



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Inclusión de factores contextuales en la implementación de guías de práctica clínica basadas en evidencia. Revisión de revisiones sistemáticas

María Paula Gutiérrez Sepúlveda
Nutricionista Dietista

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de medicina, Instituto de investigaciones clínicas
Bogotá, Colombia

2017

Inclusión de factores contextuales en la implementación de guías de práctica clínica basadas en evidencia. Revisión de revisiones sistemáticas

María Paula Gutiérrez Sepúlveda
Nutricionista Dietista

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:

Magister en Epidemiología clínica

Director: MD. MSc. Hernando Guillermo Gaitán Duarte

Codirector: MD. MSc. Rodrigo Pardo Turriago

Línea de investigación:

Revisiones sistemáticas

Grupo de investigación:

Grupo de Evaluación de Tecnologías y Políticas de Salud

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de medicina, Instituto de investigaciones clínicas

Bogotá, Colombia

2017

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado principalmente a Dios que me permitió concluir mis estudios de posgrado de manera exitosa, a mis abuelitos Constantino y Rosalbina, mis padres María y Oscar por darme la vida y todo lo que he necesitado para salir adelante, todo su amor y paciencia. A mis hermanas Damaris y Jenny por ser ejemplo de vida y educarme para crecer de manera ejemplar, a mi prometido Alejandro Muñoz, por su amor incondicional y por darme las fuerzas para asumir cada reto, a mi familia, y mis amigos por su compañía e incondicional apoyo.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional de Colombia por brindarme la oportunidad y todos los espacios necesarios para mi formación profesional.

A todos los profesores que durante la maestría aportaron a mi formación personal y profesional.

A mi director de trabajo de grado, el Dr. Hernando Guillermo Gaitán Duarte por haberme brindado todo su conocimiento y consejos, no sólo profesionales sino también para mi crecimiento personal que me ayudaron a concluir favorablemente la maestría.

Al Dr. Ludovic Reveiz y la Dra. Maria Teresa Vallejo, por su colaboración en el proceso de diseño y desarrollo de la búsqueda de la evidencia.

A la Dra. Maria del Pilar Montilla por su trabajo en la selección y extracción pareada de la evidencia.

A la Dra. Maria Teresa Ochoa, experta en análisis cualitativo por su colaboración y guía para el análisis de la evidencia incluida.

RESUMEN

Antecedentes: Las guías de práctica clínica (GPC) incluyen recomendaciones basadas en evidencia mediante investigación rigurosa orientada a optimizar la atención del paciente, mediante el proceso de implementación definido como el estudio científico de los métodos que promueven la adopción de los hallazgos en la práctica clínica. Uno de los factores que influye en la implementación es el contexto, por lo que es importante evaluarlo, sin embargo existen diferentes marcos conceptuales y dominios para realizar este análisis. Por lo anterior surge la necesidad de reunir la evidencia disponible para agrupar la información del contexto para el diseño de un plan de implementación de GPC.

Objetivo: Describir la inclusión de los factores contextuales en la implementación de las guías de práctica clínica y su efecto en desenlaces de salud e implementación.

Metodología: Se realizó una revisión de revisiones sistemáticas, considerando como población las guías de práctica clínica, el contexto como exposición o intervención para evaluar desenlaces de implementación e indicadores en salud. La búsqueda fue realizada en bases de datos especializadas, así como búsqueda de literatura gris. El proceso de selección y extracción de la información se realizó de manera pareada, la calidad metodológica se evaluó mediante la herramienta AMSTAR. Para el manejo de la información, se utilizó un formato de extracción de datos estandarizado, la síntesis de la se realizó teniendo en cuenta el método de síntesis textual narrativa y se creó una matriz que agrupó la evidencia de acuerdo a tres niveles de contexto y cinco categorías de análisis.

Resultados: Se incluyeron 18 revisiones sistemáticas, con información referente a las características del contexto en términos de barreras y facilitadores, agrupada en una matriz que permitió determinar los dominios más importantes para realizar el análisis del contexto en la construcción de un plan de implementación. Sin embargo no se encontró información referente a indicadores y desenlaces de implementación, para establecer el efecto del contexto en la implementación. La información obtenida de la presente revisión se debe tomar con precaución ya que a partir de la evaluación AMSTAR solo dos revisiones obtuvieron un alto puntaje, lo que muestra que las conclusiones de la presente revisión pueden cambiar cuando surja nueva evidencia.

Conclusión: A partir de los resultados obtenidos no fue posible determinar el efecto del contexto en la implementación de GPC, sin embargo, se propuso una matriz de contexto que puede ser utilizada por investigadores y desarrolladores de GPC, quienes deben realizar el análisis del contexto desde el proceso de planeación de la guía y establecer cómo debe controlarse e intervenir en el tiempo.

Palabras clave: Guías de práctica clínica, implementación, contexto

Abstract

Background: Clinical practice guidelines (CPG) include evidence-based recommendations through rigorous research aimed at optimizing patient care, through the implementation process defined as the scientific study of methods that promote the adoption of findings in clinical practice. One of the factors that influences the implementation is the context, so it is important to evaluate it, however there are different conceptual frameworks and domains to perform this analysis. Therefore, there is a need to gather the available evidence to group the context information for the design of a CPG implementation plan.

Objective: Describe the inclusion of contextual factors in the implementation of clinical practice guidelines and their effect on health outcomes and implementation.

Methodology: Se realizó una revisión de las revisiones sistemáticas, considerando como población las guías de práctica clínica, el contexto como una exposición o intervención para evaluar los resultados de la implementación y los indicadores de salud. La búsqueda se llevó a cabo en bases de datos especializadas, así como una búsqueda de literatura gris. El proceso de selección y extracción de la información fue realizado por dos revisores, la calidad metodológica se evaluó a través de la herramienta AMSTAR. Para el manejo de la información, se utilizó un formato de extracción de datos estandarizado, la síntesis de la información se realizó teniendo en cuenta el método narrativo de síntesis textual y se creó una matriz que agrupaba la evidencia según tres niveles de contexto y cinco categorías de análisis.

Results: 18 systematic reviews were included, with information referring to the characteristics of the context in terms of barriers and facilitators, grouped in a matrix that allowed determining the most important domains to perform the analysis of the context in the construction of an implementation plan. However, no information was found regarding indicators and implementation outcomes to establish the effect of the context in the implementation. The information obtained from the present review should be taken with caution since from the AMSTAR results only two reviews obtained a high score, which shows that the conclusions of the present review may change when new evidence emerges.

Conclusion: Based on the results obtained, it was not possible to determine the effect of the context in the implementation of CPG, however, a context matrix was proposed that can be used by researchers and CPG developers, who must perform the context analysis from the process of planning the guide and establishing how it should be controlled and intervened over time.

Keywords: Clinical practice guidelines, context, implementation.

Contenido

1	ANTECEDENTES	9
1.1	DESCRIPCIÓN DE LA CONDICIÓN:	9
1.1	DESCRIPCIÓN DE LA EXPOSICIÓN: EL CONTEXTO	11
1.2	COMO TRABAJA LA EXPOSICIÓN.....	14
1.3	PORQUE ES IMPORTANTE LA REVISIÓN	14
2	OBJETIVOS DE LA REVISIÓN	15
3	METODOLOGÍA	15
3.1	MÉTODOS DE BÚSQUEDA PARA IDENTIFICACIÓN DE ESTUDIOS.....	15
3.1.1	BÚSQUEDA EN OTRAS FUENTES	16
3.2	CRITERIOS DE SELECCIÓN DE ESTUDIOS	16
3.2.1	Tipo de estudios:	16
3.2.2	Tipo de población:.....	16
3.2.3	Tipo de intervención:	17
3.2.4	Tipo de resultado:.....	17
3.3	RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.....	18
3.3.1	SELECCIÓN DE ESTUDIOS	18
3.3.2	MANEJO Y EXTRACCIÓN DE DATOS.....	18
3.3.3	EVALUACIÓN DE LA CALIDAD METODOLÓGICA DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS.....	19
3.3.4	SÍNTESIS DE DATOS Y MEDICIÓN DEL EFECTO DE LAS INTERVENCIONES	19
3.3.5	EVALUACIÓN DE HETEROGENEIDAD	20
4	CONSIDERACIONES ÉTICAS	21
5	RESULTADOS	22
5.1	RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA Y CARACTERÍSTICAS DE LAS REVISIONES INCLUIDAS.....	22
	Figura 1. Diagrama de flujo para la tamización y selección de evidencia.	22
5.2	NIVELES DE CONTEXTO INCLUIDOS EN LAS REVISIONES	23
6	DISCUSIÓN	27
6.1	Resumen de hallazgos principales	27
6.2	Integridad general de la búsqueda y aplicabilidad de la evidencia	27
6.3	Calidad de la evidencia	28
6.4	Características de la exposición y los desenlaces	28

6.5	Fortalezas y limitaciones de la revisión.....	30
7	CONCLUSIONES.....	30
7.1	IMPLICACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN.....	30
7.2	IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA	30
8	CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES.....	31
9	CONFLICTOS DE INTERÉS	31
10	DIFERENCIAS ENTRE EL PROTOCOLO Y LA REVISIÓN.....	31
11	REFERENCIAS	32
12	ANEXOS.....	36
	ANEXO 1. BITÁCORAS DE BÚSQUEDA	36
	ANEXO 2. FORMATO DE EXTRACCIÓN DE DATOS	48
	ANEXO 3. CALIFICACIÓN DE LAS REVISIONES INCLUIDAS.....	56
	ANEXO 4. CARACTERÍSTICAS DE LAS REVISIONES INCLUIDAS	58
	ANEXO 5. CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS EXCLUIDOS	66
	ANEXO 6. MATRIZ DE BARRERAS Y FACILITADORES	67

INCLUSIÓN DE FACTORES CONTEXTUALES EN LA IMPLEMENTACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA BASADAS EN EVIDENCIA. REVISIÓN DE REVISIONES SISTEMÁTICAS

1 ANTECEDENTES

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA CONDICIÓN:

Las guías de práctica clínica (GPC)(1) son declaraciones que incluyen recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible orientadas a optimizar la atención del paciente. Creadas en base a la información reportada en revisiones sistemáticas y teniendo en cuenta la evaluación de los daños y beneficios de las diferentes alternativas de cuidado. Las guías deben:

- Ser desarrolladas por un panel multidisciplinario de expertos y representantes de los principales grupos afectados.
- Considerar los subgrupos de pacientes importantes y las preferencias del paciente, según sea pertinente.
- Estar basadas en un proceso explícito y transparente que minimice distorsiones, sesgos y conflictos de interés.
- Proveer una explicación clara de las relaciones lógicas entre las alternativas de cuidado y los desenlaces en salud, y proveer calificaciones tanto de la calidad de la evidencia como de la fuerza de las recomendaciones.
- Ser reconsideradas y revisadas cuando sea apropiado, en el momento que nueva evidencia amerite modificaciones en las recomendaciones.
- Idealmente tener un plan de implementación.

Dentro del desarrollo de guías de práctica clínica, es de suma importancia considerar que la etapa de implementación que es uno de los puntos críticos para obtener los resultados deseados en salud, como lo son, la disminución de la variabilidad en la práctica y de los costos en salud. Por lo que algunos autores la han considerado como un nuevo campo del conocimiento, Eccles en el año 2006 definió la ciencia de la implementación y la investigación de la implementación como el estudio científico de métodos y estrategias para promover la adopción de intervenciones que han demostrado su eficacia en la práctica habitual, con el objetivo de mejorar la salud de la población. Por lo tanto, la ciencia de la implementación examina: qué funciona, para quién, en qué circunstancias, y cómo las intervenciones pueden adaptarse y ampliarse de forma que sean accesibles y equitativas; además, la investigación de la implementación incluye, el área de investigación, la influencia del contexto, los determinantes del comportamiento y la evaluación de las estrategias de cambio, en la práctica profesional(2, 3). Esta aproximación se precede por el concepto de Davis 1997, quien define la implementación en el sentido práctico, como el funcionamiento de la guía en su lugar; es más activa que la diseminación, implica estrategias de comunicación eficaces e identifica y supera las barreras presentes mediante el uso de técnicas educativas y administrativas eficaces en la práctica(4).

En cuanto al proceso de implementación de guías, el ministerio de sanidad y política social del gobierno de España(5), ha sugerido 8 fases para realizarlo, que son:

1. Planificación del proceso
2. Exploración del contexto
3. Análisis de barreras y facilitadores
4. Diseño de estrategias de intervención
5. Realización de las actividades
6. Pilotaje de la intervención
7. Evaluación continua
8. Replanificación

Y aclara que este inicia desde la elaboración de la guía, mediante el diseño, desarrollo de documentos de fácil manejo y versiones digitales, etc. Es importante también, tener un panorama completo de las personas o instituciones implicadas en las diferentes etapas, además de las instituciones promotoras y encargadas de la financiación.

De hecho, el proceso de implementación se comporta como un ciclo que se reinicia en la replanificación (momento en el que se actualiza la guía), y que se monitorea y evalúa mediante la medición de indicadores, que podrían ser de estructura, proceso, resultado e impacto. Y que evaluarán los desenlaces de efectividad, seguridad, las implicaciones económicas de la implementación de la guía (impacto presupuestal)(5) y los desenlaces de implementación presentaran más adelante.

Por ejemplo, el manual de implementación de guías de práctica clínica del ministerio de salud y protección social de Colombia(6) propone 6 componentes principales en la etapa de evaluación del impacto de la guía, los cuales pueden ser medidos mediante diferentes tipos de indicadores:

- Indicadores de estructura:
 1. Diseminación de la guía: disponibilidad de consulta
- Indicadores de proceso:
 2. Si la práctica clínica está dirigida a seguir las recomendaciones de la GPC
 3. El impacto de la GPC en el entendimiento y los conocimientos de los usuarios
- Indicadores de resultado:
 4. Si los resultados en salud han tenido un cambio
 5. La evaluación de impacto económico de la implementación de la GPC
 6. Si han ocurrido cambios en la práctica clínica

El proceso de monitoreo y evaluación debe ser realizado por parte de un grupo evaluador propio de cada institución y un grupo externo encargado de validar la evaluación siempre y cuando sea posible.

Por otro lado, desde la investigación de la implementación se han determinado desenlaces específicos para evaluar el proceso de implementación, los cuales son(7):

1. “Aceptabilidad: La percepción dentro de los interesados (consumidores, proveedores, gerentes, creadores de políticas) que la intervención es conveniente.
2. Adopción: La intención, decisión inicial o acciones a realizar para utilizar una intervención.
3. Relevancia: La percepción importancia de la intervención en un entorno o para un público objetivo (por ejemplo, proveedor o consumidor) o problema
4. Factibilidad: La medida en que una intervención puede llevarse a cabo en un entorno u organización
5. Fidelidad: El grado en que se implementó una intervención tal como fue diseñada en un protocolo, plan o política original.
6. Costo de implementación: El costo incremental de la entrega de la estrategia (por ejemplo, cómo se entregan los servicios en un entorno). El costo total de la implementación también incluiría el costo de la intervención misma.
7. Cobertura: El grado en que la población que es elegible para beneficiarse de una intervención la recibe.
8. Sostenibilidad: La medida en que una intervención se mantiene o institucionaliza en un entorno determinado(7)”.

Además de lo anterior, existen varios diseños que permiten evaluar la efectividad y seguridad del proceso de implementación dentro de los que se encuentran los estudios de antes y después, las series de tiempo, las evaluaciones cualitativas y económicas. Sin embargo, los estudios disponibles, no utilizan metodologías propias de estos diseños, creando la necesidad de realizar evaluaciones de eficacia y efectividad de manera más rigurosa, idealmente mediante ensayos clínicos(6), a diferencia de los desenlaces de implementación que pueden ser evaluados mediante diseños como estudios de corte transversal o series de caso.

En resumen, se sabe que las guías tienen una metodología robusta, repetible y son basadas en la evidencia, deben tener un plan de implementación basado en las teorías de la ciencia de la implementación, hay diseños que permiten evaluar el efecto del plan de implementación y existen desenlaces claramente establecidos y aun así las guías no se implementan, por lo que uno de los hallazgos más comunes en los servicios de salud refleja que el uso de las recomendaciones de las guías de práctica clínica por parte de los profesionales de salud, sigue siendo inadecuado a pesar del acceso a las mismas(8-12) y de la realización del análisis de las razones que impiden o facilitan la utilización de las GPC en un contexto determinado.

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA EXPOSICIÓN: EL CONTEXTO

La real academia de la lengua española define el contexto como “*el entorno físico o la situación política, histórica, cultural o de cualquier índole, en el que ocurre o se considera un hecho*”(13). En relación con la implementación de guías de práctica clínica, el contexto es el medio en el que se van a implementar las recomendaciones de la GPC, es decir, el entorno en el que se encuentran el profesional de salud, los pacientes, la comunidad, los cuidadores, tomadores de decisiones, creadores de políticas y cualquier población que

pueda ser objeto de implementación de recomendaciones o guías de práctica clínica completas(14, 15). Las características del contexto pueden afectar el grado de implementación, los cambios que se puedan producir en la práctica y los desenlaces en salud, por lo que es importante que este sea considerado en la planeación de las estrategias de implementación(14, 15).

Debido a lo anterior, el papel del contexto puede ser entendido desde la cultura organizacional(16), mediante tres niveles que se deben tener en cuenta en la implementación de las recomendaciones y GPC:

1. El nivel macro:
 - 1.1. A nivel del sistema de salud y el gobierno: En este se encuentran los sistemas nacionales de seguridad públicos (Brasil y Canadá) o sistemas de aseguramiento privados (Alemania, Colombia, Estados Unidos), las organizaciones gubernamentales y sus tomadores de decisiones, la normatividad nacional encargada de reglamentar la práctica de los profesionales en salud y la cobertura de los servicios de salud.
 - 1.2. Los desarrolladores de GPC: en el que se encuentran las instituciones encargadas del desarrollo de guías de práctica clínica en algunos países, los grandes desarrolladores de GPC (tanto públicos como privados) como fuentes de los documentos utilizados a nivel nacional incluyendo sus ventajas y flexibilidad de manejo(17).
 - 1.3. A nivel sociocultural: Se incluyen los recursos económicos, las creencias sociales, culturales y religiosas de la de la sociedad y su influencia en el cumplimiento de las recomendaciones incluidas en las guías de práctica clínica.
2. El nivel meso:
 - 2.1. En el que se encuentran las instituciones de salud, tanto públicas como privadas y tanto universitarias como aquellas que no lo son, mediado por la cultura organizacional y las características propias de cada una, así como, recursos, estructura, redes informáticas, auditoría y retroalimentación de las actividades(17) y los sistemas internos de difusión de guías.
 - 2.2. Las aseguradoras y los pagadores de los servicios de salud, llamadas en Colombia empresas prestadoras de servicios de salud.
 - 2.3. La comunidad específica en la que se planea implementar la guía de práctica clínica y el empoderamiento de esta para facilitar el cumplimiento de las recomendaciones.
3. El nivel micro: En el que se encuentran los individuos que llevan cabo las actividades específicas de la práctica clínica, la receptividad de cada profesional de la salud que puede variar en cuanto al nivel de conocimiento que se tenga con relación a la medicina basada en la evidencia y las prácticas de aprendizaje propias de cada institución o entidad prestadora de salud(5). De la misma manera, se debe tener en cuenta que dentro del contexto de implementación de GPC no solo actúan los profesionales de salud y los pacientes, sino actores externos como la familia, amigos, entorno de trabajo y cuidadores(17).

Como se evalúa el contexto:

En primera medida, es importante evaluar y reportar las características relevantes del contexto en todas las fases de un proceso de implementación, como en las guías de práctica clínica(18), teniendo en cuenta los siguientes pasos:

1. Identificación los factores contextuales relevantes, mediante los diferentes marcos conceptuales, teniendo en cuenta la historia local y las perspectivas de los tomadores de decisiones al inicio del proyecto
2. Recolección y análisis de la información contextual en diferentes puntos del tiempo durante el desarrollo de la guía.
3. Reporte de los diferentes factores contextuales y como estos afectarían los procesos importantes y sus resultados.

Para realizar el análisis del contexto existen diferentes marcos conceptuales que pueden ser utilizados en los procesos de implementación de GPC, dentro de ellos se encuentran el propuesto por Greenhalgh el cual consiste en el análisis de cuatro elementos principales(5):

- El medio y el proceso de implementación.
- El rol de las instituciones externas (Nivel macro).
- Aspectos de comunicación y su influencia y características en las organizaciones (contexto interno) (Nivel meso).
- Las características del cambio y quienes lo adoptan (Nivel micro).

Por otro lado, se encuentra el modelo PARIHS (5) para el análisis del contexto, este consiste en enmarcar la implementación en tres dimensiones principales:

- La naturaleza y el tipo de la evidencia (Niveles de evidencia y de donde se sacó la misma)
- Las características del contexto en el que se introduce la evidencia (Componentes del contexto en los tres niveles)
- La forma en la que este proceso se facilita (sistemas de información (rutas, normatividad) y actividades propias de la institución).

De la misma manera, la evaluación de la efectividad de una estrategia que tiene como objetivo modificar el contexto, constituiría una forma de evaluar la influencia del contexto en los procesos de implementación de las recomendaciones de una guía de práctica clínica. Dentro de los factores que se pueden evaluar, se encuentran: el acceso a la intervención (cuando es usada por aquellos que la necesitan), la exactitud diagnóstica (estimada como la proporción de personas que necesitan la intervención y que son correctamente diagnosticadas en situación de riesgo), las características del proveedor de salud (entendido como la probabilidad que el proveedor de salud recomiende y formule la intervención a quienes la necesitan) y el cumplimiento del consumidor (el grado en el que es probable que los individuos se adhieran a la intervención una vez la misma es formulada)(19).

1.2 COMO TRABAJA LA EXPOSICIÓN

Las características del contexto actúan como barreras, facilitadores o ambos, en el ámbito de las guías de práctica clínica, estos se definen como factores que impiden o facilitan, de manera parcial o total el cumplimiento de las recomendaciones y por lo tanto el cambio en la práctica profesional(20, 21). En cuanto a las barreras se encuentran las características relacionadas con el proveedor de salud, el entorno social o el sistema organizacional y financiero. Para los profesionales de la salud algunas barreras incluyen la falta de conocimiento, actitudes, comportamientos y factores externos como demoras en el tiempo y los recursos del sistema de salud(22). En cuanto a los facilitadores, se ha descrito la presencia de líderes dentro de los grupos de profesionales, de especialistas en la condición específica o de la comunidad, la existencia de programas educativos, liderazgo fuerte a nivel político u organizacional y colaboración de equipos multidisciplinarios(23).

En el análisis de barreras y facilitadores cabe resaltar que el fenómeno del cuidado de la salud es un sistema complejo que es fundamentalmente contexto dependiente, por lo que se pueden clasificar en los niveles anteriormente mencionados. Además, una de las ventajas de tener en cuenta el contexto local en el desarrollo de guías de práctica clínica es que los profesionales y los pacientes pueden participar de una manera más amplia en la fase de construcción del documento y por lo tanto, su contenido y las recomendaciones estarán ajustadas al contexto clínico local(24).

Por otro lado, ya que el análisis del contexto debe realizarse en las primeras etapas del proceso de implementación, se debe tener en cuenta que este varía de acuerdo al momento y al lugar en el que se va a implementar la guía, así como la naturaleza de la transferencia del conocimiento (o implementación de las recomendaciones basadas en evidencia, en la práctica clínica), por lo que el análisis del contexto realizado en un país u organización no puede ser utilizado en otro programa de implementación en un lugar ni en un tiempo diferente(5). Sin embargo como se ha realizado en Colombia(6), es posible plantear un plan de implementación nacional, ya que el desarrollador de las guías es su mismo promotor y quien facilita la difusión de los documentos en las entidades de salud.

1.3 PORQUE ES IMPORTANTE LA REVISIÓN

El proceso de cambiar la práctica puede ser arduo y complejo, también toma un esfuerzo considerable a nivel individual y organizacional para aplicar las recomendaciones basadas en la evidencia en un contexto en particular(25), sin embargo, a pesar de los esfuerzos de las instituciones desarrolladoras de guías de práctica clínica, el uso y adopción de las mismas en la práctica clínica no es adecuado y las estrategias de implementación no garantizan un cambio en los resultados en salud.

Como se mencionó anteriormente, el proceso de implementación es contexto dependiente, por lo que el análisis del mismo debe realizarse desde el inicio del desarrollo de guías de práctica clínica, lo que facilita que el grupo desarrollador y los encargados de la implementación, no pasen por alto factores que afecten el alcance, relevancia, implementación, desenlaces y generalización de las intervenciones(18). Como se puede

observar en las secciones anteriores, para este análisis existen una gran variedad de teorías y marcos conceptuales, donde se exponen diferentes características del contexto las cuales no están estandarizadas, además, no hay consistencia en cuanto a la definición del contexto (en el ámbito de implementación de GPC) y cuáles deben ser los dominios de mayor importancia dentro de este.

Por lo anterior, surge la importancia de reunir la mejor evidencia disponible en las revisiones sistemáticas existentes, que evalúan como se ha tenido en cuenta el contexto dentro de los procesos de implementación de guías de práctica clínica con énfasis en su relevancia, impacto y transferibilidad, seguido de la evaluación del rigor metodológico con el que fueron desarrolladas las revisiones, para finalmente proponer una metodología de análisis del contexto en la que se estandaricen los factores más importantes a tener en cuenta.

2 OBJETIVOS DE LA REVISIÓN

GENERAL:

Describir la inclusión de los factores contextuales en la implementación de las guías de práctica clínica y su efecto en desenlaces de salud e implementación.

ESPECÍFICOS:

- Describir el nivel del contexto que se tomó en cuenta en cada revisión.
- Identificar cómo se han incluido los diferentes niveles del contexto en la implementación de las GPC en términos de barreras y facilitadores.
- Evaluar la calidad de las revisiones sistemáticas que han tenido en cuenta el contexto dentro de las estrategias de implementación de GPC.
- Describir las estrategias destinadas a incluir los niveles del contexto dentro de la implementación de GPC.
- Determinar el efecto de las estrategias de implementación que tienen en cuenta los niveles del contexto en términos de desenlaces de implementación teniendo en cuenta la metodología de investigación de la implementación.
- Determinar el efecto de las estrategias que tienen en cuenta los niveles del contexto en términos de efectividad teniendo en cuenta indicadores de impacto, resultado y proceso.
- Determinar el efecto de las intervenciones que tienen en cuenta los niveles del contexto en términos de seguridad teniendo en cuenta eventos adversos e implicaciones sociales de la implementación.

3 METODOLOGÍA

3.1 MÉTODOS DE BÚSQUEDA PARA IDENTIFICACIÓN DE ESTUDIOS

Se realizó una búsqueda sistemática de revisiones basadas en evidencia en las siguientes bases de datos a través de la plataforma OVID: MEDLINE, ACP Journal Club

(ACP), Cochrane Controlled Trials Register (CCTR), Cochrane Database of Systematic Reviews (COCH), Cochrane Methodology Register Database (CMR), página epistemonikos, Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE), LILACS y EMBASE (Plataforma embase.com). Las referencias resultantes del proceso de búsqueda se procesaron con EndNote web y a través de este programa se eliminaron los duplicados.

La estrategia de búsqueda fue diseñada para MEDLINE (plataforma OVID) y modificada para cada base de datos (Anexo 1).

3.1.1 BÚSQUEDA EN OTRAS FUENTES

3.1.1.1 *Literatura gris:*

Se realizó la búsqueda de los términos clave en OPEN GREY, páginas web de registros de ensayos clínicos (Biblioteca nacional de medicina, Ensayos clínicos controlados), registro de protocolos de revisiones sistemáticas (PROSPERO) y en páginas web de organizaciones clave para la revisión (por ejemplo: Fundación de Investigación de los Servicios de Salud de Canadá, Departamento de Salud del Reino Unido, Centro de Medicina Basada en la Evidencia, Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE), Centro de Revisión y Difusión).

3.1.1.2 *Búsqueda manual y en bola de nieve:*

Se realizó una búsqueda manual a través de Google, Google Scholar y búsqueda en bola de nieve mediante las listas de referencias de los documentos en texto completo, así mismo se realizó consulta a expertos para obtener documentos candidatos a inclusión en la revisión.

3.2 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE ESTUDIOS

Se formularon los siguientes criterios para estudios, población objetivo e intervenciones que toman en cuenta el contexto:

3.2.1 Tipo de estudios:

Revisiones sistemáticas, revisiones de revisiones sistemáticas o meta-revisiones, considerando que fueron sistemáticas si: (a) tienen formulada una pregunta y objetivos claros y específicos (b) se muestran las bases de datos consultadas, (c) se presentan los criterios de búsqueda y, (d) la calidad metodológica de los estudios primarios fue evaluada por los autores de las revisiones(26).

3.2.2 Tipo de población:

Como población se incluyeron las Guías de práctica clínica basadas en evidencia o consenso, sin limitar la condición de salud a la que estaba enfocada la guía ni los usuarios de la guía.

3.2.3 Tipo de intervención:

Estudios que consideren las diferentes características del contexto que actúen como barreras, facilitadores o ambos, clasificados de acuerdo a los niveles de contexto descritos anteriormente.

3.2.4 Tipo de resultado:

3.2.4.1 *Desenlaces primarios*

Para realizar la medición de los desenlaces de implementación, se incluyeron los siguientes desenlaces (7):

1. "Aceptabilidad: La percepción dentro de los interesados (consumidores, proveedores, gerentes, creadores de políticas) que la intervención es conveniente."
2. Adopción: La intención, decisión inicial o acciones a realizar para utilizar una intervención.
3. Relevancia: La percepción importancia de la intervención en un entorno o para un público objetivo (por ejemplo, proveedor o consumidor) o problema
4. Factibilidad: La medida en que una intervención puede llevarse a cabo en un entorno u organización
5. Fidelidad: El grado en que se implementó una intervención tal como fue diseñada en un protocolo, plan o política original.
6. Costo de implementación: El costo incremental de la entrega de la estrategia (por ejemplo, cómo se entregan los servicios en un entorno). El costo total de la implementación también incluiría el costo de la intervención misma.
7. Cobertura: El grado en que la población que es elegible para beneficiarse de una intervención la recibe.
8. Sostenibilidad: La medida en que una intervención se mantiene o institucionaliza en un entorno determinado(7).

Las otras medidas de resultados secundarios fueron los resultados clínicos de los pacientes y el cumplimiento a las recomendaciones.

3.2.4.2 *Desenlaces secundarios*

3.2.4.2.1 Desenlaces de efectividad

Aquellos indicadores que demuestren un beneficio en los resultados en salud a corto y mediano plazo en la condición.

- Indicadores de impacto: Número de casos de la condición de la guía, reducidos debido a la implementación de las recomendaciones.
- Indicadores de resultado: Cambio en la práctica clínica habitual después de implementar las recomendaciones de la guía

- Indicadores de proceso: Número de personas que reciben la intervención incluida en la guía, después de su implementación.

3.2.4.2.2 Desenlaces de seguridad

- Reacciones adversas
- Implicaciones sociales de la implementación de las recomendaciones e intervenciones
- Demás desenlaces de seguridad descritos en las revisiones que hayan sido incluidos en los estudios primarios

3.3 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

3.3.1 SELECCIÓN DE ESTUDIOS

La elegibilidad fue determinada por los criterios de selección mencionados anteriormente. Los títulos y resúmenes de los artículos recuperados de cada búsqueda fueron revisados de forma independiente por dos autores de la revisión para evaluar la elegibilidad (MPG - MPM). En caso de desacuerdo entre estos dos autores, un tercer autor fue llamado para resolver los desacuerdos. Se obtuvieron los documentos en texto completo de los estudios elegibles y de aquellos que se requirió un examen más detallado para determinar elegibilidad. No fue necesario realizar contacto con los investigadores, para aclarar la elegibilidad de alguna revisión. Los estudios que parecieron ser relevantes pero que no cumplieron los criterios de inclusión se incluyeron en la tabla de estudios excluidos con las razones de su exclusión (Anexo 5).

3.3.2 MANEJO Y EXTRACCIÓN DE DATOS

La información de cada revisión incluida fue extraída de manera independiente por dos autores de la revisión (MPG y MPM). Se utilizó un formato de extracción estandarizado (Anexo 2), creado específicamente para realizar la extracción de datos de revisiones sistemáticas que incluyó:

1. Identificación de la revisión
2. Información general
3. Evaluación de elegibilidad
4. Evaluación AMSTAR
5. Metodología
 - a. Tipos de estudios incluidos
 - b. Calificación de los estudios primarios
 - c. Tipo de población (condición de la GPC)
 - d. Tipo de usuarios de la guía
 - e. Tipo de exposición o intervención considerada
 - ✓ Descripción del contexto
 - ✓ Descripción de barreras y facilitadores

6. Resultados
7. Marco conceptual considerado
8. Estrategia de implementación considerada

3.3.2.1 Manejo de datos perdidos

Se presentan y discuten los resultados encontrados en las publicaciones de las revisiones incluidas, no hubo información en las revisiones que no estuviera clara o incompleta, por lo que no fue necesario revisar los estudios primarios incluidos, ni realizar contacto con los autores de estos.

3.3.3 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD METODOLÓGICA DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS

Una vez incluidos los estudios que cumplieron con los criterios de selección, se realizó la evaluación de la información reportada por cada documento, de acuerdo al tipo de evidencia, las revisiones sistemáticas fueron evaluadas con la herramienta AMSTAR (27), por parte de uno de los autores de la revisión, no se incluyeron ensayos clínicos ni estudios observacionales.

Para la clasificación de las revisiones, aquellas que obtuvieron una puntuación de 8 a 11 fueron clasificadas como con alta calidad, la puntuación de 4 a 7 fue clasificada como calidad intermedia y la clasificación de 0 a 3 como mala calidad(28).

3.3.4 SÍNTESIS DE DATOS Y MEDICIÓN DEL EFECTO DE LAS INTERVENCIONES

En una primera fase, los datos de las revisiones incluidas se presentan descriptivamente (utilizando el proceso de síntesis textual narrativa), incluyendo los diferentes factores del contexto considerados en la implementación de las guías práctica clínica. Seguido de esto, se construyó una matriz, de acuerdo a la clasificación de los niveles de contexto y si estos actuaron como barrera, facilitador o ambos teniendo en cuenta la información reportada por las revisiones incluidas. No se realizó análisis de subgrupos de acuerdo guías de práctica clínica completas, recomendaciones, intervenciones de salud pública ya que en las revisiones que incluyeron como población las guías de práctica clínica, no hubo guías de salud pública ni análisis de recomendaciones específicas. De acuerdo a los resultados obtenidos y con la asesoría de una experta en estudios cualitativos, para el análisis de la evidencia, se determinaron categorías de análisis definidas de la siguiente manera:

Política: Todo lo que describe un interés, es un argumento político. Se entiende desde la programación social y define las características de los paradigmas o modelos de política social y las distintas concepciones de los estilos de planificación en general. Constituye el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno, institución, comunidad o persona para solucionar los problemas que se consideran prioritarios(29).

Económica: Las condiciones que determinan como se dan las relaciones entre actores. Se entiende como el conjunto de condiciones que determinan el acceso a la atención de la

salud en una sociedad. En estas relaciones se diferencia el grado de control del Estado en las funciones del sistema de salud, que es entendido como la protección financiera que ofrece el sistema de salud a la población o un sector de la población, lo que determina el nivel y la distribución de la carga del financiamiento a la salud de los hogares. Igualmente, la categoría incluye al conjunto de relaciones contractuales que se establece entre los diferentes actores del sistema para la prestación de los servicios de salud en el territorio (Definición elaborada por experta en estudios cualitativos). Por otro lado, en esta categoría se encuentra la evaluación económica de tecnologías en salud, definida como el análisis comparativo de diferentes alternativas en términos de sus costos y consecuencias, que de acuerdo a la financiación del sistema de salud permite la implementación de ciertas tecnologías en contextos específicos(30).

Tecnológica y de educación: La transformación del conocimiento en fuerzas productivas para la solución de problemas concretos. Desde el enfoque denominado “de cobertura efectiva” la tecnología de un sistema de salud permite considerar la disponibilidad de recursos materiales y no materiales aplicables a las poblaciones que acuden a los servicios de salud(31). Igualmente, se incluye, la educación en términos de necesidad de entrenamiento en las instituciones y el nivel educativo de las personas que actúan en el nivel micro, la evidencia, y las tecnologías en salud de acuerdo a la definición de la OMS(32).

Sociocultural y demográfica: De manera general, el cuidado de la salud integra aspectos objetivos y subjetivos involucrando hechos y valores. Los valores se componen de una dimensión tanto positiva como negativa, por lo que es posible que algo pueda ser apreciado como valioso por el bienestar o por el malestar que produce(33), de la misma manera se incluyen en esta categoría las creencias, la cultura, religión, ética y moral, ética y las características de equidad y justicia social.

Comunicación e información: El aspecto que está más ligado al concepto de implementación. Es una acción de hacer público. Se incluyen las características relacionadas con transmitir el conocimiento de manera eficiente teniendo en cuenta la gestión integrada de la comunicación y la información, el mejoramiento de la gestión, la mayor eficiencia y una atención sanitaria de mejor calidad. Esas características utilizan las de la categoría tecnológica y de educación pero no hacen parte de ella, tiene que ver con, asegurar el intercambio de conocimientos e información el cual contribuye a la desfragmentación y facilitar una atención segura en todo momento y lugar(34).

3.3.5 EVALUACIÓN DE HETEROGENEIDAD

No se realizó evaluación de la heterogeneidad debido a que las revisiones incluidas no realizaron dentro de sus análisis este procedimiento, de acuerdo al tipo de población y de intervenciones incluidas en las revisiones y si los resultados se presentaron de manera agrupada o no agrupada.

4 CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con los principios establecidos en las normas internacionales y en lo establecido en la Resolución 008430 de octubre 4 de 1993, esta investigación se considera como sin riesgo, debido a que el análisis se realizó con base en la búsqueda sistemática de revisiones sistemáticas con el fin de encontrar la mejor evidencia disponible y no se tuvo contacto con pacientes ni se realizaron intervenciones en seres humanos, órganos, tejidos o sus derivados, productos y cadáveres de seres humanos ni experimentación con animales.

El manejo de la información se realizó respetando las leyes de derechos de autor y toda la información recolectada fue referenciada de acuerdo a las normas Vancouver utilizando el software manejador de referencias EndNote Web.

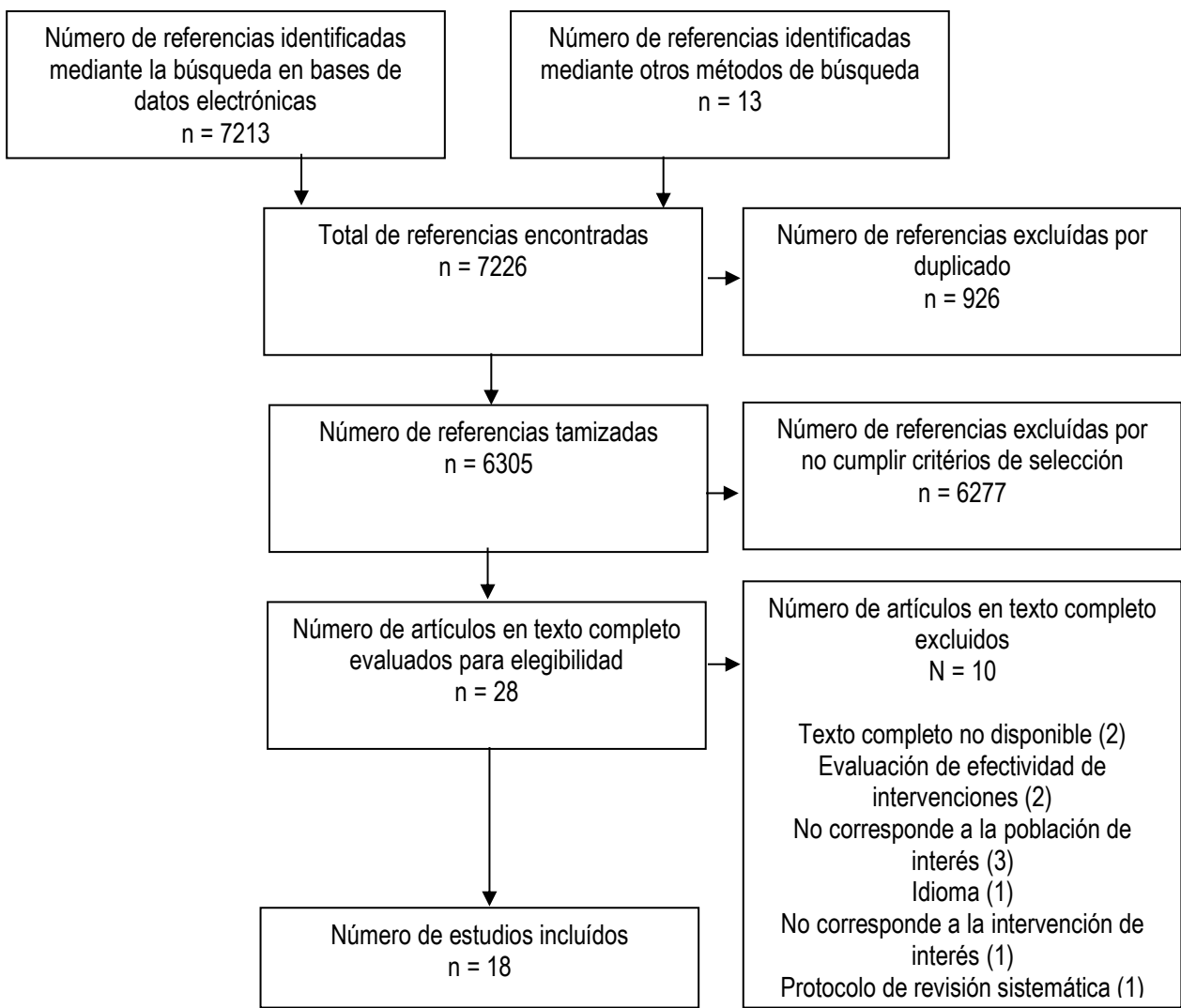
El protocolo de la presente revisión fue aprobado por el comité de ética de la Universidad Nacional de Colombia mediante acta de evaluación N° 009-154-17 del 8 de junio de 2017, además fue registrado en PROSPERO con número de registro CRD42017074777.

5 RESULTADOS

5.1 RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA Y CARACTERÍSTICAS DE LAS REVISIONES INCLUIDAS.

Se identificaron 7226 registros en el proceso de búsqueda, después de remover duplicados se tamizaron 6305 referencias en la selección por título y resumen, seguido de ello y después de eliminar las que no cumplieren los criterios de selección, se revisaron 33 referencias en texto completo para incluir finalmente 18 revisiones. La figura 1 proporciona el diagrama de flujo que describe el proceso de selección y exclusión de los estudios encontrados. El anexo 4 muestra las características de las revisiones incluidas y el anexo 5 las características de las revisiones evaluadas en texto completo que fueron excluidas por no cumplir los criterios de selección.

Figura 1. Diagrama de flujo para la tamización y selección de evidencia.



5.2 NIVELES DE CONTEXTO INCLUIDOS EN LAS REVISIONES

De las 18 revisiones incluidas, dos fueron realizadas en Australia (35, 36), tres en Canadá(37-39), cuatro en Estados Unidos(40-43), una en Noruega(44), tres en los países bajos(45-47), cuatro en el Reino Unido(21, 48-50) y una en Irán (51). Las fechas de realización fueron entre 1999 y 2017, los grupos desarrolladores estuvieron conformados en general por grupos de investigación universitarios y los 18 reportes encontrados fueron revisiones sistemáticas narrativas sin metaanálisis. Dentro de las revisiones se incluyeron 755 estudios de diferentes diseños, como: ensayos clínicos(35) estudios observacionales, (21, 39, 42, 43, 45, 46, 48), o ambos(38, 49, 51), diseños cualitativos(20, 36, 44) y la combinación de estudios cuantitativos y cualitativos(37, 40, 47, 50).

De las 18 revisiones que fueron incluidas, una de ellas fue realizada por la colaboración Cochrane y las otras 17 fueron realizadas por otros investigadores. Para la totalidad de los documentos, 2 de ellos fueron clasificados como de alta calidad (21, 35). 14 revisiones fueron clasificadas como de calidad intermedia (36-40, 42, 44-51) y dos con baja calidad(41, 43), sin embargo, la información encontrada en las revisiones que obtuvieron bajos puntajes no puede ser excluida ya que es de suma importancia incluir toda la información disponible acerca de las características del contexto en sus tres niveles y de las dos revisiones que obtuvieron la clasificación de alta calidad solo una proporcionó información en los tres niveles del contexto(21), y la otra, aportó poca información para solo uno de los niveles(35), además, la información reportada por estas dos revisiones no fue diferente a la reportada por los 16 documentos restantes en los niveles de contexto correspondientes, por lo que esta información no fue tomada en cuenta para el análisis de sensibilidad. Los puntos comunes en los que las revisiones perdieron puntos de la calificación AMSTAR fueron la realización de un protocolo a priori, la evaluación de la calidad de los estudios incluidos, la combinación de los hallazgos y la inclusión de la calidad de los estudios en la formulación de las conclusiones de las revisiones.

En cuanto a los dominios más importantes de la calificación según el manual metodológico para búsqueda, evaluación y síntesis de la evidencia de efectividad y seguridad en evaluaciones de tecnología sanitarias(52), se encontró que 3 revisiones no cumplieron con la duplicación en la selección y extracción de los datos(38, 43, 49), el proceso de búsqueda amplia fue realizado en las 18 revisiones, y la búsqueda de literatura gris se cumplió en 6 de ellas(21, 36, 38, 46, 49, 51), por otro lado, la calidad de los estudios incluidos no fue evaluada en 5 de las revisiones incluidas(20, 37, 43, 44, 48), así como su uso en las conclusiones que solo fue aplicado en 5 de las 18 revisiones incluidas (21, 36, 46, 47, 50), en relación a la combinación de los hallazgos, este dominio no fue aplicable para ninguna de las revisiones ya que todas fueron descriptivas y en cuanto al sesgo de publicación este fue tenido en cuenta en 4 de las 18 revisiones(20, 35, 39, 42). El anexo 3, muestra la información de la evaluación de calidad mediante la herramienta AMSTAR.

Dentro de los hallazgos de la revisión, cabe destacar que las preguntas de investigación desarrolladas por algunas revisiones tomaban el análisis de barreras y facilitadores como exposición o como desenlace, además la población especificada para algunas de ellas eran

las guías de práctica clínica como era deseable, pero para otras fueron los usuarios de las guías quienes se tomaron como criterio de selección para la población.

En cuanto a las características de las guías de práctica clínica que se tuvieron en cuenta dentro de los documentos, una fue sobre el cuidado clínico en salud mental(37), una revisión tuvo en cuenta guías de práctica clínica de lesión cerebral traumática en adultos(35), una guía de práctica clínica incluyó como condición la tamización de Papanicolau mediante frotis(40), una revisión incluyó como población las guías de tamización e intervenciones breves en alcohólicos(49); por otro lado, una revisión tuvo en cuenta las guías de un departamento de emergencias (36), una revisión tuvo en cuenta guías basadas en evidencia (51), y un documento fue realizado con base en la implementación de las guías de práctica clínica de la Organización Mundial de la Salud en países de bajos ingresos (48), 11 revisiones no especificaron la condición de las guías incluidas en los estudios (21, 38, 39, 41-47, 50). En cuanto a la población usuaria de las guías 3 revisiones incluyeron como población a los profesionales de la salud (21, 38, 43), mientras que el resto de las revisiones no especifico quienes eran los usuarios de las guías.

Con relación a la exposición considerada para esta revisión, se presentan las características del contexto que ejercen mayor influencia en cada nivel y para cada una de las categorías especificadas. Respecto al nivel macro, se encontró que las barreras políticas tienen gran influencia en el éxito de la implementación de guías de práctica clínica y el papel de los ministerios de salud en la toma de decisiones para la implementación de las guías, a nivel económico el manejo del presupuesto y los recursos se encontró como una característica del contexto que es transversal para todos los niveles y actúa como barrera y facilitador, así como en la categoría de tecnología y educación donde está la confianza en las guías de práctica clínica y su desarrollador, la presentación del documento y en la categoría de comunicación e información, los procesos de disseminación de las guías en como apoyo para los tomadores de decisiones. Por otro lado, no se encontraron características del contexto para la categoría sociocultural y demográfica, además para la categoría de comunicación e información no se encontró información sobre el ministerio de salud ni el gobierno y en la categoría de tecnología y educación no hubo información disponible para el sistema de salud (Ver anexo 6).

En el nivel meso, en la categoría política actúa la organización institucional y administrativa y la influencia de los líderes sociales para la toma de decisiones. Para la categoría económica, como se mencionó anteriormente se encuentra el financiamiento propio de las instituciones en el proceso de disseminación e implementación de las guías. En la categoría de tecnología y educación los sistemas de salud que cuentan con redes de atención dotadas con tecnologías informáticas de fácil acceso para el registro de datos, el seguimiento de pacientes y los recordatorios de medicamentos facilitan la implementación de las recomendaciones de una guía de práctica clínica, así como la toma de decisiones compartidas y el monitoreo en tiempo real a partir de plataformas informáticas que tienen en cuenta la medición de indicadores como estándar de calidad y que recuerdan el cumplimiento de las recomendaciones. Además, el grado de formación actúa como barrera y facilitador en el proceso de disseminación de la guía, la falta de tiempo para conocer la

evidencia más reciente, fue una barrera altamente reportada y la realización de estrategias de implementación específicas actuó como un facilitador importante en este nivel, por ejemplo las estrategias breves para tamización o la estrategia de transferencia del conocimiento que se verán más adelante. Para la categoría de comunicación e información, se encontró que los grupos que realizan la planificación de los procesos de implementación a largo plazo, con estrategias de implementación que tienen en cuenta las barreras y con estructuras organizacionales bien definidas, son más exitosos en el proceso de implementación. En la categoría sociocultural y demográfica se encontró que la cultura y las creencias presentes en las instituciones son características importantes para el análisis que así como la categoría económica, actúa de manera transversal para los tres niveles del contexto, ya que de eso depende el éxito de la puesta en práctica de las recomendaciones, también la presencia de líderes que facilita que la comunidad comprenda los beneficios de la implementación de las recomendaciones. Para este nivel se incluyeron las características de los indicadores en la categoría de comunicación e información ya que son herramientas de auditoría en el proceso de implementación y la influencia de la comunidad solo es considerada en la categoría sociocultural y demográfica (Ver anexo 6).

Finalmente, en el nivel micro respecto a la categoría política se encuentran los pacientes como personas que toman decisiones para el cuidado de su salud, así como el gasto de bolsillo que recae sobre ellos. En cuanto a la categoría económica se encontraron las condiciones laborales y la contratación del talento humano necesario como características que actúan como barrera y facilitador. El nivel educativo y las habilidades informáticas actúan como barrera y facilitador, siendo herramientas para entender y poner en acción las guías de práctica clínica al tiempo que permiten conocer la evidencia más actualizada, así como la educación en los pacientes que facilita el empoderamiento del cuidado de su salud, mientras que la ausencia de tecnología, capacitaciones y educación limitan el éxito del proceso de implementación. Para la categoría de comunicación e información se encontró que la característica más importante con relación a los profesionales es el trabajo en equipo y como se le comunica la guía a los pacientes. Por último, en la categoría sociocultural y demográfica están las características emocionales y personales además como la percepción de la cultura y la influencia de la familia y cuidadores en el cuidado del paciente y la toma de decisiones. No se encontró información referente a los profesionales de la salud para la categoría de política, y la influencia de los familiares y cuidadores solo se vio en la categoría sociocultural.

Cabe resaltar que existen características clínicas y personales que influyen en la implementación de las guías de práctica clínica y que según los resultados de esta revisión pueden actuar como barrera y facilitador dependiendo del caso, ejemplo de esto fue la edad que se reportó de manera general y actuó como barrera (35) para el control de variables clínicas en pacientes adultos mayores y en pacientes jóvenes(49) cuando se trata de estrategias de implementación para temas sensibles como el alcoholismo, así como el género masculino que en este caso fue especificado como barrera y en el tratamiento de la lesión cerebral traumática, fue reportado como facilitador(35)

Debido a la ausencia de la medición de desenlaces de implementación(7) y de los indicadores en salud especificados para esta revisión, no pudo ser determinado el efecto de la inclusión de los factores contextuales ni de las estrategias de implementación que tienen en cuenta el contexto. Además, debido a que los datos incluidos son descriptivos y no hallazgos específicos de estudios cualitativos, no fue posible determinar la calidad de la evidencia para cada desenlace mediante la herramienta de la metodología GRADE “Grades of Recommendation, Assessment, Development and Evaluation”(53) para estudios cuantitativos ni cualitativos.

Por otro lado, el análisis de barreras y facilitadores debe ser realizado dentro un marco conceptual que permite enlazar todos los factores que se deben tener en cuenta en la construcción de un plan de implementación, como fue realizado en 7 de las revisiones incluidas donde los marcos conceptuales que se utilizaron fueron el de Cabana(20, 42), el marco de dominios teóricos (TDF por sus siglas en inglés)(36), el marco conceptual interdisciplinario de cumplimiento de guías de los clínicos(43), el marco de PARIHS(44), el HOT FIT(47), y el proyecto DECIDE(50), que al igual que las características del contexto difieren en gran manera de los dominios que deben ser incluidos y en el análisis que se debe realizar para su reporte. 11 revisiones no incluyeron dentro de su metodología el análisis del contexto mediante algún marco conceptual(21, 35, 37-40, 45, 46, 48, 49, 51).

En relación a las estrategias de implementación, 10 revisiones no tuvieron en cuenta alguna intervención en específico(20, 35, 36, 42, 43, 45, 46, 48, 50, 51), por otro lado, una revisión tuvo en cuenta como estrategia la mejora continua de la medición de la calidad en salud(37), Asonganyi 2013 realizó intervenciones breves como estrategia de implementación para tamización (40, 49), dos revisiones incluyeron las intervenciones personalizadas(21, 44), dos revisiones la toma de decisiones compartidas o el sistema de soporte de decisiones clínicas(38, 47), y una revisión incluyó la estrategia de transferencia del conocimiento (Knowledge Translación (KT))(39).

De la misma manera, para las barreras que fueron encontradas en esta revisión, hubo estrategias de implementación que fueron utilizadas para intervenir las características del contexto que dificultaron la implementación para diferentes guías de práctica clínica, dentro de las estrategias se incluyeron las siguientes: intervenciones personalizadas en las revisiones de Cheater(21) y Flottorp(44), sistemas de soporte de toma de decisiones y decisiones compartidas en las revisiones de Gravel(38) y Kilsdonk(47) y transferencia del conocimiento (KT por sus siglas en inglés) en la revisión de Noonan(39), a diferencia de lo anterior, las revisiones que se centraron únicamente en barreras que no tuvieron en cuenta estrategias de implementación para intervenirlas fueron las revisiones de Addington, Asonganyi y Johnson (37, 40, 49), esto muestra que el análisis de barreras y facilitadores realizado para desarrollar los planes de implementación no se tiene en cuenta ni es intervenido para potenciar el cumplimiento de las guías de práctica clínica, asimismo, el contexto no es evaluado en términos de desenlaces de implementación o desenlaces en salud como lo son los indicadores de proceso, impacto y resultado.

6 DISCUSIÓN

En esta revisión de revisiones sistemáticas se tuvo como objetivo analizar el efecto de la inclusión de los factores contextuales en la implementación de guías de práctica clínica, como resultado, se encontró información referente a los tres niveles del contexto, sin embargo, no hubo información relacionada con los desenlaces clínicos y de implementación, ya que el análisis del contexto en las revisiones incluidas se realizó mediante un enfoque descriptivo que clasifica sus características en barreras o facilitadores sin establecer una relación entre ellos y los desenlaces de implementación e indicadores en salud. Estos hallazgos ya habían sido descritos por la metarevisión de Lau en el año 2016(54), en la que se tuvo como objetivo encontrar las brechas entre la evidencia y la práctica para lograr cambios en el cuidado primario mediante estrategias de implementación complejas, y que concluyo que el análisis del contexto debe ser tenido en cuenta desde su naturaleza dinámica donde intervienen diversos actores como los profesionales de la salud y las organizaciones encargadas para la lograr el éxito del proceso de implementación.

6.1 Resumen de hallazgos principales

De manera general, se encontraron revisiones que tuvieron en cuenta guías de práctica clínica de condiciones específicas o para guías en general, que además describían los factores contextuales bien sea como barrera o facilitador, lo cual difiere de lo reportado por otras metarevisiones (28, 55) ya que abordan el problema de investigación desde la perspectiva que los profesionales se toman como la población en la que se debe evaluar la influencia del contexto, cuando realmente hacen parte importante del mismo para lograr el éxito del proceso de implementación de las guías. En cuanto a la exposición, se encontraron características para los tres niveles de contexto y categorías de análisis (Anexo 6), lo cual permitió establecer los dominios más importantes que se deben tener en cuenta para el análisis del contexto en la construcción de un plan de implementación, adicionalmente se observó que el hallazgo más evidente es que el nivel macro es el que menos tiene información para realizar el análisis de barreras y facilitadores para el diseño de un plan de implementación de GPC, además, las características presentes en el nivel micro fueron las más reportadas por las revisiones incluidas, donde la población que más se tiene en cuenta para la implementación, son los profesionales de la salud, que a pesar de ser actores importantes en el proceso, no son las únicas personas que realizan actividades en salud y que participan en el desarrollo de guías de práctica clínica. Finalmente, en cuanto a los desenlaces, la información encontrada no permitió establecer el efecto de la influencia del contexto cuando se pone en acción un plan de implementación.

6.2 Integridad general de la búsqueda y aplicabilidad de la evidencia

Utilizando el concepto presentado por Brownson en el año 2009(56), que presenta la evidencia en salud pública como *“alguna forma de datos epidemiológicos o de resultados de evaluación de políticas y de información cualitativa, datos de mercadeo y hasta experiencia personal que son usados para hacer juicios o tomar decisiones”*, la evidencia encontrada para la presente revisión será tomada en cuenta como información de tipo

descriptivo, basada en revisiones sistemáticas que incluyeron estudios con metodologías poco robustas.

La información encontrada en las revisiones sistemáticas a partir del proceso de búsqueda, selección y síntesis realizada para determinar el efecto de los factores contextuales en la implementación de guías de práctica clínica, permitió agrupar en una matriz las características del contexto que se deben tener en cuenta para realizar el análisis del mismo, bien sea dentro de un marco conceptual o como parte de la realización de una estrategia de implementación, así como los dominios más importantes, aquellos que son transversales a los tres niveles y un conjunto de características que pueden ser evaluadas en cualquier contexto para realizar el análisis que permitirá la creación del plan de implementación ajustado a las necesidades del mismo, con estrategias de implementación orientadas a la modificación de las barreras presentes y el fortalecimiento de los facilitadores.

Sin embargo, no permitió responder la pregunta de investigación en cuanto a la falta de datos correspondientes a indicadores en salud y desenlaces de implementación, lo cual puede estar reportado en ensayos clínicos y otros estudios primarios pero no haber sido tomado como información relevante en las revisiones incluidas.

6.3 Calidad de la evidencia

En cuanto a la calidad de las revisiones, dentro de los documentos incluidos solo hubo dos que se clasificaron como con alta calidad de acuerdo al puntaje obtenido en la calificación AMSTAR, lo cual muestra que la evidencia disponible sobre las características del contexto tuvo deficiencias en los dominios de elaboración de un protocolo *a priori*, la selección de estudios independientemente de su estado de publicación, la presentación de la lista de estudios incluidos y excluidos, la elaboración de las conclusiones teniendo en cuenta la calidad de los estudios y la evaluación del sesgo de publicación, los cuales son dominios esenciales para determinar sesgos en el diseño, selección y reporte de los resultados de las revisiones, tal como es reportado en la revisión realizada por Francke en el 2008(55) donde solo 2 de 10 revisiones incluidas fueron clasificadas como con alta calidad. Además, la calidad de los estudios incluidos en cada una de las revisiones que se tuvieron en cuenta para la presente revisión, no fue evaluada en la mayoría de los casos. Lo anterior expone una limitación de la información encontrada ya que puede surgir evidencia de mejor calidad que cambie la dirección de las conclusiones realizadas.

6.4 Características de la exposición y los desenlaces

Asimismo, los resultados de las revisiones incluidas guardan ciertas similitudes con metarevisiones publicadas en los últimos años como se muestra a continuación: La metarevisión de Francke 2008(55) que incluyó como población a los profesionales de la salud, tuvo en cuenta las características de las guías y el ambiente (nivel macro), las estrategias de implementación(nivel meso) y las características de los profesionales y pacientes(nivel micro). La metarevisión de Boaz realizada en el 2011(57) tuvo en cuenta la auditoría, retroalimentación, el soporte de decisiones computarizado, intervenciones

multifacéticas y el uso de líderes de opinión (nivel meso); adicionalmente, la metarevisión de Chan del año 2017(28) incluyó dentro del análisis del contexto las características de las guías, los tomadores de decisiones (nivel macro), las características organizacionales, el flujo de trabajo y tiempo, el liderazgo (nivel meso), los conocimientos, actitudes y creencias del clínico (nivel micro) y el alcance de la implementación; Gagliardi en su metarevisión publicada en el año 2015(58) solamente analizó las características de las guías como el año de publicación, país, desarrollador y organización académica (nivel macro); finalmente la revisión de Lau del año 2016(54) también propone categorías similares a los niveles del contexto como dominios esenciales para el análisis del contexto: modelo económico, las políticas, paradigmas locales y nacionales y los tomadores de decisiones (nivel macro), la organización y las estrategias de implementación (nivel meso) y los profesionales de la salud (nivel micro).

Adicionalmente, se encontró que las características del contexto reportadas por las revisiones fueron descritas de manera general, sin aclarar porque se comportaba como barrera, facilitador o ambos; y en algunas situaciones la misma característica actuó de ambas maneras, bien sea en la misma revisión o en más de uno de los documentos, sin especificar en qué casos actuaba como barrera y en cuales como facilitador. Los hallazgos contradictorios en relación a las características del contexto reportadas en las revisiones incluidas, la ambigüedad de algunas de ellas y su comportamiento como barrera y facilitador en diferentes casos, también fueron reportados en la revisión realizada por Francke en el año 2008(55), los cuales fueron explicados por la diversidad de poblaciones, condiciones incluidas en las GPC, tipos de diseño de los estudios incluidos por las revisiones que fueron analizadas por esta revisión y la rigurosidad con la que fue extraída la información.

En cuanto a los desenlaces especificados para esta revisión, de manera similar, en ninguna de las metarevisiones fueron reportados desenlaces en salud, ni como estas características influyen en la implementación de las guías de práctica clínica o como las barreras fueron intervenidas. Además, la información encontrada para la presente revisión, se asemeja a los resultados reportados por Cheater en el año 2005(21) donde a pesar que la estrategia de implementación fue la realización de intervenciones personalizadas para modificar las barreras presentes en el contexto, no se encontraron datos específicos de como las estrategias abordaron las barreras para producir un cambio en la práctica ni sus desenlaces. Ya que un hallazgo consistente en las revisiones y metarevisiones que tienen como objetivo analizar la inclusión del contexto en los planes de implementación de guías de práctica clínica, es que solamente se reporten las barreras y facilitadores y no los desenlaces en salud que estas características desencadenan, la metarevisión realizada por Boaz en el año 2011(57) establece la necesidad de combinar el análisis de barreras y facilitadores con los resultados de las ciencias sociales donde se investigan los problemas y procesos del contexto, además, Chan en su metarevisión realizada en el 2017(28) establece que hay brechas importantes en la efectividad de las estrategias de implementación, especialmente las relacionadas con los desenlaces clínicos, la costo-efectividad y los problemas del contexto que afectan la implementación exitosa y propone la construcción de un modelo multinivel que tiene en cuenta los tres niveles de contexto y

desenlaces en los pacientes como presencia de factores de riesgo, conocimientos, comportamiento, cumplimiento del tratamiento, muerte y comorbilidades asociadas.

6.5 Fortalezas y limitaciones de la revisión

En primera medida, vale la pena resaltar la importancia de crear una matriz que incluyera en cuenta los tres niveles permitiendo incluir toda la información referente al contexto en el proceso de implementación. Esta matriz, puede ser utilizada por desarrolladores de GPC e investigadores con el fin de potenciar el cumplimiento de las recomendaciones y facilitar el proceso de implementación desde el inicio de la construcción de las guías de práctica clínica.

Por otro lado, la realización de una revisión de revisiones sistemáticas tiene la limitación de contar de manera repetida los estudios individuales incluidos en las diferentes revisiones. Por otro lado, en el proceso de búsqueda no se obtuvo información de los determinantes sociales de la salud que intervienen de manera importante en la implementación de guías de práctica clínica, además, los estudios incluidos en las revisiones no tuvieron en cuenta el análisis de costo-efectividad que se realiza para las recomendaciones más importantes de las guías y que debe tener en cuenta el análisis del contexto para la construcción del modelo económico y del plan de implementación.

7 CONCLUSIONES

7.1 IMPLICACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN

El volumen de información incluido en la presente revisión permitió establecer las características del contexto que actúan como barrera, facilitador o ambos, en el proceso de implementación de guías de práctica clínica, sin embargo, aún existen vacíos en este campo de conocimiento, debido a la ausencia de indicadores de impacto, proceso y resultado y desenlaces de implementación cuya efectividad haya sido comprobada.

A futuro se deben tener en cuenta los estudios primarios existentes que pueden haber evaluado el efecto real del contexto en el proceso de implementación, que además de indagar sobre las características del contexto, determinen la efectividad del análisis y de las estrategias de implementación que tienen en cuenta el mismo, con énfasis en el mejoramiento de los métodos y diseños de investigación, por ejemplo, diseños observacionales e investigación cualitativa o ensayos clínicos que permitan realizar comparaciones en la implementación de guías de práctica clínica, y cuyos resultados reflejen los desenlaces de implementación y aquellos indicadores en salud que permitan conocer el cumplimiento de una guía de práctica clínica en un contexto específico.

7.2 IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

En esta revisión se agrupó la información referente a los 3 niveles de contexto y se determinaron los dominios que se deben tener en cuenta para realizar el análisis del mismo, además se encontró que la categoría económica y la influencia de líderes sociales son dominios transversales a los tres niveles. Sin embargo, no fue posible determinar el efecto

del contexto en la implementación de GPC, por lo que, se propuso una matriz de contexto que puede ser utilizada por investigadores y desarrolladores de guías de práctica clínica, quienes deben realizar el análisis del contexto desde el proceso de planeación de la guía y establecer cómo debe controlarse e intervenir en el tiempo, además, es ideal que este análisis se realice junto con la medición de indicadores adecuados que permitan establecer el verdadero efecto de las características del contexto en el cumplimiento de las guías después de poner en acción un plan de alimentación.

8 CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Maria Paula Gutiérrez diseño y realizó el protocolo de la revisión, el Dr. Hernando Gaitán Duarte realizó la revisión y corrección de este, la Dra. Maria Teresa Vallejo diseñó y ejecutó la estrategia de búsqueda, Maria Paula Gutierrez y la Dra. Maria del Pilar Montilla realizaron la tamización, selección y extracción de la información de las revisiones incluidas. Maria Paula Gutiérrez desarrolló la síntesis y análisis de la información lo cual fue revisado por el Dr. Hernando Gaitán Duarte.

9 CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores de la presente revisión no reportaron algún conflicto de interés relacionado con el tema de esta.

10 DIFERENCIAS ENTRE EL PROTOCOLO Y LA REVISIÓN

Los criterios de selección de la evidencia fueron ajustados teniendo en cuenta el proceso de búsqueda de la literatura, donde la población establecida fueron las guías de práctica clínica, no se tuvieron en cuenta ensayos clínicos (en paralelo y clúster), estudios cuasi-experimentales, series de tiempo y estudios de antes y después; que hayan evaluado intervenciones que hayan tenido en cuenta el contexto dentro del proceso de implementación de guías de práctica clínica basadas en evidencia. El tamaño del efecto de la inclusión del contexto y de las estrategias de implementación que tienen en cuenta el contexto, así como la calidad de la evidencia mediante la metodología GRADE, no pudieron ser establecidos debido a la ausencia de desenlaces clínicos y de implementación relacionados con la exposición especificada.

En cuanto al análisis de sensibilidad, este no fue realizado teniendo en cuenta las revisiones que se incluyeron en la clasificación de calidad alta de acuerdo a la calificación AMSTAR, ya que no presentaron características referentes a los tres niveles de contexto y no aportaban información adicional diferente de las otras revisiones. Tampoco fue realizado de acuerdo al tipo de estudios incluidos ya que, en las revisiones se incluyeron diseños y escalas de calificación diferentes y no se realizó evaluación de riesgo de sesgo de los estudios incluidos.

11 REFERENCIAS

1. Institute of Medicine (US) Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines, Robin Graham, Michelle Mancher, Dianne Miller Wolman, Sheldon Greenfield, Earl Steinberg. Summary - Clinical Practice Guidelines We Can Trust - NCBI Bookshelf [Text]: Washington (DC) - National Academies Press (US); 2011. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. Eccles MP, Armstrong D, Baker R, Cleary K, Davies H, Davies S, et al. An implementation research agenda. *Implement Sci.* 4. England2009. p. 18.
3. Eccles MP, Mittman BS. Welcome to Implementation Science. *Implementation Science.* 2006;1:1-
4. Davis DA, Taylor-Vaisey A. Translating guidelines into practice. A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *Cmaj.* 1997;157(4):408-16.
5. Grupo de trabajo sobre implementación de GPC. Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. Available from: http://portal.guiasalud.es/emanuales/implementacion/documentos/Manual_Implementacion.pdf.
6. Ministerio de Salud y Protección social. Manual de Implementación de Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en Colombia. Bogotá2014.
7. Peters D, Tran N, Adam T, Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization. *Implementation research in health.* Geneva: World Health Organization; 2013. Available from: <http://www.who.int/iris/handle/10665/91758>.
8. Lang ES, Wyer PC, Haynes RB. Knowledge translation: closing the evidence-to-practice gap. *Ann Emerg Med.* 2007;49(3):355-63.
9. Lauer MS, Skarlatos S. Translational Research for Cardiovascular Diseases at the NHLBI: Moving from Bench to Bedside and From Bedside to Community. *Circulation.* 2010;121(7):929-33.
10. McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A, et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med.* 2003;348(26):2635-45.
11. Schuster MA, McGlynn EA, Brook RH. How good is the quality of health care in the United States? *Milbank Q.* 1998;76(4):517-63, 09.
12. Grol R. Successes and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice. *Med Care.* 2001;39(8 Suppl 2):li46-54.
13. Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española 2014* [
14. Dopson S, FitzGerald L, Ferlie E, Gabbay J, Locock L. No magic targets! Changing clinical practice to become more evidence based. *Health Care Manage Rev.* 2010;35(1):2-12.
15. Wallin L, Bostrom AM, Wikblad K, Ewald U. Sustainability in changing clinical practice promotes evidence-based nursing care. *J Adv Nurs.* 2003;41(5):509-18.
16. McNulty T, Ferlie E. *Reengineering health care : the complexities of organizational transformation.* Oxford; New York: Oxford University Press; 2004.
17. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Q.* 2004;82(4):581-629.
18. Agency for healthcare research and quality (AHQR). *Contextual Factors: The Importance of Considering and Reporting on Context in Research on the Patient-centered Medical Home* 2013.

19. Welch V, Tugwell P, Morris EB. The equity-effectiveness loop as a tool for evaluating population health interventions. *Rev Salud Publica (Bogota)*. 2008;10 Suppl:83-96.
20. Cabana MD, Rand Cs Fau - Powe NR, Powe Nr Fau - Wu AW, Wu Aw Fau - Wilson MH, Wilson Mh Fau - Abboud PA, Abboud Pa Fau - Rubin HR, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. 1999(0098-7484 (Print)).
21. Cheater F, Baker R, Gillies C, Hearnshaw H, Flottorp S, Robertson N, et al. Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2005(3).
22. Forsner T. Turning guidelines into clinical practice: Findings from an implementation study: Institutionen för folkhälsovetenskap/Department of Public Health Sciences; 2010.
23. Ploeg J, Davies B, Edwards N, Gifford W, Miller PE. Factors influencing best-practice guideline implementation: lessons learned from administrators, nursing staff, and project leaders. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2007;4(4):210-9.
24. Roberge Pasquale, Brouillet Hélène, Fournier Louise. Clinical practice guidelines: decision support tools for clinicians and patients2010; 2.
25. Hoensing Helen. Clinical Practice Guidelines: Closing the Gap Between Theory and Practice JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. U.S.A: Elsevier;; 2016.
26. Higgins J, Green S. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0*. Higgins J, Green S, editors: The Cochrane Collaboration; 2011.
27. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC medical research methodology*. 2007;7:10-.
28. Chan WV, Pearson TA, Bennett GC, Cushman WC, Gaziano TA, Gorman PN, et al. ACC/AHA Special Report: Clinical Practice Guideline Implementation Strategies: A Summary of Systematic Reviews by the NHLBI Implementation Science Work Group: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2017;69(8):1076-92.
29. Tamayo Saenz M. "El análisis de las políticas públicas". In: Editorial A, editor. *La nueva administración pública*. Madrid: Rafael Ba  n y Ernesto Castillo (comps.); 1997.
30. EUnetHTA Joint Action 2 WP. HTA Core Model    version 3.0 (Pdf);. 2016.
31. Shengelia B, Tandon A, Adams OB, Murray CJ. Access, utilization, quality, and effective coverage: an integrated conceptual framework and measurement strategy. *Soc Sci Med*. 2005;61(1):97-109.
32. OMS. WHA 60.29. Tecnologías sanitarias. RESOLUCIONES Y DECISIONES.; 2007.
33. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). Programa Regional de Bioética. *Bioética y cuidado de la salud, equidad, calidad, derecho*. Santiago de Chile,; 2000.
34. Fernández A, Oviedo E. En el marco de las actividades del proyecto @LIS2, "Alianza para la sociedad de la información 2 - Dialogo político inclusivo e intercambio de experiencias". División de desarrollo social, CEPAL, Unión Europea,.
35. Cnossen MC, Scholten AC, Lingsma HF, Synnot A, Tavender E, Gantner D, et al. Adherence to Guidelines in Adult Patients with Traumatic Brain Injury: A Living Systematic Review. *J Neurotrauma*. 2016.
36. Craig LE, McInnes E, Taylor N, Grimley R, Cadilhac DA, Considine J, et al. Identifying the barriers and enablers for a triage, treatment, and transfer clinical intervention to manage acute stroke patients in the emergency department: a systematic review using the theoretical domains framework (TDF). *Implement Sci*. 11. London2016.

37. Addington D, Kyle T, Desai S, Wang J. Facilitators and barriers to implementing quality measurement in primary mental health care: Systematic review. *Can Fam Physician*. 2010;56(12):1322-31.
38. Gravel K, Legare F, Graham ID. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: a systematic review of health professionals' perceptions. *Implement Sci*. 2006;1:16.
39. Noonan VK, Wolfe DL, Thorogood NP, Park SE, Hsieh JT, Eng JJ. Knowledge translation and implementation in spinal cord injury: a systematic review. *Spinal Cord*. 2014;52(8):578-87.
40. Asonganyi E, Vaghasia M, Rodrigues C, Phadtare A, Ford A, Pietrobon R, et al. Factors affecting compliance with clinical practice guidelines for pap smear screening among healthcare providers in africa: systematic review and meta-summary of 2045 individuals. *PLoS One*. 2013;8(9):e72712.
41. Cabana MD, Rand Cs Fau - Powe NR, Powe Nr Fau - Wu AW, Wu Aw Fau - Wilson MH, Wilson Mh Fau - Abboud PA, Abboud Pa Fau - Rubin HR, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. (0098-7484 (Print)).
42. Cochrane LJ, Olson CA, Murray S, Dupuis M, Tooman T, Hayes S. Gaps between knowing and doing: understanding and assessing the barriers to optimal health care. *J Contin Educ Health Prof*. 2007;27(2):94-102.
43. Gurses AP, Marsteller JA, Ozok AA, Xiao Y, Owens S, Pronovost PJ. Using an interdisciplinary approach to identify factors that affect clinicians' compliance with evidence-based guidelines. *Crit Care Med*. 2010;38(8 Suppl):S282-91.
44. Flottorp SA, Oxman AD, Krause J, Musila NR, Wensing M, Godoycki-Cwirko M, et al. A checklist for identifying determinants of practice: a systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. *Implement Sci*. 2013;8:35.
45. Arts DL, Voncken AG, Medlock S, Abu-Hanna A, van Weert HC. Reasons for intentional guideline non-adherence: A systematic review. *Int J Med Inform*. 2016;89:55-62.
46. Ebben RH, Vloet LC, Verhofstad MH, Meijer S, Mintjes-de Groot JA, van Achterberg T. Adherence to guidelines and protocols in the prehospital and emergency care setting: a systematic review. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2013;21:9.
47. Kilsdonk E, Peute LW, Jaspers MW. Factors influencing implementation success of guideline-based clinical decision support systems: A systematic review and gaps analysis. *Int J Med Inform*. 2017;98:56-64.
48. Chakkalakal RJ, Cherlin E, Thompson J, Lindfield T, Lawson R, Bradley EH. Implementing clinical guidelines in low-income settings: a review of literature. *Glob Public Health*. 2013;8(7):784-95.
49. Johnson M, Jackson R, Guillaume L, Meier P, Goyder E. Barriers and facilitators to implementing screening and brief intervention for alcohol misuse: a systematic review of qualitative evidence. *Journal of public health (Oxford, England)*. 2011;33(3):412-21.
50. Loudon K, Santesso N, Callaghan M, Thornton J, Harbour J, Graham K, et al. Patient and public attitudes to and awareness of clinical practice guidelines: a systematic review with thematic and narrative syntheses. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:321.
51. Sadeghi-Bazargani H, Tabrizi JS, Azami-Aghdash S. Barriers to evidence-based medicine: a systematic review. *J Eval Clin Pract*. 2014;20(6):793-802.
52. Gaitán Duarte H, Rojas Reyes MX, Feliciano Alfonso JE. Búsqueda, evaluación y síntesis de la evidencia de efectividad y seguridad en Evaluaciones de Tecnología sanitarias. Manual Metodológico Colombia: División de Protección Social y Salud, Banco Interamericano de Desarrollo; 2017.

53. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Atkins D, Brozek J, Vist G, et al. GRADE guidelines: 2. Framing the question and deciding on important outcomes. *J Clin Epidemiol.* 2011;64(4):395-400.
54. Lau R, Stevenson F, Ong BN, Dziedzic K, Treweek S, Eldridge S, et al. Achieving change in primary care--causes of the evidence to practice gap: systematic reviews of reviews. *Implement Sci.* 2016;11:40.
55. Francke AL, Smit MC, de Veer AJ, Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2008;8:38.
56. Brownson RC, Fielding JE, Maylahn CM. Evidence-based public health: a fundamental concept for public health practice. *Annu Rev Public Health.* 2009;30:175-201.
57. Boaz A, Baeza J, Fraser A. Effective implementation of research into practice: an overview of systematic reviews of the health literature. *BMC Res Notes.* 2011;4:212.
58. Gagliardi AR, Alhabib S. Trends in guideline implementation: a scoping systematic review. *Implementation Science.* 2015;10(1):54.

12 ANEXOS

ANEXO 1. BITÁCORAS DE BÚSQUEDA

Reporte de búsqueda electrónica # 1	
Tipo de búsqueda	Nueva
Bases de datos	MEDLINE MEDLINE In-Process & Other Non-Indexed Citations MEDLINE Daily Update
Plataforma	Ovid
Fecha de búsqueda	01/08/2017
Fecha de actualización (autoalerta)	Indefinida
Rango de fecha de búsqueda	Sin restricción
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda (resultados)	<p>1 exp Practice Guidelines as Topic/ (102737)</p> <p>2 guideline\$.tw. (273181)</p> <p>3 cpg.tw. (25305)</p> <p>4 1 or 2 or 3 (353144)</p> <p>5 (determinant\$ adj5 practice).tw. (416)</p> <p>6 (barrier\$ adj5 facilitator\$).tw. (5638)</p> <p>7 exp Communication Barriers/ (5880)</p> <p>8 (communication adj5 barrier\$).tw. (1780)</p> <p>9 (recommended adj5 practice).tw. (3081)</p> <p>10 factor\$.tw. (2858291)</p> <p>11 context.tw. (330127)</p> <p>12 exp Social Determinants of Health/ (1281)</p> <p>13 (social adj5 determinant).tw. (600)</p> <p>14 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 (3138377)</p> <p>15 exp Guideline Adherence/ (27625)</p> <p>16 (adherence adj5 guideline).tw. (1729)</p> <p>17 (policy adj5 compliance).tw. (421)</p> <p>18 (protocol adj5 compliance).tw. (1173)</p> <p>19 (protocol adj5 adherence).tw. (1372)</p> <p>20 (institutional adj5 adherence).tw. (73)</p> <p>21 (best adj5 practice\$).tw. (21830)</p> <p>22 (procedural adj5 adherence).tw. (22)</p>

23 (procedural adj5 compliance).tw. (38)
24 exp Diffusion of Innovation/ (18415)
25 (innovation adj5 diffusion).tw. (514)
26 (mass adj5 communication).tw. (558)
27 exp Translational Medical Research/ (8289)
28 (medic\$ adj5 translation\$).tw. (2751)
29 (knowledge adj5 translation\$).tw. (2824)
30 (research\$ adj5 translation\$).tw. (11749)
31 (science adj5 translational).tw. (1409)
32 (gap adj5 translational).tw. (193)
33 exp Health Services Research/ (151733)
34 (health adj5 service\$ adj5 evaluation\$).tw. (1415)
35 (health\$ adj5 research).tw. (56795)
36 (medical adj5 research).tw. (29871)
37 (action adj5 research).tw. (6480)
38 (organi?Ational adj5 stud\$).tw. (2116)
39 exp Health Plan Implementation/ (5001)
40 implementation\$.tw. (187986)
41 adoption.tw. (38014)
42 transfer\$.tw. (554123)
43 utili\$.tw. (661939)
44 exp Health Impact Assessment/ (418)
45 (health adj5 impact).tw. (36170)
46 exp Health Information Exchange/ (501)
47 exchang\$.tw. (248617)
48 exp Information Dissemination/ (14121)
49 disseminat\$.tw. (106743)
50 (sharing adj5 information).tw. (4318)
51 (data adj5 sharing).tw. (4555)
52 exp Diffusion of Innovation/ (18415)
53 diffus\$.tw. (331029)
54 exp Evidence-Based Practice/ (79295)
55 (evidence adj5 practice).tw. (20867)
56 (research adj5 practice).tw. (34599)
57 exp Comparative Effectiveness Research/ (2901)
58 (comparative adj5 effectiveness).tw. (7193)
59 (effectiveness adj5 research).tw. (6858)
60 (knowledge adj5 action).tw. (2440)
61 scale up.tw. (8062)
62 exp Technology Transfer/ (1996)

	63 (technology adj5 transfer\$).tw. (2586) 64 (technology adj5 licensing).tw. (45) 65 (research adj5 commercialization\$).tw. (186) 66 (outcome adj5 assessment).tw. (1) 67 (outcome\$ adj5 research).tw. (16133) 68 exp Healthcare Disparities/ (12066) 69 disparit\$.tw. (49519) 70 (inequalit\$ adj5 health\$).tw. (7846) 71 exp Health Status Disparities/ (11734) 72 exp Quality of Health Care/ (6115727) 73 (health\$ adj5 quality).tw. (77961) 74 (care adj5 quality).tw. (75356) 75 or/15-74 (7851421) 76 4 and 14 and 75 (44063) 77 limit 76 to "reviews (maximizes specificity)" (2719)
# de referencias identificadas	2719
# de referencias sin duplicados	2565

Reporte de búsqueda electrónica # 2	
Tipo de búsqueda	Nueva
Bases de datos	Embase
Plataforma	Embase.com
Fecha de búsqueda	02/08/2017
Fecha de actualización (autoalerta)	Indefinida
Rango de fecha de búsqueda	Sin restricción
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros limites	Ninguno
Estrategia de búsqueda (resultados)	<p>1 'practice guideline'/exp (412554)</p> <p>2 guideline*:ab,ti (395571)</p> <p>3 cpg*:ab,ti (34672)</p> <p>4 #1 OR #2 OR #3 (689109)</p> <p>5 (determinant* NEAR/5 practice):ab,ti (454)</p> <p>6 (barrier* NEAR/5 facilitator*):ab,ti (6381)</p> <p>7 'communication barrier'/exp (112)</p> <p>8 (communication NEAR/5 barrier*):ab,ti (2289)</p> <p>9 (recommended NEAR/5 practice):ab,ti (4057)</p> <p>10 factor*:ab,ti (3500319)</p> <p>11 context:ab,ti (375664)</p> <p>12 'social determinants of health'/exp (2903)</p> <p>13 (social NEAR/5 determinant):ab,ti (599)</p> <p>14 #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12</p> <p>OR (3812574)</p> <p>15 'protocol compliance'/exp (6368)</p> <p>16 (adherence NEAR/5 guideline):ab,ti (2646)</p> <p>17 (policy NEAR/5 compliance):ab,ti (602)</p> <p>18 (protocol NEAR/5 compliance):ab,ti (1894)</p> <p>19 (protocol NEAR/5 adherence):ab,ti (2058)</p> <p>20 (institutional NEAR/5 adherence):ab,ti (119)</p> <p>21 (best NEAR/5 practice*):ab,ti (30066)</p> <p>22 (procedural NEAR/5 adherence):ab,ti (37)</p> <p>23 (procedural NEAR/5 compliance):ab,ti (57)</p> <p>24 'mass communication'/exp (460615)</p> <p>25 (innovation NEAR/5 diffusion):ab,ti (539)</p>

26 (mass NEAR/5 communication):ab,ti (620)
27 'translational research'/exp (12752)
28 'translational medicine'/exp (68)
29 (medic* NEAR/5 translation*):ab,ti (3254)
30 (knowledge NEAR/5 translation*):ab,ti (3432)
31 (research* NEAR/5 translation*):ab,ti (14728)
32 (science NEAR/5 translational):ab,ti (1726)
33 (gap NEAR/5 translational):ab,ti (256)
34 'health services research'/exp (30488)
35 'health services evaluation'/exp (534)
36 health:ab,ti AND ((service* NEAR/5
evaluation*):ab,ti)
(3767)
37 (health* NEAR/5 research):ab,ti (66482)
38 (medical NEAR/5 research):ab,ti (38234)
39 (action NEAR/5 research):ab,ti (7623)
40 organi?Ational NEAR/5 stud* (2775)
41 'health care planning'/exp (89411)
42 implementation*:ab,ti (227222)
43 adoption:ab,ti (44816)
44 transfer*:ab,ti (622567)
45 utili*:ab,ti (857370)
46 'health impact assessment'/exp (2821)
47 (health NEAR/5 impact):ab,ti (43410)
48 'implementation science'/exp (15)
49 'medical information system'/exp (17814)
50 exchang*:ab,ti (274059)
51 'information dissemination'/exp (17613)
52 disseminat*:ab,ti (130846)
53 (sharing NEAR/5 information):ab,ti (5159)
54 (data NEAR/5 sharing):ab,ti (5219)
55 'evidence based practice'/exp (927656)
56 (evidence NEAR/5 practice):ab,ti (25010)
57 (research NEAR/5 practice):ab,ti (42293)
58 'comparative effectiveness'/exp (34868)
59 (comparative NEAR/5 effectiveness):ab,ti (9635)
60 (effectiveness NEAR/5 research):ab,ti (8460)
61 (knowledge NEAR/5 action):ab,ti (2850)
62 'scale up':ab,ti (10078)
63 'technology'/exp (208238)

64 (technology NEAR/5 transfer*):ab,ti (3256)
65 (technology NEAR/5 licensing):ab,ti (70)
66 (research NEAR/5 commercialization*):ab,ti (215)
67 'outcome assessment'/exp (374578)
68 (outcome NEAR/5 assessment):ab,ti (2)
69 (outcome* NEAR/5 research):ab,ti (22521)
70 'health care disparity'/exp (10634)
71 'health disparity'/exp (12977)
72 disparit*:ab,ti (58991)
73 (inequalit* NEAR/5 health*):ab,ti (8054)
74 'health care quality'/exp (2541512)
75 (health* NEAR/5 quality):ab,ti (99498)
76 (care NEAR/5 quality):ab,ti (94169)
77 #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR
#21
OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR
#28 OR
#29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35
OR #36
OR #37 OR #38 OR #39 OR #40 OR #41 OR #42 OR
#43 OR
#44 OR #45 OR #46 OR #47 OR #48 OR #49 OR #50
OR #51
OR #52 OR #53 OR #54 OR #55 OR #56 OR #57 OR
#58 OR
#59 OR #60 OR #61 OR #62 OR #63 OR #64 OR #65
OR #66
OR #67 OR #68 OR #69 OR #70 OR #71 OR #72 OR
#73 OR
#74 OR #75 OR #76 (#34 OR #35 OR #36 OR #37 OR
#38
OR #39 OR #40 OR #41 OR #42 OR #43 OR #44 OR
#45 OR
#46 OR #47 OR #48 OR #49 OR #50 OR #51 OR #52
OR #53
OR #54 OR #55 OR #56 OR #57 OR #58 OR #59 OR
#60 OR
#61 OR #62 OR #63 OR #64 OR #65 OR #66 OR #67
OR #68
OR #69 OR #70 OR #71 OR #72 OR #73 OR #74 OR

	#75 OR #76 (5,662,588) 78 #4 AND #14 AND #77 79 #78 AND ([cochrane review]/lim OR [systematic review]/lim OR [meta analysis]/lim) AND [embase]/lim (4365)
# De referencias identificadas	4365
# De referencias sin duplicados	3611

Reporte de búsqueda electrónica # 3	
Tipo de búsqueda	Nueva
Bases de datos	Cochrane library
Plataforma	Wiley
Fecha de búsqueda	02/08/2017
Fecha de actualización (autoalerta)	Indefinida

Rango de fecha de búsqueda	Sin restricción
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros limites	Ninguno
Estrategia de búsqueda (resultados)	<p>Mesh descriptor: [practice guidelines as topic] explode all trees (2094)</p> <p>2. Guideline*:ti,ab (17518)</p> <p>3. Cpg:ti,ab (307)</p> <p>4. #1 or #2 or #3 (18663)</p> <p>5. (determinant* near/5 practice):ti,ab (23)</p> <p>6. (barrier* near/5 facilitator*):ti,ab (418)</p> <p>7. Mesh descriptor: [communication barriers] explode all trees (110)</p> <p>8. (communication near/5 barrier*):ti,ab (79)</p> <p>9. (recommended near/5 practice):ti,ab (357)</p> <p>10. Factor*:ti,ab (98439)</p> <p>11. Context:ti,ab (13208)</p> <p>12. Mesh descriptor: [social determinants of health] explode all trees (11)</p> <p>13. (social near/5 determinant):ti,ab (18)</p> <p>14. #5 or #6 or #7 or #8 or #9 or #10 or #11 or #12 or #13 (110307)</p> <p>15. Mesh descriptor: [guideline adherence] explode all trees (999)</p> <p>16. (adherence near/5 guideline):ti,ab (257)</p> <p>17. (policy near/5 compliance):ti,ab (21)</p> <p>18. (protocol near/5 compliance):ti,ab (401)</p> <p>19. (protocol near/5 adherence):ti,ab (520)</p> <p>20. (institutional near/5 adherence):ti,ab (4)</p> <p>21. (best near/5 practice*):ti,ab (1083)</p> <p>22. (procedural near/5 adherence):ti,ab (1)</p> <p>23. (procedural near/5 compliance):ti,ab (5)</p> <p>24. Mesh descriptor: [diffusion of innovation] explode all trees</p>

(189)

25. (innovation near/5 diffusion):ti,ab (18)

26. (mass near/5 communication):ti,ab (14)

27. Mesh descriptor: [translational medical research]
explode
all trees (101)

28. (medic* near/5 translation*):ti,ab (91)

29. (knowledge near/5 translation*):ti,ab (151)

30. (research* near/5 translation*):ti,ab (496)

31. (science near/5 translational):ti,ab (81)

32. (gap near/5 translational):ti,ab (9)

33. Mesh descriptor: [health services research] explode
all
trees (2603)

34. (health near/5 service* near/5 evaluation*):ti,ab (73)

35. (health* near/5 research):ti,ab (5464)

36. (medical near/5 research):ti,ab (3155)

37. (action near/5 research):ti,ab (398)

38. (organi?ational near/5 stud*):ti,ab (94)

39. Mesh descriptor: [health plan implementation]
explode all
trees (133)

40. Implementation*:ti,ab (9900)

41. Adoption:ti,ab (1697)

42. Transfer*:ti,ab (11574)

43. Utili*:ti,ab (30273)

44. Mesh descriptor: [health impact assessment]
explode all
trees (11)

45. (health near/5 impact):ti,ab (2577)

46. Mesh descriptor: [health information exchange]
explode all
trees (3)

47. Exchang*:ti,ab (5056)

48. Mesh descriptor: [information dissemination]
explode all
trees (234)

49. (sharing near/5 information):ti,ab (128)

50. (data near/5 sharing):ti,ab (115)

51. Disseminat*:ti,ab (4137)

52. Mesh descriptor: [diffusion of innovation] explode all trees (189)

53. Diffus*:ti,ab (5550)

54. Mesh descriptor: [evidence-based practice] explode all trees (2487)

55. (evidence near/5 practice):ti,ab (1678)

56. (research near/5 practice):ti,ab (1596)

57. Mesh descriptor: [comparative effectiveness research] explode all trees (255)

58. (comparative near/5 effectiveness):ti,ab (2022)

59. (effectiveness near/5 research):ti,ab (932)

60. (knowledge near/5 action):ti,ab (93)

61. "scale up":ti,ab (272)

62. Mesh descriptor: [technology transfer] explode all trees (19)

63. (technology near/5 transfer*):ti,ab (42)

64. (technology near/5 licensing):ti,ab (0)

65. (research near/5 commercialization*):ti,ab (3)

66. (outcome near/5 assessment):ti,ab (0)

67. (outcome* near/5 research):ti,ab (1914)

68. Mesh descriptor: [outcome and process assessment (health care)] explode all trees (130926)

69. Mesh descriptor: [healthcare disparities] explode all trees (180)

70. Mesh descriptor: [health status disparities] explode all trees (147)

71. Disparit*:ti,ab (1662)

72. (inequalit* near/5 health*):ti,ab (146)

73. Mesh descriptor: [quality of health care] explode all trees (428047)

74. (health* near/5 quality):ti,ab (11452)

75. (care near/5 quality):ti,ab (3868)

76. #15 or #16 or #17 or #18 or #19 or #20 or #21 or

	#22 or #23 or #24 or #25 or #26 or #27 or #28 or #29 or #30 or #31 or #32 or #33 or #34 or #35 or #36 or #37 or #38 or #39 or #40 or #41 or #42 or #43 or #44 or #45 or #46 or #47 or #48 or #49 or #50 or #51 or #52 or #53 or #54 or #55 or #56 or #57 or #58 or #59 or #60 or #61 or #62 or #63 or #64 or #65 or #66 or #67 or #68 or #69 or #70 or #71 or #72 or #73 or #74 or #75 (482478) 77. #4 and #15 and #77 in cochrane reviews (reviews and protocols), other reviews and technology assessments (51)
# de referencias identificadas	51
# de referencias sin duplicados	51

Reporte de búsqueda electrónica # 4	
Tipo de búsqueda	Nueva/actualización
Bases de datos	Lilacs http://lilacs.bvsalud.org/es/
Plataforma	Biblioteca virtual en salud (bvs), interfaz iahx
Fecha de búsqueda	03/08/2017
Fecha de actualización (autoalerta)	Indefinida
Rango de fecha de búsqueda	Sin restricción
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno

Estrategia de búsqueda (resultados)	(mh:(guía de práctica clínica)) or (ti:(guía)) or (ab:(guía)) or (ti:(gpc)) or (ab:(gpc)) and (ti:(factor)) or (ab:(factor)) or (ti:(contextual)) or (ab:(contextual)) or (ti:(determinante)) or (ab:(determinante)) or (ti:(barrera)) or (ab:(barrera)) or (ti:(facilitador)) or (ab:(facilitador)) or (tw:(barreras de comunicación)) or (mh:(determinantes sociales de la salud)) and (instance:"regional") and (db:("lilacs"))
# de referencias identificadas	78
# de referencias sin duplicados	78

ANEXO 2. FORMATO DE EXTRACCIÓN DE DATOS

Título de la revisión o ID	
ID de la revisión	
ID del reporte	
ID de reporte si hay otras publicaciones de la misma revisión	
Objetivo de la revisión	
Notas	

Información General

Fecha de diligenciamiento (<i>dd/mm/yyyy</i>)	
Nombre/ID de la persona que extrae los datos	
Referencia	
ID o DOI	
Año	
Registro del protocolo	
Detalles de contacto del autor de la revisión	
Tipo de publicación (<i>artículo completo, resumen, otro</i>)	
Diseño del estudio	
Notas:	

Elegibilidad de la revisión

Características de la revisión	Criterios de elegibilidad	¿Cumple con el criterio de elegibilidad?			Ubicación en el texto (pg. & ¶/fig./tabla/otro)
		Si	No	No claro	
Tipo de estudio	Revisión sistemática o revisión de revisiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(a) tienen formulada una pregunta y objetivos claros y específicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(b) se presentan los criterios de búsqueda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(c) se muestran las bases de datos consultadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(d) la calidad metodológica de los estudios fue evaluada por los autores de las revisiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tipo de población	Guías de práctica clínica basadas en evidencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Recomendaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Guías de práctica clínica basadas en consenso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tipo de Intervención	NIVEL MACRO				
	Sistemas de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Organizaciones gubernamentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Tomadores de decisiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Normatividad Nacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	Desarrolladores de guías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	NIVEL MESO				
	Instituciones de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Cultura organizacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sistemas internos de difusión de guías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Empresas prestadoras de servicios de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Aseguradoras y pagadores de servicios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Comunidad objeto de implementación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	NIVEL MICRO				
	Profesionales de la salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Cuidadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otros factores del contexto incluidos:					
INCLUIR <input type="checkbox"/> EXCLUIR <input type="checkbox"/>					
Razón de exclusión					
Notas:					

NO CONTINÚE SI LA REVISIÓN FUE EXCLUIDA DE LA REVISIÓN

Características de las revisiones incluidas

Métodos

Características de la revisión		Descripción como fue escrito en el reporte o artículo			Ubicación en el texto (pg. & ¶/fig./tabla/otro)
Diseño (ej. <i>revisión sistemática, revisión de revisiones</i>)					
Tipo de población: (Guías de práctica clínica completas, recomendaciones, etc.)					
Tipo de intervenciones de implementación incluidas					
Tipo de comparaciones: (Si aplica)					
Tipo de desenlaces medidos					
País					
Marco conceptual utilizado					
Estrategia de implementación utilizada					
CRITERIOS AMSTAR		SI	NO	NO ES CLARO	OBSERVACIONES
1	¿Fue un diseño “a priori”?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	¿Hubo duplicación de la selección de los estudios y de la extracción de datos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	¿Se realizó una búsqueda amplia de la literatura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	¿Se utilizó el estado de la publicación (ejemplo: literatura gris) como criterio de inclusión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	¿Se provee una lista de los estudios incluidos y excluidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	¿Se entregan las características de los estudios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

7	¿Se evaluó y documentó la calidad científica de los estudios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	¿Se utilizó adecuadamente la calidad de los estudios en la formulación de conclusiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	¿Fueron apropiados los métodos para combinar los hallazgos de los estudios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	¿Se evaluó la probabilidad de sesgo de publicación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	¿Fueron declarados los conflictos de interés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
RESULTADO		<input type="checkbox"/>			
Notas:					

RESULTADOS DE LA REVISIÓN

Características de la revisión	Descripción	Ubicación en el texto (pg. & ¶/fig./tabla/otro)
Tipo y número de estudios incluidos en la revisión	Revisión de revisiones	
	Revisión sistemática	
	Ensayo clínico aleatorizado	
	Ensayo clínico controlado cuasi-aleatorizado	
	Estudios de antes y después	
	Series de tiempo	
	Otro diseño (Especificar):	
Tipo de población	Guías de práctica clínica basadas en evidencia	
	Recomendaciones	

	Guías de práctica clínica basadas en consenso		
		BARRERA	FACILITADOR
Tipo de Intervención	NIVEL MACRO		
	Sistemas de salud		
	Organizaciones gubernamentales		
	Tomadores de decisiones		
	Normatividad Nacional		
	Desarrolladores de guías		
	NIVEL MESO		
	Instituciones de salud		
	Cultura organizacional		
	Sistemas internos de difusión de guías		
	Empresas prestadoras de servicios de salud		
	Aseguradoras y pagadores de servicios		
	Comunidad objeto de implementación		
	NIVEL MICRO		
	Profesionales de la salud y Médicos		
	Pacientes		
	Cuidadores		

Otras características del contexto incluidas en la revisión			
Tipo de comparaciones			
Tipo de medidas de desenlace	Desenlaces primarios:		
	Desenlaces secundarios:		

DESENLACES PRIMARIOS:

Desenlace de interés	Definición del desenlace	Si se incluye alguna escala: límite inferior y superior, y si alguno de los mismos es adecuado	Descripción	Ubicación en el texto

DESENLACES SECUNDARIOS:

Desenlace de interés	Definición del desenlace	Si se incluye alguna escala: límite inferior y superior, y si alguno de los mismos es adecuado	Descripción	Ubicación en el texto

Información adicional

	Descripción	Ubicación en el texto (pg. & ¶/fig./tabla/otro)
	Fuente de financiamiento	
	Principales conclusiones de los autores del estudio	
	Otros comentarios de los autores del estudio	
	Referencias a otros estudios relevantes	
	Correspondencia requerida	
	Comentarios varios de los autores de la revisión	

ANEXO 3. CALIFICACIÓN DE LAS REVISIONES INCLUIDAS

Autor y año	Adding ton 2010	Arts. 2016	Ason ganyi 2013	Caban a 1999	Chakk alakal 2013	Cheat er 2005	Cross en 2015	Cochr ane 2007	Craig 2016	Ebben 2013	Flottor p 2013	Gravel 2006	Gurse s 2010	Johns on 2011	Kilsdo nk 2017	Loudo n 2014	Noona n 2014	Sadeg hi 2014
¿Fue un diseño “a priori”?	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
¿Hubo duplicación de la selección de los estudios y de la extracción de datos?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI
¿Se realizó una búsqueda amplia de la literatura?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
¿Se utilizó el estado de la publicación (ejemplo: literatura gris) como criterio de inclusión?	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	SI
¿Se provee una lista de los estudios incluidos y excluidos?	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
¿Se entregan las características de los estudios?	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI	SI	NO
¿Se evaluó y documentó la calidad científica de los estudios?	NO	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI

Autor y año	Adding ton 2010	Arts. 2016	Asong anyi 2013	Cabana 1999	Chakkalal 2013	Cheater 2005	Crossen 2015	Cochrane 2007	Craig 2016	Ebben 2013	Flottorp 2013	Gravel 2006	Gurses 2010	Johnson 2011	Kilsdonk 2017	Loudon 2014	Noonan 2014	Sadeghi 2014
¿Se utilizó adecuadamente la calidad de los estudios en la formulación de conclusiones?	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO
¿Fueron apropiados los métodos para combinar los hallazgos de los estudios?	NO APLIC A	NO APLIC A	NO APLIC A	NO	NO APLIC A	NO APLIC A	NO APLIC A	NO APLIC A	NO APLIC A	NO	NO APLIC A	NO APLIC A	NO APLIC A	NO APLIC A	NO APLIC A	NO APLIC A	NO APLIC A	NO APLIC A
¿Se evaluó la probabilidad de sesgo de publicación?	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO
¿Fueron declarados los conflictos de interés?	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO
TOTAL	4	5	6	3	4	9	8	4	7	7	5	4	2	4	5	6	6	4

ANEXO 4. CARACTERÍSTICAS DE LAS REVISIONES INCLUIDAS

	ADDINGTON 2010	ARTS 2016	ASONGA NYI 2013	CABANA 1999	CHAKKALAKAL 2013	CHEATER 2005	CNOSSEN 2015	COCHRANE 2007	CRAIG 2016
OBJETIVO DE LA REVISIÓN	Identificar facilitadores y barreras para implementar medidas de calidad en la atención primaria de salud mental como parte de un gran estudio canadiense (<i>Continuous Enhancement of Quality Measurement</i>) para identificar y seleccionar medidas de comportamiento clave para el mejoramiento de la calidad en salud mental a nivel primario.	El objetivo de esta revisión sistemática fue conocer y clasificar las razones del no cumplimiento intencional y su validez	Realizar una revisión sistemática y metaresumen para identificar los factores que afectan el cumplimiento de las GPC para la prueba de Papanicolaou entre los proveedores de atención médica en África.	Revisar las barreras del médico a el cumplimiento de guías de práctica clínica	Llevar a cabo una revisión sistemática de la literatura revisada por pares sobre la implementación de las guías clínicas de la OMS para la atención hospitalaria en entornos de bajos ingresos.	Evaluar la eficacia de las estrategias adaptadas a las barreras específicas identificadas para el cambio en el desempeño profesional.	El objetivo de esta revisión sistemática fue proporcionar una visión global del cumplimiento de los profesionales a las guías en pacientes adultos con lesión cerebral traumática.	Actualizar la comprensión de las barreras al cumplimiento del proveedor de atención médica a las guías, la difusión de la innovación y la aplicación de las pruebas en la práctica.	1. Identificar las barreras y facilitadores para implementar conductas clínicas objetivo basadas en la evidencia 2. Clasificar las barreras y facilitadores informados utilizando el marco de dominios Teóricos 3. Seleccionar la técnica de cambio de comportamiento que mejor se alinee con la estrategia que cada facilitador representa utilizando la taxonomía estándar

	ADDINGTON 2010	ARTS 2016	ASONGA NYI 2013	CABANA 1999	CHAKKALAKAL 2013	CHEATER 2005	CNOSSEN 2015	COCHRANE 2007	CRAIG 2016
DISEÑO	Revisión sistemática	Revisión sistemática	Revisión sistemática	Revisión sistemática	Revisión sistemática	Revisión sistemática	Revisión sistemática	Revisión sistemática	Revisión sistemática
POBLACIÓN (condición en la que se evaluaron las guías)	Guías de práctica clínica en salud mental, estudios de calidad y de innovación en salud	Guías de práctica clínica	Guías de práctica clínica para la tamización de Papanicolaou mediante frotis en África	Guías de práctica clínica, parámetros clínicos, políticas clínicas, recomendaciones internacionales o indicaciones de consenso	Guías de práctica clínica de la OMS, implementadas en entornos de bajos recursos	No especificado	Guías de práctica clínica de lesión cerebral traumática	Guías de práctica clínica, recomendaciones nacionales e internacionales, declaraciones de consenso	Identificación de barreras en un departamento de emergencias hospitalarias
Población de usuarios de las guías	No especificado	No especificado	No especificado	No especificado	No especificado	Profesionales de la salud responsables de la atención del paciente. Se excluyeron los estudios que incluyeron a estudiantes	No especificado	No especificado	No especificado
INTERVENCIÓN O EXPOSICIÓN	Implementación de indicadores de calidad	Decisión del paciente, contraindicaciones, demografía del paciente, decisión médica	Factores de afectan el cumplimiento del proveedor de salud	Barreras para el cumplimiento que pueden ser cambiadas por intervenciones de	Factores que afectan la implementación	Los estudios incluyeron al menos un grupo que recibió una intervención adaptada para abordar las barreras	Se incluyeron estudios que analizaron el cumplimiento a una guía o protocolo completo, así como estudios que	Barreras para el cumplimiento de la implementación	Categorización de las barreras utilizando el marco de dominios teóricos (TDF) y técnica de cambio del

	ADDINGTON 2010	ARTS 2016	ASONGA NYI 2013	CABANA 1999	CHAKKALAKAL 2013	CHEATER 2005	CNOSSEN 2015	COCHRANE 2007	CRAIG 2016
				implementación		explícitamente especificadas para el cambio. COMPARACIÓN: Grupo de comparación que no recibió una intervención a la medida o una comparación entre una intervención dirigida a las barreras individuales y sociales u organizacionales, en comparación con una intervención dirigida sólo a las barreras individuales.	analizaron el cumplimiento a una o más recomendaciones de una sola guía.		comportamiento (BCT)
DESENLACES	Facilitadores y barreras para implementar los	No cumplimiento intencional de las guías de práctica clínica	Cumplimiento a las guías de práctica clínica	Cumplimiento a las guías de práctica clínica	Implementación de las guías	El desempeño profesional medido objetivamente (excluyendo	Cumplimiento: se definió como el porcentaje de pacientes que	Implementación y cumplimiento de la evidencia en	Comportamientos clínicos

	ADDINGTON 2010	ARTS 2016	ASONGA NYI 2013	CABANA 1999	CHAKKALAKAL 2013	CHEATER 2005	CNOSEN 2015	COCHRANE 2007	CRAIG 2016
	indicadores de calidad: características del indicador, estrategias promocionales, estrategias de implementación, recursos, factores individuales, factores de nivel organizacional, factores externos					el autoinforme) o los resultados del paciente en un entorno de atención médica o ambos. También se recopiló información sobre la satisfacción profesional y del paciente y los cambios en los conocimientos o actitudes.	fueron tratados de acuerdo con una guía, un subconjunto de directrices o una recomendación individual de una guía. Esta definición se eligió para permitir la comparación del cumplimiento a las diferentes directrices o recomendaciones de la guía.	la práctica clínica	
NUMERO Y TIPO DE ESTUDIOS INCLUIDOS	57 en total / 20 de guías de práctica clínica Ensayos clínicos, grupos focales, corte transversal, cuestionario, encuesta, cohorte prospectiva,	16 estudios de cohorte 9 retrospectivos, 6 prospectivos, 1 mixto	11 estudios de tipo corte transversal, encuestas y cuestionarios	76 encuestas y estudios cualitativos	17 estudios de tipo cohorte prospectiva, estudios mixtos, cohorte retrospectiva, proyectos de mejoramiento de la calidad	17 estudios de tipo cohorte prospectiva, estudios mixtos, cohorte retrospectiva, proyectos de mejoramiento de la calidad	Ensayos clínicos aleatorizados	22 estudios observacionales (25 publicaciones)	9 estudios cualitativos, grupos focales y entrevistas semiestructuradas

	ADDINGTON 2010	ARTS 2016	ASONGA NYI 2013	CABANA 1999	CHAKKALAKAL 2013	CHEATER 2005	CNOSSEN 2015	COCHRANE 2007	CRAIG 2016
	Delphi modificado cuantitativo, análisis de clúster								
CALIFICACIÓN AMSTAR	4	5	6	3	4	9	8	4	7
MARCO CONCEPTUAL	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Cabana 1999	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Cabana 1999	Theoretical domains framework (TDF)
ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN	Mejora continua de la medición de la calidad	Ninguna	Tamización	Ninguna	Ninguna	Intervenciones personalizadas	Ninguna	Ninguna	Ninguna

	EBBEN 2013	FLOTTORP 2013	GRAVEL 2006	GURSES 2010	JOHNSON 2011	KILSDONK 2017	LOUDON 2014	NOONAN 2014	SADEGHI 2014
OBJETIVO DE LA REVISIÓN	El primer objetivo de este estudio fue presentar una visión general del cumplimiento de los profesionales a las guías y protocolos nacionales o internacionales en el área de despacho médico de emergencia, prehospitalario y de urgencias.	Identificar o desarrollar una lista de determinantes de la práctica que fuera comprensiva y no superpuesta, que fuera fácil de entender y usar (Lista de comprobación TICD).	Revisar sistemáticamente los estudios que informaron sobre las barreras y facilitadores percibidos por los profesionales de la salud para implementar la toma de decisiones compartida en su práctica clínica.	Identificar los factores que afectan el cumplimiento de los clínicos con las guías basadas en la evidencia utilizando un enfoque interdisciplinario y desarrollar un marco conceptual que puede proporcionar una guía completa y práctica para el diseño de intervenciones eficaces.	Sintetizar la evidencia cualitativa de las barreras y facilitadores para la implementación efectiva de la tamización y la intervención breve para el abuso del alcohol en adultos y niños mayores de 10 años.	Proporcionar una comprensión integrada y diferenciada de los factores que influyen la implementación de los sistemas de soporte de decisión clínica basados en guías e ilustrar los vacíos en la literatura actual.	Identificar y sintetizar evidencias sobre las actitudes del público hacia las guías de práctica clínica (incluyendo las versiones relacionadas con los pacientes) y las recomendaciones basadas en la evidencia, así como en su conocimiento	Realizar una revisión sistemática examinando la eficacia de las intervenciones de traducción de conocimientos (KT) en el cambio de la práctica clínica y los resultados de los pacientes.	Revisar sistemáticamente y llevar a cabo un análisis de los obstáculos a la medicina basada en la evidencia
DISEÑO	Revisión sistemática	Revisión sistemática	Revisión sistemática	Revisión sistemática	Revisión sistemática	Revisión sistemática	Revisión sistemática	Revisión sistemática	Revisión sistemática
POBLACIÓN (condición en la que se evaluaron las guías)	Guías y protocolos (inter) nacionales relativos a todos los tipos de condiciones	Implementación de recomendaciones basadas en evidencia en el cuidado de la salud	No especificado	No especificado	Tamización o intervenciones en alcohólicos > 10 años	Guías de práctica clínica	Guías de práctica clínica para proveedores de salud, pacientes y público general	Práctica clínica y educación	Guías de práctica clínica basadas en evidencia

	EBBEN 2013	FLOTTORP 2013	GRAVEL 2006	GURSES 2010	JOHNSON 2011	KILSDONK 2017	LOUDON 2014	NOONAN 2014	SADEGHI 2014
	médicas en todos los tipos de situaciones de emergencia en todos los países y regiones dentro de los países.								
Población de usuarios de las guías	No especificado	No especificado	Profesionales de la salud	Profesionales clínicos	No especificado	No especificado	No especificado	No especificado	No especificado
INTERVENCIÓN O EXPOSICIÓN	Factores influyentes	Determinantes del cambio: Determinantes de la práctica actual relevantes, implementación de recomendaciones, listas de chequeo	Toma de decisiones compartidas	Guías de práctica clínica basadas en evidencia	Barreras y facilitadores	Sistemas automatizados para la implementación	Actitudes y conciencia	Traducción del conocimiento (KT)	Barreras
DESENLACES	Cumplimiento cuantificado por porcentaje	Los resultados relevantes incluyeron cualquier cambio deseado en la efectividad, seguridad, eficiencia,	Barreras y facilitadores	Factores que afectan la conformidad	Implementación de intervenciones de tamización y educación breve	barreras y facilitadores de acuerdo al marco conceptual HOT-FIT	Cumplimiento a guías y protocolos	Implementación en lesiones de medula espinal	Implementación de guías de práctica clínica

	EBBEN 2013	FLOTTORP 2013	GRAVEL 2006	GURSES 2010	JOHNSON 2011	KILSDONK 2017	LOUDON 2014	NOONAN 2014	SADEGHI 2014
		capacidad de respuesta o equidad de los servicios de salud.							
NUMERO Y TIPO DE ESTUDIOS INCLUIDOS	35 estudios con métodos prospectivos, retrospectivos y de corte transversal	12 listas de chequeo	28 estudios (32 publicaciones) ensayos clínicos aleatorizados, estudios transversales, estudio de antes y después	11 estudios observacionales	47 RS, Ensayos clínicos, corte transversal y estudios cualitativos	35 estudios con métodos cuantitativos, cualitativos y mixtos	26 estudios de tipo cuantitativo y cualitativo	13 estudios de cohorte, antes y después	106 observacionales, cualitativos, metaanálisis y revisiones sistemáticas
CALIFICACIÓN AMSTAR	7	5	4	2	4	5	6	6	4
MARCO CONCEPTUAL	Ninguno	PARIHS	Ninguno	Marco conceptual interdisciplinario de cumplimiento de las guías de los clínicos	Ninguno	HOT FIT	Proyecto DECIDE	Ninguno	Ninguno
ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN	Ninguna	Intervenciones personalizadas	Toma de decisiones compartidas	Ninguna	Tamización e intervenciones breves para abuso del alcohol	Sistema de soporte de decisiones clínicas	Ninguna	Knowledge translation	Ninguna

ANEXO 5. CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS EXCLUIDOS

ESTUDIO	RAZÓN DE EXCLUSIÓN
Allen 2009	Texto completo no disponible
Baker 2015	Evalúa la efectividad de las intervenciones personalizadas
Baskerville 2012	Evalúa la efectividad de las intervenciones facilitadoras, sin embargo, no incluye el contexto
Chaillet 2006	Revisión sistemática enfocada en estrategias de implementación
Elwyn 2013	La población son intervenciones guiadas a la implementación de sistemas de apoyo de decisiones a pacientes
Leentjens 2008	Se excluye por idioma
O'Reilly 2017	La población incluida no son guías de práctica clínica
Saillour 2003	Texto completo no disponible
Shanbang 2017	Protocolo de revisión sistemática
Vahidi 2013	La población incluida no son guías de práctica clínica

ANEXO 6. MATRIZ DE BARRERAS Y FACILITADORES

NIVEL MACRO			
CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO	BARRERA	FACILITADOR
POLÍTICO	Sistema de salud, Gobierno y ministerio de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Barreras políticas(21) • Normatividad nacional en salud es contradictoria con la implementación(43). • Segmentación de la atención en salud(43). 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios respaldados por una fuerza de trabajo gubernamental (demuestra competencia)(37). • Soporte del ministerio de salud (48). • Presencia de tomadores de decisiones durante la construcción de las guías (48). • Mandato y planificación de la implementación(43).
	Guías de práctica clínica y desarrolladores	<ul style="list-style-type: none"> • Relevancia: Las recomendaciones carecen de una perspectiva holística del paciente(47). • Esfuerzos para adaptar las guías a circunstancias locales(48): <ul style="list-style-type: none"> ○ Inhabilidad para monitorear y ausencia de un plan de monitoreo • Falta de aplicabilidad local (42, 47) y el tema de la guía no es prioritario para ser implementado(51). 	<ul style="list-style-type: none"> • Esfuerzos para adaptar las guías a circunstancias locales(48): <ul style="list-style-type: none"> ○ Auditoria para el mejoramiento de la calidad. • Relevancia: Las recomendaciones son relevantes para la situación clínica actual(38, 47).
ECONÓMICO	Sistema de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades de presupuesto en el cumplimiento de las recomendaciones(51). 	
	Gobierno y ministerio de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Profesionales de la salud en países de bajos ingresos, obstaculizan la implementación de las guías(48). • Barreras económicas(21) 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de financiamiento(43).

NIVEL MACRO			
CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO	BARRERA	FACILITADOR
	Guías de práctica clínica y desarrolladores	<ul style="list-style-type: none"> • Altos costos de acceso a la evidencia y de la guía, con bajos beneficios(20, 38, 51). 	
TECNOLÓGICO Y DE EDUCACIÓN	Gobierno y ministerio de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Tensión en contra del cambio(43). 	
	Guías de práctica clínica y desarrolladores	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de acceso rápido y poca utilidad(42, 47, 51) • Falta de recordatorios acerca de la posibilidad de tratamiento(21). • CONFIANZA EN LAS GPC <ul style="list-style-type: none"> ○ Presencia de guías contradictorias, falta de acuerdo entre guías similares de práctica clínica con recomendaciones específicas(20, 36, 38). ○ Debilidades en la interpretación de la evidencia(20). ○ Falta de confianza en el desarrollador de guías (20). ○ Algunos trabajadores de la salud resistieron las guías que condujeron a menos de lo esperado en los resultados(48). ○ No hay necesidad de directrices de tratamiento como de rutinas de tratamiento(51). 	<ul style="list-style-type: none"> • Recordatorios: Las recomendaciones están disponibles en el momento de toma de decisiones (47). • CONFIANZA EN LAS GPC <ul style="list-style-type: none"> ○ Confianza en los desarrolladores(38). ○ Credibilidad y aceptabilidad de las guías clínicas desde la perspectiva de los proveedores de atención médica(48). ○ El involucramiento temprano de proveedores de atención médica ayudó a cambios necesarios para la implementación (48). ○ El uso de indicadores clínicos reconocibles mejoró la implementación (48).

NIVEL MACRO			
CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO	BARRERA	FACILITADOR
COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN	Sistema de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Características propias del sistema de salud y dificultades en la comunicación(44). 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimulación de la comunidad profesional y el pensamiento crítico (48).
	Guías de práctica clínica y desarrolladores	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación del documento y estructura no comprensible(20, 42). Las guías son demasiado complicadas, rígidas, no prácticas ni útiles y es difícil encontrar la información(20, 38, 47, 51). • Falta de uso de guías y listas de verificación para la implementación(47). • Falta de evidencia convincente (42, 47). 	<ul style="list-style-type: none"> • Las guías podrían ser usadas como una herramienta sencilla y útil para proporcionar información y recomendaciones que podrían conducir a una mejor comprensión de la salud y que se pueda usar fuera del consultorio(50). • La importancia del formato al tratar de comprender y adaptar las guías a sí mismos y en la forma en que percibían las guías (50). Deben ser documentos prácticos, compatibles, fáciles de usar, comunicables y modificables(38), con ausencia de ambigüedad(43). • Completitud: El sistema proporciona una explicación para una recomendación (47). • Formato: El diseño del sistema está orientado visualmente. Las recomendaciones son claramente visibles en la pantalla (posicionamiento) (47). • Uso de guías y listas de verificación para la implementación(48).

NIVEL MACRO			
CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO	BARRERA	FACILITADOR
			<ul style="list-style-type: none"> • Fuerza de la evidencia, alta comparabilidad, baja complejidad (43) y acuerdo general con la misma (38). • Las directrices deben ser percibidas como dignas de confianza (50).

NIVEL MESO			
CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO	BARRERA	FACILITADOR
POLÍTICO	Organizacionales e institucionales	<ul style="list-style-type: none"> • Restricciones organizacionales y administrativas(20, 36). • Normas subjetivas(43). • Falta de soporte de las directivas(21, 42, 49, 51). • Propiedad privada de las unidades de atención(46). • Baja prioridad de gestión (51). • Falta de prioridades en salud acordadas (51). • No hay estructuras o procesos claros (51). • Aumento de incertidumbre corporativa(38). 	<ul style="list-style-type: none"> • Factores asociados con la toma de decisiones compartidas como una innovación (38). • Estructura organizacional definida y estructuras de poder formales y con prestigio (36, 37). • Participación de los tomadores de decisiones (37). • Acuerdo de los equipos en el propósito, los beneficios y la importancia de la implementación (37). • Reuniones formales e informales (36). • Planeación mandataria y preparada, (43). • Influencia de ideas externas a la organización(43). • Cultura organizacional (43). • Exploración de problemas y necesidades del cliente/personal (43). • Obtener ideas de fuera de la organización(43).
	Influencias sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Competencia de conducta entre los líderes (43). • Influencia de la industria farmacéutica(21). • Falta de soporte de líderes(36) 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo de los miembros de las juntas directivas, la institución y compromiso de los medios mandos (37, 38, 43, 49). Fuerte liderazgo y apoyo de la administración y el líder local

NIVEL MESO			
CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO	BARRERA	FACILITADOR
			<p>(39),responsabilidad de algún miembro del equipo(37).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fuerza de soporte de líderes de opinión y oponentes(43). • Cooperación del equipo multidisciplinario, soporte y participación de los administradores, líderes y gerentes intermedios(36, 43). • Participación de todos los profesionales en el proceso de implementación (36). • Miembros respetados e influyentes del hospital que entrenen sobre el uso del tratamiento (36). • Compartir experiencias con el personal de otras instituciones (36). • Características de los agentes de cambio(43).
	Aseguradoras	<ul style="list-style-type: none"> • Restricciones administrativas (45). 	
	Estrategias de implementación	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de evaluadores asociados al gobierno(37). 	<ul style="list-style-type: none"> • Poca segmentación y objetivos claros(43).
ECONÓMICO	Organizacionales e institucionales	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de recursos financieros propios o financiamiento externo(20, 36, 38, 40, 42, 49, 51) 	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos y suministros suficientes para funcionamiento y gastos adicionales (37, 38, 43). • Acceso a los servicios(38). • Buena relación costo-beneficio(38).

NIVEL MESO			
CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO	BARRERA	FACILITADOR
		<ul style="list-style-type: none"> Alta demanda de los pacientes se destacó como un problema percibido en las instituciones(21). Falta de flujo del presupuesto invertido(20). Poco acceso a los servicios(38). 	
	Estrategias de implementación	<ul style="list-style-type: none"> Estrategia no costo efectiva(51). 	<ul style="list-style-type: none"> Atención al comportamiento competidor(43).
TECNOLÓGICO Y DE EDUCACIÓN	Organizacionales e institucionales	<ul style="list-style-type: none"> Restricciones en el tiempo: <ul style="list-style-type: none"> Para planificar y dificultad para encontrar el tiempo para documentar los resultados de la tamización en los registros médicos electrónicos (20, 36-38, 40, 42). Para buscar directrices o práctica de medicina basada en la evidencia, falta de tiempo para estudiar, no hay tiempo para buscar información, tiempo insuficiente en el trabajo para implementar nuevas ideas, no hay horas extras o tiempo de compensación para las citas después de horas de estudio(51). Para utilizar el sistema informático durante la consulta(47). Para mantenerse informado(20, 21). 	<ul style="list-style-type: none"> La tecnología de la información es actual o se tienen recursos disponibles para mejorarla (37) Se dispone de tiempo para interpretar y actuar sobre los datos de los indicadores (37, 38). Apoyo práctico para la entrada de datos(37). Acceso a asesoramiento de expertos sobre temas clínicos(37). Proceso eficiente para la administración e interpretación de la herramienta de tamización (36). Recordatorios para ayudar a seguir el protocolo y a la toma de decisiones (36). Establecer un protocolo de manejo (36).

NIVEL MESO			
CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO	BARRERA	FACILITADOR
		<ul style="list-style-type: none"> • Documentación de los registros médicos y falta de un responsable que se encargue de la entrada de datos (37) • Sistemas informáticos no compatibles y falta de formación (37). Eficiencia: El tiempo necesario para utilizar el sistema es demasiado largo. Las interacciones de los usuarios se minimizan(47). • Servicios no registrados en el expediente médico o difíciles de encontrar (21, 37). • Dificultad para el monitoreo del tratamiento (21). • Ubicación de la institución(46) y distancia de desplazamiento si la información se encuentra en una biblioteca(51). • Estructura en el sistema que dificultó la realización de la intervención de transferencia del conocimiento(39). 	<ul style="list-style-type: none"> • Listas de verificación disponibles(43). • Ambiente físico adecuado (43). • Presencia de un programa preexistente con un propósito similar(51). • Calidad del sistema informático(47): <ul style="list-style-type: none"> ○ Facilidad de uso: El sistema es intuitivo y fácil de usar ○ Compatibilidad: los sistemas automatizados se integran los sistemas operativos utilizados ○ El sistema se ajusta a los cuidados de rutina ○ El diseño del sistema está orientado visualmente • Las recomendaciones están disponibles en el punto de toma de decisiones y son claramente visibles en la pantalla (posicionamiento)
	Estrategias de implementación	<ul style="list-style-type: none"> • La estrategia de transferencia del conocimiento fue difícil de llevar a cabo, tomo mucho tiempo y fue estresante para los pacientes(39). 	<ul style="list-style-type: none"> • Las intervenciones diseñadas para abordar éstas incluyeron (en el mismo orden): aumento de tarifas, apoyo para el cambio y la información del

NIVEL MESO			
CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO	BARRERA	FACILITADOR
			<p>paciente, soporte de decisiones basado en computadora, información del paciente y versiones breves de las directrices con recordatorios e incentivos basados en computadoras(21).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usar evaluadores con experiencia médica o de investigación(37). • El método de documentación es fácil de usar y orienta la atención (37). • Los datos documentados están preparados para la computadora(37). • Utilizar herramientas previamente desarrolladas (37). • Crear un equipo multidisciplinario de mejora de la calidad (37). • Entrega de cuestionarios(49). • La estrategia de transferencia del conocimiento fue lo suficientemente flexible como para adaptarse a los deseos de las partes interesadas. Las pruebas requeridas por la estrategia fueron fáciles de seguir(39)
	Factores clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • A nivel institucional: Incapacidad para controlar la homeostasis del paciente (48). 	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de síndromes clínicos en vez de diagnósticos específicos (48).

NIVEL MESO			
CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO	BARRERA	FACILITADOR
COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN	Organizacionales e institucionales	<ul style="list-style-type: none"> • Infraestructura y organización insuficiente(21, 40, 42, 51). • Deficiencias en el proceso de remisión a los servicios específicos (36, 42) • Falta de trazabilidad, continuidad en los procesos y programas (36, 38) • Demoras hospitalarias (36) • Pacientes que se presentan por fuera del tiempo adecuado (36) • Demoras en el departamento de emergencias (36) • Asignación a unidad no ideal (36) • Aumento de demanda en el departamento de emergencia durante las horas pico(36). • Pobre flujo de los pacientes a los centros de rehabilitación(36). 	<ul style="list-style-type: none"> • Distancias intrahospitalarias cortas entre unidades (36). • Características de las tareas especificadas (43).
	Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de precisión(37). • Son una amenaza para la autonomía(37). • No creíbles(37). • Son herramientas para penalizar el desempeño(37). • Sanciones financieras basadas en áreas de desempeño más allá del alcance de control profesional(37). 	<ul style="list-style-type: none"> • Creíbles (37). • Vinculados a incentivos de desempeño(37). • Definiciones bien reconocidas, claras e inclusivas (37). • Reflejan el conocimiento actual (37). • Basadas en datos confiables (37). • Representa una agenda "abierta" (37).

NIVEL MESO			
CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO	BARRERA	FACILITADOR
		<ul style="list-style-type: none"> • Generación de indicadores es costosa(37). 	<ul style="list-style-type: none"> • Indicadores "encajan" con las iniciativas y políticas locales(37). • Indicadores seleccionados con moderación (37). • La información del indicador es parte de documentar el cuidado(37).
	Estrategias de implementación	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de diagnósticos definitivos en los gráficos (37). • Umbrales de intervención difíciles de definir (37). • Tensión en contra del cambio(43). 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorización y mecanismos de retroalimentación(43). • Claridad y simplicidad de la implementación, (43). • Uso de una herramienta de auditoría (37). • Existe un plan de implementación definido (37). • No hay ambigüedad en la estrategia de implementación(43).
SOCIOCULTURAL Y DEMOGRÁFICO	Organizacionales e institucionales	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento percibido de responsabilidad por mala praxis y negligencia(20, 38, 40). 	
	Comunidad	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de institución en la que se realiza la estrategia de intervención (ej. Instituciones de salud, fundaciones, centros terapéuticos o comunitarios)(49). 	<ul style="list-style-type: none"> • El uso de líderes de opinión locales. Además, todos los líderes de opinión instituyeron cambios en el sistema incluyendo la revisión de protocolos y vías clínicas(21).

NIVEL MESO			
CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO	BARRERA	FACILITADOR
		<ul style="list-style-type: none"> • Barreras lingüísticas: guías escritas en idioma no conocido o en lenguaje poco claro(51). • Creencias socioculturales (51) • Cultura(44). • Influencias sociales(44). 	
	Estrategias de implementación	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de manejo de los temas sensibles en las entrevistas con los pacientes(51). 	

NIVEL MICRO			
CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO	BARRERA	FACILITADOR
POLÍTICO	Pacientes	<ul style="list-style-type: none"> • Los pacientes sentían que las guías pueden dificultar su toma de decisiones(50). • Hubo preocupación acerca de la confiabilidad de las guías y baja aceptabilidad a las mismas (45, 50). • Negativa al tratamiento(45). • Tipo de aseguramiento(46). 	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de afiliación(35), Aseguradora privada(46). • Buena expectativa en el proceso(38). • Autoeficacia y motivación(38).
	Factores clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • El uso de fármacos como placebos (21). • Falta de prescripción de diálisis(21). 	
ECONÓMICO	Profesionales de la salud	<ul style="list-style-type: none"> • LABORALES <ul style="list-style-type: none"> ○ Dificultad para cambiar el modelo de práctica actual, cambio de rutina, horario, falta de equilibrio entre la carga de trabajo y los resultados, condiciones de trabajo estresantes, pérdida de ingresos(20, 21, 36, 42, 43, 49, 51). ○ No disposición para recibir cargas adicionales(49). ○ Falta de tiempo que el personal tenía para la intervención de transferencia del conocimiento(39). ○ Las guías pueden conducir a la inflexibilidad en la atención prestada 	<ul style="list-style-type: none"> • LABORALES: Incluir el trabajo de implementación en las rutinas(36).

NIVEL MICRO			
CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO	BARRERA	FACILITADOR
		<p>a los pacientes individuales, el racionamiento o la negación de la atención; o acceso limitado a una atención innovadora que los pacientes necesitan(50).</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Negligencia(40). ○ No es rentable aumentar la carga de trabajo(20). ○ El médico cree que el desempeño de la recomendación de la guía no lleva al resultado deseado (20). ○ El médico cree que no puede cumplir con las recomendaciones de la guía (20). ○ Inercia a la práctica previa (20, 43). ○ Creencias normativas(43). ○ Pobre identidad profesional(36). ○ Falta de comodidad con escalas no conocidas(36). ○ Olvido de las recomendaciones(38). ○ Indebido respeto al tratamiento(36). ○ Delegación de trabajo(49). ○ Personal administrativo sin buena actitud (49). ○ Las guías limitan la flexibilidad y el enfoque individual(51). ○ 	

NIVEL MICRO			
CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO	BARRERA	FACILITADOR
		<ul style="list-style-type: none"> ○ Decisión del médico tratante de no utilizar las recomendaciones de la guía(45). ● RECURSO HUMANO <ul style="list-style-type: none"> ○ Recurso humano limitado y dificultades de reclutamiento(21, 36, 42, 48, 51). ○ El cambio frecuente de personal / procedimiento resultó en la introducción repetida del programa(39). ○ Aislamiento de colegas(51). ○ Necesidad de talento humano externo(37) 	
	Pacientes	<ul style="list-style-type: none"> ● Los costos de la elección del paciente (gastos de bolsillo) (51). 	
TECNOLÓGICO Y DE EDUCACIÓN	Profesionales de la salud	<ul style="list-style-type: none"> ● EDUCACIÓN <ul style="list-style-type: none"> ○ Dificultades para entender terminología o conceptos relacionados con indicadores(37). ○ Experiencia personal en la especialidad médica(36, 44). ○ Nivel educativo, conocimientos, habilidades, estilos de aprendizaje, limitadas habilidades informáticas, 	<ul style="list-style-type: none"> ● EDUCACIÓN <ul style="list-style-type: none"> ○ Continuación de la formación a través de los servicios educativos en curso y la orientación de nuevos empleados(39). ○ Resúmenes tópicos y sesiones educativas cara a cara. Los materiales educativos fueron producidos después de las entrevistas con enfermeras,

NIVEL MICRO			
CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO	BARRERA	FACILITADOR
		<p>falta de pericia (20, 21, 37, 40, 42, 44).</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Falta de familiaridad con las guías(20, 36, 40, 42). ○ Falla para reaccionar a las desviaciones de la guía (36). ○ Ambigüedad de la tarea y responsabilidad(43). ○ No seguimiento de instrucciones(49). ○ Falta de entrenamiento general, específico o ambos, habilidades de autoaprendizaje, necesidad de entrenamiento adicional, entrenamiento inadecuado(36, 39, 51) ○ Confusión en la aplicación de códigos de lectura(37). ○ Volumen de información(20). ○ Incertidumbre con los criterios de selección de los pacientes, diagnóstico clínico, como debe llevarse la intervención, beneficios del tratamiento(36). ○ Interpretación incorrecta de los resultados y la evidencia (36, 38). 	<p>auxiliares de enfermería y médicos(21).</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Entrenamiento intensivo de 5 días y Continuación de la formación a través de los servicios educativos en curso y la orientación de nuevos empleados(39, 48, 49). ○ La educación se proporcionó para abordar las preocupaciones y la retroalimentación sobre el rendimiento dado(21). ○ Los usuarios reciben entrenamiento inicial práctico(47). ○ Los usuarios reciben educación concisa y personalizada (47). ● HABILIDADES INFORMÁTICAS Y DE ATENCIÓN Y USO DE LOS SISTEMAS AUTOMATIZADOS(47): <ul style="list-style-type: none"> ○ Se utilizó un sistema de recordatorio de cartas para estimular la prescripción del tratamiento de manera oportuna(21). ○ Identificación de los pacientes adecuados para el tratamiento y discusión de los mismos con el médico, revisión de la literatura para determinar los riesgos absolutos,

NIVEL MICRO			
CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO	BARRERA	FACILITADOR
		<ul style="list-style-type: none"> ○ Dificultad para identificar la enfermedad cuando un paciente la está presentando(36). ○ Dificultad para recordar todos los ítems de la tamización, durante la administración de la herramienta (36). ○ No saber cómo buscar(51). ○ Falta de exposición a intervenciones basadas en la evidencia(51). ○ Ignorancia de la investigación relevante a las áreas de práctica clínica(51). ○ Falta de capacidad para evaluar la calidad de la investigación(51). ● Incertidumbre de los riesgos y beneficios del tratamiento y el momento del tratamiento(21). ● La necesidad de formarse para conocer el tratamiento recomendado(21). ● La firme creencia en la eficacia del tratamiento(21). ● HABILIDADES INFORMÁTICAS Y DE ATENCIÓN Y USO DE LOS SISTEMAS AUTOMATIZADOS(47): <ul style="list-style-type: none"> ○ El sistema automatizado dificulta la relación médico-paciente. 	<p>transferencia de la responsabilidad de la monitorización al servicio de anticoagulación(21).</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ El personal tiene buenas habilidades informáticas(37).

NIVEL MICRO			
CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO	BARRERA	FACILITADOR
		<ul style="list-style-type: none"> ○ El sistema automatizado podría perturbar al paciente. ○ El sistema automatizado es una intrusión en la práctica clínica ○ No calificados y la falta de experiencia en el uso de la computadora ○ Falta de familiaridad con el nuevo sistema o sistemas similares ○ Los médicos se consideran expertos que no necesitan apoyo de decisión ○ Presencia de indicación médica obvia ○ No hay beneficio del sistema debido a los casos de pacientes inciertos / complejidad del paciente 	
	Pacientes	<ul style="list-style-type: none"> ● Momento de presentación en la institución médica(46). 	<ul style="list-style-type: none"> ● Pacientes tratados en centros cercanos al hogar (46). ● Pacientes que hayan sido tratados previamente (46). ● Los pacientes deben ser aconsejados lo antes posible para facilitar el éxito de la intervención. (49).
COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN	Profesionales de la salud	<ul style="list-style-type: none"> ● TRABAJO EN EQUIPO 	<ul style="list-style-type: none"> ● EQUIPO DE TRABAJO

NIVEL MICRO			
CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO	BARRERA	FACILITADOR
		<ul style="list-style-type: none"> ○ Falta de comunicación y coordinación entre profesionales (36, 37, 51). ○ Falta de enfoque del equipo hacia el cambio, falta de estructura entre el equipo de trabajo y ética profesional(37, 42, 51). ○ Reconocimiento insuficiente de los pares y tomadores de decisiones (36, 42). ○ Falta de consenso de los profesionales de la salud sobre la eficacia del tratamiento(39). ○ Falta de autoridad(51). ○ Inclínados a confiar en su juicio basado en sus propias experiencias o consejos de otros en situaciones similares en lugar de las directrices de confianza(50) ○ Incapacidad para evaluar(51). ○ Falta de trabajo en equipo(51). ○ Estar aislado de colegas (51). ○ Médicos que no cooperan con el cambio(51). ○ Médicos poco dispuestos a cooperar con la implementación las guías por parte de enfermeras(51). 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Adaptación de las intervenciones a las necesidades del paciente por el profesional de la salud(49). ○ Tener en cuenta puntos de vista de pacientes y profesionales (49). ○ El personal inexperto (o joven) probablemente beneficie la mayor parte de la implementación del sistema (47). ○ Presencia de un miembro del equipo que actuó como enlace entre el equipo(39). ○ Consenso de que la estrategia de implementación mejorará la atención(39). ○ Supervisión de asistentes médicos específicos que promuevan el uso de las recomendaciones(48). ○ Retroalimentación en procesos exitosos y en fallas(36). ○ Garantía de calidad con retroalimentación continua en el proceso de implementación (36). ○ El personal tiene buenas habilidades de comunicación y colaboración(37, 39, 43).

NIVEL MICRO			
CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO	BARRERA	FACILITADOR
		<ul style="list-style-type: none"> ○ Las actitudes negativas sobre la práctica basada en evidencia(51). ● Desalentar el uso del tratamiento recomendado (21). ● Prescripción de los médicos locales en contra de las recomendaciones(21). 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Compartir la responsabilidad con el paciente(38). ○ Trabajo en equipo(43). ○ Personal receptivo y motivado con la estrategia de implementación(49). ○ Presencia de personal médico suficiente(46). ○ Participación de las partes interesadas antes de la implementación para identificar facilitadores y barreras(39). ○ El personal es competente en documentación(37). ○ Modificación de los protocolos según lo requerido por el médico remitente para que el nivel de control / autonomía fuera como se desee(21). ○ Las enfermeras practicantes tenían más tiempo para discutir(49). ○ Los médicos generales (es decir, médicos de familia) se consideraban más informados(49).
	Pacientes	<ul style="list-style-type: none"> ● Aplicabilidad de las guías al paciente(20). ● La estrategia de implementación fue demasiado estresante(39). 	<ul style="list-style-type: none"> ● Los folletos de información para pacientes fueron diseñados para facilitar el cambio en el uso de drogas (21).

NIVEL MICRO			
CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO	BARRERA	FACILITADOR
		<ul style="list-style-type: none"> • Los pacientes estaban preocupados de que las guías podrían perjudicar la relación con el médico al reducir la confianza y también a través de la posibilidad de crear un conflicto entre los pacientes y los médicos(50). • La falta de recordatorio sobre la posibilidad de tratamiento (21). • Falta de cumplimiento al tratamiento o comportamiento no concordante (21, 42, 44). 	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir con el paciente y el médico información y recomendaciones sobre la mejor práctica para sobrellevar las barreras presentes (21). • Ver claramente que las guías se pueden aplicar a ellos(50). • Deben identificarse con las recomendaciones (50). • Ver que podrían usar pautas para planificar qué preguntas harían a sus proveedores de atención médica durante el encuentro clínico(50).
	Factores Clínicos	Aspectos clínicos específicos de las condiciones de la guía que impiden o facilitan la aplicación de las recomendaciones en la rutina (hace parte de cómo se realiza la comunicación de la información)(21, 35, 36, 38, 45, 46).	
SOCIOCULTURAL Y DEMOGRÁFICO	Profesionales de la salud	<ul style="list-style-type: none"> • EMOCIONALES Y PERSONALES <ul style="list-style-type: none"> ○ Factores comportamentales y sociales: falta de motivación y voluntad de cambio, actitudes, creencias, valores y percepciones, necesidades, metas, razones psicológicas, falta de conciencia, autoeficacia y confianza(20, 21, 36-38, 40, 42, 44, 48, 51). Por la falta de incentivos económicos(49). 	<ul style="list-style-type: none"> • EMOCIONALES Y PERSONALES <ul style="list-style-type: none"> ○ Los indicadores son un interés o responsabilidad personal(37). ○ Interés personal, conocimientos, actitudes, creencias, valores y percepciones, necesidades, metas, habilidades, estilos de aprendizaje, redes sociales, cuidado, familiaridad, acuerdo, autoeficacia, expectativa con los resultados y motivación(37, 38, 43).

NIVEL MICRO			
CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO	BARRERA	FACILITADOR
		<ul style="list-style-type: none"> ○ La falta de interés y la motivación de los médicos jóvenes en rotación dificultaron la aplicación de las directrices sobre malnutrición grave (48). ○ Pocas expectativas (al proceso, a los resultados, a corto plazo de mejorar la calidad de la atención)(20, 36, 37, 42). ○ Preocupación por problemas legales(42). ○ Percepción que las guías limitan la autonomía profesional, producen rigidez por límites profesionales y limitan las opciones de tratamiento(20, 37, 38, 42, 51) ○ Puntos de vista anticuados con baja expectativa de opciones terapéuticas(36). ● Responsabilidad compartida con el paciente(38). 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Incentivos: uso de un producto líder (37). ○ Las motivaciones y limitaciones identificadas se convirtieron entonces en temas clave del programa educativo(21).
	Pacientes	<ul style="list-style-type: none"> ● Características sociodemográficas: edad, género, raza, bajo nivel de actividad física(35, 38, 45, 46, 49). ● Comportamientos, actitudes, cultura, educación, conocimientos, necesidades, bajas expectativas, falta 	<ul style="list-style-type: none"> ● Explorar las preferencias, problemas, necesidades, valores y rol preferente en la toma de decisiones de los pacientes(21, 38, 43). ● Género masculino(35).

NIVEL MICRO			
CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO	BARRERA	FACILITADOR
		<p>de satisfacción, incapacidad para conciliar las preferencias de los pacientes con las recomendaciones de la guía y falta de expectativa a los resultados por parte de los pacientes(20, 21, 38, 42, 44).</p> <ul style="list-style-type: none"> • El deseo de evitar la fragmentación de la atención y la pérdida de autonomía clínica por remisión(21). • Reacción negativa a los cuestionarios cuando son temas sensibles(49). • Sentimientos de vergüenza y malestar(49). • Género Masculino (46, 49). 	
	Familiares y cuidadores	<ul style="list-style-type: none"> • Negativa a las intervenciones de las guías por decisión familiar (45). • Visitas médicas infrecuentes por decisión familiar(45). 	