home: care for people of all ages [Internet]. Toronto (ON): HQO Quality Standards; 2020. Available from: <https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-transitions-between-hospital-and-home-quality-standard-en.pdf>
  - Se utilizó el contenido de este estándar como antecedentes y glosario de esta GBP y como recurso de apoyo.
- Health Standards Organization (HSO). Integrated people-centred health systems [Internet]. Ottawa (ON): HSO; 2021. Available from: <https://healthstandards.org/standard/integrated-people-centred-health-systems/>
  - El contenido de este estándar se utilizó en el glosario de esta GBP.
  - Este estándar no es de libre acceso y puede adquirirse previo pago.

4. **Una revisión de la literatura.** Se realizó una revisión de la literatura para determinar las intervenciones y los resultados relacionados con las transiciones asistenciales que se habían estudiado en la literatura. Dos metodólogas en desarrollo de las guías realizaron búsquedas en la literatura publicada entre 2012 y 2020. En las reuniones iniciales de planificación se resumieron y compartieron con el panel de expertos las conclusiones comunes a todos los estudios.

5. **Entrevistas virtuales con informantes clave.** Se realizaron 26 entrevistas con expertos en el área (incluidas personas con experiencia personal, profesionales sanitarios y de servicios sociales de cuidados directos, e investigadores) para comprender las necesidades de los miembros del equipo interprofesional y de las personas con experiencia personal durante las transiciones asistenciales.

6. **Sesión virtual con un grupo de discusión.** Se convocó una reunión con nueve representantes de cuatro equipos BPSO de equipos integrados de salud de Ontario (BSPO OHT) para entender las necesidades de las enfermeras, los miembros del equipo interprofesional y las personas con experiencia personal dentro de sistemas asistenciales integrados.

## Reunión del panel de expertos

RNAO aspira a la diversidad en la composición de un panel de expertos, en consonancia con su Declaración Organizativa sobre Diversidad e Inclusión, que forma parte de la Misión y los Valores de RNAO (143). RNAO también trata de que aquellas personas a quienes afectan las recomendaciones de la GBP, especialmente quienes tienen experiencia personal, se incluyan como miembros del panel de expertos.

RNAO localiza y selecciona a los miembros del panel de expertos de distintas formas, incluyendo:

- búsqueda en la literatura para localizar investigadores en el área de interés;
- solicitando recomendaciones en las entrevistas con los informantes clave;
- remitiéndose a redes profesionales establecidas, como los Grupos de Interés de RNAO, la red de Impulsores *Best Practice Champions*<sup>®</sup> y los Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados<sup>®</sup>; y
- contactando con otras asociaciones de profesionales sanitarios o de servicios sociales, asociaciones u organizaciones técnicas relacionadas con el tema y organismos de apoyo y defensa.

Para esta GBP, el equipo de Investigación y Desarrollo de Guías de buenas prácticas reunió un panel de expertos enfermeras procedentes de la práctica, la investigación, la educación y las políticas, así como otros miembros del equipo interprofesional y personas con experiencia personal que representaban un abanico de sectores y áreas de práctica. El panel de expertos también incluyó representantes de distintas áreas geográficas, incluidos entornos rurales, urbanos e internacionales (véase el **Panel de Expertos de la Guía de Buenas Prácticas de RNAO**).

El panel de expertos se involucró en las siguientes actividades:

- desarrolló y aprobó el objetivo y el ámbito de aplicación de esta GBP;
- definió las preguntas de recomendación y los resultados de interés para esta Guía;
- participó en un proceso de desarrollo para finalizar la declaración de recomendaciones;
- ofreció retroalimentación (feedback) sobre el proyecto de esta Guía;
- participó en el desarrollo de los indicadores de evaluación;
- identificó a las partes interesadas que revisarían el proyecto de la Guía antes de su publicación.

Además de lo anterior, las copresidentas del panel de expertos también participaron:

- en reuniones con las metodólogas de desarrollo de guías y la coordinadora de proyecto de desarrollo de la Guía;
- como facilitadoras de las reuniones del panel de expertos;
- proporcionando orientación en profundidad sobre temas clínicos y/o de investigación;
- moderando los procesos de votación.

## Declaración de conflicto de intereses

En el contexto del desarrollo de las Guías de buenas prácticas de RNAO, el término "conflicto de intereses" hace referencia a aquellas situaciones en las que las relaciones económicas, profesionales, intelectuales, personales, institucionales o de otro tipo de un miembro del personal de RNAO o del panel de expertos pueden comprometer su capacidad de llevar a cabo de forma independiente el trabajo necesario para el desarrollo de esta Guía. Todos los miembros del panel de expertos de RNAO realizaron antes de su participación en el desarrollo de la guía declaraciones de conflicto de intereses que pudieran interpretarse como indicativas de un conflicto real, potencial o aparente, mediante un formulario estándar. Cada miembro del panel actualizó esta declaración en cada reunión presencial para el desarrollo de la Guía y previamente a su publicación. Todos y cada uno de los conflictos de interés declarados por los miembros del panel han sido revisados por el equipo de investigación y desarrollo de las GBP de RNAO y por las copresidentas del panel de expertos. No se identificaron conflictos que supusieran una limitación. Se puede consultar el [Resumen de las declaraciones de Conflicto de Interés](#) en línea.

## Identificación de preguntas de recomendación prioritarias y resultados de interés

Las preguntas de revisión sistemática de RNAO se desarrollaron en consonancia con el formato PICO (población, intervención, comparador y resultados).

En marzo y abril de 2021, el equipo de investigación y desarrollo de guías de buenas prácticas y el panel de expertos de RNAO se reunieron tres veces virtualmente para determinar las preguntas de recomendación prioritarias y los resultados para esta GBP. Las tres reuniones incluyeron una reunión de orientación y dos reuniones de planificación. En estas reuniones, se desarrolló una lista integral de preguntas de recomendación que esta GBP podría abordar. La lista se fundamentaba en:

- una búsqueda de guías en diferentes entornos;
- la revisión de la literatura;
- las entrevistas a informantes clave y un grupo de discusión;
- una encuesta al panel de expertos antes de la primera reunión planificada;
- discusión del panel de expertos durante las reuniones de planificación;

Tras la clasificación por orden, el panel de expertos determinó que se realizarían revisiones sistemáticas para cuatro áreas de recomendación, y que las dos áreas de recomendación restantes serían más adecuadas como declaraciones de buenas prácticas. Para más detalles, véase "Desarrollo de Declaraciones de buenas prácticas".

En línea con los estándares GRADE para la valoración y la presentación de la evidencia, el panel de expertos realizó una lluvia de ideas sobre los posibles resultados para cada pregunta de recomendación que sería objeto de una revisión sistemática. La lista de resultados se fundamentó en una revisión de la literatura, las entrevistas a informantes clave y el grupo de discusión, y en la discusión del panel de expertos.

Se consideró factible tener de tres a cinco resultados por pregunta de recomendación. Durante la lluvia de ideas en la segunda reunión de planificación, el panel de expertos identificó entre 9 y 12 resultados potenciales por pregunta de recomendación. Como siguiente paso, el equipo de investigación y desarrollo de guías de RNAO consultó al equipo de evaluación y monitorización de RNAO para revisar con más profundidad todos los resultados. Durante la consulta, se tuvieron en cuenta los siguientes factores para refinar los resultados: qué resultados eran medibles; solapamiento entre resultados; consistencia en los resultados entre todas las áreas de recomendación; y resultados que se recogerían a través de otros medios (p. ej., consejos de implantación o valores y preferencias asociados a cada área de recomendación). Después de este proceso de revisión, el equipo redujo la lista inicial y modificó algunos resultados.

Tras el proceso de revisión interna, se envió al panel de expertos una encuesta confidencial en línea para calificar la importancia relativa de cada resultado (por pregunta de recomendación). Las copresidentas del panel de expertos no participaron en la calificación de la importancia relativa de los resultados. El equipo de investigación y desarrollo de las guías de RNAO revisó entonces los resultados y calculó los tres a cinco resultados más críticos e importantes por pregunta de recomendación. Se informó al panel de expertos mediante correo electrónico respecto a la lista final de resultados priorizados para cada pregunta de recomendación.

A continuación, se presentan las seis preguntas de recomendación revisadas y sus respectivas preguntas de investigación PICO.

**Pregunta de recomendación 1: ¿Se debe recomendar o no el apoyo de orientadores para desenvolverse en el sistema a las personas que se enfrentan a una transición asistencial?**

**Pregunta de investigación PICO 1**

**Población:** Poblaciones pediátricas y de adultos que afrontan una transición asistencial.

**Intervención:** Apoyo de un orientador para desenvolverse en el sistema.

**Comparación:** Sin apoyo de un orientador para desenvolverse en el sistema.

**Resultados:** Calidad de vida del paciente, visitas a urgencias (en los 30 días siguientes a la transición asistencial), visita de seguimiento con un profesional sanitario o de servicios sociales, satisfacción del paciente, tasas de reingreso (en los 30 días siguientes a la transición asistencial).

**Pregunta de recomendación 2: ¿Se debe recomendar o no un enfoque interprofesional intersectorial para dar apoyo a las personas que afrontan una transición asistencial?**

**Pregunta de investigación PICO 2**

**Población:** Poblaciones pediátricas y de adultos que afrontan una transición asistencial.

**Intervención:** Un enfoque interprofesional intersectorial formal.

**Comparación:** Un enfoque interprofesional intersectorial no formal.

**Resultados:** Visita de seguimiento con un profesional sanitario o de servicios sociales, visitas a urgencias (en los 30 días siguientes a la transición asistencial), calidad de vida del paciente\*, satisfacción del paciente\*, tasas de reingreso (en los 30 días siguientes a la transición asistencial).

\*Para la pregunta de recomendación 2, no se hallaron en la literatura los resultados "calidad de vida del paciente" y "satisfacción del paciente". Así, se midieron usando una encuesta de observación sistemática completada por el panel de expertos. Véase "Actualización de las Preguntas de recomendación y los Resultados" para más detalles.

**Pregunta de recomendación 3: ¿Se debe recomendar o no realizar una valoración centrada en la persona para personas que afrontan una transición asistencial?**

El panel de expertos inicialmente hizo una puesta en común de resultados para esta pregunta con el fin de llevar a cabo una revisión sistemática. Sin embargo, tras un debate posterior, el panel de expertos determinó que se trataba de un área de buenas prácticas.

**Pregunta de recomendación 4: ¿Se debe recomendar o no realizar una revisión del historial de medicación centrada en la persona para personas que afrontan una transición asistencial?:**

El panel de expertos determinó que esta es un área de buenas prácticas. Por lo tanto, no se seleccionó ningún resultado y no se realizó una revisión sistemática.

### **Pregunta de recomendación 5: ¿Se debe recomendar o no el acceso a historias clínicas electrónicas compartidas para los profesionales de servicios sanitarios y sociales durante las transiciones asistenciales?:**

#### **Pregunta de investigación PICO 5**

**Población:** Profesionales sanitarios y de servicios sociales y personas que afrontan una transición asistencial.

**Intervención:** Acceso de profesionales sanitarios y de servicios sociales a historias clínicas electrónicas compartidas.

**Comparación:** Sin acceso de profesionales sanitarios y de servicios sociales a historias clínicas electrónicas compartidas.

**Resultados:** Daño relacionado con medicamentos\*, satisfacción de los profesionales sanitarios o de servicios sociales\*, visita de seguimiento con un profesional sanitario o de servicios sociales, satisfacción del paciente\*.

\*Para la pregunta de recomendación 5, los resultados "daño relacionado con medicamentos", "satisfacción del profesional sanitario y de servicios sociales" y "satisfacción del paciente" se midieron mediante una encuesta de observación sistemática completada por el panel de expertos. Véase "Actualización de las Preguntas de recomendación y los Resultados" para más detalles.

### **Pregunta de recomendación 6: ¿Se debe recomendar o no la colaboración interprofesional dentro de la institución para personas que afrontan una transición asistencial?**

El panel de expertos determinó que esta es un área de buenas prácticas. Por lo tanto, no se seleccionó ningún resultado y no se realizó una revisión sistemática.

#### **Actualización de las Preguntas de recomendación y los Resultados**

Se realizaron revisiones sistemáticas para las **Preguntas de recomendación 1, 2, 3 y 5**. No se realizaron revisiones sistemáticas para las **Preguntas de recomendación 4 y 6**, ya que fueron votadas como áreas de buenas prácticas por el panel de expertos al inicio del proceso de desarrollo de las GBP.

Para la **Pregunta de recomendación 2**, no se hallaron en la evidencia los resultados "calidad de vida del paciente" y "satisfacción del paciente". En ausencia de evidencia directa, GRADE sugiere que pueden recogerse observaciones sistemáticas del panel de expertos (144). Por lo tanto, se diseñó una encuesta en línea para recoger de forma sistemática las observaciones y las experiencias del panel de expertos sobre los enfoques interprofesionales intersectoriales formales empleados para dar apoyo a las transiciones asistenciales y el impacto que estos enfoques han tenido en la calidad de vida del paciente y la satisfacción del paciente. También se hicieron preguntas sobre beneficios y daños, valores y preferencias y sobre el impacto de implantar un enfoque interprofesional intersectorial formal en la equidad en salud. Trece miembros del panel de expertos aportaron datos observacionales basados en sus experiencias. Se cotejaron los datos de la observación sistemática, se evaluó la calidad mediante ROBINS-I y las dos metodólogas encargadas de la elaboración de las guías determinaron la certeza de la evidencia. Los datos se resumieron en la guía y la documentación complementaria. Se identificaron los resultados como laguna que explorar en futuras investigaciones.

Aunque originalmente se llevó a cabo una revisión sistemática para la **Pregunta de recomendación 3**, el panel posteriormente acordó que realizar una valoración antes de una transición asistencial es un área consolidada de buenas prácticas y es más adecuada para ser una declaración de buenas prácticas según los métodos GRADE. Por lo tanto, se redactó una declaración de buenas prácticas y se consensuó que esta es una buena práctica. Para más detalles, véase "Desarrollo de Declaraciones de buenas prácticas".

Para la **Pregunta de recomendación 5**, solo se identificó un estudio que incluyera el resultado "visita de seguimiento con un profesional sanitario o de servicios sociales". No se hallaron en la literatura los resultados "daño relacionado con medicamentos", "satisfacción del profesional sanitario o de servicios sociales" y "satisfacción del paciente". Por lo tanto, se diseñó una encuesta en línea para recoger de forma sistemática las observaciones y las experiencias del panel de expertos sobre el acceso a historias clínicas electrónicas compartidas para profesionales sanitarios y de servicios sociales, y el impacto en cuanto a daño relacionado con medicamentos, satisfacción de profesionales sanitarios y de servicios sociales, y satisfacción del paciente. También se plantearon preguntas sobre los daños y beneficios, los valores y las preferencias, y el impacto en la equidad en salud del acceso a historias clínicas electrónicas compartidas para profesionales sanitarios y de servicios sociales. Doce miembros del panel de expertos aportaron datos observacionales basados en sus experiencias. Se cotejaron los datos de la observación sistemática, se evaluó la calidad mediante ROBINS-I y las dos metodólogas encargadas de la elaboración de las guías determinaron la certeza de la evidencia. Los datos se resumieron en documentos complementarios. Originalmente, se redactó una declaración de recomendación para esta pregunta de recomendación con base en un estudio recuperado de la revisión sistemática y en las observaciones del panel de expertos. No obstante, dada la limitada cantidad de investigación de que se dispone para responder a esta pregunta, el panel de expertos decidió no dar continuidad a la recomendación. Es necesario contar con más investigación sobre este tema.

### Desarrollo de Declaraciones de buenas prácticas

El proceso para determinar las declaraciones de buenas prácticas evolucionó a lo largo del proceso de desarrollo de las GBP a medida que la orientación GRADE fue estando disponible. Las declaraciones de buenas prácticas son declaraciones factibles que deben aplicarse en la práctica, y los beneficios de actuar superan claramente los daños (16).

Durante las dos reuniones de planificación iniciales, el equipo de investigación y desarrollo de guías de buenas prácticas de RNAO revisó la lista de las seis áreas de recomendación prioritarias y presentó tres áreas de buenas prácticas potenciales para que el panel de expertos las considerara en su votación, incluidas valoración, revisión del historial de medicación y colaboración interprofesional dentro de la institución. El panel de expertos discutió cada una de estas áreas y decidió si proceder o no con una encuesta en directo para confirmar que eran áreas de buenas prácticas. Las copresidentas del panel de expertos no participaron en la votación; facilitaron la discusión e intervinieron para desempatar, en caso necesario.

Para la potencial área de recomendación sobre *realizar una valoración*, el panel de expertos sugirió llevar a cabo una revisión sistemática; así pues, en un principio no se realizó una encuesta para determinar si se trataba de una buena práctica. Para las potenciales áreas de recomendación sobre *revisión del historial de medicación y colaboración interprofesional dentro de la institución*, el panel de expertos debatió y procedió a realizar una encuesta en directo. Se solicitó al panel de expertos que respondieran a cuatro preguntas:

1. ¿Es realmente necesario el mensaje que se transmite en cuanto a la práctica clínica real? (Sí/No/No estoy seguro)
2. ¿El resultado de la implantación de la declaración de buenas prácticas dará lugar a grandes beneficios y daños muy reducidos? (Sí/No/No estoy seguro)
3. ¿Es necesaria una revisión sistemática de la evidencia para esta área de buenas prácticas? (Sí/No/No estoy seguro)
4. ¿Hay una justificación clara y explícita que sustente esta declaración de buenas prácticas? (Sí/No/No estoy seguro)

Se requirió un consenso del 70% del panel de expertos para aprobar que cada pregunta pasara a un área de buenas prácticas. En ninguna de las preguntas de las dos áreas de recomendación se alcanzó un consenso del 70%, de modo

que las copresidentas actuaron como moderadoras y tomaron la decisión final para proceder con la *revisión del historial de medicación* y la *colaboración interprofesional dentro de la institución* como áreas de buenas prácticas.

Se redactó una declaración de buenas prácticas para centrarse en la *colaboración interprofesional dentro de la institución* para desarrollar un plan de transición. La colaboración interprofesional dentro de la institución se definió como dos o más profesionales sanitarios o de servicios sociales de distintas disciplinas que colaboran dentro de un mismo entorno u organización para coordinar la asistencia. Tras un debate posterior, el panel de expertos consideró que es una buena práctica que todos los miembros del equipo interprofesional (tanto dentro de las instituciones como entre ellas) colaboren en el desarrollo de un plan de transición. Por lo tanto, se tomó la decisión de eliminar la expresión "dentro de la institución" de la declaración de buenas prácticas. Para fundamentar esta declaración de buenas prácticas, se llevó a cabo una revisión de la literatura en una base de datos para buscar literatura publicada entre 2016 y 2021.

A mitad del proceso de desarrollo de la GBP, el panel de expertos identificó una nueva área de buenas prácticas que aborda la importancia de que los profesionales sanitarios y de servicios sociales colaboren con las personas y su red de apoyo antes, durante y después de las transiciones asistenciales. El panel de expertos acordó que esta declaración se incluyera en la GBP, y con que la colaboración con las personas y su red de apoyo durante las transiciones asistenciales da como resultado claros beneficios y no produce ningún daño. Por ello, se redactó una declaración de buenas prácticas sobre este tema y, durante la reunión de elaboración de recomendaciones, el panel de expertos realizó una encuesta para confirmar que se trataba de un área de buenas prácticas. En ese momento, el proceso para determinar las declaraciones de buenas prácticas había evolucionado a medida que se disponía de nuevas pautas GRADE y se revisaron las preguntas de la encuesta en vivo para mejorar la claridad. Además, a través de discusión con un consultor GRADE, se determinó que las copresidentas del panel de expertos ya no actuarían como moderadoras, sino que participarían en la encuesta.

Para la potencial área de buenas prácticas sobre *colaboración con las personas y su red de apoyo*, se solicitó al panel de expertos que respondieran a cinco preguntas (las Preguntas 2a y 2b se consideraron una única área de pregunta):

1. ¿Es necesario comunicar el mensaje? (Sí/No)
- 2a. ¿Es difícil reunir y resumir la evidencia? (Sí/No)
- 2b. ¿No realizar la acción se consideraría poco ético o en contra de los derechos humanos? (Sí/No)
3. ¿Implantar la acción tendría como resultado grandes beneficios y daños muy reducidos? (Sí/No)
4. ¿Hay una justificación clara para la acción? (Sí/No)
5. ¿Hay otras razones por las que no debería realizarse esta declaración (p. ej., grandes costes, no es aceptable, no es factible)? (Sí/No)

En caso de alcanzarse el 70% de consenso para una o las dos partes de la Pregunta 2 (2a o 2b), se estimó que la pregunta era aceptada. Se alcanzó el 70% de consenso en las cinco preguntas. Por lo tanto, se determinó que la *colaboración con las personas y su red de apoyo* es un área de buena práctica.

Durante las reuniones de elaboración de las recomendaciones, también se volvió a examinar la necesidad de una declaración de buenas prácticas en materia de valoración. A través de esta discusión, el panel de expertos determinó que realizar una valoración antes de una transición asistencial es un área de práctica esencial y no sería lógico no

completar tal valoración. Este hecho llevó al panel a considerar el desarrollo de una declaración de buenas prácticas en vez de una recomendación en lo relativo a la valoración, y el panel de expertos procedió a realizar una encuesta en directo. Se llegó a un 70% de consenso del panel de expertos para las cinco áreas de preguntas anteriormente mencionadas, y se determinó que realizar una valoración era una declaración de buenas prácticas.

Casi al final del proceso de desarrollo de la GBP, el panel debatió otra declaración de buenas prácticas sobre *ofrecer a las personas y su red de apoyo información y apoyo para el manejo de sus necesidades durante y después de una transición asistencial*. A pesar de que la GBP contiene una recomendación sobre la ayuda para desenvolverse para personas con necesidades asistenciales complejas, el panel percibió que era necesario transmitir que debe ofrecerse a todas las personas apoyo e información básica para facilitar una transición asistencial exitosa. A pesar de los claros beneficios de garantizar que se ofrece apoyo, las personas que afrontan una transición no siempre reciben este apoyo.

Para entonces, ya se disponía de una nueva guía GRADE sobre cómo determinar las declaraciones de buenas prácticas (17), y se revisaron de nuevo las preguntas para utilizar un lenguaje más sencillo. A través del diálogo con un consultor GRADE, se determinó que se podía alcanzar un consenso para las cinco áreas de pregunta a través del debate con el panel en vez de mediante voto formal.

Para la potencial área de buenas prácticas sobre *ofrecer a las personas y su red de apoyo información y apoyo para el manejo de sus necesidades durante y después de las transiciones asistenciales*, se plantearon estas cinco preguntas al panel de expertos:

1. ¿Recoger y resumir la evidencia es un mal uso del tiempo y la energía? (Sí/No)
2. ¿Es necesario comunicar el mensaje? (Sí/No)
3. ¿Implantar la acción tendría como resultado grandes beneficios y daños muy reducidos? (Sí/No)
4. ¿Hay una justificación clara para la acción? (Sí/No)
5. ¿Esta declaración es clara y factible? (Sí/No)

A través del debate, el panel de expertos determinó que se habían cumplido cada uno de los cinco criterios, de modo que esta área también se convirtió en una declaración de buenas prácticas.

### Recuperación sistemática de la evidencia

Las recomendaciones como *Fuerte* y *Condicional* se basan en una revisión sistemática e integral de la literatura.

Para la presente GBP, el equipo de investigación y desarrollo de guías de buenas prácticas de RNAO y un documentalista especializado en ciencias de la salud desarrollaron una estrategia de búsqueda para cada una de las preguntas de investigación PICO mencionadas. Se realizó una búsqueda de estudios de investigación relevantes publicados en inglés entre enero de 2016 y diciembre de 2021 en las siguientes bases de datos: Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL), Medline, Medline in Process, Cochrane Central, Cochrane Database of Systematic Reviews, Embase, Emcare y PsycInfo.

Se pidió a los miembros del panel de expertos que revisasen sus bibliotecas personales para localizar estudios clave no recuperados mediante las estrategias de búsqueda anteriormente indicadas (véanse los [PRISMA diagrams](#)). Se puede consultar información detallada sobre la estrategia de búsqueda para las revisiones sistemáticas, incluidos los criterios de inclusión y exclusión, y los términos de búsqueda [online](#).

La búsqueda para las revisiones sistemáticas se limitó a los últimos cinco años desde las reuniones iniciales de planificación para recuperar la evidencia más actualizada (enero 2016 - junio 2021). Se incluyeron todos los diseños de estudio.

Las dos metodólogas en desarrollo de las guías evaluaron todos los estudios de forma independiente para estimar su relevancia y elegibilidad según los criterios de inclusión y exclusión. Los posibles desacuerdos se resolvieron mediante consenso.

Todos los estudios incluidos se evaluaron de forma independiente para detectar si existía riesgo de sesgo por el diseño de estudio, para lo que se usaron herramientas validadas y fiables. Los **ensayos controlados aleatorizados**<sup>G</sup> se evaluaron usando el instrumento Riesgo de Sesgo 2.0 (145), y los **estudios no aleatorizados**<sup>G</sup> se evaluaron con la herramienta ROBINS-I (146). Las dos metodólogas en desarrollo de las guías llegaron a un consenso en todas las puntuaciones mediante discusión.

Para la extracción de datos, los estudios incluidos se dividieron a partes iguales entre las responsables metodólogas. Cada una de ellas extrajo información de los estudios que se les asignaron y la precisión de dicha información fue revisada por otro metodólogo experto en la elaboración de guías.

En enero de 2023, el documentalista especializado en ciencias de la salud realizó una actualización de la búsqueda de estudios de investigación relevantes publicados en inglés entre junio de 2021 - enero de 2023 que respondieran a las preguntas de investigación 1 y 2. La búsqueda se realizó en las siguientes bases de datos: CINAHL y Medline. El documentalista halló que se había creado una nueva temática que no estaba disponible en el momento en que se realizó la búsqueda originalmente en 2021, de modo que esta nueva temática se añadió a las estrategias de búsqueda originales para las preguntas 1 y 2. Se incorporaron los resultados de 6 estudios a la discusión de la evidencia para las **Recomendaciones 3.1**, y **5.1**. Véanse los diagramas PRISMA [online](#) para consultar los estudios incluidos en la búsqueda actualizada.

## Determinación de la certeza de la evidencia

### Certeza de la evidencia

La certeza de la evidencia cuantitativa (es decir, hasta qué punto se puede confiar en que la estimación de un efecto es verdadera) se determina mediante los métodos GRADE (19). Primero, la certeza de la evidencia se cuantifica para cada uno de los resultados prioritarios en todos los estudios (es decir, para un conjunto de evidencia) por pregunta de recomendación (19). Este proceso comienza con el diseño del estudio y a continuación es necesario examinar cinco dominios (riesgo de sesgo, inconsistencia, imprecisión, evidencia indirecta y sesgo de publicación) para potencialmente **disminuir la calificación**<sup>G</sup> de la certeza de la evidencia para cada resultado. Véase la **Tabla 12** para consultar la definición de cada uno de estos criterios de certeza.

Tabla 12. Criterios de certeza GRADE

| CERTEZA DE LA EVIDENCIA GLOBAL | DEFINICIÓN   |
|--------------------------------|--|
| <b>Riesgo de sesgo</b>         | Limitaciones en el diseño del estudio y su ejecución que pueden sesgar los resultados del estudio. Se utilizan herramientas de evaluación de la calidad válidas y fiables para evaluar el riesgo de sesgo. Primero, el riesgo de sesgo se examina para cada estudio individual y luego se examina en todos los estudios por resultado definido.  |
| <b>Inconsistencia</b>          | Diferencias no explicadas (heterogeneidad) en los resultados entre los distintos estudios. La inconsistencia se valora explorando la magnitud de la diferencia y las posibles explicaciones en la dirección y el tamaño de los efectos referidos en los estudios para un determinado resultado.  |
| <b>Evidencia indirecta</b>     | Variabilidad entre la investigación y la pregunta de revisión y el contexto en el que sería aplicable la recomendación (aplicabilidad). Se deben valorar cuatro posibles fuentes: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ diferencias en la población</li> <li>■ diferencias en las intervenciones</li> <li>■ diferencias en los resultados medidos</li> <li>■ diferencias en los comparadores</li> </ul> |
| <b>Imprecisión</b>             | Grado de incertidumbre respecto a la estimación del efecto. Suele tener relación con el tamaño muestral y el número de eventos. Se examina el tamaño muestral, el número de eventos y los intervalos de confianza de los estudios.   |
| <b>Sesgo de publicación</b>    | Publicación selectiva de los estudios según los resultados del estudio. Si existe una fuerte sospecha de sesgo de publicación, se considera la posibilidad de disminuir la calificación.   |

Fuente: Adaptado con autorización de: Schunemann H, Brozek J, Guyatt G, et al., editors. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach [Internet]. [place unknown: publisher unknown]; 2013. Available from: <https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html#h.wsfvfhuxv4r>.

Teniendo en cuenta la consideración inicial para disminuir la calificación de certeza de la evidencia cuantitativa, se valoran tres factores que permiten subir la calificación de la evidencia en estudios no aleatorizados.

1. **Magnitud grande del efecto:** Si el conjunto de la evidencia no ha disminuido su calificación por ninguno de los criterios distintos del riesgo de sesgo, y la magnitud del efecto es grande, se considera incrementar su calificación.
2. **Gradiente dosis-respuesta:** Si el conjunto de la evidencia no ha disminuido su calificación por ninguno de los criterios distintos del riesgo de sesgo, y existe un gradiente dosis-respuesta, se considera incrementar su calificación.
3. **Efecto de confusión plausible:** Si el conjunto de la evidencia no ha disminuido su calificación por ninguno de los criterios distintos del riesgo de sesgo, y todos los factores de confusión residuales resultarían en una subestimación del efecto del tratamiento, se considera incrementar su calificación (19).

GRADE clasifica la certeza global de la evidencia como alta, moderada, baja o muy baja. Véase la **Tabla 13** para consultar una definición de estas categorías.

En esta Guía, las dos metodólogas en desarrollo de guías evaluaron independientemente los cinco criterios de calidad GRADE para la posible disminución de la calificación en la evidencia cuantitativa y los tres criterios de calidad GRADE para el posible incremento de la calificación. Los posibles desacuerdos se resolvieron mediante consenso. A cada recomendación se le asignó una certeza global en la evidencia en base a dichas evaluaciones. La certeza de la evidencia asignada a cada recomendación se basó en la certeza de la evidencia de los resultados prioritarios en los estudios en los que se basaba la recomendación.

**Tabla 13: Certeza de la evidencia**

| CERTEZA DE LA EVIDENCIA GLOBAL | DEFINICIÓN  |
|--------------------------------|---|
| <b>Alta</b>                    | Confianza alta en que el efecto real se encuentra muy cercano al estimador del efecto.  |
| <b>Moderada</b>                | Confianza moderada en el estimador del efecto: es probable que el efecto real se encuentre cercano al estimador del efecto, pero existe la posibilidad de que existan diferencias sustanciales. |
| <b>Baja</b>                    | Confianza limitada en el estimador del efecto: el efecto real puede ser sustancialmente diferente al estimador del efecto.  |
| <b>Muy baja</b>                | Muy poca confianza en el estimador del efecto: es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente del estimador del efecto.   |

Fuente: Reimpresión autorizada de: The GRADE Working Group. Quality of evidence. In: Schunemann H, Brozek J, Guyatt G, et al., editors. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach [Internet]. [place unknown: publisher unknown]; 2013 [cited 2018 Aug 31]. Table 5.1, Quality of evidence grades. Available from: <https://gdt.grade.org/app/handbook/handbook.html#h.wsfvfhuxv4r>.

## Formulación de Recomendaciones

### Resumen de la evidencia

Las dos responsables metodológicas de desarrollo de guías analizaron todos los estudios agrupados por cada pregunta de recomendación y redactaron la recomendación que contestaba a cada pregunta. Para cada propuesta de recomendación, las dos metodólogas encargadas del desarrollo de guías confeccionaron perfiles de evidencia GRADE. Los perfiles de evidencia GRADE se emplean para presentar decisiones sobre la certeza de la evidencia, así como información general sobre el conjunto de evidencias de la investigación, incluidos resultados estadísticos o narrativos clave (19).

Los perfiles de evidencia para el conjunto de estudios cuantitativos presentan las decisiones tomadas por las dos metodólogas para el desarrollo de guías respecto a los cinco criterios de certeza GRADE para la disminución de la calificación en la población incluida en los estudios, los países en los que se realizó el estudio, los resultados clave y los juicios transparentes sobre la certeza que subyace en la evidencia de cada resultado (15). En esta GBP, no se realizó ningún **metaanálisis**<sup>G</sup>.

Para más detalles, véanse los perfiles de evidencia GRADE para cada recomendación, organizados por resultado. Como no se derivó ninguna recomendación de la pregunta sobre el acceso de los profesionales a las historias clínicas electrónicas compartidas, este perfil de evidencia no figura en el sitio web de RNAO. Para más información sobre este perfil de evidencia, contactar con RNAO.

### Marcos evidencia-decisión

Los **marcos evidencia-decisión**<sup>G</sup> recogen las recomendaciones propuestas y resumen todos los factores y las consideraciones basadas en la evidencia y en el juicio del panel de expertos para formular declaraciones de recomendación. Estos marcos evidencia-decisión se emplean para garantizar que el panel de expertos tiene en cuenta todos los factores importantes, esto es, certeza de la evidencia, beneficios/daños, valores y preferencias, y equidad en salud) necesarios para formular una recomendación (19). Tanto la evidencia cuantitativa como la cualitativa se incorporaron en estos marcos. Las metodólogas para el desarrollo de la guía prepararon el borrador de estos marcos con la evidencia cuantitativa y cualitativa disponible de las revisiones sistemáticas.

En el caso de esta GBP, los marcos evidencia-decisión incluían las siguientes áreas a tener en cuenta para cada borrador de recomendación (véase **Tabla 14**):

- Antecedentes sobre la magnitud del problema.
  - Incluye pregunta PICO y contexto general relacionado con la pregunta de investigación.
- Balance entre posibles beneficios y daños de una intervención.
- Certeza de la evidencia.
- Valores y preferencias.
- Equidad en la salud.

### Toma de decisiones: determinar la dirección y la fuerza de las recomendaciones

Los miembros del panel de expertos recibieron los marcos evidencia-decisión para revisarlos antes de la celebración de una reunión presencial de dos días para determinar la dirección de las recomendaciones (esto es, si la recomendación es a favor o en contra de una intervención) y la fuerza de las mismas (esto es, fuerte o condicional). Los miembros del panel de expertos también tuvieron acceso a los perfiles de evidencia completos y a la integridad de los artículos.

Las copresidentas del panel de expertos y las dos metodólogas del desarrollo de guías coordinaron la reunión para discutir adecuadamente cada recomendación propuesta.

La decisión sobre la dirección y la fuerza de cada recomendación se determinó mediante discusión y voto de consenso del 70 % de los miembros del panel. El proceso de votación fue anónimo y fue moderado por las copresidentas del panel de expertos y las dos metodólogas. Las copresidentas también tuvieron voto. Para determinar la fuerza de una recomendación, se pidió al panel de expertos que tuvieran en cuenta lo siguiente (véase la **Tabla 14**):

- balance entre beneficios y daños de una intervención
- certeza de la evidencia
- valores y preferencias
- equidad en salud

**Tabla 14: Consideraciones clave para determinar la fuerza de las recomendaciones**

| FACTOR                         | DEFINICIÓN   | FUENTES  |
|--------------------------------|--|--|
| <b>Beneficios y daños</b>      | <p>Potenciales resultados deseables y no deseables identificados en la literatura cuando se emplea la práctica recomendada.</p> <p>"Cuanto mayor es la diferencia entre efectos deseables y no deseables, más probable resulta que la recomendación sea fuerte. Cuanto menor es el gradiente, mayor es la probabilidad de que la recomendación sea condicional" (147).</p>                       | Incluye investigación exclusivamente de la revisión sistemática. |
| <b>Certeza de la evidencia</b> | <p>Grado de confianza en que las estimaciones de un efecto son adecuadas para apoyar una recomendación. Grado de confianza en que un hallazgo de la revisión es una representación razonable del fenómeno de interés (148).</p> <p>Las recomendaciones se formulan con distintos niveles de certeza; cuanto mayor es la certeza, más probable resulta que la recomendación sea fuerte (147).</p> | Incluye investigación exclusivamente de la revisión sistemática. |

| FACTOR                        | DEFINICIÓN   | FUENTES  |
|-------------------------------|--|--|
| <b>Valores y preferencias</b> | <p>Valor o importancia relativa de los resultados en salud de adoptar una determinada actuación clínica desde una perspectiva centrada en el paciente.</p> <p>"Cuanto más valores y preferencias varíen o mayor sea la incertidumbre en valores y preferencias, mayor será la probabilidad de que se formule una recomendación condicional" (147).</p> | <p>Incluye evidencia de la revisión sistemática (cuando esté disponible) y de otras fuentes, como conocimientos del panel de expertos.</p> <p>Durante el proceso de selección de la revisión sistemática, si los estudios no respondían directamente a la pregunta de investigación (es decir, no analizaban los resultados de interés), pero eran relevantes para las preferencias por la intervención desde una perspectiva centrada en la persona, también se incluyeron en esta sección.</p> |
| <b>Equidad en salud</b>       | <p>Representa el impacto potencial de la intervención o práctica recomendada en los resultados en salud o la calidad de la salud en distintas poblaciones.</p> <p>Cuanto mayor sea la posibilidad de que aumente la desigualdad en materia de salud, mayor será la probabilidad de que se formule una recomendación condicional (149).</p>             | <p>Incluye evidencia de la revisión sistemática (cuando esté disponible) y de otras fuentes, como conocimientos del panel de expertos.</p>   |

Fuente: Adaptado con autorización de: Schunemann H, Brozek J, Guyatt G, et al., editors. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach [Internet]. [place unknown: publisher unknown]; 2013. Available from: <https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html#h.svwngs6pm0f2>

### Recursos de apoyo y anexos

Se remitió a los miembros del panel de expertos y a las partes interesadas el contenido de los anexos y recursos de apoyo a lo largo de todo el proceso de elaboración de la guía. Las dos responsables metodológicas de las guías revisaron el contenido en función de los siguientes criterios:

1. **Relevancia:** Los recursos de apoyo y anexos deben estar relacionados con el tema de la GBP o la recomendación. En otras palabras, el anexo o el recurso deben ser adecuados y pertinentes según el propósito y el ámbito de aplicación de la GBP o la recomendación específica.
2. **Oportunidad (del momento):** Los recursos deben ser oportunos al momento y estar actualizados. Deben estar publicados en los últimos 10 años o estar en consonancia con la evidencia actual.

3. **Credibilidad:** Para valorar la credibilidad, se tiene en cuenta la experiencia y la confianza en el autor del material fuente o de la organización autora. También se valoran posibles sesgos, como la presencia de anuncios o la afiliación de autores a empresas privadas comercializadoras de productos sanitarios.
4. **Calidad:** Este criterio valora la precisión de la información y el grado en que la fuente tiene una base en la evidencia. La valoración de la calidad se hace en relación con el tema del recurso. Por ejemplo, si se sugiere una herramienta, ¿es fiable y/o válida dicha herramienta?
5. **Accesibilidad:** Este criterio considera si el recurso es de libre acceso y es accesible en internet.

### Elaboración de la Guía

Las metodólogas de desarrollo de la guía redactaron el borrador de la presente GBP. El panel de expertos lo revisó y aportó sus comentarios por escrito. La GBP pasó entonces a ser revisada por las partes interesadas externas.

### Revisión por las partes interesadas

Como parte del proceso de desarrollo de la guía, RNAO se compromete a recabar los puntos de vista de: a) enfermeras y otros profesionales sanitarios y de servicios sociales que representan diversos sectores de práctica y funciones; b) personas con experiencia personal; c) educadores y administradores con conocimientos en la materia, en Canadá y en todo el mundo.

Los revisores de las partes interesadas para las GBP de RNAO se identifican de dos formas. En primer lugar, se hace un [llamamiento](#) mediante un anuncio público incluido en el sitio web de RNAO. Después, el panel de expertos y el equipo de investigación y desarrollo de guías de buenas prácticas de RNAO identifican a instituciones e individuos con experiencia en el área de la GBP, y se les invita a contribuir en la revisión.

Los revisores de las partes interesadas son personas a título individual con experiencia en la materia de interés de la GBP o que pueden verse afectadas por la implantación de la misma. Dichos revisores pueden ser enfermeras, otros miembros del equipo interprofesionales, gestores, investigadores expertos, educadores, estudiantes de enfermería o personas que han vivido la experiencia, así como sus redes de apoyo.

Se solicitó a dichos participantes que leyeran el proyecto de texto completo de la guía y que contribuyeran a su revisión antes de la publicación. La información aportada por todos ellos se remitió a través de un cuestionario en línea.

Se les plantearon las siguientes preguntas sobre cada recomendación y cada declaración de buena práctica:

- ¿Resulta clara esta recomendación/declaración de buenas prácticas?
- ¿Está usted de acuerdo con esta recomendación/declaración de buenas prácticas?
- ¿La discusión de la evidencia en el área es exhaustiva y respalda esta recomendación/declaración de buenas prácticas?

Además, se les plantearon las siguientes preguntas:

- Sobre los anexos:
  - ¿Los anexos incluidos en esta guía son adecuados?
  - ¿Hay lagunas en el contenido proporcionado?

- Sobre el título de la guía:
  - ¿Cree que el título es apropiado?
  - ¿Cree que el título es claro?
- Sobre la guía en su conjunto:
  - ¿Tiene algún otro comentario o sugerencia sobre el apartado de antecedentes de la guía?
  - ¿Está de acuerdo con la redacción de los conceptos clave y las definiciones que los acompañan?
- Respecto a los indicadores de evaluación, se pregunta a las partes de interés:
  - ¿Estos indicadores son relevantes en su entorno de práctica?
  - ¿Tiene alguna sugerencia sobre otros indicadores y/o medidas?

Además, los revisores de las partes interesadas tuvieron la opción de introducir comentarios o sugerencias adicionales. El equipo de investigación y desarrollo de Guías de buenas prácticas de RNAO recopiló las encuestas enviadas y resumió los comentarios. Junto con el panel de expertos, se revisaron y consideraron los resultados de las encuestas, modificando el contenido y las recomendaciones de las BGP antes de su publicación para reflejar los comentarios recibidos según fuera necesario.

Para esta GBP, el proceso de revisión por escrito de las partes de interés se completó entre el 13 de octubre y el 22 de noviembre de 2022. Las partes interesadas con distintos puntos de vista aportaron su retroalimentación (*feedback*) (véase el **Agradecimiento a los colaboradores**).

Como parte del proceso de revisión de las partes de interés, las metodólogas de desarrollo de las guías compartieron el borrador de la guía con representantes BPSO de los equipos integrados de salud de Ontario (BPSO OHT) encargados de implantar la presente guía en sus entornos de práctica. Se organizaron dos grupos de discusión con representantes de los equipos BPSO OHT para recopilar sus comentarios, y se plantearon las siguientes preguntas:

- ¿Cómo promueven las recomendaciones los objetivos de los equipos BPSO OHT (por ejemplo, la atención integrada y la gestión de la salud de la población)?
- ¿Hay algún aspecto que resulte incongruente o particularmente difícil para los equipos BPSO OHT?
- ¿Qué recursos o anexos podemos incluir en la GBP que podrían ser útiles para los equipos BPSO OHT?
- ¿Hay algún aspecto de los indicadores que deba tenerse en cuenta para dar apoyo a los equipos BPSO OHT?

Además, se compartió el resumen de recomendaciones y declaraciones de buenas prácticas con representantes de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados orientados a indígenas. Dos metodólogos de desarrollo de las guías se reunieron con representantes para recabar sus puntos de vista. Se plantearon las siguientes preguntas:

- ¿Las recomendaciones y declaraciones de buenas prácticas son relevantes para los miembros locales de la comunidad en su organización? En caso negativo, ¿qué aspectos de las recomendaciones o las declaraciones de buenas prácticas son incongruentes para los Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados orientados a indígenas?
- ¿Hay alguna recomendación y declaración de buenas prácticas que le parezca especialmente interesante? En caso afirmativo, ¿cómo pueden las recomendaciones y las declaraciones de buenas prácticas hacer avanzar el trabajo de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados orientados a los indígenas?

Por último, se ofreció a las instituciones Ontario Health, Health Standards Organization, y Healthcare Excellence Canada la oportunidad de revisar el borrador de las declaraciones de recomendación y de los indicadores y de ofrecer retroalimentación (*feedback*).

Junto con el panel de expertos, el equipo de investigación y desarrollo de guías de buenas prácticas de RNAO revisó los comentarios recibidos y modificó el contenido de la GBP, según fuera necesario.

### Proceso de actualización de la Guía

RNAO se compromete a actualizar sus Guías de buenas prácticas de la siguiente manera:

1. Cada GBP será revisada por un panel de expertos en el área temática cada cinco años tras la publicación de la edición anterior.
2. El personal del Centro de Asuntos Internacionales y de Guías de buenas prácticas (IABPG, por sus siglas en inglés) de RNAO realizará regularmente un seguimiento de las nuevas revisiones sistemáticas, ensayos controlados aleatorizados y otra literatura relevante en el tema.
3. Basándose en ese seguimiento, se podrá recomendar un periodo de revisión anticipado para una GBP en particular. Se consultará a los miembros del panel original de expertos y a otros especialistas y expertos en la materia para ayudar a tomar la decisión de examinar y revisar la GBP de forma anticipada al plazo propuesto.
4. Tres meses antes de que finalice el plazo marcado, el personal del IABPG comienza a planificar la revisión mediante:
  - a. La recopilación de los comentarios recibidos y las dudas planteadas durante la implantación, incluyendo comentarios y experiencias de los centros designados como BPSOs® y otros centros de implantación en relación a sus experiencias.
  - b. La recopilación de nuevas guías de buenas prácticas clínicas en el campo de interés y la mejora del objetivo y el alcance.
  - c. El desarrollo de un plan de trabajo detallado con plazos y resultados para la elaboración de una nueva edición de la GBP.
  - d. La identificación, con la ayuda de la CEO de RNAO, de los potenciales copresidentes del panel de expertos de la GBP.
  - e. La recopilación de una lista de especialistas y expertos en la materia para su potencial participación en el panel de expertos. Dicho panel estará compuesto por los miembros del panel de expertos original y otros nuevos.
5. Se difundirán las nuevas ediciones de la GBP basándose en las estructuras y en los procesos establecidos.

# Anexo D: Declaraciones para la formación

## Declaraciones sobre la formación para esta Guía

La RNAO ha estado a la vanguardia de la creación de guías de buenas prácticas desde 1999, con la publicación de su primera guía en 2001. Desde el principio, la RNAO ha reconocido la importancia de los enfoques individual y organizativo para ofrecer educación sobre el contenido clínico de la GBP y favorecer así los cambios en la práctica basados en la evidencia. De este modo, las guías de buena práctica clínica de RNAO han incluido siempre recomendaciones para la formación dirigidas a los responsables de formación de estudiantes de enfermería, enfermeras, y miembros del equipo interprofesional en los ámbitos académico y clínico. Estas recomendaciones esbozan el contenido básico y las estrategias de formación necesarias para los planes de estudios de salud de nivel inicial, la formación continua y el desarrollo profesional.

En 2018 se realizó un análisis en profundidad de las recomendaciones de formación de la RNAO. Dicho análisis incluía las guías de buenas prácticas publicadas en un plazo de cinco años, ya que todas las GBP publicadas en este periodo se basan en una revisión sistemática de la literatura. Se examinaron 26 recomendaciones de formación de nueve guías distintas con diversos temas clínicos y poblaciones.

Mediante un riguroso análisis temático se detectaron similitudes entre las GBP. Así, se estimó conveniente crear unas declaraciones estándar para la formación que fueran aplicables a todas las GBP para promover cambios en la práctica basados en la evidencia. A continuación, se detallan las dos declaraciones sobre formación resultantes y la discusión de la literatura asociada. Dichas declaraciones se pueden adaptar al contexto dentro de las organizaciones sanitarias y de servicios sociales, y las instituciones académicas para fomentar la implantación de las recomendaciones clínicas en diversas áreas temáticas tratadas en las guías.

## DECLARACIÓN PARA LA FORMACIÓN 1: LAS INSTITUCIONES ACADÉMICAS INTEGRAN GUÍAS BASADAS EN LA EVIDENCIA EN LOS PROGRAMAS DE ESTUDIOS DE GRADO Y DE POSGRADO DE ENFERMERAS Y DE OTRAS PROFESIONES SANITARIAS REGULADAS

### Discusión de la literatura:

El análisis temático de las recomendaciones sobre formación arriba descritas respondía al mismo tema como base fundamental para el desarrollo de la capacitación para la práctica basada en la evidencia:

Las instituciones académicas integran las guías basadas en la evidencia en los programas de estudios de grado y de posgrado de enfermería y de otras profesiones sanitarias y de servicios sociales reguladas.

Se analizaron las siguientes GBP (en inglés aquellas guías no traducidas al español):

- *Valoración y manejo del dolor, tercera edición* (2013)
- *Transiciones en los cuidados* (2014)
- *Preventing and Addressing Abuse and Neglect of Older Adults: Person-Centred, Collaborative, System-Wide Approaches* (2014)
- *Prevención primaria de la obesidad infantil, segunda edición* (2014)
- *Working with Families to Promote Safe Sleep in Infants 0–12 Months of Age* (2014)
- *Engaging Clients who use Substances* (2015)
- *Cuidados centrados en la persona y la familia* (2015)
- *Delirio, demencia y depresión en las personas mayores: valoración y cuidados, segunda edición* (2016)

Las instituciones académicas deben considerar la posibilidad de integrar el contenido de las GBP en los cursos teóricos y prácticos para enfermeras y otros profesionales sanitarios y de servicios sociales regulados, incluidos los trabajadores sociales, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, nutricionistas y farmacéuticos, en los programas de grado y de posgrado. La formación de grado establece los conocimientos fundamentales que pueden reforzarse y ampliarse, según proceda, dentro de las organizaciones sanitarias. La formación de posgrado puede incluir la preparación de enfermeras y otros profesionales de salud y servicios sociales regulados para desempeñar papeles y funciones de práctica avanzada dentro de la práctica clínica, la docencia, la administración, la investigación y las políticas (150). Como tal, la integración del contenido de la guía en el programa de estudios variará en términos de contenido educativo y complejidad en función de los objetivos formativos generales del programa. En ambos casos, la integración del contenido de las guías en el plan de estudios promueve el aprendizaje del estudiante de acuerdo con las prácticas basadas en la evidencia, con el objetivo final de mejorar los resultados de salud de las personas y las familias.

Para fomentar la integración de las guías basadas en la evidencia en los programas académicos, se pueden utilizar los siguientes planteamientos: 1) desarrollar objetivos de aprendizaje en varios niveles según las guías; y 2) diseñar estrategias de enseñanza y aprendizaje según las guías. A continuación, se describen ambos planteamientos.

1. **Desarrollar objetivos de aprendizaje en varios niveles según las guías:** Los objetivos de aprendizaje en varios niveles (de grado y de posgrado) basados en las guías facilitan la integración de los contenidos de la guía en los programas académicos.
  - A nivel de programa, dicha integración amplía los conocimientos del estudiante, así como su actitud, juicio crítico y destrezas. Por ejemplo, un resultado programático en estudios de grado puede ser el conocimiento de los estudiantes de elementos de la ciencia de implantación que contribuyan a la adopción y el uso continuado de las guías en entornos clínicos (151).
  - A nivel de curso, la integración de los contenidos de la guía ayuda a que el aprendizaje del estudiante sea consistente con las prácticas basadas en la evidencia en entornos académicos y de práctica. Por ejemplo, los resultados a nivel de curso en estudios de grado pueden suponer que los estudiantes adquieran más conocimientos sobre las guías, elijan aquellas que sean relevantes para la práctica clínica (y razonen por qué las eligen) e integren los conocimientos de las guías en los planes asistenciales de personas y familias (151).
2. **Diseñar estrategias de enseñanza y aprendizaje según las guías:** Las estrategias de enseñanza deben adaptarse para abordar a nivel de programa tanto los objetivos educativos como las necesidades de los estudiantes, y para capacitar al estudiante para mejorar la práctica y promover unos resultados en salud positivos (152). A continuación, se enumeran distintas estrategias de enseñanza y aprendizaje de acuerdo con las guías:
  - **Ponencias:** Los educadores pueden utilizar las ponencias como medio para transmitir una amplia visión de las guías y, específicamente, del riguroso proceso de desarrollo de las mismas y de sus diversas recomendaciones. Las ponencias pueden ofrecer a los estudiantes un mejor conocimiento del ámbito de aplicación y la solidez de la evidencia sobre la que se basan las recomendaciones (151).
  - **Actividades interactivas en el aula:** Las actividades interactivas dentro del aula pueden ayudar a los estudiantes a obtener información adicional, participar en la resolución de problemas y articular los conocimientos adquiridos. Por ejemplo: se puede asignar trabajo en grupo para ayudar a los estudiantes a aprender a moverse por una guía y familiarizarse con sus recomendaciones; se pueden usar estudios de caso para permitirles identificar y aplicar las recomendaciones de las guías en los planes de cuidado; y se pueden usar videos y juegos de roles con los que incentivar las capacidades de cada uno para fundamentar la selección de las guías/recomendaciones específicas en los planes de cuidado (151).

- **Simulación:** La simulación digital de alta calidad en entornos de laboratorio puede atenuar la incertidumbre de los estudiantes respecto a la práctica clínica; también puede mejorar su adquisición de habilidades, autoconfianza y satisfacción. Los profesores formados en pedagogía pueden utilizar la simulación para enseñarles contenidos relacionados con el cuidado seguro y efectivo centrado en las personas y la familia en un entorno clínico estandarizado. Los profesores pueden ayudar a los estudiantes a incorporar el contenido de la guía en sesiones prácticas simuladas durante la enseñanza práctica basada en la evidencia (151).
- **Discusión pre y posclínica de conferencias:** La discusión pre y posclínica de una conferencia puede ayudar a los estudiantes a desarrollar el pensamiento crítico cuando desarrollen planes asistenciales, consideren posibles modificaciones según las recomendaciones de las guías, fundamenten sus decisiones clínicas y evalúen los resultados de las intervenciones. Los estudiantes tienen la ocasión de valorar si las políticas y los procedimientos en el entorno de práctica van en línea con la mejor evidencia, y pueden identificar áreas de potencial cambio en la práctica y considerar cómo introducir dicho cambio (151).
- **Acceso a recursos relacionados con las GBP:** Los educadores pueden fomentar y facilitar el acceso a enlaces y recursos relacionados con las GBP (151).
- **Tareas y exámenes:** Se puede pedir a los estudiantes que incorporen las guías en sus planes de aprendizaje o que escriban un diario con reflexiones sobre la importancia de una guía en su área de práctica. También se pueden usar pruebas o preguntas de examen que demuestren pensamiento crítico en torno a las guías. En general, las tareas y los exámenes relacionados con las guías pueden ayudar a los estudiantes a reflexionar sobre las guías, entender su aplicación y hacer un juicio crítico de las mismas (151).
- **Tutoría o mentorización en estancias clínicas:** Los tutores en entornos clínicos desempeñan un papel fundamental en la enseñanza de habilidades prácticas que complementan el aprendizaje teórico de los estudiantes. Los tutores se responsabilizan de la enseñanza y la supervisión clínicas y realizan una evaluación formal de los estudiantes (153). Además, los tutores pueden ayudar a los estudiantes a integrar el contenido de las guías en sus objetivos de aprendizaje y actividades clínicas para promover el conocimiento y la práctica basados en la evidencia.

## DECLARACIÓN PARA LA FORMACIÓN 2: LAS INSTITUCIONES DE SERVICIOS SANITARIOS USAN DIVERSAS ESTRATEGIAS PARA INTEGRAR LAS GUÍAS BASADAS EN LA EVIDENCIA Y FORMAR A LAS ENFERMERAS Y OTROS PROFESIONALES SANITARIOS Y DE SERVICIOS SOCIALES

### Discusión de la literatura:

El análisis temático de las recomendaciones para la formación en distintas GBP reveló un segundo tema como base para dotarles de capacidades de práctica basada en la evidencia:

Las instituciones de servicios sanitarios y de servicios sociales usan diversas estrategias para integrar las guías en la educación y la formación de enfermeras y otros profesionales sanitarios y de servicios sociales.

Se analizaron las siguientes GBP (en inglés aquellas guías no traducidas al español):

- *Valoración y manejo del dolor, tercera edición* (2013)
- *Transiciones en los cuidados* (2014)
- *Preventing and Addressing Abuse and Neglect of Older Adults: Person-centred, Collaborative, System-wide Approaches* (2014)
- *Prevención primaria de la obesidad infantil, segunda edición* (2014)
- *Working with Families to Promote Safe Sleep in Infants 0–12 Months of Age* (2014)
- *Engaging Clients who use Substances* (2015)
- *Cuidados centrados en la persona y la familia* (2015)
- *Delirio, demencia y depresión en las personas mayores: valoración y cuidados, segunda edición* (2016)

Las enfermeras y los demás profesionales sanitarios y de servicios sociales deben buscar de forma continuada nuevos conocimientos, identificar oportunidades de crecimiento profesional y procurar un aprendizaje continuado a lo largo de su carrera profesional. La participación en actividades educativas y formativas garantiza la coherencia con las prácticas basadas en la evidencia, incrementa las competencias y mejora la calidad asistencial y los resultados individuales (154). La integración de los contenidos de las guías en los programas de educación y formación dentro de las organizaciones sanitarias y de servicios sociales puede mejorar el conocimiento y las competencias basados en la evidencia de enfermeras y profesionales sanitarios y de servicios sociales graduados.

Los programas de educación y formación deben basarse en los principios del aprendizaje adulto, incluyendo:

- Los adultos son conscientes de las necesidades/los objetivos del aprendizaje.
- Los adultos tienen iniciativa propia y son autónomos.
- Los adultos dan valor y utilizan experiencias vitales previas.
- Los adultos muestran disposición a aprender.
- Los adultos tienen motivación por aprender.
- Los adultos reciben conocimientos y habilidades en el contexto de situaciones prácticas de la vida real (155).

Además, la educación y la formación deben ser adecuadas al ámbito de práctica del profesional sanitario o de servicios sociales y a las funciones que se le hayan definido. Algunas estrategias de educación y formación son:

- **Sesiones de formación presenciales:** Estas sesiones pueden ser planificadas por expertos clínicos dentro de entornos de práctica para favorecer el uso de una determinada guía o recomendación que estimule la práctica basada en la evidencia entre el personal. Se pueden ofrecer de forma individualizada o en grupo y deben abordar las necesidades de quienes aprenden. Se recomienda que las sesiones de formación tengan continuidad a través de sesiones de actualización o refuerzo para conocer la respuesta del personal y mejorar su aprendizaje (156,157).
- **Talleres/seminarios:** Los talleres o seminarios muy interactivos ayudan a enfermeras y profesionales sanitarios y de servicios sociales a mantener una práctica basada en la mejor evidencia disponible cuando se incorporan diversas estrategias educativas, como materiales previamente distribuidos, grupos de discusión reducidos en los que se usen estudios de casos, y materiales multimedia (como vídeos y presentaciones Power Point que integren las guías/recomendaciones de interés). Algunos ejemplos de programas que ofrecen formación sobre cómo implantar las guías en los entornos de práctica son los talleres de formación de impulsores (RNAO Best Practice Champions Workshop) y los institutos de aprendizaje (BPG Learning Institutes) (158).
- **Mejora de la calidad:** La participación en la mejora de la calidad en el lugar de trabajo puede ayudar a las enfermeras y a los trabajadores sanitarios a reconocer los eventos centinela y a explorar formas de mejorar la atención. El cumplimiento de los estándares de acreditación es una importante actividad de mejora de la calidad que salva las lagunas entre las prácticas actuales y las mejores prácticas y fomenta la capacitación continua. A continuación, se incluyen algunos ejemplos que enfermeras y profesionales sanitarios y de servicios sociales pueden utilizar para responder a los estándares de acreditación:
  - Participar en un proceso de implantación de una guía en una unidad para promover la seguridad del paciente, reducir riesgos y mejorar los resultados asistenciales.
  - Seleccionar recomendaciones específicas de una guía para facilitar el cambio en la práctica.
  - Compartir con el comité de acreditación los conocimientos y las lecciones aprendidas de la revisión de las guías (159,160).

También se puede buscar una mejora de la calidad a través de la participación en informes de incidencias, las iniciativas por la seguridad del paciente y otras medidas sanitarias en diversas áreas de práctica:

- **Mentorización de posgrado:** La mentorización de posgrado supone ofrecer a los recién titulados o al personal con menos experiencia orientación para desarrollar sus capacidades y apoyo para crecer en las distintas funciones de su profesión. La investigación sugiere que el trabajo con mentores reduce el estrés y mejora la satisfacción del personal de nueva incorporación durante el proceso de transición (161). Los mentores pueden favorecer la integración del contenido de las guías mientras enseñan práctica basada en la evidencia.

## EVALUACIÓN

Todas las estrategias educativas requieren evaluación para: a) monitorizar la adopción del conocimiento; y b) medir el impacto en los resultados clínicos.

RNAO ha desarrollado la guía de buenas prácticas *Practice Education in Nursing* (162) para ofrecer recomendaciones basadas en la evidencia que ayuden a los estudiantes de enfermería a aplicar sus conocimientos en diversos entornos de práctica. La guía también ayuda a otras enfermeras, las enfermeras formadoras, los tutores y los demás miembros del equipo interprofesional a comprender el uso efectivo de las estrategias de formación en los contextos clínicos.

La [Herramienta para Liderar el Cambio](#) (4) identifica las siguientes estrategias para promover la evaluación de los resultados en salud a nivel de persona, profesional, organización y sistema de salud. Algunos ejemplos de estrategias de evaluación son:

- test o pruebas previas y posteriores a las sesiones educativas del personal
- grupos de discusión/entrevistas con el personal
- observación de encuentros paciente-profesional de cuidados
- diagrama de las auditorías para determinar el impacto en los resultados de las personas y las familias
- encuestas o entrevistas de satisfacción a personas y familias

## Anexo E: Proceso de desarrollo de indicadores

A continuación, se resumen el proceso de desarrollo de indicadores (véase el Diagrama de flujo de desarrollo de indicadores [en línea](#)).

1. **Selección de guías:** los indicadores se desarrollan para GBP centradas en las prioridades de los sistemas sanitarios, con especial énfasis en cubrir las lagunas en la medición, al tiempo que se reduce la carga de trabajo derivada de los informes.
2. **Extracción de recomendaciones:** se revisan las recomendaciones para la práctica, los resultados generales de las guías y los conjuntos de normas de buenas prácticas (*BPG Order Sets™*), si procede, para extraer las medidas potenciales para el desarrollo de indicadores.
3. **Selección y desarrollo de indicadores:** se seleccionan y desarrollan los indicadores mediante una metodología establecida, incluida la armonización con repositorios de datos externos y bibliotecas de datos de información sanitaria.
4. **Pruebas de práctica y validación:** la validez aparente y de contenido de los indicadores propuestos se validan interna y externamente a cargo de representantes de organizaciones nacionales e internacionales.
5. **Implantación:** los indicadores se publican en la tabla de Evaluación y Seguimiento de la guía, y se publican también diccionarios de datos en el sitio web de NQuIRE® para que los usen los Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®.
6. **Evaluación y valoración de la calidad de los datos:** La valoración y evaluación de la calidad de los datos, así como la continua comunicación con los Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (BPSO©), garantizan la evolución orientada de los indicadores NQuIRE.

# Anexo F: Declaración de valores del paciente, la familia y el cuidador para Ontario

El objetivo de esta Declaración de Valores del Paciente, la Familia y el Cuidador, redactada por el Consejo Asesor del Paciente y la Familia del Ministerio en consulta con los ciudadanos de Ontario, es articular las expectativas del paciente, la familia y el cuidador respecto al sistema sanitario de Ontario (163). La Declaración puede servir de orientación a las personas y organizaciones implicadas en la asistencia sanitaria y refleja un resumen de valores importantes para la persona, la familia y el cuidador. Esta declaración también está disponible en [Francés](#).

Figura 3: Declaración de valores del paciente, la familia y el cuidador para Ontario

## Declaración de valores del paciente, la familia y el cuidador para Ontario

|                              |  |
|------------------------------|--|
| <b>RESPONSABILIZACIÓN</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Esperamos una comunicación abierta y fluida sobre nuestra atención.</li> <li>● Esperamos que todas las personas implicadas en nuestro cuidado se responsabilicen y tengan apoyo para realizar sus funciones y responsabilidades de modo efectivo.</li> <li>● Esperamos una cultura de cuidados en salud que demuestre que valora las experiencias de los pacientes, las familias y los cuidadores e incorpore este conocimiento a las políticas, la planificación y la toma de decisiones</li> <li>● Esperamos que las experiencias y los resultados de los pacientes, los familiares y los cuidadores impulsen la responsabilización del sistema sanitario y de quienes prestan servicios, programas y asistencia dentro de él.</li> <li>● Esperamos que los profesionales de la salud actúen con integridad reconociendo sus capacidades, sesgos y limitaciones.</li> <li>● Esperamos que los profesionales de la salud cumplan con sus responsabilidades profesionales y presten unos cuidados seguros.</li> </ul>                             |
| <b>EMPATÍA Y COMPASIÓN</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Esperamos que los profesionales sanitarios actúen con empatía, amabilidad y compasión.</li> <li>● Esperamos que haya planes asistenciales individualizados que reconozcan nuestras necesidades únicas a nivel físico, mental, emocional, cultural y espiritual.</li> <li>● Esperamos que se nos trate sin estigmas, suposiciones, prejuicios ni culpas.</li> <li>● Esperamos que los profesionales sanitarios y los responsables del sistema comprendan que sus palabras, acciones y decisiones tienen una gran repercusión en la vida de los pacientes, las familias y los cuidadores.</li> </ul>  |
| <b>EQUIDAD E IMPLICACIÓN</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Esperamos un acceso equitativo y justo al sistema y los servicios sanitarios para todos, independientemente de su capacidad, raza, etnia, idioma, antecedentes, lugar de origen, identidad de género, orientación sexual, edad, religión, estatus socioeconómico, educación o ubicación en todo Ontario.</li> <li>● Esperamos un acceso equitativo y justo a todos los servicios asistenciales para las personas con discapacidades y para quienes han afrontado estigmatización históricamente</li> <li>● Esperamos contar con oportunidades de participar en el desarrollo de políticas y diseño de programas de ámbito sanitario a nivel local, regional y provincial en el sistema de salud.</li> <li>● Esperamos que se tome conciencia del racismo y la discriminación sistémicos y se realicen esfuerzos para eliminarlos, incluida la identificación y eliminación de las barreras sistémicas que contribuyen a unos resultados sanitarios desiguales (con especial atención a los más perjudicados por el racismo sistémico).</li> </ul> |
| <b>RESPECTO Y DIGNIDAD</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Esperamos que nuestra identidad, nuestras creencias, historia, cultura y capacidad individuales se respeten en nuestra atención.</li> <li>● Esperamos que los profesionales sanitarios se presenten e identifiquen cuál es su función en nuestro cuidado.</li> <li>● Esperamos ser reconocidos como parte del equipo de cuidados, que se nos informe completamente acerca de nuestra situación y que tengamos el derecho a tomar decisiones en nuestro cuidado.</li> <li>● Esperamos que los pacientes, las familias y los cuidadores sean tratados con respeto y considerados compañeros valiosos en el equipo asistencial.</li> <li>● Esperamos que nuestra información personal nos pertenezca, y que se mantenga nuestra privacidad y se nos respete y proteja.</li> </ul>  |
| <b>TRANSPARENCIA</b>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Esperamos estar implicados de forma proactiva y significativa en las conversaciones sobre nuestra atención, considerando las opciones sobre nuestros cuidados y participando en las decisiones al respecto.</li> <li>● Esperamos que nuestra historia clínica sea rigurosa, completa, esté disponible y sea accesible en todo el sistema sanitario a nivel nacional a petición nuestra.</li> <li>● Esperamos un proceso transparente, claro y justo para procesar una reclamación, una inquietud o un agradecimiento relativo a nuestro cuidado que no influya en la calidad de la asistencia que recibimos.</li> </ul>   |

**Actualización: julio 2021**

Nota: El objetivo de esta Declaración de Valores del Paciente, la Familia y el Cuidador, redactada por el Consejo Asesor del Paciente y la Familia del Ministerio en consulta con los ciudadanos de Ontario, es articular las expectativas del paciente, la familia y el cuidador respecto al sistema sanitario de Ontario. La Declaración sirve de orientación para las personas y las organizaciones implicadas en los cuidados en salud y refleja un resumen de los principios y valores que las personas, las familias y los cuidadores señalan como importantes para ellos. La Declaración no pretende establecer, alterar o influir en ninguno de los derechos u obligaciones legales, y debe interpretarse de forma coherente con la ley aplicable.




© Queen's Printer for Ontario, 2021.

Fuente: Reimpresión autorizada por: Government of Ontario. Patient family and caregiver declaration of values for Ontario [Internet]. Toronto (ON): Government of Ontario; 2021. Available from: <https://files.ontario.ca/moh-patient-family-caregiver-declaration-of-values-for-ontario-en-2021-08-31.pdf>.

## Anexo G: Informe de alta para el paciente

El informe de alta orientado al paciente (Patient Oriented Discharge Summary) es un resumen de alta fácil de usar diseñado para personas que realizan una transición del hospital al domicilio (164). La mayor parte de los informes de alta son documentos densos con términos técnicos y están diseñados para comunicar información a los profesionales de atención primaria, en vez de a las personas que reciben el cuidado.

El informe de alta orientado al paciente fue creado con las personas y sus redes de apoyo, incluidos individuos con una alfabetización limitada y con barreras lingüísticas, para ayudar a las personas a comprender información importante cuando dejan el hospital. Este recurso emplea un lenguaje sencillo, fuentes de letra grandes y deja un espacio para que las personas puedan tomar notas; además está disponible en [15 idiomas](#).

Este informe de alta contiene información útil sobre medicamentos, cambios en la dieta y actividades, citas de seguimiento y síntomas que vigilar tras una transición (164). Se anima a las organizaciones a que utilicen la plantilla de muestra y la adapten a las necesidades de las poblaciones específicas a las que atienden. El informe de alta orientado al paciente debe completarse en presencia de las personas y su red de apoyo usando el método teach-back de enseñanza retroactiva (las personas muestran lo que han comprendido). También se puede promover la implantación de este informe de alta mediante la historia clínica electrónica, ya que algunas de estas historias exigen la cumplimentación de un informe de alta orientado al paciente antes de cada transición (165). No pretende sustituir al informe de alta tradicional enviado a un profesional de atención primaria (164).

Figura 4: Resumen del alta para el paciente (PODS)

**Guía asistencial de** \_\_\_\_\_

Vine al hospital el \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ y me marché el \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Vine porque tengo \_\_\_\_\_

 *mis notas*

---

**Medicamentos que necesito tomar**

| Nombre | Para qué | Mañana  | Mediodía  | Tarde   | Noche   |
|--------|----------|---|---|---|---|
|        |          |  |  |  |  |
|        |          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
|        |          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
|        |          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |

---

**Cómo puedo sentirme y qué hacer**

| Puedo sentirme | Qué hacer | Ir a urgencias si: |
|----------------|-----------|--------------------|
|                |           |                    |
|                |           |                    |
|                |           |                    |

---

**Cambios en mi rutina**

| Actividad (ej. dieta, ejercicio) | Instrucción |
|----------------------------------|-------------|
|                                  |             |
|                                  |             |
|                                  |             |

---

**Citas previas**

Ir a \_\_\_\_\_ para \_\_\_\_\_ el día \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a las \_\_: h

Dónde: \_\_\_\_\_ núm. \_\_\_\_\_ Citado

---

**Dónde ir para más información**

Para instrucciones sobre medicación contactar (llamar/ir) con farmacéutico núm. \_\_\_\_\_

Para \_\_\_\_\_ contactar (llamar/ir) con \_\_\_\_\_ núm. \_\_\_\_\_


ANEXOS

Fuente: Reimpresión autorizada por: Patient Oriented Discharge Summary (PODS). In: Open Lab [Internet]. Toronto (ON): Open Lab; 2019. Available from: <http://uhnopenlab.ca/project/pods/>.

# Anexo H: Mi plan de transición asistencial

*Mi plan de transición asistencial*® resume información para facilitar una transición asistencial satisfactoria para personas mayores que presentan, o tienen riesgo de presentar, comportamientos reactivos o situaciones de salud mental complejas, consumo de sustancias o trastornos neurológicos (166). Ofrece un resumen de la información esencial que debe comunicarse a los miembros del equipo interprofesional para preparar y facilitar la transición asistencial. La herramienta se recoge por escrito en primera persona para promover un cuidado centrado en la persona, y los profesionales sanitarios y de servicios sociales deben colaborar con las personas y su red de apoyo a la hora de completar el formulario. *Mi plan de transición asistencial*® puede integrarse en la historia clínica electrónica. El formulario también está disponible en [Francés](#) (166).

Figura 5: Mi plan de transición asistencial®



Nombre:  
 Nacimiento (dd/mm/aaaa):  
 Tarjeta sanitaria:  
 Otro ID:

| 1. Mi sistema de apoyo antes y el día de la transición:   |  |
|---|--|
| Persona sustituta para la toma de decisiones:   | teléfono:  |
| Responsable apoyo en la transición – Actual ubicación:  | teléfono:  |
| Responsable de apoyo en la transición – Nueva ubicación:  | teléfono:  |
| Profesionales /equipos sanitarios disponibles para dar soporte en la transición:  |  |
| Actual ubicación: <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Centro residencial <input type="checkbox"/> Domicilio privado <input type="checkbox"/> Otro                          |  |
| Detalles:   |  |
| Destino:  | Fecha y hora de traslado:  |
| Plan de transporte:   | Plan de llegada: <input type="checkbox"/> Llego solo <input type="checkbox"/> Llego acompañado |
| 2. Mi habitación:   |  |
| Quién organizará mi habitación:<br><input type="checkbox"/> Con antelación <input type="checkbox"/> El día de mi traslado   | Objetos favoritos para sentirme como en casa:  |
| Aspectos destacados sobre mí (p. ej. de tipo social / cultural)   | Mi rutina diaria típica (p. ej. sueño, comidas, aseo)  |
|   |  |
| Mi plan de consumo de tabaco / alcohol / sustancias:  |  |
| Sección 1 completado por:   |  |
| 2. Mi estado funcional:   |  |
| Mis dispositivos de ayuda (marcar todos los que corresponda e incluir detalles sobre su uso)  |  |
| <input type="checkbox"/> Ayudas a la movilidad <input type="checkbox"/> Ayudas de comunicación/cognición <input type="checkbox"/> Ayudas para oír/para ver/dentales <input type="checkbox"/> Otro |  |
| Detalles:   |  |
| Puede que necesite ayuda / recordatorios para estas tareas:   |  |
| Higiene / cuidado personal: <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Sólo preparación <input type="checkbox"/> Algo de ayuda <input type="checkbox"/> Asistencia completa  |  |
| Detalles:   |  |
| Para evacuar: <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Recordatorio / Rutinas <input type="checkbox"/> Incontinente  |  |
| Detalles:   |  |
| Deambulación / traslados: <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Con supervisión <input type="checkbox"/> Asistencia completa  |  |
| Detalles:   |  |
| Nutrición / Comidas: <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Sólo preparación <input type="checkbox"/> Asistencia completa  |  |
| Detalles:   |  |
| Administración de medicación: <input type="checkbox"/> Entera <input type="checkbox"/> Triturado  |  |
| Detalles & cambios recientes  |  |
| Sección 2 completado por:   |  |

|  |               |                     |                   |        |
|--|---------------|---------------------|-------------------|--------|
| <b>3. Riesgos actuales (marcar todos los que apliquen):</b>  |               |                     |                   |        |
| <input type="checkbox"/> Delirio <input type="checkbox"/> Caídas <input type="checkbox"/> Explorar / Buscar / Salir <input type="checkbox"/> Ideación suicida <input type="checkbox"/> Fuego (p. ej. fumar, cocinar)<br><input type="checkbox"/> Seguridad (p. ej. gastos, vivienda, alimentación) <input type="checkbox"/> Otros                      |               |                     |                   |        |
| <b>Detalles:</b>   |               |                     |                   |        |
| <b>Comportamientos reactivos / expresiones personales [marcar todos los que apliquen y describir los comportamientos / las expresiones y el contexto en el que se producen (p. ej., durante el aseo). Identificar los factores que contribuyen y enfoques o estrategias personalizadas para prevenirlos o darles respuesta].</b>                       |               |                     |                   |        |
| <input type="checkbox"/> Expresión vocal   |               |                     |                   |        |
| <input type="checkbox"/> Expresión motora  |               |                     |                   |        |
| <input type="checkbox"/> Expresión sexual del riesgo   |               |                     |                   |        |
| <input type="checkbox"/> Expresión verbal del riesgo   |               |                     |                   |        |
| <input type="checkbox"/> Expresión física del riesgo   |               |                     |                   |        |
| <b>Factores que contribuyen en mi comportamiento:</b>  |               |                     |                   |        |
|  |               |                     |                   |        |
| <b>Enfoques / estrategias personalizados para ayudarme:</b>  |               |                     |                   |        |
|  |               |                     |                   |        |
| Sección 3 completado por:  |               |                     |                   |        |
| <b>4. Mis conexiones familiares y sociales (cómo van a comunicarse conmigo familiares y amigos ahora que me he trasladado):</b>  |               |                     |                   |        |
| <input type="checkbox"/> Visitas presenciales  |               |                     |                   |        |
| <input type="checkbox"/> Visitas virtuales / Llamadas telefónicas  |               |                     |                   |        |
| <input type="checkbox"/> Otros   |               |                     |                   |        |
| <b>Los siguientes servicios me serán de ayuda tras mi traslado:</b>  |               |                     |                   |        |
|  |               |                     |                   |        |
| <b>Los siguientes informes están disponibles para ayudar a conocerme mejor:</b>  |               |                     |                   |        |
| <input type="checkbox"/> Lista de vacunación <input type="checkbox"/> Lista de medicación <input type="checkbox"/> Valoración del comportamientos <input type="checkbox"/> Valoración de salud mental<br><input type="checkbox"/> Herramienta sobre individualidad personal <input type="checkbox"/> Plan de aislamiento <input type="checkbox"/> Otro |               |                     |                   |        |
| Sección 4 completado por:  |               |                     |                   |        |
| <b>5. Los siguientes individuos/profesionales sanitarios han contribuido en este plan asistencial de transición:</b>   |               |                     |                   |        |
| Nombre y designación:  | Organización: | Número de teléfono: | Fecha (dd/mm/aa): | Firma: |
|  |               |                     |                   |        |
|  |               |                     |                   |        |
|  |               |                     |                   |        |

*Este plan asistencial de transición ha sido desarrollado según la presentación de la persona en su entorno en el momento de la transición. Es posible que sea necesario adaptar este plan en el nuevo entorno, ya que pueden presentarse distintos comportamientos a lo largo del periodo de transición.*

Fuente: Reimpresión autorizada de: Behavioural Supports Ontario (BSO). My Transitional Care Plan® [Internet]. [place unknown]: BSO; [date unknown]. Available from: <https://brainxchange.ca/Public/Special-Pages/BSO/Clinical-Tools-and-Resources/My-Transitional-Care-Plan/My-Transitional-Care-Plan%C2%A9-Tool-Download-Permis>.

# Anexo I: Guía para la entrevista sobre el mejor historial de medicación

Esta guía para la entrevista de Alberta Health Services recoge una lista de preguntas que los profesionales sanitarios pueden plantear al recabar la mejor historia de medicación posible.

**Figura 6: Guía para la entrevista sobre el mejor historial de medicación**

**Preparación**

Antes de comenzar con la entrevista, reunir toda información que sea posible sobre la medicación del paciente.

**Introducción**

Presentarse uno mismo y su profesión.

- Me gustaría detenerme a revisar la medicación que toma en casa.
- Tengo una lista de medicamentos de su historia clínica y me gustaría comprobar si está correcta y al día.
- ¿Podría hablar con usted (o un familiar) de su medicación en este momento?
- ¿Es buen momento para usted? ¿Tiene algún familiar que conozca su medicación que quizá debería acompañarnos?
- ¿Cómo podemos contactar con esta persona?

**Recogida de información**

- ¿Tiene aquí consigo una lista de medicación?
- Utilizar la técnica de mostrar y explicar cuando hayan traído los envases de medicación
  - ¿Cómo toma (nombre de medicación)?
  - ¿Con qué frecuencia o cuándo toma (nombre de medicación)?
- Anotar información sobre la dosis, la vía y la frecuencia de cada fármaco. Si el paciente está tomando una medicación distinta de la prescrita, deje por escrito lo que toma realmente el paciente y señale la discrepancia.
- ¿Hay alguna prescripción de medicación que usted o el médico hayan cambiado o interrumpido últimamente?
- ¿Por qué este cambio?

**Alergias a medicamentos**

- ¿Tiene alergia a algún medicamento?
- En caso afirmativo, ¿qué sucede cuando toma (nombre del medicamento que produce alergia)?

**Farmacia comunitaria**

- ¿Cómo se llama y dónde está la farmacia a la que suele ir? (Puede ser más de una).
- En caso necesario, ¿podría contactar con esta farmacia para aclaraciones sobre medicación?

**Medicinas prescritas**

- Referido a todo lo que sólo se puede obtener por prescripción médica, como pastillas para el corazón, inhaladores, somníferos...

**Antibióticos**

- ¿Ha usado antibióticos en los últimos 3 meses? En caso afirmativo, ¿cuáles?

**Inhaladores/Parches/Cremas/ Pomadas/ Inyectables/Muestras**

- Usa:
  - ¿inhaladores?
  - ¿parches medicados?
  - ¿cremas o pomadas medicadas?
  - ¿medicamentos inyectados (p. ej., insulina)?
- Por cada respuesta afirmativa,
  - ¿Cómo toma (nombre de medicación)?
  - Incluir nombre, dosis (p.ej., gramos), frecuencia.
- ¿Le ha facilitado el médico alguna muestra de medicación de prueba en los últimos meses? En caso afirmativo, ¿cuál (nombre del medicamento)?

**Gotas para ojos/oídos/nariz**

- ¿Usa gotas para los ojos? En caso afirmativo,
  - ¿Cuál (nombre)?
  - ¿Cuántas gotas se aplica? ¿Con qué frecuencia?
  - ¿En qué ojo?
- ¿Usa gotas para los oídos? En caso afirmativo,
  - ¿Cuál (nombre)?
  - ¿Cuántas gotas se aplica? ¿Con qué frecuencia?
  - ¿En qué oído?
- ¿Usa gotas/espray para la nariz? En caso afirmativo,
  - ¿Cuál (nombre)?
  - ¿Cómo lo usa?
  - ¿Con qué frecuencia?

**Medicamentos sin prescripción**

- ¿Toma alguna medicación comprada sin la prescripción de un médico? Mencione ejemplos (p. ej., aspirina). En caso afirmativo,
  - ¿Cómo toma (nombre de medicación sin prescripción)?

**Vitaminas/minerales/suplementos**


- Toma:
  - ¿vitaminas (p. ej., multivitaminas)?
  - ¿minerales (p. ej., calcio, hierro)?
  - ¿suplementos (p. ej., glucosamina, hierba de San Juan)?
- En caso afirmativo, ¿cómo lo toma?
- ¿Consume alguna vez drogas recreativas (p. ej., alcohol, marihuana)? En caso afirmativo, ¿cómo lo toma? ¿Con qué frecuencia?

**Para concluir la entrevista**

- Con esto termina la entrevista.
- Gracias por su tiempo.
- ¿Tiene alguna pregunta?
- Si recuerda alguna cosa con posterioridad, póngase en contacto con su profesional sanitario para actualizar la información.

**UNA BUENA HISTORIA DE  
MEDICACIÓN USA AL MENOS  
DOS FUENTES  
DE INFORMACIÓN**

[albertahealthservices.ca/medlist](http://albertahealthservices.ca/medlist)



Fuente: Reimpresión autorizada de: Alberta Health Services (AHS). Best possible medication history (BPMH) interview guide [Internet]. Edmonton (AB): AHS; 2014. Available from: <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/hp/medrec/if-hp-medrec-provider-interview-brochure.pdf>

© 2014 Alberta Health Services. Este material está protegido por la legislación sobre derechos de autor de Canadá. Salvo que la legislación sobre derechos de autor de Canadá disponga lo contrario, este material no puede copiarse, publicarse ni distribuirse sin el permiso previo por escrito del propietario de los derechos de autor. Este material fue publicado originalmente por Alberta Health Services y ha sido reimpreso con autorización.

Este material está destinado únicamente a la información general y se proporciona "tal cual, donde está". Aunque se han realizado esfuerzos razonables para confirmar la exactitud de la información, los Servicios de Salud de Alberta no ofrecen ninguna declaración ni garantía, expresa o implícita, oral o escrita, legal o de otro tipo, en cuanto a la exactitud, fiabilidad, integridad, aplicabilidad o idoneidad para un fin determinado de dicha información, incluidas, sin limitación, las garantías implícitas o las garantías de no infracción. Estos materiales no sustituyen el asesoramiento de un profesional sanitario cualificado. Los Servicios de Salud de Alberta declinan expresamente toda responsabilidad por el uso de estos materiales y por cualquier reclamación, acción, demanda o pleito derivados de dicho uso.





# Anexo K: 5 preguntas sobre su medicación (para adultos)

5 preguntas sobre su medicación es una guía para ayudar a las personas y su red de apoyo a iniciar conversaciones con los profesionales sanitarios acerca de su medicación (168). Garantizar que las personas sean colaboradores activos en su cuidado y asegurarse de que reciben información importante sobre su medicación ayuda a promover la seguridad en la medicación. Para ellos puede ser especialmente útil plantear las siguientes cinco preguntas sobre su medicación cuando acuden a una cita con su profesional de salud en atención primaria, al comunicarse con el farmacéutico comunitario y cuando se preparen para una transición del hospital al domicilio. 5 preguntas sobre su medicación es un recurso disponible en [30 idiomas](#).

Figura 8: 5 preguntas sobre su medicación

**5 PREGUNTAS SOBRE SU MEDICACIÓN**  
cuando vea a su médico,  
enfermera o farmacéutico.

**1. ¿CAMBIOS?**  
¿Se ha incorporado, suspendido o suspendido alguna medicación? ¿Por qué?

**2. ¿CONTINUIDAD?**  
¿Qué medicamentos tengo que seguir tomando? ¿Por qué?

**3. ¿USO ADECUADO?**  
¿Cómo me tomo la medicación, y durante cuánto tiempo?

**4. ¿MONITORIZADO?**  
¿Cómo puedo saber si la medicación está funcionando, y qué efectos secundarios tengo que vigilar?

**5. ¿SEGUIMIENTO?**  
¿Tengo que hacerme alguna prueba, y cuándo debería tener la siguiente cita?

**Mantenga su historial de medicación al día.**

**Recuerde incluir :**

- ✓ alergias a fármacos
- ✓ vitaminas y minerales
- ✓ productos herbales/naturales
- ✓ todos los medicamentos, incluyendo productos sin prescripción

**Pida a su médico, enfermera o farmacéutico que revise su medicación para ver si se puede reducir o suspender.**

© 2016 ISMP Canada

Visite [safemedicationuse.ca](http://safemedicationuse.ca) para más información.

Logos: ISMP (Institute for Safe Medication Practices Canada), CPSI/ICSP (Canadian Patient Safety Institute / Institut canadien pour la sécurité des médicaments), Canadian Society of Hospital Pharmacists, Canadian Association of Pharmacists (Association des pharmaciens du Canada), SafeMedicationUse.ca, and the Health Services Regulatory Board of Ontario logo.

Fuente: Reimpresión autorizada de: Institute for Safe Medication Practices (ISMP) Canada, The Canadian Patient Safety Institute (CPSI), Patients for Patient Safety Canada (PPS), et al. 5 questions to ask about your medications [Internet]. Toronto (ON): ISMP Canada; 2016. Co-published with CPSI and CPPSC. Available from: [https://www.ismp-canada.org/download/MedRec/MedSafety\\_5\\_questions\\_to\\_ask\\_poster.pdf](https://www.ismp-canada.org/download/MedRec/MedSafety_5_questions_to_ask_poster.pdf)

# Anexo L: 5 preguntas sobre mi medicación (para niños)

*5 preguntas sobre mi medicación* es un recurso de seguridad de la medicación para ayudar a niños y jóvenes a entender qué preguntas deben hacer cuando reciben medicamentos de un profesional de la salud (168). Este recurso se ha diseñado en colaboración con los niños y sus redes de apoyo, así como profesionales sanitarios para facilitar las conversaciones sobre medicación. El recurso *5 preguntas sobre mi medicación* también está disponible en [Francés](#).

Figura 9: 5 preguntas sobre tu medicación

**5 Preguntas sobre mi medicación**

¿Por qué necesito este medicamento?  
¿Cuándo me lo tomo?  
¿Durante cuánto tiempo tengo que tomarlo?  
¿Cómo va a hacer que me sienta?  
¿Cuándo veré de nuevo a mi equipo de salud?

Lleva una lista de todas tus medicinas  
¡Nunca compartas tu medicamento!  
Guarda tu medicamento en un lugar seguro

Escribe o dibuja tus preguntas aquí: \_\_\_\_\_

Descarga esta app para llevar un seguimiento de tus medicinas. **MyMedRec**

**ISMP** Instituto for Safe Medication Practices Canada  
**SafeMedicationUse.ca**  
**CPSI/ICSP** Canadian Patient Safety Institute / Institut canadien de sécurité des médicaments  
**PFPSC** Patients for Patient Safety Canada / Patients pour la sécurité des patients

¡Hecho por niños y para niños! © 2021 ISMP Canada

Fuente: Reimpresión autorizada de: Institute for Safe Medication Practices (ISMP) Canada, The Canadian Patient Safety Institute (CPSI), Patients for Patient Safety Canada (PFPSC). 5 questions to ask about my medicine (for kids) [Internet]. Toronto (ON): ISMP Canada; 2021. Co-published with CPSI and PFPSC. Available from: [https://safemedicationuse.ca/tools\\_resources/downloads/5QuestionsKids-EN.pdf](https://safemedicationuse.ca/tools_resources/downloads/5QuestionsKids-EN.pdf).

## Anexo M: Descripción de la *Herramienta para Liderar el Cambio*

Las GBP solo se pueden implantar con éxito y mantenerse satisfactoriamente si la planificación, los recursos y los apoyos organizativos y administrativos son adecuados y hay una facilitación apropiada. También es fundamental que haya compromiso y participación activa de los líderes formales e informales (por ejemplo, agentes de cambio, líderes de opinión entre sus pares). Para promover la implantación exitosa y su uso sostenido, un panel internacional de expertos formado por enfermeras, investigadores, defensores del paciente/la persona, activistas de movimientos sociales y administradores ha desarrollado la Herramienta para Liderar el Cambio (4). Esta herramienta se basa en la evidencia disponible, en la perspectiva teórica y el consenso. Recomendamos su uso para orientar la aplicación de cualquier GBP en las organizaciones sanitarias o de servicios sociales, incluidas instituciones académicas.

La *Herramienta para Liderar el Cambio* incluye dos marcos de trabajo: el Marco de Acción del Movimiento Social (1,2) y el Marco del Conocimiento a la Acción (3) dirigidos a los agentes de cambio y los equipos de cambio que lideran la implantación y procuran la sostenibilidad de las GBP. Ambos marcos de trabajo subrayan el concepto de implantación y sus componentes interrelacionados. Así, tanto uno como otro pueden emplearse para guiar cualquier iniciativa de cambio, incluida la implantación de las GBP. El uso de ambos marcos sirve para mejorar y acelerar el cambio (1).

El Marco de Acción del Movimiento Social incluye elementos de movimientos sociales en un contexto de adopción del conocimiento y sostenibilidad que ha demostrado tener un fuerte impacto y efectos a largo plazo. A partir de los resultados de un análisis conceptual, el marco incluye 16 elementos clasificados como condiciones previas (es decir, lo que debe existir antes de que se produzca el movimiento social), características clave (esto es, lo que debe estar presente para que se produzca el movimiento social) y resultados (es decir, lo que puede ocurrir como consecuencia de la aparición del movimiento social) (1,169). Las tres categorías y elementos del Marco de Acción del Movimiento Social se recogen en la **Figura 10**.

Figura 10: Marco de Acción del Movimiento Social

# MARCO DE ACCIÓN DEL MOVIMIENTO SOCIAL PARA LA ADOPCIÓN DE CONOCIMIENTOS Y LA SOSTENIBILIDAD



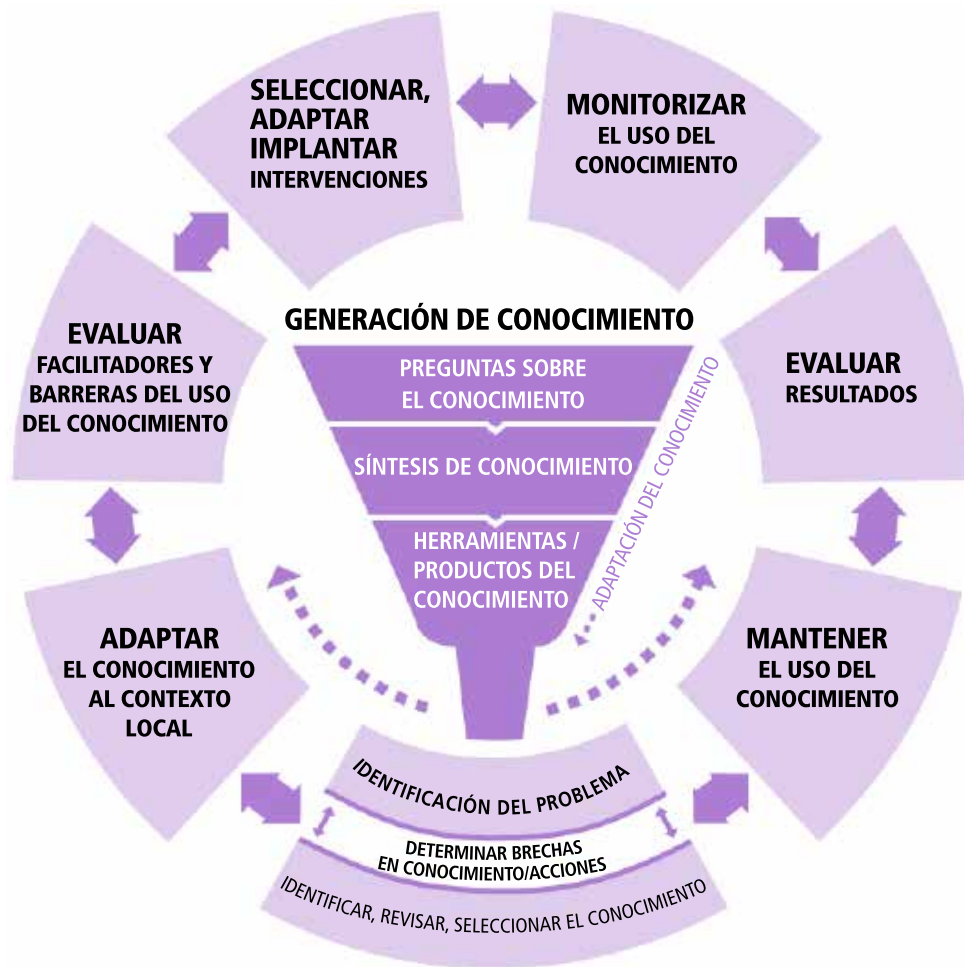
Fuente: Reimpresión autorizada de: Grinspun D, Wallace K, Li SA, McNeill S, Squires JE, et al. Exploring social movement concepts and actions in a knowledge uptake and sustainability context: a concept analysis. *Int J Nurs Sci*. 2022 Oct;9(4):411-21.

Grinspun D, Wallace K, Li SA, McNeill S, Squires J. Leading change through social movement. *Registered Nurse Journal*. 2020.

El Marco del Conocimiento a la Acción es un enfoque cíclico planificado ante el cambio que integra dos componentes que están relacionados: el proceso de creación del conocimiento y el ciclo de acción. El proceso de creación de conocimiento es lo que los investigadores y los desarrolladores de guías utilizan para identificar los resultados de la evidencia crítica para crear un producto de conocimiento, como una GBP de RNAO. El ciclo de acción comprende siete fases en las que el conocimiento creado se aplica, se evalúa y se sostiene en el tiempo (3). Muchas de las fases del ciclo de acción pueden ocurrir o deben ser consideradas simultáneamente. El Marco del Conocimiento a la Acción se describe en la **Figura 11** (4).

**Figura 11: Marco del Conocimiento a la Acción**

## MARCO DEL CONOCIMIENTO A LA ACCIÓN



Fuente: Adapado con autorización de: Graham ID, Logan J, Harrison MB, et al. Lost in translation: time for a map? J Contin Educ Health Prof [Internet]. 2006;26(1):13-24. Available from: [https://journals.lww.com/jcehp/Abstract/2006/26010/Lost\\_in\\_knowledge\\_translation\\_Time\\_for\\_a\\_map\\_3.aspx](https://journals.lww.com/jcehp/Abstract/2006/26010/Lost_in_knowledge_translation_Time_for_a_map_3.aspx)

Implantar y sostener las GBP para lograr cambios exitosos en la práctica y resultados de salud positivos para pacientes/personas y familias, profesionales, organizaciones y sistemas es una tarea compleja. La *Herramienta para Liderar el Cambio* es un recurso de implantación fundamental para guiar este proceso. Se puede descargar en [RNAO.ca/leading-change-toolkit](https://www.rnao.ca/leading-change-toolkit).

# Equipo de Investigación y Desarrollo de Guías de buenas prácticas de RNAO

## Equipo de desarrollo de las Guías

**Lyndsay Howitt, RN, MPH**

Guideline Development Co-Lead

Senior Manager, Guideline Development and Research  
International Affairs and Best Practice Guidelines  
Centre

Registered Nurses' Association of Ontario  
Toronto, ON

**Greeshma Jacob, RN, MScN**

Guideline Development Co-Lead

Guideline Development Methodologist  
International Affairs and Best Practice Guidelines  
Centre

Registered Nurses' Association of Ontario  
Toronto, ON

**Giulia Zucal, RN, BScN, MA**

Acting Senior Manager, Guideline Development  
and Research

International Affairs and Best Practice Guidelines  
Centre

Registered Nurses' Association of Ontario  
Toronto, ON

**Christine Buchanan, RN, MN**

Acting Senior Manager, Guideline Development  
and Research

International Affairs and Best Practice Guidelines  
Centre

Registered Nurses' Association of Ontario  
Toronto, ON

**Amy Burt, RN, MSc**

Senior Manager, Guideline Development and Research  
International Affairs and Best Practice Guidelines  
Centre

Registered Nurses' Association of Ontario  
Toronto, ON

**Glynis Gittens, BA (Hons)**

Guideline Development Project Coordinator  
International Affairs and Best Practice Guidelines  
Centre

Registered Nurses' Association of Ontario  
Toronto, ON

**Verity Scott, BSc**

Guideline Development Project Coordinator  
International Affairs and Best Practice Guidelines  
Centre

Registered Nurses' Association of Ontario  
Toronto, ON

**Nafsin Nizum, RN, MN**

Associate Director, Guideline Development  
and Research

International Affairs and Best Practice Guidelines  
Centre

Registered Nurses' Association of Ontario  
Toronto, ON

## Equipo de Ciencia de Implantación

**Stephanie Buchanan, RN, MHScN**

Implementation Science Manager and Guideline  
Development Methodologist

International Affairs and Best Practice Guidelines  
Centre

Registered Nurses' Association of Ontario  
Toronto, ON

**Kristen Campbell, RN, MN**

Implementation Science Manager

International Affairs and Best Practice Guidelines  
Centre

Registered Nurses' Association of Ontario  
Toronto, ON

**Oliwia Klej, HBSc**

Project Coordinator, Implementation Science  
International Affairs and Best Practice Guidelines  
Centre  
Registered Nurses' Association of Ontario  
Toronto, ON

**Jennifer Behun, RN, GNC(C)**

Long-Term Care Best Practice Coordinator  
Long-Term Care Best Practices Program  
Registered Nurses' Association of Ontario  
Toronto, ON

**Sue Sweeney, RN**

Program Manager, Best Practice Spotlight  
Organizations®  
Long-Term Care Best Practices Program  
Registered Nurses' Association of Ontario  
Toronto, ON

**Susan McNeill, RN, MPH**

Associate Director, Guideline Implementation and  
Knowledge Transfer  
International Affairs and Best Practice Guidelines  
Centre  
Registered Nurses' Association of Ontario  
Toronto, ON

**Equipo de monitorización y  
evaluación****Christina Medeiros, RN, BPHE, BEd, BScN, MN,  
PhD Candidate**

Senior Manager, Evaluation and Monitoring  
International Affairs and Best Practice Guidelines  
Centre  
Registered Nurses' Association of Ontario  
Toronto, ON

**Shanoja Naik, BSc, BEd, MSc, MPhil, PhD**

Lead Scientist  
Registered Nurses' Association of Ontario  
Toronto, ON

**Ilustraciones****Nishant Bajaj, BTEch**

Web and Graphic Designer  
Registered Nurses' Association of Ontario  
Toronto, ON

**Gestión ejecutiva****Heather McConnell, RN, BScN, MA (Ed)**

Director  
International Affairs and Best Practice Guidelines  
Centre  
Registered Nurses' Association of Ontario  
Toronto, ON

**Doris Grinspun, RN, BScN, MSN, PhD, LL.D**

(hon), Dr (hc), DHC, FAAN, FCAN, O. ONT.  
Chief Executive Officer  
Registered Nurses' Association of Ontario  
Toronto, ON

**Agradecimientos**

Revisión externa de la metodología GRADE realizada  
por:

**Nancy Santesso, RD, MLIS, PhD**

Associate Professor  
Department of Health Research Methods, Evidence and  
Impact, McMaster University  
Deputy Director, Cochrane Canada

Búsqueda sistemática realizada por:

**UHN HealthSearch**

## Panel de expertos de RNAO

**Rhonda Crocker Ellacott, HBScN, MA,**

EdD Expert Panel Co-Chair

President and Chief Executive Officer

Thunder Bay Regional Health Sciences Centre

Chief Executive Officer

Thunder Bay Regional Health Research Institute

Thunder Bay, ON

**Shirlee Sharkey, BScN, BA, MHSc, CHE, LLD**

(hc) Expert Panel Co-Chair

Former President and Chief Executive Officer

SE Health

Toronto, ON

**Alykhan Abdulla, BSc, MD, LMCC, CCFCP,**

DipSportMed CASEM, FCFCP, CTH (ISTM), CCPE,

Masters Cert Phys Leader, ICDD

Medical Director, The Kingsway Health Centre,

The Kingsway Travel Clinic, The Kingsway Cosmetic

Clinic Assistant Professor,

University of Ottawa Faculty of Medicine

Ottawa, ON

**Chantel Antone, RN, BScN, MPED**

Senior Director, Office of Inclusion & Social

Accountability (Indigenous Health)

London Health Sciences Centre

London, ON

**Susan Delisle Gosse, RN, BScN**

Registered Nurse

Cambridge, ON

**Mary Egan, PhD, FCAOT, OT Reg (Ont.)**

Professor and Director, School of Rehabilitation

Sciences, University of Ottawa

Scientist, Bruyère Research Institute

Ottawa, ON

**Cindy Fajardo, RN, MSCHI**

Lead, Clinical Design and Informatics

Population Health and Value-Based Health Systems

Ontario Health (OTN)

Peterborough, ON

**Katherine Hambleton, RN, AEMCA**

DVP Operations

Ontario Paramedic Association

Toronto, ON

**Sasha Hill**

Palliative and Community Nurse Coordinator

Palliative Education and Care for the

Homeless (PEACH)

Inner City Health Associates

Toronto, ON

**Sabina Iqbal, BScN, MEd**

Pediatric Nurse

McMaster Children's Hospital

Hamilton, ON

**Sandra Li-James, BScN, MEd**

(February 2022–June 2023)

Vice President Quality, Best Practice and

Education and CNE

VHA Home HealthCare

Toronto, ON

**Kimberly Moran, BCom, CPA, CA**

Chief Executive Officer

Ontario College of Family Physicians

Toronto, ON

**Angeline Ng, RPh, BScPhm**

Vice President, Professional

Affairs Ontario Pharmacists Association

Toronto, ON

**Kathryn Nichol, RN, MHSc, PhD**

(March 2021–February 2022)

President and CEO

VHA Home HealthCare Toronto, ON

**Julie Perl**

Chair of the Family Council

Villa Colombo Home for the Aged

Toronto, ON

**Carolyn Roberts, RN, BScN**

Indigenous Patient Nurse Navigator

The Ottawa Hospital

Ottawa, ON

**Suzanne Saulnier, RSW**

Director of Behavioural Support Services

LOFT Community Services,

Toronto Toronto, ON

**Judy Smith, BScN, MEd (DE)**

Co-Chair: Patient, Client, Caregiver

Partnership Council

Southlake Community Ontario Health Team

**Verónica Tíscar-González, RN, MHS, PhD**

Research and Innovation Coordinator

Bilbao-Basurto Integrated Healthcare Organization

Biocruces Bizkaia Health Research Institute

President of Academy of Nursing Sciences of

Bizkaia Basque Country, Spain

**Jennifer Thomas, RSW, BA, MSW**

Care Coordinator

Home and Care Support Services Toronto Central

Toronto, ON

**Dania Versailles, RN, MScN, CPMHN(C)**

Director, Clinical Services

Canadian Mental Health Association—Ottawa

Ottawa, ON

# Agradecimiento a los colaboradores

Como parte del desarrollo de las guías de buenas prácticas, RNAO recabó los puntos de vista de las enfermeras que representan diversos sectores sanitarios y de servicios sociales, instituciones académicas, áreas de práctica y sectores. Han participado enfermeras y miembros del equipo interprofesional, educadores, estudiantes, personas con experiencia directa, gestores y financiadores de los servicios de salud con conocimientos en la materia. También se solicitó la aportación de partes interesadas que representasen distintas perspectivas (véase el **Anexo C**). RNAO desea agradecer a las siguientes personas su contribución a la revisión de esta Guía. Las partes interesadas participantes en la revisión han dado su consentimiento para publicar sus nombres e información relevante en esta GBP.

*Las siguientes personas aportaron comentarios por escrito sobre el borrador de la GBP.*

## Shana Alexander, RN

Registered Nurse  
Weeneebayko Area Health Authority  
Moose Factory, ON

## Karimah Alidina, RN, MScN

Chief Nursing Executive  
Runnymede Healthcare Centre  
Toronto, ON

## Loraine Anderson, RN, BN

Continuous Quality Improvement and  
Risk Mitigation Specialist  
Holland Christian Homes  
Brampton, ON

## Gillian Armstrong, NP-Adult, BScN, MN, CHPCN(C)

Palliative Care Nurse Practitioner  
Halton Healthcare  
Oakville, ON

## Susan Ash, RN

Long-Term Care Nurse Specialist  
Practice, Innovation and Education Team,  
Region of Peel  
Mississauga/Brampton, ON

## Caroline Assouad, RN, MN, PNC(C)

Clinical Educator  
Unity Health Toronto  
Toronto, ON

## Australian Nursing and Midwifery Federation (SA Branch)

Ridleyton, South Australia

## Jason Bartell, RN(EC), BScN, MN, NP-PHC

Nurse Practitioner/Clinical Lead  
Chatham-Kent Family Health Team  
Chatham, ON

## Kim Bazinet, RN, BScN, MHM

Director  
Timmins and District Hospital  
Timmins, ON

## Rachael Beaver, RN, BScN

Registered Nurse  
Unity Health Toronto  
Toronto, ON

## Linda Belcamino, RN, BScN, MN

Coordinator Client Safety and Risk  
St. Joseph's Care Group  
Thunder Bay, ON

## Marissa Bird, RN, PhD

Postdoctoral Fellow  
Lunenfeld-Tanenbaum Research Institute, Sinai Health  
Toronto, ON

## Teresa Birznieks, RN

Registered Nurse  
Scarborough, ON

**Nancy Boaro, BScN, MN**

Public Health Unit Liaison, Provincial Workforce  
Public Health Ontario  
Toronto, ON

**Kaelen Boyd, MSW, RSW**

Senior Policy Advisor  
Ontario Association of Social Workers  
Toronto, ON

**Vonnie Burke, RN, CPMHN(C)**

RN Manager of Integrated Client Services  
Canadian Mental Health Association  
Chatham, ON

**Sarah Burns, RN, BHScN, MSc, CCHN(C)**

Director of Professional Practice and Integrated Care  
CarePartners  
Kitchener, ON

**Melissa Marie Bush Jara, RN, MBA**

Chief Nursing Officer  
Hospital del Trabajador  
Santiago, Chile

**Aimee Campbell, BScN, MSN**

Nurse Educator  
Niagara Health System—Welland Hospital Site  
Niagara Falls, ON

**Joanne Campbell, RN, BScN**

Professional Practice Project Lead  
Southlake Regional Health Centre  
Newmarket, ON

**Sherry Campbell, RN, BScN, BEd, MScN**

Clinical Practice Leader, Best Practice Spotlight  
Organization® Lead  
Lakeridge Health  
Oshawa, ON

**Jennifer Cao, RN, CCRN, MScN Student**

BPSO Clinical Lead  
Humber River Hospital  
Toronto, ON

**Katharine Cecchin, RN**

Clinical Nurse Educator  
Royal Victoria Regional Health Centre  
Barrie, ON

**Sonia Chahal, RN, CNCCP(C)**

Registered Nurse/Joint Quality and Education Lead  
The Hospital for Sick Children  
Toronto, ON

**Rachael Chin-You, RN, MN**

Clinical Nurse Educator  
North York General Hospital  
North York, ON

**Alanna Coleman, NP-PHC, MN**

Interim Clinical Practice Lead  
Optimal Retirement Care Solutions  
Mississauga, ON

**Danielle Cornish, RN, BScN**

Patient Care Manager  
Sault Area Hospital  
Sault Ste Marie, ON

**Bianca Feitelberg**

Project Lead, Strategic Partnerships and Innovation  
The Ontario Caregiver Organization  
Toronto, ON

**Lindsay Femiak, RN, BScN, MN**

Professional Practice Advisor  
Grand River Hospital  
Kitchener, ON

**Susan Filax, RN, BScN**

Director of Clinical Practice and Informatics  
Spectrum Health Care  
Toronto, ON

**Nicholas Fox, RN, BScN, MN**

Clinical Nurse Educator  
Trillium Health Partners  
Mississauga, ON

**Deborah Francis, RN, MN, CHPCN(C)**

Advanced Practice Leader  
SE Health  
Markham, ON

**Bene Franquien, RN**

Practice Consultant  
VON Canada  
Halifax, ON

**Catherine Galbraith, BScN, RN**

Director of Care  
Golden Plough Lodge  
Cobourg, ON

**Cristina Gamboa Gil de Sola, RN**

Neonatal Nurse  
Servicio Murciano de Salud, Hospital General  
Universitario Santa Lucía  
Cartagena, Murcia, Spain

**Danielle Gibbs, RN, BN, MScN**

Registered Nurse  
London Health Sciences Centre  
London, ON

**Louise Gilbert, RN, MScN, IBCLC, PNC(C)**

Clinical Nurse Specialist  
Ottawa Public Health  
Ottawa, ON

**Heiwete Girma, RN, MN**

Nurse Navigator  
Women's College Hospital  
Toronto, ON

**Esther González-María, RN, MSc, PhD**

Coordinator of BPSO Host-Spain  
Nursing and Health Care Research Unit, Investén-isciii  
Institute of Health Carlos III  
Madrid, Spain

**Laurie Graham, RN, MN-NP**

Lecturer and Coordinator of Nurse  
Practitioner Program  
Dalhousie University  
Halifax, NS

**Aleksandra Grzeszczuk, RN, BScN, GNC(C)**

Administrator  
Holland Christian Homes  
Brampton, ON

**Julie Harris, RPN**

Registered Practical Nurse  
North Bay Nurse Practitioner-Led Clinic  
North Bay, ON

**Maria Luisa Hernandez Gutierrez**

Supervisor  
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa  
Zaragoza, Spain

**Sandra Holmes, RN, BScN, GNC(C)**

Charge Nurse  
St. Joseph's Healthcare Hamilton  
Hamilton, ON

**Courtney Houldsworth, RN, BScN, BSc, MN  
Student**

Manager, Nursing Residency—Professional Practice  
Royal Victoria Regional Health Centre  
Barrie, ON

**Lorrie Hudd, RN(EC), MN-NP—Adult, CCNE**

Professor, School of Nursing, Niagara College  
Nurse Practitioner, Hotel Dieu Shaver Health and  
Rehabilitation  
Grimsby, ON

**Tara Hyatt, MA**

Regional Manager  
Central West Specialized Developmental Services  
Oakville, ON

**Hellen Jarman, RN(EC), MN, GNC(C)**

Geriatric Medicine/Primary Care  
Conestoga College Institute of Technology and  
Advanced Learning  
Kitchener, ON

**Kimberly Johnston, RN, MN**

Professional Practice Leader  
William Osler Health System  
Brampton, ON

**Willa Jones, RN**

Registered Nurse  
Solutions Staffing  
Vancouver, BC

**Joana Maria Julià-Móra, RN, MSc**

Palliative Care Nurse  
Hospital Manacor  
Manacor, Illes Balears, Spain

**Lindsay Kellosalmi, PCP**

Executive Director  
Paramedic Association of Canada  
Kelowna, BC

**Miran Kim, CPMHN(C)**

Mental Health Nurse  
Ministry of Solicitor General  
Toronto, ON

**Margery Konan, MPA**

Manager for Integrated Care  
East Toronto Health Partners  
Toronto, ON

**Paula Lambert, RN**

Clinical Practice Leader  
Bayshore HealthCare  
New Lowell, ON

**Sierra Land, RN, BScN**

Registered Nurse, Community Health  
Georgian Bay Family Care Centre and  
Indigenous Services Canada  
Midland, ON

**Janny Lee, RN, BN, MN, GNC(C)**

Clinical Nurse Specialist  
Unity Health Toronto  
Toronto, ON

**Crystal Lefebvre, RPN**

Registered Practical Nurse  
St. Joseph's Continuing Care Centre  
Cornwall, ON

**Jennifer Lewis, RN, CNCCP(C)**

Registered Nurse  
Children's Hospital of Eastern Ontario  
Ottawa, ON

**Rashmy Lobo, RN, MScN, CNS**

President  
Clinical Nurse Specialist Association of Ontario  
Mississauga, ON

**Jessica Po Ying Lok, RN, BScN, MN**

Clinical Practice Leader  
Ontario Shores Centre for Mental Health Services  
Whitby, ON

**Keisha Lovence, RN, MSN, ACNP-BC, DNP**

Associate Professor  
Eastern Michigan University  
Ypsilanti, MI

**Ting Ma, RN**

The Second Hospital of Lanzhou University  
Lanzhou, China

**Tanya MacDonald, RN, BN, CON(C)**

Education Practice Lead  
Grand River Hospital  
Kitchener, ON

**Patricia Malloy, RN, MSN**

Coordinator of Quality Improvement  
Emily's House  
Toronto, ON

**Jasdeep Mangat, RN, BScN, MEd**

Occupational Health Nurse  
Trillium Health Partners  
Mississauga, ON

**Laura Matthews, RN, BScN, MPH**

Manager of Clinical Practice  
Regional Municipality of Niagara  
Thorold, ON

**Kathy Mazza, RN, BScN**

Manager, Clinical Excellence,  
Nursing and Personal Support  
CBI Health  
Toronto, ON

**Nicole McGrath, RN, MScN, FNP-C, IIWCC-CAN**

Clinical Nurse Specialist  
Home and Community Care Support  
Services—Toronto Central  
Toronto, ON

**Kathleen McKee, RN, MPH**

Registered Nurse  
Kingston Health Sciences Centre  
Kingston, ON

**Lori McNamara, RN, BScN**

Hospital Care Coordinator  
HCCSS-WW  
Cambridge, ON

**Denika McPherson, MN-NP, PHC-GH, CNCC(C)**

Nurse Practitioner  
Toronto, ON

**Andrea Meghie, RN, MScN, EdD**

Nurse Manager  
SE Health  
Markham, ON

**Brenda Mundy, RPN, RN, BScN**

Case Manager, BEGIN Program  
WeRPN  
Newmarket, ON

**Jason Nguyen, RPN**

Registered Practical Nurse  
Trillium Health Partners  
Mississauga, ON

**Carly O'Brien, RN**

Patient Safety Specialist  
Unity Health Toronto  
Toronto, ON

**Melika Onat, RN, BScN**

Registered Nurse  
Toronto, ON

**Alliah Over, RN, MN**

Public Health Nurse  
York Region Public Health  
Newmarket, ON

**Kailyn Pasma, RN, MN, CHPCN(C)**

Clinical Manager  
Queensway Carleton Hospital  
Ottawa, ON

**Sapna Patel, RN, MN**

Advanced Practice Leader  
Baycrest Health Sciences  
Toronto, ON

**Serhii Pinkevych**

Nursing Student  
UNB-Humber Bachelor of Nursing Program  
Toronto, ON

**Reeni Susan Rajan, RN, MScN**

Registered Nurse  
St. Joseph's Healthcare Hamilton  
Hamilton, ON

**Jennifer Reguindin, RN, BScN, MScN,  
GNC(C), CCNE**

Clinical Resource Leader  
Michael Garon Hospital  
Toronto, ON

**Tiziana Rivera, RN, BScN, MSc, GNC(C), CHE**

Vice President, Quality, Research and  
Chief Nursing Executive  
William Osler Health System  
Toronto, ON

**Runxi Tian, RN, MMed**

Deputy Director of Nursing Department  
Dongzhimen Hospital, affiliated with  
Beijing University of Chinese Medicine  
Beijing, China

**Jenny Schiffel, RN(EC), BScN, MScN, CTE**

Primary Health Care Nurse Practitioner  
Haldimand Family Health Team  
Haldimand County, ON

**Nicole Serre, RN, MN**

Clinical Nurse Educator  
Royal Victoria Regional Health Centre  
Barrie, ON

**Kelsey Shaw, RN, MN**

Clinical Nurse Specialist  
St. Joseph's Healthcare Hamilton  
Hamilton, ON

**Megan Simpson, RN, MA**

Medical Adjudicator  
Employment and Social Development Canada  
Toronto, ON

**Serena Sookraj, RN**

Registered Nurse  
William Osler Health System  
Bamptton, ON

**Kathleen Sowinski, RN, MPH-PHN**

Nursing Program Manager  
Canadian Mental Health Association Ottawa  
Ottawa, ON

**Lisa Stromquist**

Associate Director, Strategy and Engagement  
Children's Healthcare Canada  
Ottawa, ON

**Susanne Swayze, RPN**

Registered Practical Nurse  
St. Joseph's Healthcare Hamilton  
Hamilton, ON

**Sarah Tam Lee, PT, CHE, MScPT**

Clinical Director, Practice Transformation  
SE Health  
Markham, ON

**Farrah Tran, RN, MScN, GNC(C), CHPCN(C)**

Nursing Consultant  
Primacare Living Solutions  
Ontario

**Joyce Tsui, RN, BScN, MN**

Professor of Nursing  
Centennial College  
Toronto, ON

**Lori Vandenberg, BScN, MN**

Clinical Instructor, Lecturer and Faculty Advisor  
Trent University  
Norwood, ON

**Pamela Belén Vidal López, RN, MSc**

Enfermera Gestión del Cuidado, Líder BPSO  
Hospital del Trabajador - ACHS  
Santiago, Chile

**Aarthi Visva, RN, BScN, MN**

Clinical Practice Leader  
Scarborough Health Network  
Scarborough, ON

**Xinglei Wang, RN**

Deputy Chief Nurse  
The Second Hospital of Lanzhou University  
Lanzhou, China

**Kaitlynn Wilkinson**

BScN Student  
Nipissing University  
North Bay, ON

### Susan Woollard, RN, BHS, MAEd, CHE

Vice President, Clinical Services, Quality and Long Term Care, Chief Nursing Executive  
North York General Hospital  
Toronto, ON

### Susan Yates, RN, PhD, CHE, FISQua

Director of Clinical Services and Chief Nursing Officer  
Leeds, Grenville and Lanark District Health Unit  
Elgin, ON

### Stephanie Yi, RN, BScN, MEd

Sessional Faculty—Part-Time Instructor  
School of Nursing, McMaster University  
Hamilton, ON

### Kerry Zimmer, BScN

Practicum Clinician  
Georgian College  
Barrie, ON

### Kasia Zurawski, RN

Clinical Nurse Educator  
Royal Victoria Regional Health Centre  
Barrie, ON

### East Community Health and Wellness Collaborative

The community-based BPSO OHT champion group operated by South Riverdale Community Health Centre

*Las siguientes personas aportaron sus comentarios sobre el borrador de la GBP a través de grupos de discusión o consultas individuales.*

### Wendy Carroll, RECE

Community Services Manager  
Anishnawbe Mushkiki  
Thunder Bay, ON

### Genevieve Catalan, RN, BScN, CFCN, CWCN

Pre- and Post-Natal Registered Nurse Coordinator  
Anishnawbe Mushkiki  
Thunder Bay, ON

### Cassandra Forget

Indigenous social worker  
Chigamik Community Health Centre  
Midland, ON

### Earl McIvor

Data Management Coordinator  
Anishnawbe Mushkiki  
Thunder Bay, ON

### Karli Storey, HBA, BEd, OCT

Health Promoter  
Anishnawbe Mushkiki  
Thunder Bay, ON

### Kendra Walt, RN, BScN

Director, Health and Community Services  
Anishnawbe Mushkiki  
Thunder Bay, ON

### Representantes de Mnaamodzawin Health Services

Little Current, ON

### Representantes de los siguientes BPSO OHTs:

Archipel OHT, Chatham-Kent OHT, East Toronto Health Partners OHT, Maamwesying OHT, Nipissing Wellness OHT, North Western Toronto OHT, Sarnia Lambton OHT and Southlake Community OHT.

Por último, se dio la oportunidad a Ontario Health, Health Standards Organization, y Healthcare Excellence Canada de revisar el borrador de los indicadores y las declaraciones de recomendación y aportar sus comentarios.

# Saludo de Teresa Moreno

Responsable de la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud, Investén-isciii.  
Instituto Carlos III de España



La Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii) se complace en presentar las Guías de buenas prácticas en enfermería, realizadas por la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO), en su versión traducida al español, para que puedan ser utilizadas por todos los profesionales de la salud hispanohablantes.

La Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii) se complace en presentar las Guías de buenas prácticas, realizadas por la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO), en su versión traducida al español, para que puedan ser utilizadas por todos los profesionales de la salud hispanohablantes.

Desde Investén-isciii nos sumamos a la iniciativa de transformar la enfermería a través del conocimiento, ya que entendemos que los cuidados seguros y de calidad deben apoyarse en los resultados de la investigación multidisciplinar en este ámbito y en el intercambio de conocimientos entre profesionales de dentro y fuera de nuestras fronteras. Por ello continuamos con este proyecto, con el que pretendemos que las Guías de buenas prácticas puedan ser incorporadas a la actividad de los diferentes profesionales de la salud hispanohablantes.

Quiero aprovechar esta ocasión para solicitar vuestra ayuda en la difusión, implantación y utilización de estas Guías. La profesión enfermera, y especialmente aquellos que reciben nuestros cuidados, resultarán directamente beneficiados. Investén-isciii y la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario os agradecen de antemano vuestra colaboración, al tiempo que os animan a continuar contribuyendo al desarrollo de la Práctica clínica Basada en la Evidencia.

La traducción de estos documentos ha sido posible gracias al Centro español para los cuidados de salud basados en la evidencia: un centro de excelencia del Instituto Joanna Briggs, y la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii).

Teresa Moreno, RN, MSc, PhD.



Directora de la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)  
Instituto Carlos III de España.  
Madrid, diciembre 2024

# Miembros del Equipo de Traducción de la Guía

## Coordinación

**María Teresa Moreno Casbas,**

RN, MSc, PhD

Coordinadora Científica

Directora de la Unidad de Investigación en  
Cuidados de Salud, Investén-isciii.

CIBERFES

Instituto de Salud Carlos III, España

**Esther González María, RN, MScN, PhD**

Coordinadora Científica

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud,  
Investén-isciii.

CIBERFES

Instituto de Salud Carlos III, España

**Laura Albornos Muñoz, BS, MSc, PhD**

Coordinadora Técnica

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud,  
Investén-isciii.

Instituto de Salud Carlos III, España

## Traducción

**Marta López González**

Coordinadora de Traducción

Licenciada en Traducción e Interpretación.

Universidad Complutense de Madrid,

CES Felipe II

## Revisores de la Guía Actualizada

**Leticia Bernuiés Caudillo,**

RN, MSc, PhD (cand)

Centro español para los cuidados de salud  
basados en la evidencia.

Instituto de Salud Carlos III, España

**Esther González María, RN, MScN, PhD**

Coordinadora Científica

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud,  
Investén-isciii.

CIBERFES

Instituto de Salud Carlos III, España

## Financiación

La traducción de estos documentos ha sido posible gracias al Centro español para los cuidados de salud basados en la evidencia: un centro de excelencia del Instituto Joanna Briggs, y la Unidad de Investigación en Cuidados y Servicios de Salud.

## Colaboración en la traducción

Hospital del Trabajador, Chile

**Cynthia Baeza Palma, RN**

**Paula Olmedo Gómez, RN**

**Javiera Cortez Soto, Técnico en Enfermería**

**Carlina Mora Cancino, Técnico en Enfermería**

**Catalina Mariangel Martínez, Técnico en Enfermería**

**Karla Castro Peralta, RN**

# Cartas de apoyo y aval



People powered health™

Miércoles 20 de septiembre, 2023

Dr. Doris Grinspun, RN, BScN, MSN, PhD, LLD (hon), Dr (hc), DHC, FAAN, FCAN, O.ONT.  
Chief Executive Officer  
Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)

Estimada Dra. Grinspun:

Health Standards Organization (HSO) se complace en respaldar la guía de buenas prácticas de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (Registered Nurses' Association of Ontario, RNAO) Transiciones asistenciales, segunda edición. HSO apoya a RNAO en la difusión de este importante trabajo. La guía apoya las transiciones asistenciales seguras y efectivas en los cuidados a pacientes pediátricos y adultos y sus redes de apoyo.

Nuestro objetivo en HSO es desarrollar normas, programas de valoración y otras herramientas para ayudar a los profesionales a salvar y mejorar vidas. HSO se centra en las personas que dan vida a los sistemas de salud en todo el mundo: pacientes, profesionales y legisladores. Creemos que nuestro enfoque centrado en las personas para el diseño de los productos, las normas y las valoraciones representa una diferencia real en la mejora de la calidad y los resultados.

Queremos agradecer a RNAO su importante trabajo, que marcará una diferencia para las enfermeras y otros miembros de equipos interprofesionales de salud. Este recurso basado en la evidencia ayudará a satisfacer las necesidades de los pacientes, los profesionales y los legisladores.

¡Enhorabuena por esta gran contribución!

Saludos,

Executive Director, Global Programs

Nelea Lungu  
Interim Executive Director, Canadian Accreditation

Health Standards Organization  
1150 Cyrville Road  
Ottawa, ON, Canada  
K1J 7S9

P 613-738-3800

[healthstandards.org](http://healthstandards.org)



9 de mayo, 2023

Dra. Doris Grinspun, RN, BScN, MSN, PhD, LLD(hon), Dr(hc), DHC, FAAN, FCAN, O.ONT.  
Chief Executive Officer  
Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)  
4211 Yonge Street, Toronto, Ontario, M2P 2A9

Estimada Dra. Grinspun

Desde Healthcare Excellence Canada nos complace ofrecer nuestro apoyo a la segunda edición de la guía de buenas prácticas de RNAO *Transiciones asistenciales*.

Healthcare Excellence Canada trabaja con distintos colaboradores para difundir innovaciones, construir capacidades y catalizar los cambios en las políticas de forma que Canadá disponga de una atención sanitaria segura y de alta calidad.

Para Healthcare Excellence Canada es prioritario fomentar transiciones asistenciales seguras y de calidad. Estamos comprometidos con la promoción de cuidados inclusivos y equitativos a través de asociaciones con diversos grupos, incluidos pacientes y cuidadores, Primeras Naciones, Inuit y Métis, profesionales sanitarios y demás.

Muchos de nuestros programas se centran en garantizar unas transiciones asistenciales seguras de forma equitativa. Por ejemplo: [Bridge-to-Home](#), [Presence of Safety](#), [Essential Together](#), [Engagement-Capable Environments](#) and [TeamSTEPPS Canada](#).

Gracias por darnos la oportunidad de revisar e incorporar nuestros puntos de vista para reforzar las transiciones con y para las personas. Healthcare Excellence Canada felicita a RNAO por el desarrollo de esta guía basada en la evidencia que apoyará la prestación de transiciones asistenciales coordinadas y centradas en la persona. La implantación de esta guía también ayudará a eliminar barreras para moverse en el sistema y promoverá un acceso equitativo a los servicios. Felicitamos a RNAO por su liderazgo y su compromiso para promover transiciones seguras y de alta calidad.

Cordialmente

Kim Kinder  
Director, Health Innovation Programs



19 mayo 2023

Dra. Doris Grinspun, Chief Executive Officer  
Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)  
4211 Yonge Street, Toronto, Ontario, M2P 2A9

**Re: Apoyo y aval a la segunda edición de la guía de buenas prácticas de RNAO *Transiciones asistenciales*.**

Estimada Dra. Grinspun:

La Asociación de Equipos de Salud Familiar de Ontario (Association of Family Health Teams of Ontario, AFHTO) se complace en ofrecer nuestro apoyo y respaldo a su guía *Transiciones asistenciales*.

AFHTO trabaja intensamente para apoyar la implantación y el crecimiento de los equipos interprofesionales de atención primaria mediante la promoción de las mejores prácticas, el intercambio de las lecciones aprendidas y la defensa de los equipos en todo Ontario. La evidencia y la experiencia muestran que la atención primaria integral basada en equipos produce mejores resultados para pacientes y profesionales. La atención primaria de alta calidad también aporta más valor a los sistemas sanitarios.

Cuando se trata de prestar una atención en el momento oportuno, accesible e integral, hace falta un equipo. En la atención primaria basada en equipos participan médicos de familia, enfermeras de práctica avanzada, enfermeras, trabajadores sociales, farmacéuticos, nutricionistas y otros profesionales, todos ellos trabajando en colaboración para apoyar a los pacientes y su bienestar. Con el apoyo de un equipo de atención primaria, los ciudadanos de Ontario tienen acceso a un equipo de profesionales sanitarios que los conocen a ellos, a su familia y su historia, para atender sus necesidades sanitarias y sociales cotidianas. La atención primaria en equipo garantiza:

- Acceso en el momento oportuno a la asistencia
- Mejor coordinación de los cuidados
- Menor número de visitas hospitalarias
- Reducción de costes para el sistema sanitario

La guía *Transiciones asistenciales* reconoce el papel fundamental de la atención primaria en el apoyo a las personas cuando afrontan una transición dentro del sistema de salud

AFHTO felicita a RNAO y al panel de expertos por su liderazgo a la hora de desarrollar esta importante guía.

Atentamente,

Bryn Hamilton  
Chief Executive Officer (Interim), AFHTO





25 de julio de 2023

Dra. Doris Grinspun, RN, BScN, MSN, PhD, LL.D(hon), Dr(hc), DHC, FAAN, FCAN, O.ONT.  
Chief Executive Officer  
Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)  
4211 Yonge Street, Toronto, Ontario, M2P 2A9

Querida Dra. Grinspun:

Desde el equipo integrado de salud de Ontario del Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados Chatham-Kent (BPSO OHT), nos es muy grato ofrecer nuestro apoyo y respaldo a la guía de RNAO *Transiciones asistenciales, Segunda edición*. Esta guía ofrece recomendaciones basadas en la evidencia para enfermeras y miembros del equipo interprofesional, para instituciones y para el sistema de salud. Más específicamente, las recomendaciones promueven transiciones asistenciales seguras y efectivas para población pediátrica y personas adultas y sus redes de apoyo.

Nuestro objetivo como BPSO OHT Chatham – Kent es reunir a socios sanitarios de todos los sectores, incluidos hospitales, atención domiciliaria y comunitaria, atención primaria, atención a largo plazo y entidades de apoyo comunitario, para ofrecer a los pacientes una atención fluida y plenamente coordinada, creando al mismo tiempo un sistema más eficiente. Nuestra visión de lograr juntos la mejor salud y el mejor bienestar impulsa nuestros esfuerzos. La GBP de RNAO *Transiciones asistenciales* nos permitirá ofrecer cuidados colaborativos, basados en la evidencia y centrados en la persona cuando damos apoyo a las personas en el curso de una transición asistencial.

Enhorabuena por esta gran contribución para el sistema de salud. Estamos seguros de que esta GBP será de ayuda para las personas y su red de apoyo durante las transiciones asistenciales.

Cordialmente,

El Comité Coordinador del equipo integrado de salud de Ontario del  
Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados Chatham-Kent  
(compuesto por 15 socios firmantes)



2 de Junio, 2023

Dra. Doris Grinspun, RN, BScN, MSN, PhD, LLD(hon), Dr(hc), DHC, FAAN, FCAN, O.ONT.  
 Chief Executive Officer  
 Registered Nurses' Association of Ontario  
 (RNAO 4211 Yonge Street, Toronto, Ontario,  
 M2P 2A9

Estimada Dra. Grinspun,

La Organización de Cuidadores de Ontario (Ontario Caregiver Organization) se complace en apoyar la segunda edición de la guía de buenas prácticas de RNAO *Transiciones asistenciales*.

Nuestra organización existe para dar apoyo a 4 millones de cuidadores en Ontario; personas corrientes que ofrecen apoyo físico y emocional a un familiar, una pareja, un amigo o un vecino. La presente guía reconoce el papel fundamental de los cuidadores en el apoyo a las personas durante las transiciones asistenciales y la necesidad de garantizar que se satisfagan adecuadamente sus necesidades de información y apoyo durante las transiciones asistenciales.

La colaboración con las personas a quienes se cuida, a los cuidadores y a otros miembros de la red de apoyo de la persona es esencial durante cualquier transición asistencial.

Queremos felicitar a RNAO por la publicación de esta guía y por su liderazgo y compromiso para mejorar la seguridad y la calidad de las transiciones en los cuidados.

Atentamente,

Amy Coupal,  
 Chief Executive Officer  
 Ontario Caregiver Organization

180 Dundas Street West, Suite 1425, Toronto, ON M5G 1Z8  
 T 416-362-2273 E [info@ontariocaregiver.ca](mailto:info@ontariocaregiver.ca) [ontariocaregiver.ca](http://ontariocaregiver.ca)

# Referencias

1. Grinspun D, Wallace K, Li SA, et al. Leading change through social movement. *Registered Nurse Journal*. 2020.
2. Grinspun D, Wallace K, Li SA, et al. Exploring social movement concepts and actions in a knowledge uptake and sustainability context: a concept analysis. *Int J Nurs Sci*. 2022 Oct;9(4):411–21.
3. Graham ID, Logan J, Harrison MB, et al. Lost in knowledge translation: time for a map? *J Contin Educ Health Prof*. 2006;26(1):13–24.
4. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), Healthcare Excellence Canada (HEC). *Leading change toolkit* [Internet]. 3rd ed. Toronto (ON): RNAO; 2021. Available from: [RNAO.ca/leading-change-toolkit](https://rnao.ca/leading-change-toolkit)
5. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). *Care transitions* [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2014.
6. Embuldeniya G, Gutberg J, Sibbald SS, et al. The beginnings of health system transformation: how Ontario Health Teams are implementing change in the context of uncertainty. *Health Policy*. 2021 Dec 1;125(12):1543–9.
7. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). *Nurse practitioner task force: vision for tomorrow* [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2021. Available from: [RNAO.ca/sites/rnao-ca/files/NP\\_TF\\_Feb\\_25\\_FINAL\\_3.pdf](https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/NP_TF_Feb_25_FINAL_3.pdf)
8. Pinelli V, Stuckey HL, Gonzalo JD. Exploring challenges in the patient's discharge process from the internal medicine service: a qualitative study of patients' and providers' perceptions. *J Interprof Care*. 2017;31(5):566–74.
9. Government of Ontario. *Ontario Health Teams: guidance for health care providers and organizations* [Internet]. Toronto (ON): Government of Ontario; [date unknown]. Available from: [https://health.gov.on.ca/en/pro/programs/connectedcare/oht/docs/guidance\\_doc\\_en.pdf](https://health.gov.on.ca/en/pro/programs/connectedcare/oht/docs/guidance_doc_en.pdf)
10. College of Nurses of Ontario (CNO). *RHPA: scope of practice, controlled acts model* [Internet]. Toronto (ON): CNO; 2018. Available from: [http://www.cno.org/globalassets/docs/policy/41052\\_rhpascope.pdf](http://www.cno.org/globalassets/docs/policy/41052_rhpascope.pdf)
11. Legislation and regulations. In: Ontario College of Social Workers and Social Service Workers (OCSWSSW). [Internet]. Toronto (ON): OCSWSSW; c2023. Available from: <https://www.ocswssw.org/about-us/legislation-and-regulations/>
12. College of Nurses of Ontario (CNO). *Working with unregulated care providers* [Internet]. Toronto (ON): CNO; 2013. Available from: [http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41014\\_workingucp.pdf](http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41014_workingucp.pdf)
13. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). *Developing and sustaining interprofessional health care: optimizing patient, organizational and system outcomes* [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2013. Available from: [RNAO.ca/bpg/guidelines/interprofessional-team-work-healthcare](https://rnao.ca/bpg/guidelines/interprofessional-team-work-healthcare)
14. We believe in the transformative power of peer support. In: Peer Support Canada [Internet]. Toronto (ON): Peer Support Canada; c2023. Available from: <https://peersupportcanada.ca/>
15. Community Living British Columbia (CLBC). *Support networks: a guide for self advocates* [Internet]. Vancouver (BC): CLBC; 2010. Available from: <https://www.communitylivingbc.ca/wp-content/uploads/2018/02/Support-Networks-A-Guide-for-Self-Advocates.pdf>
16. Dewidar O, Lotfi T, Langendam MW, et al. Good or best practice statements: proposal for the operationalisation and implementation of GRADE guidance. *BMJ Evid-Based Med*. 2022 Apr 15;bmjebm-2022-111962. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjebm-2022-111962>

17. Lotfi T, Hajizadeh A, Moja L, et al. A taxonomy and framework for identifying and developing actionable statements in guidelines suggests avoiding informal recommendations. *J Clin Epidemiol*. 2022 Jan 1;141:161–71.
18. Guyatt G, Schunemann HJ, Djulbegovic B, et al. Guideline panels should not GRADE good practice statements. *J Clin Epidemiol*. 2015;68(5):597–600.
19. Schunemann HJ, Brozek J, Guyatt G, et al., editors. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach [Internet]. [place unknown: publisher unknown]; 2013. Available from: <https://gdt.grade.pro.org/app/handbook/handbook.html>
20. Neumann I, Santesso N, Akl EA, et al. A guide for health professionals to interpret and use recommendations in guidelines developed with the GRADE approach. *J Clin Epidemiol*. 2016 Apr;72:45–55.
21. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q*. 2005;83(4):691–729.
22. Welcome to the Ontario health indicator library. In: Ontario Health [Internet]. [place unknown]: Ontario Health; c2023. Available from: <https://indicatorlibrary.hqontario.ca/Indicator/Search/EN#>
23. RNAO Mental Health and Substance Use Best Practices Program. In: Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2023. Available from: [RNAO.ca/in-focus/mental-health-substance-use](https://rnao.ca/in-focus/mental-health-substance-use)
24. VanDeVelde-Coke S, Doran D, Grinspun D, et al. Measuring outcomes of nursing care, improving the health of Canadians: NNQR (C), C-HOBIC and NQuiRE. *Nurs Leadersh*. 2012;25(2):26–37.
25. Health Quality Ontario (HQO). Transitions between hospital and home: care for people of all ages [Internet]. Toronto (ON): HQO; 2020. Available from: <https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-transitions-between-hospital-and-home-quality-standard-en.pdf>
26. News Release: Government of Canada invests \$26 million to prevent patients from falling through the cracks. In: Government of Canada [Internet]. Ottawa (ON): Government of Canada; 2019 Jul 19. Available from: <https://www.canada.ca/en/institutes-health-research/news/2019/07/government-of-canada-invests-26-million-to-prevent-patients-from-falling-through-the-cracks.html>
27. Williams LJ, Waller K, Chenoweth RP, et al. Stakeholder perspectives: communication, care coordination, and transitions in care for children with medical complexity. *J Spec Pediatr Nurs*. 2021 Jan;26(1):e12314.
28. Transitions in care. In: Canadian Institutes of Health Research [Internet]. Ottawa (ON): CIHR; 2021 Aug 8. Available from: <https://cihr-irsc.gc.ca/e/50971.html>
29. op 't Hoog SAJJ, Dautzenberg M, Eskes AM, et al. The experiences and needs of relatives of intensive care unit patients during the transition from the intensive care unit to a general ward: a qualitative study. *Aust Crit Care*. 2020 Nov;33(6):526–32.
30. Shuster C, Hurlbert A, Tam P, et al. Unplanned hospital readmissions in British Columbia. *BC Med J* [Internet]. 2018;60(5). Available from: [https://bcmj.org/sites/default/files/public/BCMJ\\_Vol60\\_No5\\_hospital\\_readmissions.pdf](https://bcmj.org/sites/default/files/public/BCMJ_Vol60_No5_hospital_readmissions.pdf)
31. Canadian Institute for Health Information (CIHI). All patients readmitted to hospital [Internet]. Ottawa (ON): CIHI; c1996-2023. Available from: <https://yourhealthsystem.cihi.ca/hsp/inbrief?lang=en#!/indicators/006/all-patients-readmitted-to-hospital;/mapC1;mapLevel2/>
32. Primary health care providers, 2019 [Internet]. In: Statistics Canada [Internet]. Ottawa (ON): Government of Canada; 2020 Oct 22. Available from: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2020001/article/00004-eng.htm>

33. Núñez A, Sreeganga SD, Ramaprasad A. Access to healthcare during COVID-19. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(6):2980.
34. National Collaborating Centre for Determinants of Health. Let's talk health equity [Internet]. Antigonish (NS): St. Francis Xavier University; 2013. Available from: [https://nccdh.ca/images/uploads/Lets\\_Talk\\_Health\\_Equity\\_English.pdf](https://nccdh.ca/images/uploads/Lets_Talk_Health_Equity_English.pdf)
35. Jones B, James P, Vijayasiri G, et al. Patient perspectives on care transitions from hospital to home. *JAMA Netw Open*. 2022 May 6;5(5):e2210774.
36. Virapongse A, Misky GJ. Self-identified social determinants of health during transitions of care in the medically underserved: a narrative review. *J Gen Intern Med*. 2018 Nov;33(11):1959–67.
37. Hewner S, Casucci S, Sullivan S, et al. Integrating social determinants of health into primary care clinical and informational workflow during care transitions. *EGEMS (Wash DC)*. 2017;5(2):2.
38. Kiran T, Wells D, Okrainec K, et al. Patient and caregiver experience in the transition from hospital to home — brainstorming results from group concept mapping: a patient-oriented study. *CMAJ Open*. 2020 Feb 25;8(1):E121–33.
39. Campagna V, Mitchell E, Krsnak J. Addressing social determinants of health: a care coordination approach for professional case managers. *Prof Case Manag*. 2022 Dec;27(6):263.
40. Medina-Martínez J, Saus-Ortega C, Sánchez-Lorente MM, et al. Health inequities in LGBT people and nursing interventions to reduce them: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Nov 10;18(22):11801.
41. Truth and Reconciliation Commission of Canada: calls to action [Internet]. Winnipeg (MB): Truth and Reconciliation Commission of Canada; 2015. Available from: [https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/british-columbians-our-governments/indigenous-people/aboriginal-peoples-documents/calls\\_to\\_action\\_english2.pdf](https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/british-columbians-our-governments/indigenous-people/aboriginal-peoples-documents/calls_to_action_english2.pdf)
42. Lafortune C, Elliott J, Egan MY, et al. The rest of the story: a qualitative study of complementing standardized assessment data with informal interviews with older patients and families. *Patient*. 2017 Apr;10(2):215–24.
43. Coller R, Klitzner T, Lerner C, et al. Complex care hospital use and postdischarge coaching: a randomized controlled trial. *Pediatrics*. 2018;142(2).
44. Balaban R, Zhang F, Vialle-Valentin C, et al. Impact of a patient navigator program on hospital-based and outpatient utilization over 180 days in a safety-net health system. *J Gen Intern Med*. 2017;32(9):981.
45. Sikka R, Morath JM, Leape L. The Quadruple Aim: care, health, cost and meaning in work. *BMJ Qual Saf*. 2015 Oct;24(10):608–10.
46. The SDGs in action. In: United Nations Development Programme (UNDP) [Internet]. New York (NY): UNDP; c2023. Available from: <https://www.undp.org/sustainable-development-goals>
47. College of Nurses of Ontario (CNO). Therapeutic nurse-client relationship, Revised 2006 [Internet]. Toronto (ON): CNO; 2019. Available from: [https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41033\\_therapeutic.pdf](https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41033_therapeutic.pdf)
48. College of Physicians and Surgeons of Ontario (CPSO). The practice guide: medical professionalism and college policies. Toronto (ON): CPSO; 2021. Available from: <https://www.cpso.on.ca/admin/CPSO/media/Documents/physician/polices-and-guidance/practice-guide/practice-guide.pdf>

49. Ontario College of Social Workers and Social Service Workers (OCSWSSW). Code of ethics and standards of practice handbook, 2nd ed. [Internet]. Toronto (ON): OCSWSSW; 2008. Available from: <https://www.ocswws.org/wp-content/uploads/Code-of-Ethics-and-Standards-of-Practice-September-7-2018.pdf>
50. Association of Canadian Occupational Therapy Regulatory Organizations (ACOTRO), Association of Canadian Occupational Therapy University Programs (ACOTUP), Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT). Competencies for occupational therapists in Canada [Internet]. [place unknown]: ACOTRO, ACOTUP, CAOT; 2021. Available from: <https://acotro-acore.org/wp-content/uploads/2021/11/OT-Competency-Document-EN-HiRes.pdf>
51. Sather EW, Iversen VC, Svindseth MF, et al. Patients' perspectives on care pathways and informed shared decision making in the transition between psychiatric hospitalization and the community. *J Eval Clin Pr*. 2019;25(6):1131–41.
52. Schusselé Filiettaz S, Moiroux S, Marchand G, et al. Transitional shared decision making processes for patients with complex needs: a feasibility study. *J Eval Clin Pract*. 2021 Dec;27(6):1326–34.
53. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Shared decision making [Internet]. London (UK): NICE; 2021. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng197/resources/shared-decision-making-pdf-66142087186885>
54. Abu HO, Anatchkova MD, Erskine NA, et al. Are we “missing the big picture” in transitions of care? Perspectives of healthcare providers managing patients with unplanned hospitalization. *Appl Nurs Res*. 2018 Dec;44:60–6.
55. Callister C, Jones J, Schroeder S, et al. Caregiver experiences of care coordination for recently discharged patients: a qualitative metasynthesis. *West J Nurs Res*. 2020 Aug;42(8):649–59.
56. Topham EW, Bristol A, Luther B, et al. Caregiver inclusion in IDEAL discharge teaching: implications for transitions from hospital to home. *Prof Case Manag*. 2022;27(4):181–93.
57. Okrainec K, Hahn-Goldberg S, Abrams H, et al. Patients' and caregivers' perspectives on factors that influence understanding of and adherence to hospital discharge instructions: a qualitative study. *CMAJ Open*. 2019 Jul 11;7(3):E478–83.
58. New PW, McDougall KE, Scroggie CPR. Improving discharge planning communication between hospitals and patients. *Intern Med J*. 2016;46(1):57–62.
59. Cadel L, Kuluski K, Everall AC, et al. Recommendations made by patients, caregivers, providers, and decision-makers to improve transitions in care for older adults with hip fracture: a qualitative study in Ontario, Canada. *BMC Geriatr*. 2022 Apr 7;22(1):291.
60. LaBedz SL, Prieto-Centurion V, Mutso A, et al. Pragmatic clinical trial to improve patient experience among adults during transitions from hospital to home: the PARtNER study. *JGIM J Gen Intern Med*. 2022 Dec;37(16):4103–11.
61. College of Nurses of Ontario (CNO). Professional standards [Internet]. Revised 2002. Toronto (ON): CNO; 2002. Available from: [https://neltoolkit.rnao.ca/sites/default/files/CNO\\_Professional%20Standards,%20Revised%202002.pdf](https://neltoolkit.rnao.ca/sites/default/files/CNO_Professional%20Standards,%20Revised%202002.pdf)

62. Galvin EC, Wills T, Coffey A. Readiness for hospital discharge: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 2017 Nov;73(11):2547–57.
63. Lutz BJ, Young ME, Creasy KR, et al. Improving stroke caregiver readiness for transition from inpatient rehabilitation to home. *Gerontologist*. 2017 Oct 1;57(5):880–9.
64. Gotlib Conn L, Zwaiman A, DasGupta T, et al. Trauma patient discharge and care transition experiences: identifying opportunities for quality improvement in trauma centres. *Injury*. 2018 Jan 1;49(1):97–103.
65. Bobay KL, Weiss ME, Oswald D, et al. Validation of the registered nurse assessment of readiness for hospital discharge scale. *Nurs Res*. 2018 Jul;67(4):305–13.
66. Weiss ME, Sawin KJ, Gralton K, et al. Discharge teaching, readiness for discharge, and post-discharge outcomes in parents of hospitalized children. *J Pediatr Nurs*. 2017 May;34:58–64.
67. Mehraeen P, Jafaraghaee F, Paryad E, et al. Comparison of nurses' and patients' readiness for hospital discharge: a multicenter study. *J Patient Exp*. 2022 Jan 1;9:23743735221092550.
68. Social Determinants of Health. In: Canadian Nurses Association (CNA) [Internet]. Ottawa (ON): CNA; c2023. Available from: <https://www.cna-aiic.ca/en/nursing/nursing-tools-and-resources/social-determinants-of-health>
69. Joseph R, Brown-Manhertz D, Ikwuazom S, et al. The effectiveness of structured interdisciplinary collaboration for adult home hospice patients on patient satisfaction and hospital admissions and re-admissions: a systematic review. *JBHI Database System Rev Implement Rep*. 2016 Jan;14(1):108–39.
70. National Association of Pharmacy Regulatory Authorities (NAPRA). Model standards of practice for Canadian pharmacists [Internet]. Ottawa (ON): NAPRA; 2009. Available from: <https://www.napra.ca/wp-content/uploads/2022/09/NAPRA-MSOP-Feb-2022-EN-final.pdf>
71. Smith LM, Keiser M, Turkelson C, et al. Simulated interprofessional education discharge planning meeting to improve skills necessary for effective interprofessional practice. *Prof Case Manag*. 2018 Mar;23(2):75–83.
72. Goldman J, MacMillan K, Kitto S, et al. Bedside nurses' roles in discharge collaboration in general internal medicine: disconnected, disempowered and devalued? *Nurs Inq*. 2018 Jul;25(3):e12236.
73. Geese F, Schmitt KU. Interprofessional collaboration in complex patient care transition: a qualitative multi-perspective analysis. *Healthcare*. 2023 Jan 27;11(3):359.
74. Otsuka S, Smith J, Pontiggia L, et al. Impact of an interprofessional transition of care service on 30-day hospital reutilizations. *J Interprof Care*. 2019 Feb;33(1):32–7.
75. Lobchuk M, Bell A, Hoplock L, et al. Interprofessional discharge team communication and empathy in discharge planning activities: a narrative review. *J Interprofessional Educ Pract*. 2021 Jun;23:100393.
76. Goldman J, Reeves S, Wu R, et al. A sociological exploration of the tensions related to interprofessional collaboration in acute-care discharge planning. *J Interprof Care*. 2016 Mar 3;30(2):217–25.
77. Farrell TW, Supiano KP, Wong B, et al. Individual versus interprofessional team performance in formulating care transition plans: a randomised study of trainees from five professional groups. *J Interprof Care*. 2018 May 4;32(3):313–20.

78. Cadel L, Sandercock J, Marcinow M, et al. A qualitative study exploring hospital-based team dynamics in discharge planning for patients experiencing delayed care transitions in Ontario, Canada. *BMC Health Serv Res.* 2022 Dec 3;22(1):1472.
79. Baldwin S, Zook S, Sanford J. Implementing posthospital interprofessional care team visits to improve care transitions and decrease hospital readmission rates. *Prof Case Manag.* 2018;23(5):264–71.
80. Reidt S, Holtan H, Larson T, et al. Interprofessional collaboration to improve discharge from skilled nursing facility to home: preliminary data on postdischarge hospitalizations and emergency department visits. *J Am Geriatr Soc.* 2016 Sep;64(9):1895–9.
81. Low L, Tan S, Ng M, et al. Applying the integrated practice unit concept to a modified virtual ward model of care for patients at highest risk of readmission: a randomized controlled trial. *PLoS One.* 2017;12(1):e0168757.
82. Schubert CC, Myers LJ, Allen K, et al. Implementing geriatric resources for assessment and care of elders team care in a veterans affairs medical center: lessons learned and effects observed. *J Am Geriatr Soc.* 2016;64(7):1503–9.
83. Enzinger L, Dumanoir P, Boussat B, et al. Direct phone communication to primary care physician to plan discharge from hospital: feasibility and benefits. *BMC Health Serv Res.* 2021 Dec;21(1):1352.
84. Paolini D, Bonaccorsi G, Lorini C, et al. Careggi Re-Engineered Discharge project: standardize discharge and improve care coordination between healthcare professionals. *Int J Qual Health Care.* 2022 Aug 5;34(3):mzac060.
85. Krol ML, Allen C, Matters L, et al. Health optimization program for elders: improving the transition from hospital to skilled nursing facility. *J Nurs Care Qual.* 2019;34(3):217–22.
86. Moore A, Krupp J, Dufour A, et al. Improving transitions to postacute care for elderly patients using a novel video-conferencing program: ECHO-Care Transitions. *Am J Med.* 2017;130(10):1199–204.
87. Ozavci G, Bucknall T, Woodward-Kron R, et al. A systematic review of older patients' experiences and perceptions of communication about managing medication across transitions of care. *Res Soc Adm Pharm.* 2021 Feb 1;17(2):273–91.
88. World Health Organization (WHO). Medication safety in transitions in care [Internet]. Geneva (CH): WHO; 2019. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHC-SDS-2019.9>
89. College of Nurses of Ontario (CNO). Practice standard: medication [Internet]. Toronto (ON): CNO; 2022. Available from: [https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41007\\_medication.pdf](https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41007_medication.pdf)
90. Redmond P, Grimes TC, McDonnell R, et al. Impact of medication reconciliation for improving transitions of care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 Aug 23;2018(8):CD010791.
91. Ontario Health. Medication safety: care in all settings. [Internet]. Toronto (ON): Ontario Health; 2021. Available from: <https://hqontario.ca/Portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-medication-safety-quality-standard-en.pdf>
92. Phillips K. Accreditation Canada forthcoming required organizational practice: maintaining an accurate medication list at all care transitions [Internet]. Message to: Lyndsay Howitt. 2023 June 15.

93. College of Nurses of Ontario (CNO). Practice standard: code of conduct [Internet]. Toronto (ON): CNO; 2019. Available from: [https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/49040\\_code-of-conduct.pdf](https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/49040_code-of-conduct.pdf)
94. Thompson MP, Podila PSB, Clay C, et al. Community navigators reduce hospital utilization in super-utilizers. *Am J Manag Care*. 2018;24(2):70–6.
95. Johnson S, Lamb D, Marston L, et al. Peer-supported self-management for people discharged from a mental health crisis team: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2018;392(10145):409.
96. Carter J, Hassan S, Walton A, et al. Effect of community health workers on 30-day hospital readmissions in an accountable care organization population: a randomized clinical trial. *JAMA Netw Open*. 2021;4(5):e2110936–e2110936.
97. Rose L, Istamboulian L, Carriere L, et al. Program of integrated care for patients with chronic obstructive pulmonary disease and multiple comorbidities (PIC COPD+): a randomised controlled trial. *Eur Respir J*. 2018;51(1):1701567.
98. Reeves M, Fritz M, Woodward A, et al. Michigan stroke transitions trial: a clinical trial to improve stroke transitions. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2019;12(7):e005493.
99. Samuels EA, Kelley L, Pham T, et al. “I wanted to participate in my own care”: evaluation of a patient navigation program. *West J Emerg Med*. 2021;22(2):417–26.
100. Ng A, Wong F. Effects of a home-based palliative heart failure program on quality of life, symptom burden, satisfaction and caregiver burden: a randomized controlled trial. *J Pain Symptom Manage*. 2017;55(1):1–11.
101. Kidd SA, Virdee G, Mihalakakos G, et al. The welcome basket revisited: testing the feasibility of a brief peer support intervention to facilitate transition from hospital to community. *Psychiatr Rehabil J*. 2016;39(4):335–42.
102. Scanlan JN, Hancock N, Honey A. Evaluation of a peer-delivered, transitional and post-discharge support program following psychiatric hospitalisation. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):307.
103. Seaberg D, Elseroad S, Dumas M, et al. Patient navigation for patients frequently visiting the emergency department: a randomized controlled trial. *Acad Emerg Med*. 2017;24(11):1327–33.
104. Xiang X, Zuverink A, Rosenberg W, et al. Social work-based transitional care intervention for super utilizers of medical care: a retrospective analysis of the bridge model for super utilizers. *Soc Work Health Care*. 2019;58(1):126–41.
105. Shared decision making. In: National Institute for Health and Care Excellence (NICE) [Internet]. London (UK): NICE; c2023. Available from: <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/nice-guidelines/shared-decision-making>
106. Health Quality Ontario (HQO). The reality of caring: distress among the caregivers of home care patients [Internet]. Toronto (ON): HQO; 2016. Available from: <https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/system-performance/reality-caring-report-en.pdf>
107. Mitchell SE, Laurens V, Weigel GM, et al. Care transitions from patient and caregiver perspectives. *Ann Fam Med*. 2018 May;16(3):225–31.

108. Teach-back: intervention. In: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). [Internet]. Rockville (MD): AHRQ; [updated 2021 Nov]. Available from: <https://www.ahrq.gov/patient-safety/reports/engage/interventions/teachback.html>
109. Taylor SPM, Murphy SD, Rios AN, et al. Effect of a multicomponent sepsis transition and recovery program on mortality and readmissions after sepsis: the improving morbidity during post-acute care transitions for sepsis randomized clinical trial. *Crit Care Med*. 2022 Mar;50(3):469–79.
110. Pang RK, Srikanth V, Snowdon DA, et al. Targeted care navigation to reduce hospital readmissions in “at-risk” patients. *Intern Med J*. 2021 Nov 29. doi: 10.1111/imj.15634
111. Mitchell SE, Reichert M, Martin Howard J, et al. Reducing readmission of hospitalized patients with depressive symptoms: a randomized trial. *Ann Fam Med*. 2022 Jun 5;20(3):246–54.
112. Logan McCallum MJ, Perry A. Structures of indifference: an Indigenous life and death in a Canadian city. Winnipeg (MB): University of Manitoba Press; 2018.
113. Wylie L, McConkey S, Corrado AM. It’s a journey not a check box: Indigenous cultural safety from training to transformation. *Int J Indig Health* [Internet]. 2021 Jan 19;16(1). Available from: <https://jps.library.utoronto.ca/index.php/ijih/article/view/33240>
114. Harrison M, Graham ID, Fervers B. Adapting knowledge to local context. In: Straus SE, Tetroe J, Graham ID, editors. *Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice*. Chichester (UK): John Wiley & Sons; 2013. p. 110–20.
115. Medication reconciliation (MedRec). In: Institute for Safe Medication Practices (ISMP) Canada. [Internet]. Toronto (ON): ISMP Canada; [date unknown; cited 2022 Jul 8]. Available from: <https://www.ismp-canada.org/medrec/>
116. Rey M, Grinspun D, Costantini L, et al. The anatomy of a rigorous best practice guideline development process. In: Grinspun D, Bajnok I, editors. *Transforming nursing through knowledge: best practices for guideline development, implementation science, and evaluation*. Indianapolis (IN): Sigma Theta Tau International; 2018. p. 31–68.
117. Bill 59, Caregiver Recognition Act, 2018 [Internet]. Toronto (ON): Legislative Assembly of Ontario; [date unknown]. Available from: <https://www.ola.org/en/legislative-business/bills/parliament-42/session-1/bill-59>
118. College of Physicians and Surgeons of Ontario (CPSO), Citizen Advisory Group (CAG). Continuity of care: guide for patients and caregivers [Internet]. Toronto (ON): CPSO; 2020. Available from: <https://www.cpso.on.ca/admin/CPSO/media/Documents/public/public-information/coc-guide/coc-guide-patients-caregivers.pdf>
119. First Nation’s Health Authority (FNHA). FNHA’s policy statement on cultural safety and humility [Internet]. West Vancouver (BC): First Nation’s Health Authority (FNHA); [date unknown]. Available from: <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-Policy-Statement-Cultural-Safety-and-Humility.pdf>
120. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Transition between inpatient hospital settings and community or care home settings for adults with social care needs [Internet]. London (UK): NICE; 2015 Dec 01. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng27>

121. Primary Health Care Integration Network, Alberta Health Services. Alberta's home to hospital to home transitions guideline [Internet]. Edmonton (AB): Primary Health Care Integration Network, Alberta Health Services; 2020. Available from: <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/hp/phc/if-hp-phc-phcin-hthth-guideline.pdf>
122. Dijkers M. Introducing GRADE: a systematic approach to rating evidence in systematic reviews and to guideline development. *KT Update*. 2013;1(5):1–9.
123. Stevens K. The impact of evidence-based practice nursing and the next big ideas. *Online J Issues Nurs*. 2013;18(2): Manuscript 4.
124. What's an EHR? In: eHealth Ontario [Internet]. [place unknown]: eHealth Ontario; c2008-2023. Available from: <https://ehealthontario.on.ca/en/patients-and-families/ehrs-explained>
125. Liu C, Wang D, Liu C, et al. What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Fam Med Community Health*. 2020 May;8(2):e000351.
126. Eccles MP, Mittman BS. Welcome to implementation science. *Implement Sci*. 2006 Feb 22;1(1):1.
127. United Nations (UN). United Nations permanent forum on Indigenous issues: who are Indigenous peoples? [Internet]. New York (NY): UN; [date unknown]. Available from: [https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/5session\\_factsheet1.pdf](https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/5session_factsheet1.pdf)
128. Indigenous communities in Ontario. In: Government of Canada [Internet]. Ottawa (ON): Government of Canada; [updated 2021 Nov 4]. Available from: <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1603371542837/1603371807037>
129. Start where you are: integrated people-centred health systems (IPCHS) standard. In: Health Standards Organization (HSO) [Internet]. Ottawa (ON): HSO; c2023. Available from: <https://healthstandards.org/integratedcare/>
130. Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, et al. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions. version 6.3 [Internet]. [place unknown]: Cochrane; 2022. Available from: [www.training.cochrane.org/handbook](http://www.training.cochrane.org/handbook)
131. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Person- and family-centred care [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2015. Available from: [RNAO.ca/sites/rnao-ca/files/FINAL\\_Web\\_Version\\_0.pdf](https://www.rnao.ca/sites/rnao-ca/files/FINAL_Web_Version_0.pdf)
132. PRISMA flow diagram. In: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) website [Internet]. [place unknown]: PRISMA; c2023. Available from: <http://www.prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram>
133. Hedges C, Williams B. *Anatomy of research for nurses*. Indianapolis (IN): Sigma Theta Tau International; 2014.
134. Alzheimer Society of Canada. Dementia and responsive behaviours [Internet]. Toronto (ON); Alzheimer Society of Canada; 2019. Available from: [https://alzheimer.ca/sites/default/files/documents/conversations\\_dementia-and-responsive-behaviours.pdf](https://alzheimer.ca/sites/default/files/documents/conversations_dementia-and-responsive-behaviours.pdf)
135. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Best practices for heart disease and stroke: a guide to effective approaches and strategies [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 2022. Available from: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/122290>
136. Social determinants of health. In: World Health Organization (WHO) [Internet]. Geneva (CH): WHO; 2022. Available from: <https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health>

137. Baker C, Ogden SJ, Prapaipanich W, et al. Hospital consolidation: applying stakeholder analysis to merger life-cycle. *J Nurs Adm.* 1999;29(3):11–20.
138. First Nations Information Governance Centre (FNIGC). Strengths-based approaches to Indigenous research and the development of well-being indicators [Internet]. Ottawa (ON): FNIGC; 2020. Available from: [https://fnigc.ca/wp-content/uploads/2021/05/FNIGC-Research-Series-SBA\\_v04.pdf](https://fnigc.ca/wp-content/uploads/2021/05/FNIGC-Research-Series-SBA_v04.pdf)
139. Poole N, Urquhart C, Jasiura F, et al. Trauma-informed practice guide [Internet]. [place unknown: publisher unknown]; 2013. Available from: [https://cewh.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013\\_TIP-Guide.pdf](https://cewh.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf)
140. Health Canada. “Certain Circumstances:” issues in equity and responsiveness in access to health care in Canada [Internet]. Ottawa (ON): Health Canada; c2001. Available from: [https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2001-certain-equit-acces/2001-certain-equit-acces-eng.pdf](https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2001-certain-equit-acces/2001-certain-equit-acces-eng.pdf)
141. Brouwers M, Kho M, Browman G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ.* 2010;182(18):E839-42.
142. Schunemann HJ, Wierioch W, Brozek J, et al. GRADE evidence to decision (EtD) frameworks for adoption, adaptation, and de novo development of trustworthy recommendations: GRADE-ADOLOPMENT. *J Clin Epidemiol.* 2017;81:101–10.
143. About RNAO. In: Registered Nurses’ Association of Ontario (RNAO) [Internet]. Toronto (ON): RNAO; c2023. Available from: [RNAO.ca/about](https://rnao.ca/about)
144. Pai M, Santesso N, Yeung CHT, et al. Methodology for the development of the NHF-McMaster Guideline on Care Models for Haemophilia Management. *Haemophilia.* 2016;22(S3):17–22.
145. The Cochrane Collaboration. RoB 2: a revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials [Internet]. [place unknown]: Cochrane; 2020. Available from: <https://methods.cochrane.org/bias/resources/rob-2-revised-cochrane-risk-bias-tool-randomized-trials>
146. Sterne J, Hernán M, Reeves B, et al. ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomized studies of interventions. *BMJ.* 2016;355:i4919.
147. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, et al. Going from evidence to recommendations. *BMJ.* 2008;336(7652):1049–51.
148. Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol.* 2011;64(4):401–6.
149. Welch VA, Akl EA, Guyatt GH, et al. GRADE equity guidelines 1: considering health equity in GRADE guideline development: introduction and rationale. *J Clin Epidemiol.* 2017;90:59–67.
150. Canadian Nurses Association (CNA). Advanced nursing practice: a pan-Canadian framework [Internet]. Ottawa (ON): CNA; 2019. Available from: [https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/2f975e7e-4a40-45ca-863c-5ebf0a138d5e/UploadedImages/documents/nursing/Advanced\\_Practice\\_Nursing\\_framework\\_e.pdf](https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/2f975e7e-4a40-45ca-863c-5ebf0a138d5e/UploadedImages/documents/nursing/Advanced_Practice_Nursing_framework_e.pdf)

151. MacDonald J, Silva-Galleguillos A, Diaz OLG, et al. Enhancing the evidence-based nursing curriculum and competence in evidence-based practice. In: Grinspun D, Bajnok I, editors. Transforming nursing through knowledge: best practices for guideline development, implementation science, and evaluation. Indianapolis (IN): Sigma Theta Tau International; 2018. p. 218–38.
152. Monaghan T. A critical analysis of the literature and theoretical perspectives on theory-practice gap amongst newly qualified nurses within the United Kingdom. *Nurse Educ Today*. 2015;35:e1–e7.
153. Browning M, Pront L. Supporting nursing student supervision: an assessment of an innovative approach to supervisor support. *Nurse Educ Today*. 2015;35(6):740–5.
154. Price S, Reichert C. The importance of continuing professional development to career satisfaction and patient care: meeting the needs of novice to mid- to late-career nurses throughout their career span. *Adm Sci*. 2017;7(17):1–13.
155. Palis AG, Quiros PA. Adult learning principles and presentation pearls. *Middle East Afr Ophthalmol*. 2014;21(2):114–22.
156. Yanamadala M, Wieland D, Heflin MT. Educational interventions to improve recognition of delirium: a systematic review. *J Am Geriatr Soc*. 2013;61(11):1983–93.
157. Eggenberger E, Heimerl K, Bennet MI. Communication skills training in dementia care: a systematic review of effectiveness, training content, and didactic methods in different care settings. *Int Psychogeriatr*. 2013;25(3):345–58.
158. Grinspun D, McConnell H, Virani T, et al. Forging the way with implementation science. In: Grinspun D, Bajnok I, editors. Transforming nursing through knowledge: best practices for guideline development, implementation science, and evaluation. Indianapolis (IN): Sigma Theta Tau International; 2018. p. 96–116.
159. Thompson L. Accreditation Canada - NQuIRE International Advisory Council (IAC) Meeting. Toronto (ON); 2018.
160. About Accreditation Canada. In: Accreditation Canada [Internet]. Ottawa (ON): Accreditation Canada; [date unknown]. Available from: <https://accreditation.ca/about/>
161. Marnocha S, Westphal J, Cleveland B. Pilot program to mentor nurse leaders for the future. In: Wisconsin Nurses Association (WNA) [Internet]. [place unknown]: WNA; c2021. Available from: <https://wisconsinnurses.org/mentor-nurse-leaders-program/>
162. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Practice education in nursing [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2016. Available from: [https://RNAO.ca/sites/rnao-ca/files/SHWE\\_Practice\\_Education\\_BPG\\_WEB\\_0.pdf](https://RNAO.ca/sites/rnao-ca/files/SHWE_Practice_Education_BPG_WEB_0.pdf)
163. Government of Ontario. Patient, family and caregiver declaration of values for Ontario [Internet]. Toronto (ON): Government of Ontario; 2021. Available from: <https://files.ontario.ca/moh-patient-family-caregiver-declaration-of-values-for-ontario-en-2021-08-31.pdf>
164. About PODS. In: OpenLab [Internet]. [place unknown]: OpenLab; 2019. Available from: <https://pods-toolkit.uhnopenlab.ca/about/>

165. Hahn-Goldberg S, Huynh T, Chaput A, et al. Implementation, spread and impact of the Patient Oriented Discharge Summary (PODS) across Ontario hospitals: a mixed methods evaluation. *BMC Health Serv Res.* 2021 Dec;21(1):361.
166. My Transitional Care Plan© (MTCP). In: Behavioural Supports Ontario (BSO) [Internet]. [place unknown]: BSO; [date unknown]. Available from: <https://brainxchange.ca/MTCP>
167. Institute for Safe Medication Practices (ISMP) Canada. Ontario primary care medication reconciliation guide [Internet]. Toronto (ON): ISMP Canada; 2015. Available from: <https://www.ismp-canada.org/primarycaremedrecguide/about.htm>
168. 5 questions to ask about your medications. In: Institute for Safe Medication Practices (ISMP) Canada [Internet]. Toronto (ON): ISMP Canada; [date unknown]. Available from: <https://www.ismp-canada.org/medrec/5questions.htm>
169. Walker L, Avant KC. *Strategies for theory construction in nursing*. Vol. 6. Upper Saddle River (NJ): Pearson/Prentice Hall; 2019.















**ia** BPG

INTERNATIONAL  
AFFAIRS & BEST PRACTICE  
GUIDELINES

TRANSFORMING  
NURSING THROUGH  
KNOWLEDGE

## Guía de buenas prácticas

Este proyecto cuenta con la financiación del Gobierno de Ontario.

Para más información relativa  
a esta guía, visita:



ISBN 978-1-926944-86-9



 **RNAO**

Registered Nurses' Association of Ontario  
L'Association des infirmières et infirmiers  
autorisés de l'Ontario



**Ontario**