

Protocolo

Evaluación de las estrategias para la implementación de las guías clínicas en la práctica médica

Ministerio de Salud de la Nación

Comisión Nacional Salud Investiga

Área de Evaluación de Tecnologías en Salud

Junio de 2010

ÍNDICE

RESUMEN	3
EXPLICACIÓN PARA CONSUMIDORES	4
CONTEXTO CLÍNICO.....	5
Barreras a la adherencia de las guías clínicas	6
Barreras intrínsecas	6
Barreras extrínsecas	6
Estrategias para vencer las barreras a la adherencia a las guías clínicas	7
FUNDAMENTOS Y JUSTIFICACIÓN.....	8
LA TECNOLOGÍA	9
PROTOCOLO	10
OBJETIVOS	10
Principal	10
Secundarios	10
INTERVENCIÓN	10
MEDIDAS DE RESULTADOS	10
CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD DE LOS ESTUDIOS	10
Criterios de inclusión.....	10
Criterios de exclusión.....	10
Niveles de Evidencia para Terapéutica	11
ESTRATEGIA DE LA BÚSQUEDA.....	12
Palabras claves.....	12
Estrategia de búsqueda	12
Fuentes de búsqueda	12
MÉTODO DE LA REVISIÓN.....	12
Análisis de los artículos.....	12
Rol de los revisores.....	12
Resolución de las discrepancias.....	13
Procedimiento de análisis cualitativo	15
Definición de la calidad metodológica de los estudios incluidos.....	15
Descripción de los estudios incluidos	15
Procedimiento de análisis cuantitativo.....	15
Resultados	13
Discusión e interpretación de los hallazgos.....	14
Conclusiones.....	14
CONFLICTOS DE INTERESES.....	14
AUTORIA	14
FUENTES DE FINANCIAMIENTO.....	14
REFERENCIAS.....	15

RESUMEN

Con el propósito de evaluar la efectividad de las intervenciones para implementar Guías de Práctica Clínica en la atención de la salud, se diseñó un protocolo de evaluación de tecnología sanitaria con el fin optimizar la información y alcanzar conclusiones válidas.

Su implementación ha sido dificultosa desde el inicio hace más de 30 años y la utilización ha sido escasa en varios países. Las estrategias para su implementación depende de cada lugar debido a las diferentes necesidades y prioridades e inclusive el poco consenso entre los trabajadores de la salud han dificultado su eficacia en distintos ámbitos de los cuidados de la salud. Las diferencias persisten, no tanto en la calidad de su elaboración que hoy está estandarizado, sino en que las estrategias sean aceptadas y perduren en el tiempo.

Dado que se trata de un instrumento para lograr disminuir la variabilidad en la conducta que adoptan los profesionales de la salud frente a problemas similares, está plenamente justificado explorar que metodología para que sea efectiva la implementación y produzcan impactos positivos en sus resultados.

Para ello, se realizará una búsqueda en las principales bases de datos bibliográficas, en buscadores genéricos de Internet, agencias de tecnología sanitaria y financiadores de salud y en buscadores apropiados. Se usarán búsquedas manuales cuando se consideren necesarias

Posteriormente se seleccionarán los artículos con alta calidad de evidencia y sus resultados serán ordenados de acuerdo a los puntos finales seleccionados en el protocolo con el fin de cumplir con el objetivo.

En base a estas dificultades, hemos pensado oportuno realizar una revisión sistemática de las evidencias, para evaluar esta tecnología para su utilización que incluya los diferentes cuidados de la salud.

EXPLICACIÓN PARA CONSUMIDORES

Las Guías de Práctica Clínica, son conocidas con distintos nombres: guías clínicas, protocolos clínicos, guías de práctica, sistemáticas de atención, etc.

Constituyen instrumentos de diagnóstico y tratamiento para problemas clínicos y con ello se facilite las actividades por parte de los trabajadores de la salud en la atención de pacientes con una determinada situación .

La necesidad de su elaboración y puesta en práctica, se vio impulsada por la observación, de que pacientes muy similares en características clínicas, eran estudiados y tratados de distinta forma, no solo por distintos médicos de igual especialidad y formación sino también por el mismo médico, en ámbitos y tiempos distintos. Esta variabilidad de conducta muchas veces no está justificada y en ocasiones el paciente puede ser perjudicado. En otras ocasiones, esto origina desconfianza e incluso llegan a juicios legales.

La igualdad de acceso al sistema de salud y la oportunidad de intervención frente a un problema comunitario, muchas veces se ven favorecidos, si los profesionales cuentan con estas herramientas, en su desempeño diario. Las guías garantizan un nivel homogéneo de atención para la población, en situaciones habituales de consulta, urgencias o internación, que permiten mejorar los resultados en salud pública, sea esta última de gestión pública o privada. Ellas deben estar disponibles en el lugar de atención y su eficacia está probada al disminuir la variabilidad de algunas medidas de resultados y ello permite a su vez medir la calidad de la atención a través del conocimiento de ciertos parámetros como ser la mortalidad, el tiempo de internación, la derivación oportuna, los costos y la satisfacción por parte de pacientes y familiares.

Difícil es uniformizar las estrategias de implementación debido a las diferentes posibilidades de de cada lugar, institución o país.

Su uso está aprobado por las más importantes asociaciones médicas y por muchos de sistemas de salud pública y privada.

Debido a toda esta situación, nos parece oportuno realizar una revisión sistemática de las evidencias que apoyan su uso y con ello lograr mejor éxito en su aceptación y cumplimiento, por los profesionales, distintas organizaciones y establecimientos de salud.

CONTEXTO CLÍNICO

Una importante proporción de los pacientes recibe cuidados médicos innecesarios o aún perjudiciales a pesar de la existencia de evidencias sólidas en contrario (Grol 2001). Las guías clínicas, definidas como: “Recomendaciones desarrolladas en forma sistemática, respetando una metodología específica, cuyo objetivo es ayudar a los pacientes y profesionales a tomar las decisiones adecuadas acerca de los cuidados de salud apropiados, en diversas situaciones clínicas” (Institute of Medicine, USA 1992), se han constituido en una herramienta recomendada para facilitar la inserción de la evidencia en la práctica.

Las guías son el producto de un complejo proceso explícito, constituyendo una aproximación sistemática a la evaluación y síntesis de la información disponible sobre un tópico determinado.

A diferencia de una revisión sistemática, una guía clínica no responde a una pregunta específica, sino que establece una serie de recomendaciones para la atención global de una situación clínica determinada, más allá de si para un aspecto puntual se cuenta o no con evidencias de alta calidad. La credibilidad de una guía depende de la cobertura del proceso, de la calidad de la evidencia hallada y del rigor del proceso evaluativo.

Una revisión sistemática de la literatura, puede concluir que no hay evidencias que satisfagan los criterios de inclusión más exigentes, pero una guía debe necesariamente, establecer las recomendaciones basadas con las evidencias existentes o en su defecto pueden ser formuladas por consenso de opinión de expertos.

Las guías no deben interpretarse como una "recopilación de verdades" sino como una síntesis de lo que los autores consideran la mejor evidencia al respecto del tema, no son reglas, sugerencias que conducirían a un mejor resultado del proceso asistencial.

Las dificultades para implementar una guía son: a) las prácticas y conocimientos previos con los cuales se conducen los responsables de aplicarla a los pacientes, debido que pueden percibir que modificar sus conductas implicaría admitir que lo que estaban haciendo no era lo correcto b) dificultad en modificar las actitudes de los profesionales (resistencia al cambio) con expresiones tales como “*siempre lo hicimos así*” o “*así nos va bien*”. Estas observaciones se encuentran en todos los ambientes, no son patrimonio de los profesionales de la salud y ello generan una preocupación internacional dado los importantes recursos que se aplican a la confección de las guías y la escasa repercusión que logran.

Barreras a la adherencia de las guías clínicas – Ellas son:

- Profesionales
- Estructurales
- Organizativas
- Grupos de pares
- Interacción profesional-paciente
- Pacientes

Cabana (1999) aborda las barreras más claramente identificadas, para la inserción de las guías clínicas en la práctica asistencial:

Barreras intrínsecas

- *Falta de motivación/Inercia de prácticas previas*
Hábitos y rutinas.
Falta de compromiso de las autoridades asistenciales con la guía.
Celos profesionales.
- *Falta de capacitación y de familiaridad con la temática metodológica y clínica*
Falta de conocimiento de que significa una guía clínica.
Volumen de información.
Tiempo requerido para capacitarse en la aplicación de la guía.
Accesibilidad y disponibilidad de la guía.
- *Falta de acuerdo con determinadas guías*
Interpretación de que la evidencia no es costo-beneficio para el paciente
Falta de confianza o credibilidad en quienes desarrollaron la guía.
- *Falta de acuerdo con las guías en general*
Es muy receta de cocina.
Demasiado rígidas para una aplicación práctica.
Constituyen una síntesis sesgada.
Ponen en riesgo la autonomía del médico.
No son prácticas.
- *Falta de expectativas de resultados satisfactorios*
Creencia que las recomendaciones de la guía no ayudarán a alcanzar los resultados deseados.
Desconfianza en su capacidad para aplicar las recomendaciones sugeridas.

Barreras Extrínsecas

- *Factores del paciente*
Incapacidad para conciliar las preferencias de los pacientes con las recomendaciones de la guía.
- *Factores de la guía.*
Características de la guía.
Existencia de guías contradictorias.
- *Factores ambientales*
Falta de tiempo para dedicar a la interpretación e implementación de las guías.
Falta de recursos para implementar las guías.
Restricciones en la organización del hospital.
Falta de pago por las tareas que demanda la implementación.
Percepción de un posible aumento en los litigios de malpraxis.

Desconfianza respecto del conflicto de intereses y participación de la industria.

Una síntesis sobre 102 estudios llevados a cabo para evaluar las mejores estrategias para implementar las guías clínicas da a entender que no hay soluciones mágicas y cada servicio puede requerir una estrategia diferente acorde a sus peculiaridades (Oxman 1995).

El reconocimiento de cómo perciben los profesionales médicos a las guías clínicas ha sido estudiado, entre otros, por Shea (2007). El estudio incluyó 201 médicos clínicos certificados por la American Medical Association, pudo observar que el 71% de los entrevistados consideraba que la participación de la industria farmacéutica en el proceso de elaboración de la guía introducía un sesgo a las recomendaciones, o la existencia de alguna vinculación de los autores con las empresas farmacéuticas. Por otro lado, la sensación de que en la mitad de las veces los pacientes reales no se corresponden con el paciente ideal compatible con la guía, fue admitida por el 74,7% de los consultados. Estos guarismos y otros similares, revelan que cuanto menos, los médicos tienen una percepción, cautelosa de una guía.

Estrategias para vencer las barreras a la adherencia a las guías clínicas

La complejidad del problema lleva a pensar que cada establecimiento asistencial merece un análisis particular de sus características a fin de delinear la estrategia apropiada para la inserción de la guía que se pretenda implementar.

Quizás, la estrategia más elemental sea la capacitación sobre qué es una guía, cuales son sus virtudes y cuales sus limitaciones. Sin este conocimiento es poco probable que se logre una clara actitud positiva y disposición favorable a la adopción de recomendaciones y siempre persistirá la sensación de que la guía es una receta más de un grupo que “cree” tener la verdad.

Así como quienes aplican una guía deben disponer de igual conocimiento que aquéllos que la han elaborado, para que el diálogo entre ellos sea fructífero. Tan relevante se considera este aspecto, que llevó al desarrollo de un sistema de calificación de las recomendaciones que pretende sintetizar la calidad de la misma puntualizando sólo su “fortaleza”: fuerte o débil (Guyatt 2006). El objetivo de ello, es que el destinatario disponga de un mensaje claro y rotundo, sintiéndose más confiado al momento de tomar una decisión asistencial. Los dos niveles referidos, son:

- 1. Fuerte:** cuando los beneficios de una intervención son claramente superiores a sus riesgos, o cuando los riesgos son los que indudablemente superan a los beneficios.
- 2. Débil:** cuando el balance entre beneficio y riesgo no es tan claro, ya sea por baja calidad de la evidencia o porque existe evidencia de alta calidad que sugiere que los beneficios y riesgos están balanceados.

En 1998, un estudio publicado por Bero (1998) agrupó la efectividad de las intervenciones destinadas a incrementar el uso de las guías clínicas, de la siguiente manera:

Intervenciones consistentemente efectivas

- Intervenciones multifacéticas como la combinación de 2 o más de las siguientes: recordatorios, auditoría, procesos de consenso local o marketing.
- Talleres educacionales interactivos: participación de los proveedores de salud en talleres que incluyan discusión y práctica.

- Recordatorios

Intervenciones de efectividad variable

- Auditoría y feedback (o cualquier resumen de rendimiento clínico)
- Promoción por líderes de opinión locales (profesionales identificados como influyentes por sus pares).
- Procesos de consenso local (inclusión de los profesionales locales en discusiones para asegurar que concuerdan en la importancia del problema clínico elegido y en lo apropiado del manejo)

Intervenciones mediadas por pacientes

Cualquier intervención destinada a cambiar conductas de los proveedores de salud que entrega información a los pacientes.

Intervenciones con muy poco o sin efecto.

- Materiales educacionales (distribución de recomendaciones para cuidado clínico, guías clínicas, materiales audiovisuales y publicaciones electrónicas)
- Encuentros educacionales didácticos (conferencias)

En la bibliografía internacional se hallan algunas experiencias publicadas sobre la medición de la eficiencia de estrategias puntuales para mejorar la aplicación de guías clínicas. La más reciente y científicamente sólida, fue realizada en hospitales de Argentina y Uruguay (Althabe 2008). En ella se probó una intervención multifacética, consistente en selección y capacitación de líderes locales de opinión, talleres interactivos, entrenamiento práctico, visitas con participación del personal, recordatorios y seguimiento. Los hospitales participantes (n: 19) se distribuyeron aleatoriamente por grupos destinados a recibir la intervención o actuar como controles (solamente se les proveyeron las guías). La intervención se mantuvo durante 18 meses y los resultados se midieron al final de la misma y a los 12 meses posteriores, comparándolos con los obtenidos al inicio del estudio. Los resultados mostraron fehacientemente que la intervención resultó en una mejora significativa de los resultados asistenciales y, quizás lo más interesante, que sus efectos se mantenían vigentes al cabo de un año. Los autores comentan que el estudio puso en evidencia los efectos diferenciales entre la distribución pasiva de la información contra su difusión activa sobre la modificación conductual de los receptores. Es de hacer notar que un estudio equivalente realizado en México y Tailandia (Gulmezoglu 2007), no encontró modificaciones en las conductas al proveer a los centros del acceso sencillo y completo a la información y como utilizarla.

FUNDAMENTOS Y JUSTIFICACIÓN

Probablemente, el mayor desafío en el tema guías, no sea la elaboración propiamente dicha, sino su implementación. La metodología de la confección está muy estudiada y sistematizada, mientras que la estrategia recomendable para su implementación efectiva es aún incierta. Este último aspecto lidia con conceptos mucho más complejos que la búsqueda, interpretación y síntesis de la evidencia (Grol 2003).

Obviamente, surgen preguntas, tales como: ¿Sirven para algo las guías?, ¿Trabajar de acuerdo a las guías, mejora los resultados de nuestra práctica? En un estudio sobre la revisión de 235 publicaciones (Grimshaw 2003), se determinó que la mejoría del proceso del cuidado de la salud y de los resultados en los pacientes, alcanza al 5 - 10 % con la aplicación de las guías. Si eso es mucho o poco, útil o desestimable, depende primordialmente de los indicadores a los cuales se haga referencia. Por ejemplo, mejorar el indicador mortalidad en un 10%, representaría un avance sustantivo

Es por ello que nos parece oportuna una revisión sistemática para evaluar el impacto de las estrategias de implementación para el uso efectivo de esta herramienta que tiende a disminuir la variabilidad injustificada en la práctica médica, no solo entre pares sino en un mismo operador en distintas situaciones y ámbitos.

LA TECNOLOGÍA

Las guías clínicas son recomendaciones desarrolladas en forma sistemática, respetando una metodología específica, cuyo objetivo es ayudar a los pacientes y profesionales a tomar las decisiones adecuadas acerca de los cuidados de salud apropiados, en las diversas situaciones clínicas (Institute of Medicine USA, 1992).

Su uso está aprobado por distintas organizaciones nacionales e internacionales como instrumento para asegurar un mínimo de calidad en la atención y disminuir la variabilidad operador dependiente. No es fácil anticipar, sin embargo, las estrategias más útiles para su uso efectivo y su aceptación y duración en el tiempo, en su ámbito de aplicación.

Alcanzar el objetivo de mejorar la calidad en la práctica clínica requiere, inevitablemente, poner a disposición de los profesionales las herramientas adecuadas que faciliten el desempeño de sus funciones y la toma de decisiones. Entre dichas herramientas se encuentran las Guías de Práctica Clínica (GPC), que pretenden mejorar tanto la efectividad como la eficiencia y la seguridad de las decisiones clínicas contribuyendo, además, a reducir la variabilidad no justificada en la práctica clínica.

Por otra parte, el desarrollo de GPC nos enfrenta ante el reto, y el compromiso, de promover su utilización puesto que su mera publicación y difusión no implican necesariamente que sean llevadas a la práctica. Por ello, es necesario facilitar el camino para la traslación de las recomendaciones en ellas contenidas, a la materialización práctica por parte de sus destinatarios, tanto profesionales sanitarios como pacientes, cuidadores y demás actores que interactúan en el ámbito de los sistemas de salud.

PROTOCOLO

OBJETIVOS

Principal

- I. Evaluar la eficacia y efectividad de las estrategias disponibles para la implementación de las guías de práctica clínica.

Secundarios.

- II. Evaluar, si es posible, el grado de cambio en la conducta que se quiere protocolizar, luego de la implementación de una guía de práctica clínica.

TIPOS DE PARTICIPANTES

Revisiones y estudios que evalúen estrategias en la implementación y uso efectivo de guías de práctica clínica en humanos y en distintos ámbitos de aplicación.

INTERVENCIÓN

Estrategias de implementación y uso de guías de práctica en grupos médicos de distintas especialidades y en diferentes contextos

MEDIDAS DE RESULTADOS

Principales

1. Efectividad y tiempo de implementación de una GPC según estrategias utilizadas y método de evaluación.

Secundarias

1. Tasa de Conversión en la conducta médica según cada estrategia de implementación de GPC como variable independiente
2. Tasa de conversión de la conducta médica según las estrategias más eficaces en un modelo multivariable
3. Importancia relativa de las barreras y facilitadores en la implementación de las GPC
4. Tiempo medio de implementación según hallazgos independientes asociados

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD DE LOS ESTUDIOS

Criterios de inclusión

1. que sean implementadas en seres humanos.
2. que sean evidencias nivel I a IV según la tabla

Criterios de exclusión

1. estudios o artículos de opinión

- Para calificar la calidad de las evidencias se utilizaron los criterios propuestos por el Centre for Evidence Based Medicine, de la Universidad de Oxford, Reino Unido. <http://www.cebm.net>

Niveles de Evidencia para Terapéutica

Nivel 1

- 1a Revisión Sistemática de ICCAs con homogeneidad
- 1b Una ICCA apropiada y con estrecho intervalo de confianza
- 1c Todos o ninguno (“*antes todos morían y ahora no*”)

Nivel 2

- 2a Revisión Sistemática de Cohortes con homogeneidad
- 2b Una Cohorte apropiada o una ICCA con algunos problemas metodológicos
- 2c Estudios sobre “Resultados”; Estudios ecológicos

Nivel 3

- 3a Revisión Sistemática de estudios Caso-Control con homogeneidad
- 3b Un estudio Caso-Control apropiado

Nivel 4

- Serie de Casos o estudios Analíticos de con problemas metodológicos

Nivel 5

- Opinión de expertos sin evaluación crítica; datos basados en la fisiología

Notas aclaratorias:

Merece una explicación adicional el Nivel 1 c. Se refiere a prácticas en las cuales se dispone de una terapéutica dada para una patología en la cual el desenlace es casi siempre fatal y que desde que se aplica la determinada intervención, los pacientes tienen un curso clínico favorable. Tal situación hace que sea imposible pensar en un ensayo clínico formal para verificar la eficacia del cuidado aludido, por lo que si no se aceptara esta categoría como prueba suficiente, se estaría negando a los pacientes una ayuda de alto valor.

La palabra “*apropiada*” hace referencia a un estudio que cumple satisfactoriamente con las pautas metodológicas habitualmente requeridas a ese diseño.

La palabra “*homogeneidad*” hace referencia a la uniformidad relativa de los resultados entre los estudios incluidos en la revisión

ESTRATEGIA DE LA BÚSQUEDA

Palabras claves

1. Guidelines
2. Implementation
3. Adherence
4. Implantation
5. Change behavior
6. Knowledge translation

Estrategia de búsqueda

Your PubMed search

Search: "Guidelines as Topic"[Mesh:noexp] OR "Practice Guideline "[Publication Type] AND "Guideline Adherence"[Mesh:noexp]

Limits: Humans, English, Spanish, published in the last 10 years

Fuentes de búsqueda

Medline

Cochrane Library

Búsqueda en texto libre mediante los motores de búsqueda Google y Yahoo

Citas bibliográficas en los artículos seleccionados

Tripdatabase

HTAi Vortal

BIREME/ LILACS

Implementation Science

MÉTODO DE LA REVISIÓN

Análisis de los artículos: En primera instancia, los revisores analizarán los *abstracts* de los artículos recuperados. Si se estima que cumplen con los criterios de elegibilidad definidos, solicitarán los artículos en texto completo. Dichos documentos serán analizados en detalle para corroborar si son o no elegibles. Si los *abstracts* no alcanzan para dar respuesta a los interrogantes pautados, se solicitarán los artículos en texto completo.

Rol de los revisores: Los revisores (MTR, VP, HC y PC) leerán los artículos por separado y calificarán su aceptación así como la extracción de los datos, con independencia de la opinión de los restantes pares.

Resolución de las discrepancias:

Si se presentaran discrepancias las mismas serán resueltas por consenso. De no lograrse, prevalecerá la opinión del coordinador del estudio (RL).

Procedimiento de análisis cualitativo:

De cada uno de los artículos seleccionados e incluidos se consignarán los datos que permitan una apreciación suficiente de las características de los mismos.

Definición de la calidad metodológica de los estudios incluidos

- Razones de la inclusión
- Razones de la exclusión

Descripción de los estudios incluidos

- Autor
- Año de publicación
- Tipo de diseño
- N participantes por grupo
- Intervención activa
- Intervención control
- Eventos adversos: tipo y cantidad en cada grupo

Procedimiento de análisis cuantitativo:

- Indicadores del efecto: Dado que se incluirán estudios con diversos modelos de diseño de investigación, como indicador del efecto se utilizará el Odds-Ratio (método de Peto), con sus intervalos de confianza del 95%
- Modelo de efecto fijo: se aplicará en todos los casos en que se mida el efecto típico
- Modelo de efecto aleatorio: se aplicará en todos los casos en los que no exista evidencia de heterogeneidad
- Análisis de heterogeneidad: se realizará por el método de X^2 y I^2
- Análisis de sensibilidad
 - Con los estudios excluidos
- Análisis sesgo de publicación

Resultados

- Cualitativo
- Cuantitativo (meta-análisis)
 - Medida de resultado principal de cada estudio
 - Medida de resultado secundario de cada estudio

Discusión e interpretación de los hallazgos

- Fortalezas del estudio
- Debilidades del estudio

Conclusiones

- Estado previo del conocimiento
- Aporte de esta evaluación

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no poseer ningún conflicto de interés sobre el tema tratado

AUTORIA

Investigador Principal:

Dr Virgilio Petrungaro

Investigadores:

Dr. Pablo Copertari

Dr. Haroldo Capurro

Dra. María Teresa Rosanova

Coordinación y Supervisión:

Dr. Roberto Lede

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Ministerio de Salud de la Nación

REFERENCIAS

1- Grol R. Successes and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice. *Med Care*. 2001 Aug;39(8 Suppl 2):I146-54.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11583121>

2- Institute of Medicine, USA, 1992. Marilyn J Field and Kathleen N Lohr- Editors. Committee on clinical practice guidelines. Guidelines for clinical practice: from development to use www.nap.edu/openbook.php?record_id=1863

3- Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation for change in patient's care. *Lancet*. 2003 Oct 11;362(9391):1225-30.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14568747>

4- Grimshaw J, Eccles M, Tretoe J. Implementing clinical guidelines:current evidence and future implications. *J Contin Educ Health Prof*. 2004 Fall;24 Suppl 1:S31-7.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15712775>

5- Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, Rubin HR. Why don't physician follow clinical practice guidelines? *JAMA* 1999 Oct;282(15):1458-65

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10535437>

6- Oxman A, Thomson MA, Davis DA, Haynes RB. No Magic Bullets: A Systematic Review of 102 Trials of Interventions to Improve Professional Practice. *Can Med Assoc J* 1995 Nov 15;153(10):1423-31.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7585368>

7- Shea A, DePuy V, Allen JM, Weinfurt KP. Use and perceptions of clinical practice guidelines by internal medicine physicians. *Am J Med Qual* 2007 May-June;22(3):170-6.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17485558>

8- Guyatt G, Vist G, Falck-Ytter Y, Kunz R, Magrini N, Schunemann H. An emerging consensus on grading recommendations. GRADE Working Group. *Evid Based Med*.

2006 Feb;11(1):2-4. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17216711>

9- Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, Oxman AD, Thomson MA. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group *BMJ* 1998 Library

[Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group. BMJ](http://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.317.7156.465). 1998 Aug 15;317(7156):465-8. <http://escholarship.org/uc/item/458923p7>

10- Althabe F, Buekens P, Bergel E, Belizán JM, Campbell MK, Moss N, Hartwell T, Wright LL; Guidelines Trial Group. A behavioral intervention to improve obstetrical care. *N Engl J Med*. 2008 May 1;358(18):1929-40.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18450604>

11- Gulmezoglu AM, Langer A, Piaggio G, Lumbiganon P, Villar J, Grimshaw J. Cluster randomised trial of an active, multifaceted educational intervention based on the WHO Reproductive Health Library to improve obstetric practices. *BJOG*. 2007 Jan;114(1):16-23. Epub 2006 Sep 27. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17010115>

12- Jamtevedt Gro, Young Jane M, Kristoffersen Doris Tove, O'Brien Mary Ann, Oxman Andres D. Audit and Feedback: Effect on Professional practice and health care outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews. The Cochrane Library, Issue 4, 2010 (Edit not change to conclusions). Art. No. CD000259. DOI: 10.1002/146551858. CD000259.pub.1

<http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php?lib=COC&searchExp=jamtevedt%20and%20g%20and%20audit%20and%20feedback&lang=pt>

13- Farmer AP, Legare F, Turcot L, Grimshaw J, Harvey E, McGowan JL, Wolf F. Printed educational materials: effect on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews. The Cochrane Library, 2008, Issue 3. CD004398

<http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php?lib=COC&searchExp=farmer%20and%20ap%20and%20printed%20and%20educational&lang=pt>

14- Doumit Gaby, Gattellari Melina, Grimshaw Jeremy, O'Brien Mary Ann. Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews. The Cochrane Library, Issue 4, 2010 (Edit not change to conclusions). Art. No. CD000125. DOI:10.1002/14651858. CD000125.pub3.

<http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php?lib=COC&searchExp=jamtevedt%20and%20g%20and%20audit%20and%20feedback&lang=pt>