

PERLAS PARA URGENCIÓLOGOS

Efectos sobre la práctica profesional de las auditorías con retroalimentación: una revisión Cochrane

Audit and feedback, effects on professional practice: a Cochrane review

Noah Ivers¹, Sharlini Yogasingam², Meagan Lacroix³, Kevin A Brown⁴, Jesmin Antony⁵, Charlene Soobiah⁶, Michelle Simeoni⁷, Thomas A Willis⁸, Jacob Crawshaw², Vivi Antonopoulou^{9,10}, Carly Meyer^{9,10}, Nathan M Solbak¹¹, Brenna J Murray¹¹, Emily-Ann Butler¹¹, Simone Lepage¹², Martina Giltenane^{12,13}, Mary D Carter¹⁴, Guillaume Fontaine¹⁵⁻¹⁸, Michael Sykes¹⁹, Michael Halasy²⁰, Abdalla Bazazo²¹⁻²³, Samantha Seaton⁶, Tony Canavan²⁴, Sarah Alderson²⁵, Catherine Reis²⁶, Stefanie Linklater², Aislinn Lalor²⁷⁻²⁹, Ashley Fletcher³⁰, Emma Gearon³¹, Hazel Jenkins³², Jason A Wallis³³, Liesl Grobler³³, Lisa Beccaria³⁴, Sheila Cyril³³, Tomas Rozbroj³³, Jia Xi Han³³, Alice XT Xu⁶, Kelly Wu⁶, Geneviève Rouleau³⁵, Maryam Shah², Kristin Konnyu³⁶, Heather Colquhoun³⁷, Justin Presseau², Denise O'Connor³³, Fabiana Lorencatto^{9,10}, Jeremy M Grimshaw^{2,38}

Antecedentes

La auditoría y retroalimentación (A&R) es una estrategia ampliamente utilizada para mejorar la práctica profesional. Esto viene avalado por revisiones Cochrane previas y por teorías del comportamiento que describen cómo los profesionales sanitarios se ven impulsados a modificar su práctica cuando se les proporcionan datos que muestran que su práctica clínica es inconsistente con un objetivo deseable. Sin embargo, persiste la incertidumbre respecto a los efectos de la A&R en la mejora de la práctica sanitaria y sobre las características de la A&R que conducen a un mayor impacto.

Objetivos

Evaluar los efectos de la A&R sobre la práctica de los profesionales sanitarios y examinar los factores que podrían explicar la variación en la efectividad de la A&R.

Métodos de búsqueda

Con el apoyo del especialista en información del grupo Cochrane sobre práctica efectiva y organización de la atención (EPOC), se procedió a actualizar la estrategia de búsqueda para incluir estudios publicados desde 2010 hasta junio de 2020. Las actualizaciones de búsqueda se realizaron el 28 de febrero de 2019 y el 11 de junio de 2020 en las bases de datos de MEDLINE (Ovid), Embase (Ovid), CINAHL (EBSCO), la Biblioteca Cochrane, clinicaltrials.gov (todas las fechas hasta junio de 2020) y el ICTRP de la OMS (todas las fechas hasta la 3ª semana de febrero de 2019; no hubo información disponible en 2020 debido a la pandemia de COVID-19). Se completó una búsqueda actualizada y un cribado de duplicados el 14 de febrero de 2022; los estudios que cumplieron los criterios de inclusión se incluyen en la sección "Estudios a la espera de clasificación".

Filiación de los autores: ¹Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria, Women's College Hospital, Toronto, Canadá. ²Ottawa Hospital Research Institute, Ottawa, Canadá. ³WHV, Women's College Hospital, Toronto, Canadá. ⁴Public Health Ontario, 661 University Avenue, Suite 1701, Toronto, ON M5G1M1, Canadá. ⁵Women's College Research Institute, Women's College Hospital, Toronto, Canadá. ⁶Toronto, Canadá. ⁷Public Health Ontario, Toronto, Canadá. ⁸Leeds Institute of Health Sciences, University of Leeds, Leeds, Reino Unido. ⁹Centre for Behaviour Change, Department of Clinical, Educational & Health Psychology, University College London (UCL), Londres WC1E 7HB, Reino Unido. ¹⁰NIHR Policy Research Unit in Behavioural Science, Newcastle University, Newcastle upon Tyne NE2 4AX, Reino Unido. ¹¹Physician Learning Program, University of Calgary, Calgary, Canadá. ¹²School of Nursing & Midwifery, University of Galway, Galway, Irlanda. ¹³School of Nursing and Midwifery, Health Research Institute, University of Limerick, Limerick, Irlanda. ¹⁴Health & Community Sciences, University of Exeter, Exeter, Reino Unido. ¹⁵Ingram School of Nursing, Faculty of Medicine and Health Sciences, McGill University, Montreal, Canadá. ¹⁶Centre for Clinical Epidemiology, Lady Davis Institute for Medical Research, Sir Mortimer B. Davis Jewish General Hospital, Montreal, Canadá. ¹⁷Clinical Epidemiology Program, Ottawa Hospital Research Institute, Ottawa, Canadá. ¹⁸Kirby Institute, University of New South Wales, Sydney, Australia. ¹⁹Northumbria University, Newcastle upon Tyne, Reino Unido. ²⁰Arizona School of Health Sciences, A.T. Still University, Mesa, Arizona, EE. UU. ²¹Northern Ontario School of Medicine (NOSM) University, Thunder Bay, ON, Canadá. ²²Thunder Bay Regional Health Research Institute, Thunder Bay, ON, Canadá. ²³Listowel Wingham Hospitals Alliance, Wingham, ON, Canadá. ²⁴Saolta University Health Care Group, University Hospital Galway, Galway, Irlanda. ²⁵School of Medicine, University of Leeds, Leeds, Reino Unido. ²⁶University of Toronto, Toronto, Canadá. ²⁷Monash Department of Clinical Epidemiology, Cabrini Institute, School of Public Health and Preventive Medicine, Monash University, Malvern, Australia. ²⁸Rehabilitation, Ageing, and Independent Living (RAIL) Research Centre, Monash University, Melbourne, Australia. ²⁹Department of Occupational Therapy, Monash University, Melbourne, Australia. ³⁰Monash Department of Clinical Epidemiology, Cabrini Institute and Department of Epidemiology and Preventive Medicine, School of Public Health and Preventive Medicine, Monash University, Malvern, Australia. ³¹Monash Department of Clinical Epidemiology, Cabrini Institute and Department of Epidemiology and Preventive Medicine, School of Public Health and Preventive Medicine, Monash University, Malvern, Australia. ³²Department of Chiropractic, Macquarie University, Sydney, Australia. ³³School of Public Health and Preventive Medicine, Monash University, Melbourne, Australia. ³⁴School of Nursing and Midwifery, Centre for Health Research, University of Southern Queensland, Toowoomba, Australia. ³⁵Departamento de Enfermería, Université du Québec en Outaouais, Saint-Jérôme, Canadá. ³⁶Aberdeen Centre for Evaluation, University of Aberdeen, Aberdeen, Reino Unido. ³⁷Department of Occupational Science and Occupational Therapy, University of Toronto, Toronto, Canadá. ³⁸Department of Medicine, University of Ottawa, Ottawa, Canadá.

Autor para correspondencia: Noah Ivers.

Correo electrónico: noah.ivers@utoronto.ca

Información del artículo: Ivers N, Yogasingam S, Lacroix M, Brown KA, Antony J, Soobiah C, Simeoni M, Willis TA, Crawshaw J, Antonopoulou V, Meyer C, Solbak NM, Murray BJ, Butler E-A, Lepage S, Giltenane M, Carter MD, Fontaine G, Sykes M, Halasy M, Bazazo A, Seaton S, Canavan T, Alderson S, Reis C, Linklater S, Lalor A, Fletcher A, Gearon E, Jenkins H, Wallis JA, Grobler L, Beccaria L, Cyril S, Rozbroj T, Han JX, Xu AXT, Wu K, Rouleau G, Shah M, Konnyu K, Colquhoun H, Presseau J, O'Connor D, Lorencatto F, Grimshaw JM. Auditoría y retroalimentación: efectos sobre la práctica profesional. Cochrane Database of Systematic Reviews 2025, Número 3. Art. n.º: CD000259. DOI: 10.1002/14651858.CD000259.pub4. Las revisiones Cochrane se actualizan regularmente a medida que aparece nueva evidencia y en respuesta a solicitudes, por lo que Cochrane Database of Systematic Reviews debe consultarse para obtener la versión más reciente de la revisión.

Editor responsable: Oscar Miró.

DOI: 10.5563/s3me/046.2026

Criterios de selección

Ensayos aleatorizados, incluidos ensayos por conglomerados, diseños cruzados y factoriales, que incluyeran A&R [definida como la medición del rendimiento clínico durante un periodo de tiempo especificado (auditoría) y la provisión de los datos resultantes a clínicos o equipos clínicos (retroalimentación)] en cualquier grupo del ensayo, y que informaran resultados de práctica profesional sanitaria medidos objetivamente.

Recogida y análisis de los datos

Para esta revisión actualizada, se volvieron a extraer los datos de cada grupo del estudio, incluidas variables informadas por teorías sobre cómo se llevó a cabo la A&R, técnicas de cambio de comportamiento de cada intervención y características a nivel de los estudios, incluido el riesgo de sesgo. Para cada estudio, se extrajeron datos de resultados de cada práctica profesional sanitaria objetivo de la A&R. Todos los datos fueron extraídos por, como mínimo, 2 autores de la revisión de forma independiente.

Para los estudios con resultados dicotómicos que incluían grupos con y sin A&R, se calcularon las diferencias de riesgos (DR) (diferencia absoluta entre los grupos en la proporción de la práctica deseada completada) y también las *odds ratios* (OR). Se sintetizaron las DR medianas, así como los rangos intercuartil (RIC) en todos los ensayos. Después, se realizaron metanálisis, teniendo en cuenta múltiples resultados de un mismo estudio y ponderando por el tamaño de la muestra efectivo, utilizando coeficientes de correlación intragrupo informados (o imputados cuando fue necesario). A continuación, se exploró el papel del rendimiento a nivel basal, las cointervenciones, el comportamiento objetivo y los factores de diseño del estudio sobre los efectos estimados de la A&R. Por último, se realizaron metarregresiones exploratorias para evaluar las variables preseleccionadas que pudiesen estar asociadas al tamaño del efecto de la A&R: características de la auditoría (número de indicadores, agregación de datos); entrega de la retroalimentación (formato multimodal, líder local, naturaleza del comparador, entrega repetida) y componentes de apoyo a la acción (facilitación, provisión de planes específicos de mejora, codesarrollo de planes de acción).

Resultados principales

Se incluyeron un total de 292 estudios con 678 grupos; 133 (46%) presentaron bajo riesgo de sesgo, 41 (14%) riesgo incierto y 113 (39%) alto riesgo de sesgo. Hubo 26 estudios (9%) realizados en países con rentas bajas o media. En la mayoría de los estudios (237; 81%), los receptores de la A&R fueron médicos. Las prácticas profesionales más frecuentemente abordadas fueron la prescripción (138 estudios; 47%) y la solicitud de pruebas (103 estudios; 35%). La mayoría de los estudios incluyeron intervenciones multifacéticas; las cointervenciones más comunes fueron la educación de los clínicos (377 grupos de estudio; 56%) y los recordato-

rios (100 grupos; 15%). Se identificaron un total de 48 técnicas únicas de cambio de comportamiento dentro de los grupos de estudio (media: 5,2; desviación estándar: 2,8, rango 1 a 29).

La síntesis de 558 resultados dicotómicos que midieron prácticas profesionales en 177 estudios que compararon A&R frente a control mostró una mejora absoluta mediana en la práctica deseada de 2,7%, con un RIC de 0,0 a 8,6. Los metanálisis de estos estudios, teniendo en cuenta múltiples resultados del mismo estudio y ponderando por el tamaño de la muestra efectivo con ajuste por agrupamiento, hallaron un aumento absoluto medio en la práctica deseada del 6,2% [intervalo de confianza (IC) del 95%: 4,1 a 8,2; evidencia de certeza moderada] y una OR de 1,47 (IC 95%, 1,31 a 1,64; evidencia de certeza moderada). Los efectos fueron similares en los análisis de subgrupos prespecificados centrados en prescripción y solicitud de pruebas. Un menor desempeño basal y un mayor número de cointervenciones se asociaron a efectos de intervención más grandes.

Las metarregresiones que compararon la presencia frente a la ausencia de componentes específicos de la A&R para explorar la heterogeneidad (ajustando por desempeño basal y número de cointervenciones) sugirieron que los efectos de la A&R fueron mayores cuando se utilizaron datos a nivel de cada destinatario y no datos a nivel de equipo, cuando se comparó el rendimiento con pares de alto rendimiento o con un referente, cuando se implicó a un líder local con quien el destinatario tenía algún tipo de relación, cuando se emplearon modalidades interactivas y no formatos únicamente didácticos o solo escritos y cuando se incluyó facilitación para apoyar la participación y planes de acción para mejorar el desempeño. Las metarregresiones no encontraron efectos significativos con el número de indicadores incluidos en la auditoría, comparativa con el rendimiento medio de todos los pares, o el codesarrollo de planes de acción. Contrariamente a lo esperado, la entrega repetida se asoció a un menor tamaño del efecto. Las comparativas directas de ensayos comparadores avalan el uso de comparativas con pares frente a no realizar ninguna comparativa, así como el uso de elementos de diseño en la retroalimentación que faciliten la identificación y la acción sobre elementos clínicos de alta prioridad.

Conclusiones de los autores

Aunque la A&R puede resultar eficaz para mejorar la práctica profesional, los efectos varían en magnitud. La A&R se administra con mayor frecuencia junto a cointervenciones, que podrían contribuir con efectos aditivos. La A&R puede ser más eficaz cuando se diseña para ayudar a los destinatarios a priorizar y actuar sobre cuestiones clínicas de alta prioridad y cuando presenta las siguientes características:

1) se dirige a métricas de rendimiento importantes en las que los profesionales sanitarios tienen un amplio margen de mejora (auditoría); 2) mide la práctica de cada destinatario y no la del equipo u organización (auditoría); 3) involucra a un líder local que mantenga al-

gún tipo de relación con el destinatario (retroalimentación); 4) incluye múltiples modalidades interactivas, como verbal y escrita (retroalimentación); 5) compara el rendimiento con los mejores pares o bien con un referente (retroalimentación); 6) facilita la participación con la retroalimentación (acción), y 7) incorpora un

plan accionable con consejos específicos a efectos de mejora (acción).

Estas conclusiones requieren investigación confirmatoria adicional; las investigaciones que se realicen deberían centrarse en identificar formas de optimizar la efectividad de las intervenciones de A&R.

Resumen simplificado

Título: Efectos sobre la práctica profesional de las auditorías con retroalimentación

Mensajes clave. – La auditoría y retroalimentación en la atención sanitaria consiste en evaluar el rendimiento de un profesional y compararlo con estándares profesionales (auditoría). Posteriormente, se entregan a los profesionales los resultados de esa comparativa (retroalimentación), con la esperanza de que pueda ayudarles a mejorar dicho rendimiento.

– La auditoría y retroalimentación mejora el rendimiento profesional entre poco y con moderación. Funciona mejor cuando revela a los profesionales sanitarios cómo se comparan con los de mejor rendimiento, se centra en áreas importantes de mejora e incluye sugerencias prácticas para realizar cambios. La auditoría con retroalimentación puede ser aún más útil cuando se combina con otros apoyos, como recordatorios o formación adicional.

– Las investigaciones que se realicen en el futuro deberían centrarse en encontrar la mejor forma de mejorar las intervenciones de auditoría y retroalimentación.

¿Qué se entiende por auditoría con retroalimentación en atención sanitaria? La auditoría con retroalimentación se utiliza con frecuencia en las organizaciones sanitarias para mejorar el rendimiento de los profesionales sanitarios. En este proceso, la práctica o el rendimiento profesional de una persona se mide y se compara con estándares o metas profesionales; es decir, su rendimiento se “audita”. Durante la retroalimentación, los resultados de esta comparativa se proporcionan a los profesionales sanitarios. El objetivo es estimular la acción o el cambio para ajustarse a los estándares.

¿Qué hicimos? Se buscaron todos los estudios en los que los profesionales sanitarios fueron aleatorizados a ser auditados con retroalimentación y en los que se midieron resultados sobre la práctica profesional.

¿Qué hallamos? Se hallaron un total de 292 estudios que cumplieron los criterios. Se observó que la auditoría con retroalimentación se utiliza con frecuencia junto con otras estrategias para mejorar la calidad de la atención, como reuniones educativas o recordatorios. La mayoría de los estudios midieron el efecto de la auditoría con retroalimentación en médicos, aunque algunos lo evaluaron en enfermeros o farmacéuticos. La auditoría y retroalimentación se empleó para influir en el rendimiento en diferentes áreas, incluida la prescripción adecuada de tratamientos o la solicitud de pruebas diagnósticas. La forma exacta de realizar las auditorías y retroalimentaciones varió ampliamente entre uno y otro estudio. En algunos casos, la retroalimentación se proporcionó verbalmente; en otros, por escrito, mediante un panel electrónico o a través de múltiples modalidades. En ciertos estudios, la retroalimentación fue proporcionada por los propios investigadores responsables del estudio; en otros, por supervisores o colegas. En algunos casos, los profesionales recibieron retroalimentación una sola vez, mientras que en otros la recibieron mensualmente. En ocasiones, también se les proporcionó apoyo para elaborar un plan de acción con sugerencias o consejos sobre cómo mejorar su rendimiento.

Resultados principales: ¿qué ocurre cuando los profesionales sanitarios son auditados y reciben retroalimentación? El efecto del uso de la auditoría con retroalimentación varió ampliamente entre los estudios incluidos, pero con mayor frecuencia logra mejoras pequeñas a moderadas en la calidad de la atención. La auditoría y retroalimentación puede ser más eficaz cuando los destinatarios ven cómo se compara su propio rendimiento con el de sus pares de alto rendimiento, cuando ayuda al profesional sanitario a identificar y actuar sobre cuestiones clínicas de alta prioridad, y cuando se centra en áreas en las que los profesionales sanitarios tienen un amplio margen de mejora. Otras características de la auditoría con retroalimentación que se asocian a mayores efectos incluyen que mida la práctica de cada destinatario (y no la del equipo u organización), que proceda de un par respetado con algún tipo de relación previa con el destinatario e incorpore muchas modalidades (como, por ejemplo, verbal y escrita) y un plan de acción con consejos a efectos de mejora. Además, el efecto de la auditoría con retroalimentación puede modificarse cuando se combina con otras estrategias que avalan una mejora de la calidad de los cuidados, como formación o los recordatorios.

¿Cuáles son las limitaciones de la evidencia? La calidad de la evidencia es moderada, y se necesita más investigación para confirmar qué características de la auditoría y la retroalimentación son las que tienen más probabilidades de lograr los mayores efectos en diferentes contextos.

¿Hasta qué fecha está actualizada esta evidencia? La presente revisión actualiza nuestra revisión previa. La evidencia analizada está actualizada hasta junio de 2020.