



Biomédica
ISSN: 0120-4157
Instituto Nacional de Salud

Garzón-Orjuela, Nathaly; Eslava-Schmalbach, Javier; Ospina, Nathalie
Efectividad de las intervenciones para la transferencia y apropiación social del conocimiento
de las guías de práctica clínica para pacientes y comunidad, una revisión sistemática
Biomédica, vol. 38, núm. 2, Abril-Junio, 2018, pp. 253-266
Instituto Nacional de Salud

DOI: 10.7705/biomedica.v38i0.3991

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84356684014>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org



Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

ARTÍCULO ORIGINAL

Efectividad de las intervenciones para la transferencia y apropiación social del conocimiento de las guías de práctica clínica para pacientes y comunidad, una revisión sistemática

Nathaly Garzón-Orjuela^{1,2}, Javier Eslava-Schmalbach^{1,2}, Nathalie Ospina¹

¹ Grupo de Equidad en Salud, Hospital Universitario Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D.C., Colombia

² Centro de Desarrollo Tecnológico, Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación, Bogotá, D.C., Colombia

Introducción. Las intervenciones de transferencia y apropiación social del conocimiento contribuyen a una adecuada propagación del conocimiento, y podrían implementarse de manera rutinaria para mejorar el cumplimiento de las guías de práctica clínica.

Objetivo. Evaluar la efectividad de las intervenciones de transferencia y apropiación social del conocimiento de las guías de práctica clínica para mejorar su cumplimiento en los pacientes y la comunidad.

Materiales y métodos. Se hizo una revisión sistemática de las intervenciones de transferencia y apropiación social del conocimiento comparadas con las intervenciones clásicas en los pacientes y la comunidad. Se hizo una búsqueda hasta abril de 2017 en Medline (Ovid), Embase, Scopus, Central (Ovid®), Web of Science, LILACS, Academic Search y Scielo. Dos evaluadores independientes calificaron el riesgo de sesgo y la calidad de la evidencia de los estudios incluidos.

Resultados. Se incluyeron ocho estudios. El cumplimiento de las recomendaciones se reportó en dos de ellos. Hubo una gran heterogeneidad en los estudios debido a la variabilidad en la población, el tipo de guía de práctica clínica y las herramientas de medición. El riesgo de sesgo fue alto: 60 % de sesgo de desempeño; 50 % de desgaste; 25 % de selección y reporte, y cerca de 15 % de detección. La calidad de la evidencia fue moderada para el cumplimiento y la mortalidad reportados. Las intervenciones que combinaban estrategias a cargo de grupos de profesionales de salud mejoraron algunos de los resultados clínicos en los pacientes (desviación media, DM=-3,00; IC_{95%}: -6,08 a 0,08).

Conclusiones. En las intervenciones a corto plazo se evidenció un leve efecto a favor en el cumplimiento, y en las mixtas (para pacientes y profesionales), en algunos resultados clínicos. Sin embargo, se requieren nuevos estudios con menos heterogeneidad para confirmar estos resultados.

Palabras clave: guías de práctica clínica como asunto; transferencia de experiencia; conocimiento, pacientes; participación de la comunidad.

doi: <https://doi.org/10.7705/biomedica.v38i0.3991>

Effectiveness of knowledge translation and knowledge appropriation of clinical practice guidelines for patients and communities, a systematic review

Introduction: Knowledge translation and knowledge appropriation social interventions apply knowledge to improve health services and outcomes. These interventions can be implemented routinely to improve patient adherence to clinical practice guidelines.

Objective: To assess the effectiveness of knowledge translation interventions to improve patient and community adherence to clinical practice guidelines.

Materials and methods: We performed a systematic review of these interventions compared with classical interventions for patients and/or communities. We searched the following electronic databases up to April 2017: Medline (Ovid), Embase, Scopus, Central (Ovid), Web of Science, LILACS, Academic Search, and Scielo. Two independent raters qualified the relevance, risk of bias, and quality of included studies.

Results: Eight studies were included. Patient adherence to recommendations was observed in two studies. There was high heterogeneity due to the variability of the population, types of guidelines, and

Contribución de los autores:

Nathaly Garzón-Orjuela: escritura del protocolo, búsqueda de literatura y selección de títulos

Javier Eslava-Schmalbach: escritura del protocolo

Nathalie Ospina: selección de títulos

Todos los autores participaron en la evaluación del sesgo de riesgo, la calidad de la evidencia y la escritura del manuscrito.

types of measurement tools. The risk of bias was high: a 60% risk of performance bias, 50% risk of attrition bias, 25% risk of selection and reporting bias, and 15% risk of detection bias. The quality of evidence was moderate for the outcomes of adherence and mortality. The interventions that used a combination of strategies, such as with the group of health professionals, could improve some clinical outcomes in the patients (Average deviation: -3.00; 95% IC: -6.08-0.08).

Conclusions: Knowledge translation interventions might have a slight positive effect on patient adherence and some short-term clinical outcomes, particularly within mixed interventions (patients and health professionals). However, future studies with less heterogeneity are necessary to confirm these results.

Key words: Practice guidelines as topic; transfer; knowledge; patients; community participation.

doi: <https://doi.org/10.7705/biomedica.v38i0.3991>

Las guías de práctica clínica fueron definidas en el 2011 como un “conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia, la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria a los pacientes” (1). En un estudio de Cabana, *et al.*, se detectaron barreras para el cumplimiento de las guías de práctica clínica por parte de los profesionales de la salud, como la falta de conocimiento o familiaridad con la guía, la poca aceptación de las recomendaciones, las bajas expectativas con respecto al resultado, la resistencia al cambio y las barreras de comportamiento (falta de tiempo), que pueden afectar la adecuada implementación de las guías de práctica clínica (2).

La elaboración y el uso de las guías de práctica clínica han tenido un incremento considerable en los últimos 10 años: en el 2006 había más de 2.000 nuevas guías registradas (3), y ya en el 2017 el registro había aumentado a más de 5.000 (4), es decir, se elaboraron 10.000 guías basadas en la evidencia en las últimas dos décadas.

Mathew, *et al.*, hicieron una síntesis de revisiones sistemáticas orientadas a evaluar la efectividad de las estrategias de implementación de las guías clínicas, y encontraron 33 que involucraron a 22.512 profesionales de la salud (5). Encontraron que de las 19 estrategias de implementación, las más efectivas fueron las intervenciones multifacéticas, las organizacionales y los encuentros educativos interactivos, aunque no se observó una medida de efecto global de las intervenciones (5). Solamente una de las intervenciones estaba diseñada para influir en el comportamiento del profesional de la salud mediante la información proporcionada

a los pacientes. Sin embargo, la calidad de este estudio era deficiente y no fue posible determinar la efectividad de la intervención (6).

Descripción de las intervenciones

La apropiación social del conocimiento se define como “la democratización del acceso y el uso del conocimiento científico y tecnológico como estrategia para su adecuada transferencia y aprovechamiento entre los distintos actores sociales, que derivará en el mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades y sus integrantes” (7).

El constructo de la apropiación social del conocimiento incluye las estrategias de transferencia de conocimiento definidas como “un proceso dinámico e iterativo que incluye la síntesis, diseminación, intercambio y la aplicación éticamente sólida del conocimiento. Es un sistema complejo de interacciones entre investigadores y usuarios del conocimiento que pueden variar en intensidad, complejidad y nivel de participación en función de la naturaleza de la investigación y los resultados, así como las necesidades de los usuarios del conocimiento en particular” (8).

En un análisis temático de la literatura del 2009, se encontraron 28 modelos que explicaban el proceso completo o parcial de transferencia del conocimiento, los cuales tenían cinco componentes en común: 1) la detección y la comunicación de problemas; 2) el desarrollo y la selección del conocimiento o la investigación; 3) el análisis de contexto; 4) las actividades de transferencia de conocimiento o intervenciones, y 5) la utilización del conocimiento o la investigación. Además, se encontraron tres tipos de procesos de transferencia de conocimiento: lineal, cíclico y dinámico “multidireccional” (9).

En general, la mayoría de los modelos de transferencia de conocimiento son dinámicos, iterativos y de múltiples dimensiones, e involucran diferentes actores e intervenciones (10-13). Graham, *et*

Correspondencia:

Nathaly Garzón-Orjuela, carrera 111 A N° 20 B 07, Bogotá, D.C., Colombia.

Celular: 311 534 5256

ngarzono@unal.edu.co

Recibido: 25/07/17; aceptado: 26/10/17

al., propusieron un marco de análisis conocido como el modelo de conocimiento-acción, el cual se ha convertido en el referente para analizar y reflexionar sobre los procesos en salud (10). Este modelo incorpora la creación y acción del conocimiento, lo cual implica la investigación, la síntesis y las herramientas de conocimiento, así como los productos (10,14).

La efectividad de las intervenciones para lograr el adecuado cumplimiento de las guías de práctica clínica en pacientes y en la comunidad es poca. La información disponible está enfocada principalmente a los profesionales de la salud. En este contexto, el objetivo de la presente revisión fue evaluar la efectividad de las intervenciones para la apropiación social y la transferencia del conocimiento de las guías de práctica clínica orientadas a mejorar su cumplimiento en los pacientes y la comunidad.

Materiales y métodos

Se partió de la siguiente pregunta de investigación: ¿cuál es la efectividad de las intervenciones de apropiación social y transferencia de conocimiento de las guías de práctica clínica para mejorar su cumplimiento en los pacientes y la comunidad?

Criterios de inclusión de estudios

Tipos de estudios. Se incluyeron ensayos controlados aleatorizados, ensayos controlados aleatorizados en grupos y ensayos controlados no aleatorizados. Estos últimos incluyen los del tipo de antes y después, los estudios controlados de series de tiempo interrumpido y los ensayos controlados que utilizan estrategias inapropiadas de asignación al azar (estudios cuasi-aleatorizados) (15,16). Los estudios controlados de series de tiempo interrumpido se definen como aquellos con “un punto en el tiempo definido en el momento en que ocurrió la intervención y al menos tres puntos temporales en la recolección de los datos antes y después de la implementación de la intervención” (17).

Tipos de población. Pacientes y comunidades a quienes se dirige la guía de práctica clínica.

Tipos de intervención. La intervención clásica (guías para pacientes o para la comunidad o intervenciones usuales), así como otras intervenciones de transferencia de conocimiento comparadas solamente con la intervención clásica.

Tipos de resultados.

- Resultado primario: cumplimiento de las guías. Esta medición depende del contexto de las

recomendaciones, por ejemplo, cambios de comportamiento y actitudes ('autoeficacia' y confianza); asistencia a los programas y seguimiento de las recomendaciones, y tipo de regímenes prescritos por los médicos (medicamentos, dieta, ejercicio, cambios en el estilo de vida), entre otros (18).

- Resultados secundarios: resultados clínicos de los pacientes y conocimiento.

Método de búsqueda de los estudios

Se hizo una búsqueda exhaustiva de estudios publicados y no publicados hasta abril y marzo de 2017, inicialmente en la *Cochrane Database of Systematic Reviews* y en la *Database of Abstracts of Reviews of Effects* (DARE), con el fin de encontrar revisiones sistemáticas relacionadas y verificar que no se hubiera elaborado alguna revisión con el mismo enfoque.

Búsqueda electrónica. Esta se hizo en las siguientes bases de datos electrónicas: Medline (Ovid), Embase, Scopus, EBM Reviews - Cochrane Central Register of Controlled Trials (Ovid), Web of Science, LILACS, Academic Search Complete y Academic Search Premier, Scielo (anexo A: Estrategias de búsquedas).

Búsqueda en otros recursos. Se buscó en bases de datos de literatura gris para localizar estudios no publicados (Open Grey y Google Scholar), así como una búsqueda en “bola de nieve” en las listas de referencias de los estudios incluidos. Además, se contactó por correo electrónico a los autores de los estudios incluidos para inquirir sobre datos faltantes o plantear inquietudes con respecto a los estudios.

Extracción de datos y análisis

La selección de los estudios y la extracción de los datos (anexos B y C) fue realizada por dos autores independientes. Inicialmente se evaluó la elegibilidad mediante los resúmenes y títulos de los artículos; en caso de desacuerdo, un tercer revisor ayudó a resolver las diferencias. Se excluyeron los estudios que no cumplían con los criterios de elegibilidad. Se obtuvo una copia del texto completo de los estudios potencialmente relevantes para evaluarlos nuevamente.

El riesgo de sesgo se evaluó empleando la herramienta de Cochrane (16). Para los estudios controlados de series de tiempo interrumpido, se tuvo en cuenta si la intervención había sido independiente, si se había especificado previamente la forma del

efecto de intervención, si era poco probable que la intervención afectara la recopilación de datos, si los datos estaban completos para cada medida de tiempo, y si el análisis estadístico había sido adecuado (19). Para la evaluación de la calidad de los datos de los resultados de los estudios incluidos se utilizó la herramienta *Grades of Recommendation, Assessment, Development and Evaluation* (GRADE) (20).

En cuanto a la medida del efecto del tratamiento, los resultados dicotómicos se informaron como proporciones y se trataron con base en sus relaciones de respuesta (razón de riesgo), en tanto que los resultados continuos se trataron con base en la diferencia de medias (DM). Estas medidas de comparación se reportaron con su respectivo intervalo de confianza (IC) de 95 %. Los cálculos se realizaron en el programa RevMan 5.3© y algunos de ellos se ilustraron mediante un diagrama de bosque (*forest plot*) sin diamante global.

La homogeneidad de los estudios se verificó con base en el tipo de estudio, el tipo de guías de práctica clínica, la población y el tipo de intervención. Posteriormente, se exploró la heterogeneidad estadística del resultado primario (cumplimiento) en los grupos, conformado por las medidas de seguimiento, mediante el uso de las pruebas de I y ji al cuadrado. Sin embargo, esta evaluación cuantitativa de la heterogeneidad no fue posible debido a los pocos estudios incluidos para cada resultado, por lo que, en su lugar, se hizo una descripción cualitativa de las fuentes potenciales de heterogeneidad.

Debido a las diferencias de los tipos de guías, de las poblaciones de pacientes, y a la gran heterogeneidad, no fue posible hacer un análisis por subgrupos, ni tampoco de sensibilidad, lo que impidió explorar el sesgo de reporte mediante el uso de un gráfico de túnel (*funnel plot*).

Se obtuvieron todos los permisos de uso de las diferentes bases de datos y buscadores para la revisión sistemática, y el estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia (acta N°006-041-16).

Resultados

Descripción de los estudios

La búsqueda electrónica y mediante otros recursos arrojó un total de 2.757 estudios. Después de la tamización utilizando los títulos y resúmenes, se evaluó el texto completo de 51 estudios, de

los cuales se excluyeron 43. Las razones de exclusión fueron las siguientes: 1) resultados de presentaciones en cartel u orales en congresos; 2) estudios en estado inicial; 3) estudios de protocolo; 4) población objetivo diferente; 5) estudios cualitativos; 6) intervenciones no relacionadas con las de interés, y 7) intervenciones dirigidas a profesionales de la salud, aunque se incluyeron resultados en los pacientes (anexo B, figura 1).

Se encontraron ocho investigaciones que cumplieran con los criterios de inclusión (figura 1): un estudio aleatorizado en grupos (21); un estudio aleatorizado controlado multicéntrico (22); un estudio aleatorizado simple ciego (23,24); tres estudios de antes y después (25-27); un estudio factorial controlado aleatorizado en grupos (2 x 2) (28), y un estudio aleatorizado de serie de tiempo interrumpido en grupos (29). Es importante aclarar que entre los estudios clasificados en la categoría de antes y después, uno (27) se presentaba como un estudio de series de tiempo o medidas repetidas, pero no se ajustaba a la definición de este tipo de estudio adoptada para esta revisión (17).

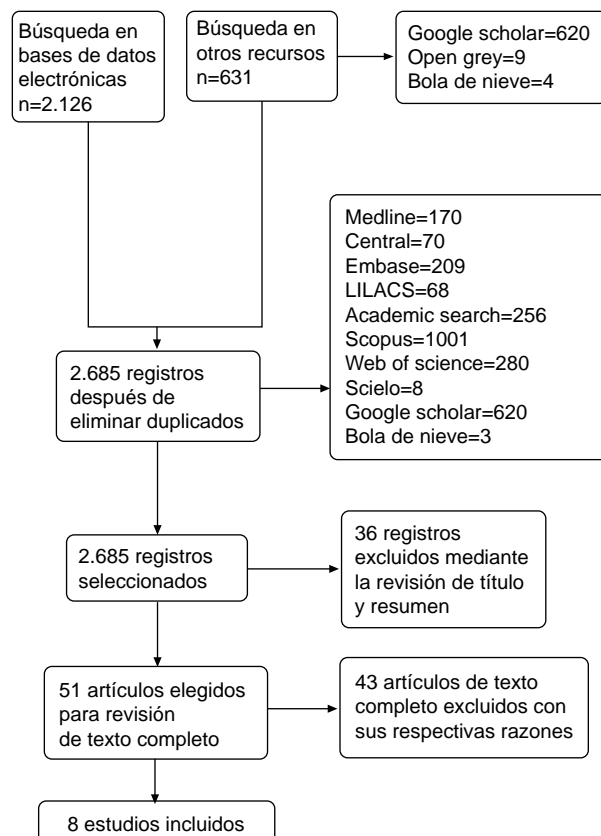


Figura 1. Diagrama de flujo (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*, PRISMA©) de los estudios

La descripción general de los estudios incluidos se detalla en el cuadro 1. Algunos de estos estudios incluyeron, además, a otros grupos de población: el de Narayanaswami, *et al.*, en el cual se incluyó a médicos neurólogos (n=1.680) con experiencia en esclerosis múltiple, aunque los resultados de este grupo fueron independientes de los del grupo de pacientes; en el de Svetkey, *et al.*, se incluyeron 24 médicos de medicina interna o familiar, los cuales se dividieron en un grupo de intervención y un grupo de control, y los resultados se reportaron conjuntamente con los del grupo de pacientes.

Descripción de la intervención

En todos los estudios incluidos se detallaban las intervenciones relacionadas con la transferencia de conocimiento. Solamente en dos de ellos se especificó y se definió la intervención de interés exactamente con el nombre de *Knowledge Translation* o como *Knowledge transfer* (23,25). En el

cuadro 2 se presentan las intervenciones de cada estudio y la información más detallada se presenta en el anexo C.

Descripción de los resultados

Resultados primarios. Dos de los estudios midieron el cumplimiento de las recomendaciones de las guías. En el estudio de Beune, *et al.*, se estimó la diferencia de medias del cumplimiento de las recomendaciones sobre estilos de vida y la medicación, y del no cumplimiento en la toma de la medicación mediante la diferencia de proporciones.

En el estudio de Brosseau, *et al.*, se evaluó el incremento del cumplimiento de la intervención a corto y a largo plazo cada tres meses en los tres grupos de comparación hasta completar 12 meses.

Resultados secundarios. En los estudios de Thomson, *et al.*, Brosseau, *et al.* y Narayanaswami, *et al.*, se registró como resultado el cambio en el conocimiento valorado mediante cuestionarios o escalas

Cuadro 1. Descripción general de los estudios incluidos

	Unidad de aleatorización	Unidad de análisis	Tipo de guía de práctica clínica	Tiempo de seguimiento
Beune, <i>et al.</i>	Grupo	Individual	Guía para el manejo de riesgo cardiovascular (30)	6 meses
Rycroft-Malone, <i>et al.</i>	Grupo	Grupo	Guías de ayuno perioperatorio para el adulto (31)	Cuatro medidas de recolección de datos previas y posteriores a la intervención; la duración de la intervención fue de 6 meses
Brosseau, <i>et al.</i>	Individual	Individual	Guías para programas de caminata para el tratamiento de la osteoartritis (32)	3,6,9,12 y 18 meses
Fan, <i>et al.</i>	Individual	Individual	Guías para el manejo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en pacientes ambulatorios (33)	12 meses
Thomson, <i>et al.</i>	Individual	Individual	Guía de terapia contra la trombosis (34)	Una medición previa y otra posterior a la intervención y un seguimiento mediante el envío de un cuestionario 3 meses después de la intervención
Brosseau, <i>et al.</i> (2012a)	No se incluyó	Individual	Guías de ejercicios terapéuticos y terapia manual para el manejo de la osteoartritis y artritis reumatoide en adultos (35,36)	Una medición previa y otra posterior a la intervención y un seguimiento a los tres meses después de la intervención
Narayanaswami, <i>et al.</i>	Individual	Individual	Guía de medicina complementaria y alternativa para la esclerosis múltiple (37)	No se hizo seguimiento en los pacientes
Svetkey, <i>et al.</i>	Grupo	Individual	Guía de manejo y tratamiento de la hipertensión arterial sistémica (38)	6 y 18 meses

Cuadro 2. Descripción de las intervenciones de transferencia del conocimiento analizadas

Estudio	Intervención relacionada con transferencia del conocimiento		Intervención de control
	Número de intervenciones	Descripción	
Beune, <i>et al.</i>	Adaptación cultural en la educación sobre la hipertensión con base en las guías	Sesiones educativas, material escrito y educación en club de estilos de vida	Cuidado usual que consistía en la educación estándar recomendada por las guías
Rycroft-Malone, <i>et al.</i>	Consistió en dos intervenciones: 1. Diseminación estándar y un paquete educativo en sitio web basado en las guías y la opinión de un líder 2. Diseminación estándar y un paquete de las guías con un plan de acción (<i>Plan-Do-Check-Act</i> , PDSA)	1. Recurso interactivo en sitio web, más herramientas de educación como pruebas y presentación de situaciones clínicas. Todos los recursos basados en la opinión de los líderes de los servicios. 2. Interacción entre los equipos de profesionales y el paciente, sesión de facilitación.	La diseminación estándar consistía en una copia impresa de las guías en versión para los pacientes.
Brosseau, <i>et al.</i>	Consistía en dos intervenciones: 1. Programa supervisado de caminata aeróbica basada en la comunidad (<i>Supervised community-based aerobic walking program</i> , SCAWP) 2. Intervención de comportamiento acompañado con SCAWP (Caminata y conducta)	1. Sesiones progresivas de caminata aeróbica supervisada con especialistas y material educativo impreso 2. Las intervenciones anteriores y las de comportamiento consistían en sesiones educativas grupales.	Material educativo impreso de las recomendaciones de las guías 'autodirigido'.
Fan, <i>et al.</i>	Programas de gestión integral de atención	Sesiones educativas grupales e individuales por teléfono cada mes durante los primeros 3 meses y material escrito con las recomendaciones	Cuidado usual basado en las guías (información general escrita)
Thomson, <i>et al.</i>	Ayudas de decisión computarizadas (<i>Decision aids</i>)	Presentación individualizada de los beneficios y daños del medicamento mediante gráficos y formatos numéricos	Recomendaciones directas del profesional de la salud a los pacientes mediante material escrito
Brosseau, <i>et al.</i>	Talleres facilitadores para educadores de pacientes	A cargo de profesionales de la salud para transmitir las recomendaciones	Talleres para los pacientes a cargo de los educadores de pacientes y material impreso
Narayanaswami, <i>et al.</i>	Diseminación a través de medios sociales	Plataformas de medios sociales como audio <i>podcast</i> , YouTube, Facebook, Twitter, LinkedIn	Tradicional consistente en materiales impresos, correos y medios de comunicación por internet
Svetkey, <i>et al.</i>	Pacientes: sesiones grupales Profesionales de la salud: módulos de capacitación en línea	Se conformaron tres grupos: 1. Pacientes y médicos objeto de la intervención 2. Pacientes objeto de la intervención y médicos que no lo eran. 3. Pacientes que no eran objeto de la intervención y médicos que sí lo eran	Se basaron en pacientes y médicos que no eran objeto de la intervención. Solamente se les ofrecía material impreso (cuidado usual)

diferentes: Brosseau, *et al.*, evaluaron la reducción de la tasa de deserción y el cambio de comportamiento; Thomson, *et al.*, midieron el conflicto en la adopción de decisiones por parte de los pacientes. Brosseau, *et al.*, y Narayanaswami, *et al.*, evidenciaron el uso de estrategias de autogestión, aunque mediante mediciones y reportes de datos diferentes.

Entre los resultados clínicos se encontró un cambio de por lo menos 10 mmHg y un cambio total en el tiempo de presión arterial sistólica, así como en el índice de masa corporal en el estudio de Beune, *et al.* En el de Fan, *et al.*, se registraron cambios en

el tiempo de la primera hospitalización, la mortalidad, el número de episodios de exacerbación y el estado general de salud; en el de Brosseau, *et al.*, en la morbilidad, los síntomas de la enfermedad, el estado funcional, el dolor y el funcionamiento físico; en el de Thomson, *et al.*, en la proporción del inicio del tratamiento y el nivel de ansiedad; en el estudio de Rycroft-Malone, *et al.*, se encontraron cambios en el tiempo promedio en horas de ayuno de líquidos y sólidos, y en el de Svetkey, *et al.*, en la presión sistólica, la proporción de pacientes con la presión arterial en el nivel recomendado, en la actividad física y en el peso corporal.

Consideraciones económicas

Solamente en el estudio de Rycroft-Malone, *et al.*, se tuvieron en cuenta los aspectos económicos, pues se incluyó un análisis de costos para el desarrollo e implementación de las tres intervenciones a nivel nacional.

Enfoque de equidad

Ninguno de los estudios estuvo dirigido a poblaciones en desventaja o vulnerables. Sin embargo, en el de Beune, *et al.*, se hizo una adaptación cultural de las recomendaciones para las poblaciones de origen africano (Surinam y Ghana) que viven en el sureste de Amsterdam (Países Bajos), utilizando un marco culturalmente sensible de la enfermedad de base para estas poblaciones (21).

Marcos conceptuales para la implementación de las intervenciones

En tres estudios se utilizó algún modelo conceptual para la implementación de las intervenciones: Beune, *et al.*, utilizaron dos modelos, el *Culturally-sensitive framework for eliciting a patient's explanatory model of hypertension* y el de las 5 A (39,40); Brosseau, *et al.*, se basaron en el modelo de *Knowledge-To-Action Cycle* (10), y Rycroft-Malone, *et al.*, utilizaron como modelo de base el *The Promoting Action on Research Implementation in Health Services* (PARIHS) (41).

Riesgo de sesgo de los estudios incluidos

Se evidenció un gran riesgo de sesgo en los estudios, así: en 60 %, sesgo de desempeño o realización; en 50 %, sesgo de desgaste; en 25 %, sesgo de selección y reporte o notificación, y en cerca del 15 %, sesgo de detección (figura 2).

En la figura 3 se puede observar que de los dos estudios aleatorizados controlados (22,23), en el de Brosseau, *et al.* (2012) se registró un gran

riesgo de sesgo de reporte, debido a que no se especificó claramente el porqué de las variaciones de los datos incompletos (anexo C) (23,24).

El estudio de Rycroft-Malone, *et al.*, presentó un alto riesgo de sesgo, ya que no hubo cegamiento de la intervención y, aunque los autores señalaron que ello se debió a la naturaleza de la intervención, no discutieron las posibles consecuencias en los resultados del estudio. Además, los autores no describieron con claridad si la intervención no se había visto afectada por el cambio de las medidas de tiempo o si ello había podido afectar la recolección de los datos. Asimismo, el análisis de los datos de las series de tiempo no fue el adecuado, ya que promediaron las medidas previas y posteriores a la intervención, pero no mostraron los datos de la serie de tiempo separadamente, ni realizaron ningún tipo de ajuste por grupo.

Calidad de la evidencia según GRADE

Esta se valoró mediante la comparación de los resultados según los tipos de intervenciones. En lo relacionado con los resultados de cumplimiento, especialmente de las recomendaciones sobre estilos de vida y medicación (Beune, *et al.*), y el incremento del cumplimiento a corto y largo plazo (Brosseau, *et al.*), la evidencia se calificó como de calidad moderada. Otro de los resultados que obtuvo esta misma calificación fue el de mortalidad (Fan, *et al.*). En cuanto a los datos de otros resultados, en 14 de ellos la calidad fue baja y en 40, muy baja (anexo D).

Efecto de la intervención

Se observó una alta heterogeneidad debida, a que las guías iban dirigidas a poblaciones, tipos de enfermedades y tratamientos diferentes, ya que las intervenciones de transferencia del conocimiento, así como los tipos de estudio, diferían.

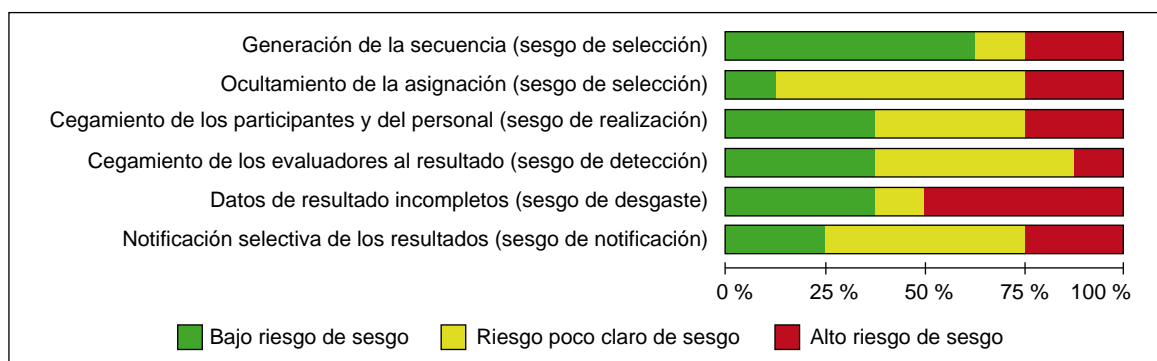


Figura 2. Riesgo de sesgo de los estudios

Efecto del cumplimiento de las recomendaciones de las guías. En el estudio de Beune, *et al.*, el efecto de la intervención en el cumplimiento de las recomendaciones sobre estilos de vida presentó una desviación media (DM) de 0,19 (IC_{95%}: -0,04 a 0,42); en cuanto al cumplimiento en la toma de la medicación, esta fue de 0,25 (IC_{95%}: -0,41 a 0,91), y se encontró un efecto a favor de la intervención después del seguimiento, como se observa en la figura 4.

La razón de probabilidades (*odds ratio*, OR) no ajustada reportada en el estudio de Beune, *et al.*, coincidió con la calculada para la elaboración de la figura 4. Los autores estimaron la OR ajustada por conglomerado en la regresión logística, y obtuvieron un valor de 0,10 (IC_{95%}: 0,01 a 0,75; $p=0,024$) (21).

Los efectos de la intervención en los resultados en cada uno de los seguimientos del estudio de Brosseau, *et al.* (2012), se presentan en el cuadro

3. Se observó que solamente en el seguimiento de los tres primeros meses se presentaron diferencias significativas en la comparación “caminata Vs. ‘autodirigido’” y “caminata & conducta Vs. ‘autodirigido’” ($p=0,045$ y $p=0,012$, respectivamente) (24).

Efecto en el conocimiento de las recomendaciones de las guías. De los tres estudios que reportaron este resultado, solamente el estudio de Brosseau, *et al.*, presentó los datos completos después de la intervención para el cálculo del efecto, arrojando una DM entre los grupos de -0,32 (IC_{95%}: -1,96 a 1,32).

Efecto en algunos desenlaces clínicos. Fan, *et al.*, reportaron el tiempo de la primera hospitalización con una razón de riesgo (*hazard ratio*, HR) de 1,13 (IC_{95%}: 0,70 a 1,8) y la mortalidad relacionada con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), con una HR de 3,6 (IC_{95%}: 0,99 a 13,1). Este estudio se suspendió debido a la elevada mortalidad de pacientes en el grupo de intervención.

	Thomson, et al., 2007	Svetkey, et al., 2009	Rycroft-Malone, et al., 2012	Narayanawami, et al., 2015	Fan, et al., 2012	Brosseau, et al., 2012a	Brosseau, et al., 2012	Beune, et al., 2014	
	+	+	+	-	+	-	+	?	Generación de la secuencia (sesgo de selección)
	?	?	+	-	?	-	?	?	Ocultamiento de la asignación (sesgo de selección)
	-	-	-	-	+	-	+	+	Cegamiento de los participantes y del personal (sesgo de realización)
	?	?	?	-	+	?	+	+	Cegamiento de los evaluadores al resultado (sesgo de detección)
	-	-	+	-	?	+	-	+	Datos de resultado incompletos (sesgo de desgaste)
	-	-	?	?	+	?	?	+	Notificación selectiva de los resultados (sesgo de notificación)

Figura 3. Resumen del riesgo de sesgo de los estudios

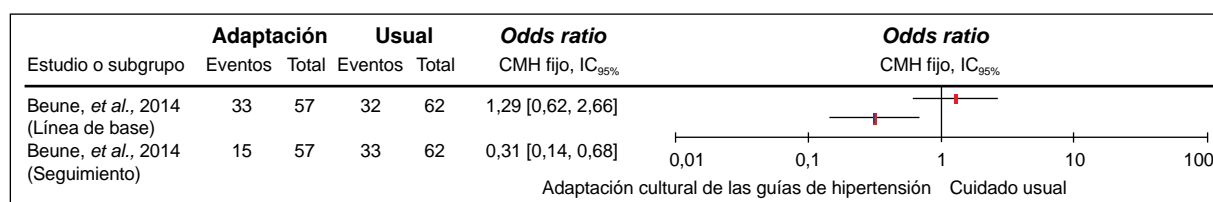


Figura 4. Efecto de la intervención en la proporción de la falta de cumplimiento de la medicación (Beune, *et al.*)
CMH: Cochran-Mantel-Haenszel

Beune, *et al.*, evaluaron el cambio de la presión sistólica, la cual presentó una DM de -2,15 (IC_{95%}: -7,07 a 2,77), y el cambio del índice de masa corporal (IMC), con una DM de -0,23 (IC_{95%}: -1,89 a 1,43). En la figura 5 se puede observar el efecto de la intervención en el estudio de Svetkey, *et al.*, con respecto al cambio de la presión sistólica en los tres grupos analizados y comparados con el grupo de control.

En el anexo C se presentan los efectos de las intervenciones en otros resultados secundarios. Debido a la gran cantidad de información suministrada en forma narrativa en los ocho estudios analizados, en el cuadro 4 se resumieron las intervenciones, los resultados, la calidad de los datos y las conclusiones

Discusión

La presente revisión sistemática resume la evidencia de ocho estudios sobre la efectividad de las intervenciones para la transferencia y la apropiación social del conocimiento de las guías de práctica clínica entre los pacientes y la comunidad. Se evidenció que las intervenciones de transferencia del conocimiento se centraban en la adaptación cultural de las guías, la diseminación y la implementación en la población objetivo mediante la utilización de diferentes estrategias, como paquetes educativos en sitios web, algunos de ellos acompañados de la opción de participación de los

líderes; paquetes de planes de acción; programas supervisados basados en la comunidad; programas de atención integral; ayudas computarizadas para la toma de decisiones, talleres facilitadores para educadores de pacientes (21-29).

Dada la gran heterogeneidad de los estudios no se pudo determinar el efecto global de la efectividad de las estrategias de transferencia del conocimiento. Este problema también se presentó en la revisión sistemática de Flodgren, *et al.*, sobre intervenciones para mejorar el cumplimiento de las guías de prevención de infecciones relacionadas con dispositivos por parte de los profesionales de la salud, en la cual se encontró una gran heterogeneidad entre los estudios en razón de los diferentes tipos de profesionales de la salud, la condición y la gravedad de la enfermedad y las categorías de las intervenciones (42).

Tres de los estudios evaluados utilizaron modelos conceptuales para el desarrollo e implementación de las intervenciones, lo cual enfatiza en la necesidad de evaluar el tipo de barreras que se analizan, el nivel al cual se dirigen las intervenciones, y la necesidad de las intervenciones (desarrollo de un concepto de progresión, etapas de adopción de las directrices y creación de estrategias de apoyo) (43,44). Por ejemplo, se ha sugerido que usar el marco conceptual del *Canadian Institutes of Health Research knowledge translation framework* podría ser una guía para el cambio organizacional,

Cuadro 3. Efecto de la intervención en el cumplimiento del programa basado en las guías (Brosseau, *et al.*)

Seguimiento	Diferencia de medias (IC _{95%}) Caminata Vs. 'autodirigido'	Diferencia de medias (IC _{95%}) Caminata & conducta Vs. 'autodirigido'
0-3 meses	0,15 (0,03 a 0,27)	0,12 (0,00 a 0,23)
3-6 meses	0,10 (-0,04 a 0,24)	0,08 (-0,06 a 0,22)
6-9 meses	0,01 (-0,14 a 0,15)	-0,06 (-0,20 a 0,08)
9-12 meses	-0,04 (-0,19 a 0,10)	-0,03 (-0,17 a 0,11)

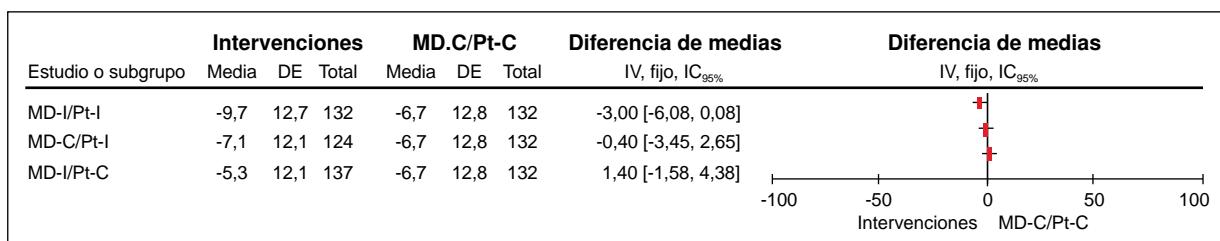


Figura 5. Efecto de las intervenciones en el cambio de la presión sistólica a los seis meses de las intervenciones (Svetkey, *et al.*)

MD-I/Pt-I: médicos y pacientes objeto de intervenciones más estrategias de educación

MD-C/Pt-I: médicos más cuidado usual y pacientes objeto de intervención más estrategias de educación

MD-I/Pt-C: médicos objeto de intervención más estrategias de educación y pacientes más material impreso

MD-C/Pt-C: cuidado usual del médico y material impreso para pacientes

Cuadro 4. Resumen de las intervenciones analizadas, de los resultados, la calidad de la información y las conclusiones

Intervención relacionada con la transferencia de conocimiento	Intervención de control	Resultados evaluados	Calidad de la información	Conclusiones
Adaptación cultural de la educación sobre la hipertensión arterial sistémica con base en las guías (<i>Culturally adapted hypertension education</i> , CAHE) (21)	Cuidado usual que consistía en la educación estándar recomendada por las guías	Cumplimiento	⊕⊕⊕○ Moderada	<ul style="list-style-type: none"> La intervención tuvo efecto positivo sobre los cambios de la presión sistólica y el cumplimiento de las recomendaciones sobre estilos de vida en pacientes africanos de Surinam y de Ghana con mal control de la hipertensión. CAHE entregado en la práctica general como medio para la adaptación cultural de la educación sobre hipertensión en diferentes entornos de atención en salud. Se necesitan estudios más amplios para estudiar los efectos a largo plazo de la CAHE y saber si es también aplicable y eficaz para los pacientes hipertensos de otras poblaciones étnicas.
		Clínicos	⊕⊕○○ Baja	
Diseminación estándar y paquete educativo en sitio web basado en las guías y opinión de un líder (29)	La diseminación estándar consistía en una copia impresa de las guías en versión para los pacientes.	Clínicos	⊕○○○ Muy baja	<ul style="list-style-type: none"> No hubo cambios significativos en la duración de la administración de fluidos ni de alimentos sólidos después de las intervenciones. La duración de la administración de fluido rápido superó sustancialmente la recomendación de una duración de dos horas, y el ayuno rápido sigue siendo sustancialmente mejor que el de 6 horas, independientemente de la intervención utilizada. La evaluación de la implementación en el contexto de la práctica de ayuno proporcionó un medio útil para exponer algunos de los problemas generales y de los desafíos para implementar las pruebas en la práctica.
Diseminación estándar y un paquete de las guías con un plan de acción (PDSA) (29)				
Programa supervisado de caminata aeróbica basada en la comunidad (<i>Supervised community-based aerobic walking program</i> , SCAWP) (Caminata) (23,24)	Material educativo impreso de las recomendaciones de las guías (aprendizaje 'autodirigido' o control 'autodirigido').	Cumplimiento	⊕⊕⊕○ Moderada	<ul style="list-style-type: none"> El enfoque de "Caminata (<i>walk</i>, W) & conducta (<i>behavior</i>, B)" de la intervención multifacética de transferencia de conocimiento mejoró el cumplimiento del SCAWP cuando se comparó con los otros dos grupos durante un período corto. La WB demostró ser la mejor estrategia de transferencias de conocimiento para reducir la deserción en comparación con el grupo W y el grupo de aprendizaje 'autodirigido' o control 'autodirigido'. Las tres estrategias fueron equivalentes a largo plazo (hasta 18 meses) para mejorar el cambio de comportamiento. Se necesitan más estudios para analizar mejor el cumplimiento a largo plazo o el conocimiento logrado con el SCAWP. Los tres grupos de caminata demostraron resultados globalmente equivalentes para la implementación de estrategias de transferencia de conocimiento en cuanto a la mejoría de la calidad de vida y los resultados clínicos a largo plazo (12 y 18 meses) Los resultados evidenciaron que un programa basado en la comunidad o en el hogar puede ser una estrategia eficaz para controlar la osteoartritis de la rodilla.
		Tasa de deserción	⊕⊕○○ Baja	
		Comportamiento para mejorar la 'autoeficacia'	⊕⊕○○ Baja	
		Morbilidad	⊕⊕○○ Baja	
		Síntomas	⊕○○○ Muy baja	
		Cumplimiento	⊕⊕○○ Baja	
		Tasa de deserción	⊕○○○ Muy baja	
		Comportamiento para mejorar la 'autoeficacia'	⊕○○○ Muy baja	
		Morbilidad	⊕○○○ Muy baja	
		Síntomas	⊕○○○ Muy baja	
Intervención en el comportamiento acompañada con SCAWP (Caminata & conducta) (23,24)				
Programas de gestión integral de atención (22)	Cuidado usual basado en las guías (información general escrita)	Tiempo de la primera hospitalización	⊕⊕○○ Baja	<ul style="list-style-type: none"> El ensayo se suspendió porque la mortalidad fue mayor en el grupo de intervención y ello no se pudo explicar satisfactoriamente ni siquiera con la recopilación de datos adicionales. No se pudo demostrar una mejoría en el conocimiento sobre la EPOC. Hubo una pequeña diferencia estadísticamente significativa en la tasa de uso de prednisona por exacerbación, pero no de antibióticos, y las diferencias en el momento de administración de la prednisona o el uso de antibióticos no fueron estadísticamente significativas. La intervención no produjo un cambio de comportamiento, ya que los pacientes del grupo de intervención no alcanzaron a iniciar su plan de acción frente al empeoramiento de los síntomas respiratorios.
		Mortalidad	⊕⊕⊕○ Moderada	
		Conocimiento	⊕⊕○○ Baja	
		Clínicos	⊕⊕○○ Baja	

Ayudas de decisión computarizadas (<i>Decision aids</i>) (26)	Recomendaciones directas a cargo del profesional de la salud para los pacientes mediante material escrito	Conflicto de decisión Conocimiento Inicio del tratamiento Ansiedad	⊕○○○ Muy baja	<ul style="list-style-type: none"> Se evidenció un conflicto de decisión significativamente menor en el grupo de ayuda computarizada que en el grupo de control inmediatamente después de la investigación, hallazgo presente en todos los pacientes, independientemente de su tratamiento inicial. Los participantes en el grupo de ayuda computarizada iniciaron el uso de warfarina más tarde que los del grupo control. Los resultados evidenciaron que este enfoque tuvo un impacto positivo en el conflicto de decisión, comparable a otros estudios de ayudas de decisión, pero también redujo la aceptación de un tratamiento clínicamente efectivo con eventuales implicaciones importantes para los resultados de salud.
Talleres facilitadores para educadores de pacientes (25)	Talleres a pacientes a cargo de los educadores de pacientes y material impreso	Conocimiento Intención y uso	⊕○○○ Muy baja	<p>Aparentemente, el programa educativo intensivo basado en la evidencia y orientado al entrenamiento de educadores para las guías de práctica clínica puede ser un método eficaz de transferencia de conocimiento en pacientes con osteoartritis. Se utilizarían de nuevo actividades similares de transferencia de conocimiento, pero con mayor atención al uso de estrategias de medios.</p> <p>La mayoría de los participantes habían aplicado su estrategia de gestión cuando se les preguntó tres meses después del taller. Se sugiere que la causa pudo ser la disponibilidad, la accesibilidad y los costos asociados a estos programas en lugar de la motivación de los pacientes.</p>
Diseminación a través de medios sociales (27)	Tradicional, consistente en materiales impresos, información por correo y medios de comunicación por internet	Conocimiento Intención	⊕○○○ Muy baja	<p>Los métodos de difusión basados en los medios sociales no representan un beneficio adicional frente a los métodos basados en materiales impresos, el correo electrónico y el internet para aumentar el conocimiento sobre las guías de práctica clínica y el cambio en la intención de uso por parte de los médicos o los pacientes. Se requiere investigar más sobre la selección del público, el formato y la entrega de mensajes para utilizar las tecnologías web óptimamente.</p>
Pacientes: sesiones grupales Profesionales de la salud: módulos de capacitación en línea (28)	Se basaron en pacientes y médicos que no eran objeto de la intervención. Solamente se le ofreció a cada grupo material impreso (cuidado usual)	Clínicos Cambios en la actividad física y peso	⊕○○○ Muy baja	<p>Una intervención intensiva en torno a la conducta relacionada con estilos de vida (médico y paciente) redujo significativamente la presión arterial a los 6 meses, con evidencia de que este efecto ocurrió debido a la adopción de un patrón dietético saludable y la pérdida de peso.</p> <p>La implementación de similares programas de intervención en el estilo de vida requeriría de mayor desarrollo para hacerla asequible, aplicable en escala en los sistemas de salud y capaz de producir mejoras sostenidas en el comportamiento, así como cambios en la presión arterial.</p>

facilitar la implementación de las guías de práctica clínica y mejorar los resultados de salud (45). Sin embargo, es evidente que hace falta un modelo conceptual para el desarrollo e implementación de este tipo de intervenciones, especialmente cuando las recomendaciones están destinadas a la comunidad. Ospina, *et al.*, también concluyeron que es importante hacer futuros estudios para el uso coherente de un modelo conceptual que mejore la efectividad de las intervenciones (46).

No se logró establecer un efecto significativo a favor de las intervenciones debido a la diversidad de las poblaciones y los tipos de estudio, a la ausencia de un marco conceptual para el desarrollo de las intervenciones y a la variedad de estrategias, entre otros. Sin embargo, se evidenció un leve efecto a favor en el resultado del cumplimiento a corto plazo de las recomendaciones de las guías en el estudio de Brosseau, *et al.* (23).

En los estudios sobre el cumplimiento de las recomendaciones de las guías de práctica clínica por parte de los profesionales de la salud, también se observó un mayor cumplimiento a corto plazo y una disminución al cabo de un año de la implementación (47). Asimismo, se ha observado un efecto sobre algunos resultados clínicos como el cambio de la presión sistólica, especialmente en las intervenciones que incluyen la participación de un profesional de la salud comparadas con aquellas dirigidas exclusivamente a un grupo en particular (28), lo cual concuerda con el estudio de Schipper, *et al.*, en el cual se sugiere seguir en gran medida los principios de diseminación de las estrategias entre los profesionales de la salud para facilitar la educación y la información de los pacientes contando con su participación directa, no solo en la difusión sino también en el desarrollo de las recomendaciones (48).

Por otra parte, a pesar de que en las estrategias no se incluyó explícitamente el enfoque de equidad, se observó una adaptación cultural de las guías, aunque sin especificar si estaban orientadas a disminuir las inequidades (21). Algunos autores han señalado la importancia de incorporar la equidad en el desarrollo e implementación de las guías de práctica clínica (49-51), recalcando factores importantes como la vinculación de la población objetivo durante todas las fases de su desarrollo, el análisis y la adaptación al contexto cultural, la consideración de factores psicosociales que podrían afectar su implementación y sus resultados, y la consideración de las inequidades del sistema de salud (49,52). Asimismo, se ha empezado a considerar la equidad en salud pública y en el sistema de salud en la metodología de GRADE para el desarrollo de guías clínicas (50,51,53-55).

La principal limitación de la presente revisión fueron los sesgos relacionados con aquellos artículos no publicados que pudieran ser relevantes, cuyo efecto trató de disminuirse haciendo una búsqueda exhaustiva de estudios publicados y no publicados. A pesar de la inclusión de bases de datos latinoamericanas y de no haber considerado el idioma como criterio de exclusión, no se encontraron estudios relevantes en otros idiomas diferentes al inglés, o provenientes de países latinoamericanos. Otra limitación de la revisión fue el gran riesgo de sesgo en los estudios analizados que pudo haber afectado directamente los resultados, especialmente el sesgo de desgaste y de notificación.

Las intervenciones de transferencia de conocimiento a corto plazo presentaron un leve efecto a favor en el resultado de cumplimiento, así como en algunos resultados clínicos de los pacientes cuando incluían la participación de profesionales de la salud. Sin embargo, se requieren nuevos estudios para confirmar estos hallazgos. Por otro lado, sería relevante para el desarrollo e implementación de las guías de práctica clínica incluir los modelos conceptuales, los factores contextuales, el enfoque de equidad y los análisis económicos de las intervenciones, así como a poblaciones vulnerables para evaluar la efectividad de las guías en la comunidad.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

El estudio fue financiado en el marco del programa de becas y pasantías de Jóvenes Investigadores e Innovadores (706 de 2015) de Colciencias.

Referencias

1. **Institute of Medicine, Board on Health Care Services, Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines, Graham R, Mancher M, Wolman DM, et al.** Clinical Practice Guidelines We Can Trust. Washington, D.C.: The National Academies Press; 2011. <https://doi.org/10.17226/13058>
2. **Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, et al.** Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA*. 1999; 282:1458-65. <https://doi.org/10.1001/jama.282.15.1458>
3. **Weisz G, Cambrosio A, Keating P, Knaapen L, Schlich T, Tournay VJ.** The emergence of clinical practice guidelines. *Milbank Q*. 2007;85:691-727 <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2007.00505.x>
4. **National Guideline Clearinghouse.** Guideline Summaries Archive. Agency for Healthcare Research and Quality. 2017. Fecha de consulta: 8 de mayo de 2017. Disponible en: <https://www.guideline.gov/summaries/archive>
5. **Prior M, Guerin M, Grimmer-Somers K.** The effectiveness of clinical guideline implementation strategies - A synthesis of systematic review findings. *J Eval Clin Pract*. 2008;14:888-97. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2008.01014.x>
6. **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. *BMJ*. 1998;317:465-8. <https://doi.org/10.1136/bmj.317.7156.465>
7. **Agudelo M, Alejandro S.** Apropiación social del conocimiento: una nueva dimensión de los archivos. *Rev Interam Bibl*. 2012;35:55-62.
8. **Canadian Institutes of Health Research.** Guide to knowledge translation planning at CIHR: Integrated and end-of-grant approaches. CIHR. 2015 Fecha de consulta: 4 de mayo de 2017. Disponible en: <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/45321.html>
9. **Ward V, House A, Hamer S.** Developing a framework for transferring knowledge into action: A thematic analysis of the literature. *J Health Serv Res Policy*. 2009;14:156-64. <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2009.008120>
10. **Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Tetroe J, Caswell W, et al.** Lost in knowledge translation: Time for a map? *J Contin Educ Health Prof*. 2006;26:13-24. <https://doi.org/10.1002/chp.47>
11. **Jacobson N, Butterill D, Goering P.** Development of a framework for knowledge translation: Understanding user context. *J Health Serv Res Policy*. 2003;8:94-9. <https://doi.org/10.1258/135581903321466067>
12. **Kitson AL, Rycroft-Malone J, Harvey G, McCormack B, Seers K, Titchen A.** Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARIHS framework: Theoretical and practical challenges. *Implement Sci*. 2008;3:1. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-3-1>
13. **Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O.** Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Q*. 2004;82:581-629. <https://doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x>

14. **Maison P, Desamericq G, Hemery F, Elie N, Del'Volgo A, Dubois-Randé JL, et al.** Relationship between recommended chronic heart failure treatments and mortality over 8 years in real-world conditions: A pharmacoepidemiological study. *Eur J Clin Pharmacol*. 2013;69:901-8. <https://doi.org/10.1007/s00228-012-1400-9>
15. **Armstrong R, Waters E, Jackson N, Oliver S, Popay J, Shepherd J, et al.** Guidelines for systematic reviews of health promotion and public health interventions. Version 2. Melbourne: Melbourne University; 2007.
16. **Higgins JPT, Green S.** Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 [updated March 2011]. Vol. 4, The Cochrane Collaboration. 2011. Fecha de consulta: 8 de mayo de 2017. Disponible en: www.handbook.cochrane.org
17. **Effective Practice and Organisation of Care.** Interrupted time series (ITS) analyses. EPOC Resources for review authors. Vol. 13. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services; 2013. p. 1-13.
18. **Martin LR, Williams SL, Haskard KB, DiMatteo MR.** The challenge of patient adherence. *Ther Clin Risk Manag*. 2005;1:189-99.
19. **Cochrane Public Health Group.** Data Extraction and assessment template. 2011. Fecha de consulta: 8 de mayo de 2017. Disponible en: <http://ph.cochrane.org/review-authors>
20. **Schünemann H, Brożek J, Guyatt G, Oxman A.** Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach. GRADE Handbook. 2013. Fecha de consulta: 3 de octubre de 2017. Disponible en: <http://gdt.guidelinedevelopment.org/app/handbook/handbook.html>
21. **Beune EJ, Moll Van Charante EP, Beem L, Mohrs J, Agyemang CO, Ogedegbe G, et al.** Culturally adapted hypertension education (CAHE) to improve blood pressure control and treatment adherence in patients of African origin with uncontrolled hypertension: Cluster-randomized trial. *PLoS One*. 2014;9:1-11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0090103>
22. **Fan VS, Gaziano JM, Lew R, Bourbeau J, Adams SG, Leatherman S, et al.** A comprehensive care management program to prevent chronic obstructive pulmonary disease hospitalizations: A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 2012;156:673-83. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-156-10-201205150-00003>.
23. **Brosseau L, Wells GA, Kenny GP, Reid R, Maetzel A, Tugwell P, et al.** The implementation of a community-based aerobic walking program for mild to moderate knee osteoarthritis: A knowledge translation randomized controlled trial: Part II: Clinical outcomes. *BMC Public Health*. 2012;12:1073 <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-871>
24. **Brosseau L, Wells GA, Kenny GP, Reid R, Maetzel A, Tugwell P, et al.** The implementation of a community-based aerobic walking program for mild to moderate knee osteoarthritis (OA): A knowledge translation (KT) randomized controlled trial (RCT): Part I: The Uptake of the Ottawa Panel clinical practice guidelines (CPGs). *BMC Public Health*. 2012;12:871 <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-871>
25. **Brosseau L, Lineker S, Bell M, Wells G, Casimiro L, Egan M, et al.** People getting a grip on arthritis: A knowledge transfer strategy to empower patients with rheumatoid arthritis and osteoarthritis. *Health Educ J*. 2012;71:255-67. <https://doi.org/10.1177/0017896910387317>
26. **Thomson RG, Eccles MP, Steen IN, Greenaway J, Stobbart L, Murtagh MJ, et al.** A patient decision aid to support shared decision-making on anti-thrombotic treatment of patients with atrial fibrillation: Randomised controlled trial. *Qual Saf Heal Care*. 2007;16:216-23. <https://doi.org/10.1136/qshc.2006.018481>
27. **Narayanawami P, Gronseth G, Dubinsky R, Penfold-Murray R, Cox J, Bever C, et al.** The impact of social media on dissemination and implementation of clinical practice guidelines: A longitudinal observational study. *J Med Internet Res*. 2015;17:e193. <https://doi.org/10.2196/jmir.4414>
28. **Svetkey LP, Pollak KI, Yancy WS, Dolor RJ, Batch BC, Samsa G, et al.** Hypertension improvement project: Randomized trial of quality improvement for physicians and lifestyle modification for patients. *Hypertension*. 2009;54:1226-33. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.109.134874>
29. **Rycroft-Malone J, Seers K, Crichton N, Chandler J, Hawkes CA, Allen C, et al.** A pragmatic cluster randomised trial evaluating three implementation interventions. *Implement Sci*. 2012;7:80. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-80>
30. **Smulders YM, Burgers JS, Scheltens T, van Hout BA, Wiersma T, Simoons ML, et al.** Clinical practice guideline for cardiovascular risk management in the Netherlands. *Neth J Med*. 2008;66:169-74.
31. **Westby M, Bullock I, Gray W, Lardner-Browne C, Rashid R.** RCN/RCoA: Perioperative fasting in adults and children: Clinical Practice Guidelines. RCN Institute. London: Royal College of Nursing; 2005. Fecha de consulta: 30 de mayo de 2017. Disponible en: https://my.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0009/78678/002800.pdf
32. **Loew L, Brosseau L, Wells GA, Tugwell P, Kenny GP, Reid R, et al.** Ottawa panel evidence-based clinical practice guidelines for aerobic walking programs in the management of osteoarthritis. *Arch Phys Med Rehabil*. 2012;93:1269-85. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2012.01.024>
33. **The Management of COPD Working Group.** VA/DoD Clinical Practice Guideline for Management of Outpatient Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Washington, D.C.: U.S. Department of Veterans Affairs/U.S. Department of Defense; 2007. Fecha de consulta: 1 de abril de 2017. Disponible en: https://www.healthquality.va.gov/guidelines/CD/copd/copd_20.pdf
34. **Scottish Inter-Collegiate Guidelines Network.** Scottish Inter-Collegiate Guidelines Network Antithrombotic therapy: A national clinical guideline. Edinburgh: Scottish Inter-Collegiate Guidelines Network; 1999. Fecha de consulta: 1 de abril de 2017. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/129/>
35. **Loew L, Brosseau L, Wells GA, Tugwell P, Kenny GP, Reid R, et al.** Ottawa Panel evidence-based clinical practice guidelines for therapeutic exercises and manual therapy in the management of osteoarthritis. *Phys Ther*. 2005;85:907-71. <https://doi.org/10.1093/ptj/85.9.907>

36. **Brosseau L, Wells G, Tugwell P, Egan M, Dubouloz C-J, Casimiro L, et al.** Ottawa panel evidence-based clinical practice guidelines for therapeutic exercises in the management of rheumatoid arthritis in adults. *Phys Ther.* 2004;84:934-72. <https://doi.org/10.1093/ptj/84.10.934>.
37. **Yadav V, Bever C, Bowen J, Bowling A, Weinstock-Guttman B, Cameron M, et al.** Summary of evidence-based guideline: Complementary and alternative medicine in multiple sclerosis: Report of the Guideline Development Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology.* 2014;82:1083-92. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000000250>
38. **Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al.** Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension.* 2003;42:1206-52. <https://doi.org/10.1161/01.HYP.0000107251.49515.c2>
39. **Kleinman A, Eisenberg L, Good B.** Culture, illness, and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Intern Med.* 1978;88:251-8.
40. **Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J.** Evaluating primary care behavioral counseling interventions: An evidence-based approach. *Am J Prev Med.* 2002;22:267-84. <https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e3181657e0d>
41. **Rycroft-Malone J, Kitson A, Harvey G, McCormack B, Seers K, Titchen A, et al.** Ingredients for change: Revisiting a conceptual framework. *Qual Saf Health Care.* 2002;11:174-80. <https://doi.org/10.1136/qhc.11.2.174>
42. **Flodgren G, Lo C, Mayhew A, Omar O, Cr P, Shepperd S.** Interventions to improve professional adherence to guidelines for prevention of device-related infections. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;3:CD006559. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006559.pub2>
43. **Moulding N, Silagy C, Weller D.** A framework for effective management of change in clinical practice: Dissemination and implementation of clinical practice guidelines. *Qual Heal Care.* 1999;8:177-83.
44. **Harrison MB, Legare F, Graham ID, Fervers B.** Adapting clinical practice guidelines to local context and assessing barriers to their use. *Can Med Assoc J.* 2010;182:E78-84. <https://doi.org/10.1503/cmaj.081232>
45. **Licskai C, Sands T, Ong M, Paolatto L, Nicoletti I.** Using a knowledge translation framework to implement asthma clinical practice guidelines in primary care. *Int J Qual Heal Care.* 2012;24:538-46 <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzs043>
46. **Ospina MB, Taenzer P, Rashed S, MacDermid JC, Carr E, Chojek D, et al.** A systematic review of the effectiveness of knowledge translation interventions for chronic noncancer pain management. *Pain Res Manag.* 2013;18:e129-41.
47. **Ament SM, de Groot JJ, Maessen JM, Dirksen CD, van der Weijden T, Kleijnen J.** Sustainability of professionals' adherence to clinical practice guidelines in medical care: A systematic review. *BMJ Open.* 2015;5:e008073 <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008073>
48. **Schipper K, Bakker M, De Wit M, Ket JCF, Abma TA.** Strategies for disseminating recommendations or guidelines to patients: A systematic review. *Implement Sci.* 2016; 11:1-17. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0447-x>
49. **Acosta N, Pollard J, Mosquera P, Reveiz L.** Equidad en el desarrollo de guías de práctica clínica. *Rev Salud Pública.* 2011;13:327-38. <https://doi.org/10.1590/S0124-00642011000200014>
50. **Eslava-Schmalbach JH, Welch VA, Tugwell P, Amaya AC, Gaitán H, Mosquera P, et al.** Incorporating equity issues into the development of Colombian clinical practice guidelines: Suggestions for the GRADE approach. *Rev Salud Pública.* 2016;18:72-81 <https://doi.org/10.15446/rsap.v18n1.45002>
51. **Welch VA, Akl EA, Guyatt G, Pottie K, Eslava-Schmalbach J, Ansari MT, et al.** GRADE Equity guidelines 1: Health equity in guideline development- introduction and rationale. *J Clin Epidemiol.* 2017. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.01.014>
52. **Eslava-Schmalbach J, Sandoval-Vargas G, Mosquera P.** Incorporating equity into developing and implementing for evidence-based clinical practice guidelines. *Rev Salud Pública.* 2011;13:339-51. <https://doi.org/10.1590/S0124-00642011000200015>
53. **Welch VA, Akl EA, Pottie K, Ansari MT, Briel M, Christensen R, et al.** GRADE equity guidelines 3: Health equity considerations in rating the certainty of synthesized evidence. *J Clin Epidemiol.* 2017. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.01.015>
54. **Akl EA, Welch V, Pottie K, Eslava-Schmalbach J, Darzi A, Sola I, et al.** GRADE Equity Guidelines 2: Considering health equity in GRADE guideline development: Equity extension of the Guideline Development Checklist. *J Clin Epidemiol.* 2017. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.01.017>
55. **Pottie K, Welch V, Morton R, Akl EA, Eslava-Schmalbach JH, Katikireddi V, et al.** GRADE equity guidelines 4: Guidance on how to assess and address health equity within the evidence to decision process. *J Clin Epidemiol.* 2017. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.08.001>

Anexo A. Estrategias de búsqueda

1. Bases de datos

MEDLINE (OVID) 1946 to March Week 3 2017 (25-03-17)

1. exp Guideline Adherence/ (26462)
2. Guideline Adherence.ti,ab,tw (857)
3. exp Practice Guideline/ (22660)
4. practice guideline\$1.ti,ab (16761)
5. Clinical practice guideline\$1. ti,ab,tw (8876)
6. exp practice guidelines as topic/ (98854)
7. (Clinical ADJ2 practice guideline\$1) (9094)
8. (guideline? adj3 (adher\$ OR influenc\$ OR implement\$ OR impact\$ OR follow)).ti,ab,tw. (12610)
9. 1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6 OR 7 OR 8 (147700)
10. knowledge translation.ti,ab,tw (1322)
11. ((knowledge translation) ADJ2 (tool OR (to action cycle))).ti,ab. (22)
12. Knowledge transfer. ti,ab (882)
13. Knowledge transference.ti,ab (6)
14. KT.ti,ab (7751)
15. (Knowledge Translation in health care).mp. (5)
16. Knowledge Translation Toolkit.mp (0)
17. knowledge utilization.ti,ab,tw (68)
18. implementation research.ti,ab,tw (550)
19. Appropriate knowledge.tw (357)
20. patient decision.ti,ab (924)
21. (Knowledge AND (Patient Education as Topic)) (14195)
22. community Knowledge.ti,ab (259)
23. (knowledge ADJ2 (exchang\$ OR translat\$ OR transfer\$ OR diffus\$ OR disseminat\$ OR implement\$ OR utili\$ OR evaluation OR adoption)).ti,ab,tw. (6708)
24. (KT ADJ2 (exchang\$ OR translat\$ OR transfer\$ OR diffus\$ OR disseminat\$ OR implement\$ OR utili\$)). ti,ab,tw. (238)
25. (Knowledge AND (Diffusion of Innovation)) (2221)
26. 10 OR 11 OR 12 OR 13 OR 14 OR 15 OR 16 OR 17 OR 18 OR 19 OR 20 OR 21 OR 22 OR 23 OR 24 OR 25 (31067)
27. exp patients/ (54493)
28. (Patient\$1 OR outpatient\$1 OR (Patient Participation)).ti,ab (5076959)
29. Communit\$.ti,ab (378157)
30. (adherence ADJ3 patient\$1).ti,ab (7411)
31. 27 OR 28 OR 29 OR 30 (5377438)
32. 9 AND 23 AND 28 (929)
33. (randomized controlled trial OR controlled clinical trial OR clinical trial) (843344)
34. random\$.ti,ab. (803339)
35. controlled.ti. (122236)
36. (control\$ adj (clinical OR group\$ OR trial\$ OR study OR studies OR design\$ OR method\$)) (1203427)
37. single-blind method/ OR double-blind method/ (169051)
38. Cluster Analysis/ (53082)
39. (Controlled before and after studies) (594)
40. Interrupted time series Analysis/ (250)
41. 30 OR 31 OR 32 OR 33 OR 34 OR 35 OR 36 OR 37 (1870262)
42. 29 AND 38 (179)

CENTRAL (OVID) EBM Reviews - Cochrane Central Register of Controlled Trials February 2017 (25-03-17)

1. exp Guideline Adherence/ (818)
2. Guideline Adherence.ti,ab,tw (141)
3. practice guideline\$1.ti,ab (887)
4. Clinical practice guideline\$1. ti,ab,tw (502)
5. exp practice guidelines as topic/ (1309)
6. (Clinical ADJ2 practice guideline\$1) (623)
7. (guideline? adj3 (adher\$ OR influenc\$ OR implement\$ OR impact\$ OR follow)).ti,ab. (1484)
8. 1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6 OR 7 (3405)
9. knowledge translation.ti,ab (107)
10. ((knowledge translation) ADJ2 (tool OR (to action cycle))).ti,ab. (2)
11. Knowledge transfer. ti,ab (61)
12. Knowledge transference.ti,ab (0)
13. KT.ti,ab (863)
14. (Knowledge Translation in health care).ti,ab. (0)

15. Knowledge Translation Toolkit.ti,ab. (0)
16. knowledge utilization.ti,ab,tw (7)
17. implementation research.ti,ab,tw (84)
18. Appropriate knowledge.tw (10)
19. patient decision.ti,ab (152)
20. (Knowledge and Patient Education as Topic).mp. (2005)
21. community Knowledge.ti,ab (17)
22. (knowledge ADJ2 (exchang\$ OR translat\$ OR transfer\$ OR diffus\$ OR disseminat\$ OR implement\$ OR utili\$ OR evaluation OR adoption)).ti,ab. (454)
23. (KT ADJ2 (exchang\$ OR translat\$ OR transfer\$ OR diffus\$ OR disseminat\$ OR implement\$ OR utili\$)).ti,ab (31)
24. (Knowledge and Diffusion of Innovation).mp (35)
25. 9 OR 10 OR 11 OR 12 OR 13 OR 14 OR 15 OR 16 OR 17 OR 18 OR 19 OR 20 OR 21 OR 22 OR 23 OR 24 (3405)
26. exp patients/ (4601)
27. (Patient\$1 OR outpatient\$1 OR (Patient Participation)).ti,ab (538468)
28. Communit\$.ti,ab (21567)
29. (adherence ADJ3 patient\$1).ti,ab (2109)
30. 26 OR 27 OR 28 OR 29 (552456)
31. 8 AND 25 AND 30 (80)
32. (randomized controlled trial OR controlled clinical trial OR clinical trial) (276355)
33. random\$.ti,ab. (532154)
34. controlled.ti. (122412)
35. (control\$ adj (clinical OR group\$ OR trial\$ OR study OR studies OR design\$ OR method\$)) (377488)
36. single-blind method/ OR double-blind method/ (134569)
37. Cluster Analysis/ (1745)
38. (Controlled before and after studies) (111964)
39. (Interrupted time series) (6)
40. 32 OR 33 OR 34 OR 35 OR 36 OR 37 OR 38 OR 39 (674165)
41. 31 AND 40 (74)

EMBASE 25-03-17

1. 'Guideline Adherence'.ti,ab (1344)
 2. 'Guideline Adherence'/exp (365649)
 3. 'Practice Guideline'/de OR 'practice guideline'/exp OR 'practice guideline' (366408)
 4. 'practice guideline'.ti,ab (23029)
 5. 'Clinical practice guideline'.ti,ab (12138)
 6. 'practice guidelines as topic'/exp (365649)
 7. (Clinical NEXT/2 'practice guideline') (12820)
 8. (Guideline* NEXT/3 (adher* OR influenc* OR implement* OR impact* OR follow)).ti,ab (7215)
 9. 1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6 OR 7 OR 8 (371068)
 10. 'knowledge translation'.ti,ab (1900)
 11. ('knowledge translation' NEXT/2 (tool OR 'to action cycle')).ti,ab. (36)
 12. 'Knowledge transfer'.ti,ab (1305)
 13. 'Knowledge transference'.ti,ab (10)
 14. KT:ti,ab (10146)
 15. 'Knowledge Translation in health care' (5)
 16. 'Knowledge Translation Toolkit' (4)
 17. 'knowledge utilization'.ti,ab (85)
 18. 'implementation research'.ti,ab (608)
 19. 'Appropriate knowledge' (551)
 20. 'patient decision'.ti,ab (1378)
 21. (Knowledge AND ('Patient Education as Topic')) (41)
 22. 'community Knowledge'.ti,ab (325)
 23. (knowledge NEXT/2 (exchang* OR translat* OR transfer* OR diffuse* OR disseminat* OR implement* OR utili* OR evaluation OR adoption)).ti,ab (5119)
 24. (KT NEXT/2 (exchang* OR translat* OR transfer* OR diffuse* OR disseminat* OR implement* OR utili*)).ti,ab (25)
 25. (Knowledge AND ('Diffusion of Innovation')) (87)
 26. 10 OR 11 OR 12 OR 13 OR 14 OR 15 OR 16 OR 17 OR 18 OR 19 OR 20 OR 21 OR 22 OR 23 OR 24 OR 25 (17280)
 27. patients/exp (1901615)
 28. (Patient* OR outpatient* OR 'Patient Participation').ti,ab (7236256)
 29. Communit*.ti,ab (479253)
 30. (adherence NEXT/3 patient*).ti,ab (5574)
 31. 27 OR 28 OR 29 OR 30 (7573393)
 32. 9 AND 23 AND 28 (622)
 33. 32 AND ('clinical article'/de OR 'clinical trial'/de OR 'controlled clinical trial'/de OR 'controlled study'/de OR 'major clinical study'/de OR 'multicenter study'/de OR 'practice guideline'/de OR 'prospective study'/de OR 'randomized controlled trial'/de) AND [embase]/lim NOT [medline]/lim (209)
-

SCOPUS 21-07-16

1. (TITLE-ABS-KEY ("Guideline Adherence") OR TITLE-ABS-KEY ("Practice Guideline") OR TITLE-ABS-KEY ("Clinical practice guideline") OR TITLE-ABS-KEY ("practice guidelines as topic") OR ALL ((clinical PRE/2 "practice guideline")) OR TITLE-ABS-KEY ((guideline* PRE/3 (adher* OR influenc* OR implement* OR impact* OR follow)))) (466878)
2. (ALL ("knowledge translation") OR TITLE-ABS-KEY (("knowledge translation" PRE/2 (tool OR "to action cycle"))) OR TITLE-ABS-KEY ("Knowledge transfer") OR TITLE-ABS-KEY (knowledge transference) OR TITLE-ABS-KEY (kt) OR TITLE-ABS-KEY ("Knowledge Translation in health care") OR ALL ("Knowledge Translation in health care") OR ALL ("Knowledge Translation Toolkit") OR TITLE-ABS-KEY ("knowledge utilization") OR TITLE-ABS-KEY ("implementation research") OR ALL ("Appropriate knowledge") OR TITLE-ABS-KEY ("patient decision") OR TITLE-ABS-KEY ((knowledge AND ("Patient Education as Topic"))) OR TITLE-ABS-KEY ("community Knowledge") OR TITLE-ABS-KEY ((knowledge PRE/2 (exchang* OR translat* OR transfer* OR diffuse* OR disseminat* OR implement* OR utili* OR evaluation OR adoption))) OR TITLE-ABS-KEY ((kt PRE/2 (exchang* OR translat* OR transfer* OR diffuse* OR disseminat* OR implement* OR utili*))) OR ALL ((knowledge AND ("Diffusion of Innovation"))) (93044)
3. (TITLE-ABS-KEY (patients) OR TITLE-ABS-KEY ((patient* OR outpatient* OR "Patient Participation")) OR TITLE-ABS-KEY (communit*) OR TITLE-ABS-KEY ((adherence PRE/3 patient*))) (7927348)
4. 1 AND 2 AND 3 (4421)
5. 4 AND (LIMIT-TO (DOCTYPE, "ar")) AND (LIMIT-TO (SRCTYPE, "j")) (2946)
6. 5 AND (TITLE-ABS-KEY ("clinical trial") OR TITLE-ABS-KEY ("controlled clinical trial") OR TITLE-ABS-KEY ("controlled study") OR TITLE-ABS-KEY ("randomized controlled trial") OR TITLE-ABS-KEY ("Cluster Analysis") OR TITLE-ABS-KEY ("Controlled before and after studies") OR TITLE-ABS-KEY ("Interrupted time series")) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE, "ar")) AND (LIMIT-TO (SRCTYPE, "j")) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE, "English")) OR LIMIT-TO (LANGUAGE, "Spanish")) (1047)

Web of science 25/03/17

1. TI=("Guideline Adherence") OR TI=("Practice Guideline") AND Tipos de documento: (Article) (799)
2. TI=("Clinical practice guideline") OR TI=("practice guidelines as topic") AND Tipos de documento: (Article) (1.608)
3. TS=(guideline* NEAR/3 (adher* OR influenc* OR implement* OR impact* OR follow)) AND Tipos de documento: (Article) (16.905)
4. TS=(clinical NEAR/2 "practice guideline") AND Tipos de documento: (Article) (8.963)
5. TS=("Clinical practice guideline") OR TS=("practice guidelines as topic") AND Tipos de documento: (Article) (8.740)
6. TS=("Guideline Adherence") OR TS=("Practice Guideline") AND Tipos de documento: (Article) (4.407)
7. TI=(guideline* NEAR/3 (adher* OR influenc* OR implement* OR impact* OR follow)) AND Tipos de documento: (Article) (2.170)
8. TI=(clinical NEAR/2 "practice guideline") AND Tipos de documento: (Article) (1.626)
9. 1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6 OR 7 OR 8 (25.302)
10. TS=("community Knowledge") OR TS=(knowledge NEAR/2 (exchang* OR translat* OR transfer* OR diffuse* OR disseminat* OR implement* OR utili* OR evaluation OR adoption)) OR TS=(kt NEAR/2 (exchang* OR translat* OR transfer* OR diffuse* OR disseminat* OR implement* OR utili*)) OR TS=(knowledge AND ("Diffusion of Innovation")) AND Tipos de documento: (Article) (16.535)
11. TS=("knowledge utilization") OR TS=("implementation research" OR "Appropriate knowledge") OR TS=("patient decision") OR TS=(knowledge AND ("Patient Education as Topic")) AND Tipos de documento: (Article) (1.928)
12. TS=("Knowledge Translation in health care" OR "Knowledge Translation in health care" OR "Knowledge Translation Toolkit") AND Tipos de documento: (Article) (1)
13. TS=("Knowledge transfer") OR TS=("knowledge transference") OR TS=(kt) AND Tipos de documento: (Article) (12.795)
14. TS=("knowledge translation") OR TS=("knowledge translation" NEAR/2 (tool OR "to action cycle")) AND Tipos de documento: (Article) (1.538)
15. TI=("community Knowledge") OR TI=(knowledge NEAR/2 (exchang* OR translat* OR transfer* OR diffuse* OR disseminat* OR implement* OR utili* OR evaluation OR adoption)) OR TI=(kt NEAR/2 (exchang* OR translat* OR transfer* OR diffuse* OR disseminat* OR implement* OR utili*)) OR TI=(knowledge AND ("Diffusion of Innovation")) AND Tipos de documento: (Article) (2.366)
16. TI=("knowledge utilization") OR TI=("implementation research" OR "Appropriate knowledge") OR TI=("patient decision") OR TI=(knowledge AND ("Patient Education as Topic")) AND Tipos de documento: (Article) (287)
17. TI=("Knowledge Translation in health care" OR "Knowledge Translation in health care" OR "Knowledge Translation Toolkit") AND Tipos de documento: (Article) (1)
18. TI=("Knowledge transfer") OR TI=("knowledge transference") OR TI=(kt) AND Tipos de documento: (Article) (1.067)
19. TI=("knowledge translation") OR TI=("knowledge translation" NEAR/2 (tool OR "to action cycle")) AND Tipos de documento: (Article) (348)
20. 10 OR 11 OR 12 OR 13 OR 14 OR 15 OR 16 OR 17 OR 18 OR 19 (26.916)
21. TS=(Patients) OR TS=(patient* OR outpatient* OR "Patient Participation") OR TS=(communit* OR (adherence NEAR/3 patient*)) (3.700.199)
22. TI=(Patients) OR TI=(patient* OR outpatient* OR "Patient Participation") OR TI=(communit* OR (adherence NEAR/3 patient*))
23. 22 OR 21 (3.700.199)
24. 23 AND 20 AND 9 (280)

Academic Search 27/03/17

TX (guideline adherence OR Practice Guideline OR Clinical practice guidelines OR practice guidelines as topic) AND TX (knowledge translation OR Knowledge transfer OR Knowledge transference OR KT OR Knowledge Translation in health care OR Knowledge Translation Toolkit OR implementation research OR Appropriate knowledge OR patient decision OR knowledge utilization) AND TX (patient OR outpatient OR community) AND TX (randomized controlled trials OR controlled study)

Limitar: patients, clinical trials, randomized controlled trial, decision making

Limitar tipo de Publicación: trials, implementation science, journal of evaluation in clinical practice (256)

LILACS – Virtual health library 27/03/17

((tw:(Guideline Adherence)) OR (tw:(Practice Guideline)) OR (tw:(Clinical practice guideline)) OR (tw:(practice guidelines as topic))) AND ((tw:(knowledge translation)) OR (tw:(Knowledge transfer)) OR (tw:(Knowledge transference)) OR (tw:(KT)) OR (tw:(Knowledge Translation in health care)) OR (tw:(Knowledge Translation Toolkit)) OR (tw:(knowledge utilization)) OR (tw:(implementation research)) OR (tw:(Appropriate knowledge)) OR (tw:(patient decision)) OR (tw:(community Knowledge)) OR (tw:(Diffusion of Innovation))) AND ((tw:(patients)) OR (tw:(outpatients)) OR (tw:(Patient Participation)) OR (tw:(Community))) AND filter by database(IBECS, LILACS, CUMED, Hanseníase, Leprosy, MedCarib, REPIDISCA) (71)

Scielo 27/03/17

((guideline adherence) OR (practice guideline) OR (clinical practice guideline) OR (practice guidelines as topic))) AND ((knowledge translation) OR (knowledge transfer) OR (knowledge transference) OR (kt) OR (knowledge translation in health care) OR (knowledge translation toolkit) OR (knowledge utilization) OR (implementation research) OR (appropriate knowledge) OR (patient decision) OR (community knowledge) OR (diffusion of innovation)) AND ((patients) OR (outpatients) OR (patient participation)) (10)

2. Búsqueda de literatura gris en otros recursos

Google scholar (Noviembre 2016):

“Clinical practice guidelines” AND “knowledge translation” AND “patients” AND “randomized”. Se ordenó por relevancia y se revisaron 620, seleccionando 3 artículos relevantes para la revisión.

Open grey (Noviembre 2016):

((guideline adherence) OR (practice guideline) OR (clinical practice guideline) OR (practice guidelines as topic))) AND ((knowledge translation) OR (knowledge transfer) OR (knowledge transference) OR (kt) OR (knowledge translation in health care) OR (knowledge translation toolkit) OR (knowledge utilization) OR (implementation research) OR (appropriate knowledge) OR (patient decision) OR (community knowledge) OR (diffusion of innovation)) AND ((patients) OR (outpatients) OR (patient participation)). La búsqueda arrojó 9 estudios ninguno de los estudios cumplió con los criterios de inclusión.

Anexo B. Criterios de inclusión/exclusión de los artículos de texto completo

Nº	Estudio	Incluido/No incluido	Criterios de exclusión	Razón de exclusión
1	An interdisciplinary concept to optimize patient safety--a pilot study (1)	No incluido	Intervención	No son explícitos con el tipo de intervención y además el artículo está en alemán
2	Implementation of a clinical practice guideline for walking recovery: Standardized users improve knowledge translation (2)	No incluido	Poster de congreso	Se les escribió a los autores para obtener el artículo de los resultados pero no se obtuvo respuesta.
3	Informed shared decision-making supported by decision coaches for women with ductal carcinoma in situ: Study protocol for a cluster randomized controlled trial (3)	No incluido	Estado de reclutamiento ISRCTN46305518	Se contactó a los investigadores, los cuales contestaron que el estudio se encuentra en proceso y que no pueden dar más información.
4	People getting a grip on arthritis: A knowledge transfer strategy to empower patients with rheumatoid arthritis and osteoarthritis (4)	Incluido	-----	-----
5	Strategies for health system implementation of guidelines on overweight and obesity (5)	No incluido	Conferencia	Se les escribió a los autores para obtener el artículo de los resultados pero no se obtuvo respuesta.
6	A cluster randomized controlled trial comparing three methods of disseminating practice guidelines for children with croup (6)	No incluido	Población	Dirigido a profesionales de la salud
7	A cluster-randomized controlled trial evaluating the effect of culturally-appropriate hypertension education among Afro-Surinamese and Ghanaian patients in Dutch general practice: study protocol (7)	Incluido Artículo original: Culturally Adapted Hypertension Education (CAHE) to Improve Blood Pressure Control and Treatment Adherence in Patients of African Origin with Uncontrolled Hypertension: Cluster-Randomized Trial (8)		
8	A comprehensive care management program to prevent chronic obstructive pulmonary disease hospitalizations: A randomized, controlled trial (9)	Incluido	-----	-----
9	A Multifaceted Knowledge Translation Strategy Can Increase Compliance with Guideline Recommendations for Mechanical Bowel Preparation (10)	No incluido	Población	Dirigido a profesionales de la salud
10	A patient decision aid to support shared decision-making on anti-thrombotic treatment of patients with atrial fibrillation: Randomised controlled trial (11)	Incluido	-----	-----
11	Achieving treat to target in gout: a clinical practice improvement project (12)	No incluido	Tipo de estudio	Estudio cualitativo enfocado en grupos focales.
12	Baseline feature of a randomized trial assessing the effects of disease management programs for the prevention of recurrent ischemic stroke (13)	No incluido	Intervención	Programa educativo no relacionado con la intervención de interés
13	Best strategies to implement clinical pathways in an emergency department setting: study protocol for a cluster randomized controlled trial. (14)	No incluido	Población	Dirigido a profesionales de la salud
14	Can evidence change the rate of back surgery? A randomized trial of community-based education. (15)	No incluido	No se encontró el artículo original	Se les escribió a los autores, pero no hubo respuesta

15	Community-based Rehabilitation Intervention for people with Schizophrenia in Ethiopia (RISE): study protocol for a cluster randomised controlled trial. (16)	No incluido	No hay resultados hasta el momento	Estudio en proceso inicial
16	Dentists United to Extinguish Tobacco (DUET): a study protocol for a cluster randomized, controlled trial for enhancing implementation of clinical practice guidelines for treating tobacco dependence in dental care settings. (17)	No incluido	Población	Dirigido a profesionales de la salud
17	Development and pilot testing of a mobile health solution for asthma self-management: Asthma action plan smartphone application pilot study (18)	No incluido	Tipo de estudio	Es un estudio de antes y después, pero sin grupo control
18	Effectiveness of a clinical guideline to improve dental health among orthodontically treated patients: study protocol for a cluster randomized controlled trial. (19)	No incluido	No hay resultados hasta el momento	Estudio en el proceso curso
19	Effectiveness of disseminating consensus management recommendations for ulcer bleeding: a cluster randomized trial (20)	No incluido	Población	Dirigido a profesionales de la salud
20	Enhanced implementation of low back pain guidelines in general practice: study protocol of a cluster randomised controlled trial. (21,22)	No incluido	Poblacion	Intervencion esta dirigida a profesionales
21	Evaluating the QUIT-PRIMO clinical practice ePortal to increase smoker engagement with online cessation interventions: a national hybrid type 2 implementation study. (23)	No incluido	Intervención	Programa no relacionado con la intervención de interés
22	Evaluation of a tailored intervention to improve management of overweight and obesity in primary care: study protocol of a cluster randomised controlled trial.(24)	No incluido	Población	Articulo Original: Cluster randomised trial of a tailored intervention to improve the management of overweight and obesity in primary care (25)
23	Evaluation of asthma knowledge and quality of life in Hungarian asthmatics (26)	No incluido	Intervención	Programa basado en guías que no son basadas en la evidencia.
24	Evaluation of the acceptability, feasibility and effectiveness of two methods of involving patients with disability in developing clinical guidelines: study protocol of a randomized pragmatic pilot trial. (27)	No incluido	No se encontró el artículo original	Se les escribió a los autores, pero no hubo respuesta
25	Fever, hyperglycaemia and swallowing dysfunction management in acute stroke: A cluster randomised controlled trial of knowledge transfer. (28)	No incluido	Población	Dirigido a profesionales de la salud
26	adhesion in heart failure: Randomized Clinical Trial HELEN-I. (29)	No incluido	Intervención	Programa no relacionado con la intervención de interés
27	Improving cancer pain management in communities: Main results from a randomized controlled trial (30)	No incluido	Intervención	Programa no relacionado con la intervención de interés
28	Impact of an interprofessional shared decision-making and goal-setting decision aid for patients with diabetes on decisional conflict--study protocol for a randomized controlled trial. (31)	No incluido	No hay resultados hasta el momento	Estudio en proceso inicial de reclutamiento
29	Improving stress testing compliance following chest pain presentations to the emergency department. (32)	No incluido	Intervención	Programa no relacionado con la intervención de interés

30	Intermediate and long-term effects of a standardized back school for inpatient orthopedic rehabilitation on illness knowledge and self-management behaviors: a randomized controlled trial. (33)	No incluido	Intervención	Programa no relacionado con la intervención de interés
31	Knowledge transfer in family physicians managing patients with acute low back pain: a prospective randomized control trial. (34)	No incluido	Intervención y comparador	Guías de pacientes comparadas sin intervención
32	Knowledge translation tool to improve pregnant women's awareness of gestational weight gain goals and risks of gaining outside recommendations: A non-randomized intervention study (35)	No incluido	Intervención	Programa basado en guías que no son basadas en la evidencia.
33	Monitoring strategies in children with asthma: A randomised controlled trial (36)	No incluido	Intervención	Programa no relacionado con la intervención de interés
34	Protocol: Adaptive Implementation of Effective Programs Trial (ADEPT): cluster randomized SMART trial comparing a standard versus enhanced implementation strategy to improve outcomes of a mood disorders program. (37)	No incluido	No hay resultados hasta el momento	Estudio en proceso inicial de reclutamiento
35	Supervised versus non-supervised implementation of an oral health care guideline in (residential) care homes: a cluster randomized controlled clinical trial (38)	No incluido	Población	Dirigido a profesionales de la salud
36	The effect of a materials-based intervention on knowledge of risk-based clinical prevention screening guidelines. (39)	No incluido	Tipo de estudio	Tipo de estudio no relacionado con la los de interés
37	The implementation of a community-based aerobic walking program for mild to moderate knee osteoarthritis (OA): a knowledge translation (KT) randomized controlled trial (RCT): Part I: The Uptake of the Ottawa Panel clinical practice guidelines (CPGs). (40)	Incluido	-----	-----
38	The implementation of a community-based aerobic walking program for mild to moderate knee osteoarthritis: A knowledge translation randomized controlled trial: Part II: Clinical outcomes (41)	Incluido	-----	-----
39	Training mental health professionals in suicide practice guideline adherence: Cost-effectiveness analysis alongside a randomized controlled trial (42)	No incluido	Intervención	Programa basado en guías que no son basadas en la evidencia.
40	Translation of clinical practice guidelines for childhood obesity prevention in primary care mobilizes a rural Midwest community (43)	No incluido	Tipo de estudio	Es una revision de documentacion
41	Using a knowledge translation framework to implement asthma clinical practice guidelines in primary care. (44)	No incluido	Tipo de estudio	Es un estudio de antes y después pero sin grupo control
42	Knowledge translation of the HELPinKIDS clinical practice guideline for managing childhood vaccination pain: usability and knowledge uptake of educational materials directed to new parents (45)	No incluido	Tipo de estudio	Tipo de estudio no relacionado con la los de interés
43	Asthma and chronic obstructive pulmonary disease guideline implementation: lessons learned on recruitment of primary care physicians to a knowledge translation study (46)	No incluido	Poblacion	Dirigida a profesionales de la salud
44	The impact of social media on dissemination and implementation of clinical practice guidelines: A longitudinal observational study (47)	Incluido	-----	-----

45	Impact of guideline implementation on patient care: a cluster RCT (48)	No incluido	Poblacion	Aunque los resultados son en los paciente, la intervención va dirigida a los profesionales de salud dental.
46	Hypertension Improvement Project (HIP): study protocol and implementation challenges. (49)	Incluido		Artículo original: Hypertension Improvement Project(HIP): Randomized Trial Of Quality Improvement For Physicians And Lifestyle Modification For Patients (50)
47	A pragmatic cluster randomised trial evaluating three implementation interventions (51)	Incluido	-----	-----
48	Effectiveness and cost-effectiveness of a health coaching intervention to improve the lifestyle of patients with knee osteoarthritis: Cluster randomized clinical trial (52)	No incluido	Protocolo	Se contacta a los autores pero no se obtuvo respuesta
49	THU0451 Implementation of the osteoarthritis clinical guideline: Results of a cluster randomized trial in primary care (53)	Es un abstract de presentación de poster, al revisarlo entra incluido, se contacta a los autores para localización del artículo original. No se obtiene respuesta.		
50	Effects of two guideline implementation strategies on patient outcomes in primary care: a cluster randomized controlled trial (54) days in pain, physical activity, quality of life, or days of sick leave (secondary outcomes.	No incluido	Intervención	Incluyen en las medidas del resultado a los pacientes, pero las intervenciones van dirigidas a los profesionales de salud.
51	Implementation of clinical guidelines on physical therapy for patients with low back pain: randomized trial comparing patient outcomes after a standard and active implementation strategy (55)	No incluido	Población	Incluyen en las medidas del resultado a los pacientes, pero las intervenciones van dirigidas a los terapeutas físicos.

References

1. **Bertsche T, Lindner S, Damm M, Frontini R, Exner C, Himmerich H.** Ein interdisziplinäres Konzept zur Optimierung der Patientensicherheit – Eine Pilotstudie. *Psychiatr Prax* [Internet]. 2014 Oct 27;42(4):216-20. Available from: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0034-1387227>
2. **Wilks M, Devers A, Pidcoe P.** Implementation of a clinical practice guideline for walking recovery: Standardized users improve knowledge translation. *Arch Phys Med Rehabil* [Internet]. M. Wilks, Sheltering Arms Rehabilitation Hospitals, United States; 2014;95(10):e24. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L71665601>
3. **Berger-Hoger B, Liethmann K, Muhlhauser I, Haastert B, Steckelberg A.** Informed shared decision-making supported by decision coaches for women with ductal carcinoma in situ: study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials*. 2015;16:452.
4. **Brosseau L, Lineker S, Bell M, Wells G, Casimiro L, Egan M, et al.** People getting a grip on arthritis: A knowledge transfer strategy to empower patients with rheumatoid arthritis and osteoarthritis. *Health Educ J* [Internet]. L. Brosseau, School of Rehabilitation Sciences, Faculty of Health Sciences, University of Ottawa, Ottawa, ON K1H 8M5, Canada; 2012;71(3):255–67. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L364856289>
5. **Abrahamian Y, Watson H.** Strategies for Health System Implementation of Guidelines on Overweight and Obesity. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2013 Aug 15;22(Suppl1):A34.2-A34. Available from: <http://qualitysafety.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjqs-2013-002293.101>
6. **Johnson DW, Craig W, Brant R, Mitton C, Svenson L, Klassen TP.** A cluster randomized controlled trial comparing three methods of disseminating practice guidelines for children with croup [ISRCTN73394937]. *Implement Sci* [Internet]. BioMed Central; 2006 Jan;1:10–3. Available from: <http://10.0.4.162/1748-5908-1-10>
7. **Haafkens JA, Beune EJAJ, Moll van Charante EP, Agyemang CO.** A cluster-randomized controlled trial evaluating the effect of culturally-appropriate hypertension education among Afro-Surinamese and Ghanaian patients in Dutch general practice: study protocol. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2009;9:193. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2771011&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
8. **Beune EJAJ, Moll Van Charante EP, Beem L, Mohrs J, Agyemang CO, Ogedegbe G, et al.** Culturally adapted hypertension education (CAHE) to improve blood pressure control and treatment adherence in patients of African Origin with uncontrolled hypertension: Cluster-randomized trial. *PLoS One*. 2014;9(3):1-11.

9. **Fan VS, Gaziano JM, Lew R, Bourbeau J, Adams SG, Leatherman S, et al.** A comprehensive care management program to prevent chronic obstructive pulmonary disease hospitalizations: A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med.* 2012;156(10):673-83.
10. **Eskicioglu C, Pearsall E, Victor JC, Aarts MA, Okrainec A, McLeod RS.** A Multifaceted Knowledge Translation Strategy Can Increase Compliance with Guideline Recommendations for Mechanical Bowel Preparation. *J Gastrointest Surg.* 2014;19(1):39-45.
11. **Thomson RG, Eccles MP, Steen IN, Greenaway J, Stobbart L, Murtagh MJ, et al.** A patient decision aid to support shared decision-making on anti-thrombotic treatment of patients with atrial fibrillation: Randomised controlled trial. *Qual Saf Heal Care [Internet]. Epidemiology and Public Health, Institute of Health and Society, Medical School, Framlington Place, Newcastle upon Tyne NE2 4HH, United Kingdom; 2007;16(3):216–23.* Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-34250891369&partnerID=40&md5=4d99ccd28e4489413ce6eaab0bd666cfe>
12. **Lim A, Shen L, Tan C, Lateef A, Lau T, Teng G.** Achieving treat to target in gout: a clinical practice improvement project. *Scand J Rheumatol [Internet].* 2012;41(6):450–7. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/03009742.2012.689325>
13. **Fukuoka Y, Hosomi N, Hyakuta T, Omori T, Ito Y, Uemura J, et al.** Baseline feature of a randomized trial assessing the effects of disease management programs for the prevention of recurrent ischemic stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis [Internet]. Elsevier Ltd; 2015;24(3):610–7.* Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2014.10.007>
14. **Jabbour M, Curran J, Scott SD, Guttman A, Rotter T, Ducharme FM, et al.** Best strategies to implement clinical pathways in an emergency department setting: study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Implement Sci [Internet]. England: Jabbour, Mona. Division of Emergency Medicine, Children's Hospital of Eastern Ontario, Ottawa, Canada. jabbour@cheo.on.ca; 2013;8:55.* Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=medl&NEWS=N&AN=23692634>
15. **Goldberg HI, Deyo RA, Taylor VM, Cheadle AD, Conrad DA, Loeser JD, et al.** Can evidence change the rate of back surgery? A randomized trial of community-based education. *Eff Clin Pract. United States; 2001;4(3):95-104.*
16. **Asher L, De Silva M, Hanlon C, Weiss HA, Birhane R, Ejigu DA, et al.** Community-based Rehabilitation Intervention for people with Schizophrenia in Ethiopia (RISE): study protocol for a cluster randomised controlled trial. *Trials [Internet]. BioMed Central; 2016 Jun 24;17:1–14.* Available from: <http://10.0.4.162/s13063-016-1427-9>
17. **Ostroff JS, Li Y, Shelley DR.** Dentists United to Extinguish Tobacco (DUET): a study protocol for a cluster randomized, controlled trial for enhancing implementation of clinical practice guidelines for treating tobacco dependence in dental care settings. *Implement Sci [Internet]. England: Ostroff, Jamie S. Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, 1275 York Avenue, New York, NY 10022, USA. ostroffj@mskcc.org.; 2014;9:25.* Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=medl&NEWS=N&AN=24559178>
18. **Licskai CJ, Sands TW, Ferrone M.** Development and pilot testing of a mobile health solution for asthma self-management: Asthma action plan smartphone application pilot study. *Can Respir J.* 2013;20(4):301-6.
19. **Oosterkamp BCM, Wafae A, Schols JGJH, van der Sanden WJM, Wensing M.** Effectiveness of a clinical guideline to improve dental health among orthodontically treated patients: study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials [Internet]. BioMed Central; 2016 Apr 15;17:1–9.* Available from: <http://10.0.4.162/s13063-016-1325-1>
20. **Barkun AN, Bhat M, Armstrong D, Dawes M, Donner A, Enns R, et al.** Effectiveness of disseminating consensus management recommendations for ulcer bleeding: A cluster randomized trial. *Cmaj.* 2013;185(3):156-66.
21. **Riis A, Jensen CE, Bro F, Maindal HT, Petersen KD, Jensen MB.** Enhanced implementation of low back pain guidelines in general practice: study protocol of a cluster randomised controlled trial. *Implement Sci [Internet]. BioMed Central; 2013 Nov;8(1):1-21.* Available from: <http://10.0.4.162/1748-5908-8-124>
22. **Riis A, Jensen CE, Bro F, Maindal HT, Petersen KD, Bendtsen MD, et al.** A multifaceted implementation strategy versus passive implementation of low back pain guidelines in general practice: a cluster randomised controlled trial. *Implement Sci [Internet]. Implementation Science; 2016 Dec 21;11(1):143.* Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24139140%5Cnhttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4015716>
23. **Houston TK, Sadasivam RS, Allison JJ, Ash AS, Ray MN, English TM, et al.** Evaluating the QUIT-PRIMO clinical practice ePortal to increase smoker engagement with online cessation interventions: a national hybrid type 2 implementation study. *Implement Sci [Internet]. BioMed Central; 2015 Nov 2;10:1–16.* Available from: <http://10.0.4.162/s13012-015-0336-8>
24. **J. K, S. A, D.H. B, A. R, D. S, S. R, et al.** Evaluation of a tailored intervention to improve management of overweight and obesity in primary care: Study protocol of a cluster randomised controlled trial. *Trials [Internet]. 2014;15(1):no pagination.* Available from: <http://www.trialsjournal.com/content/15/1/82%5Cnhttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed12&NEWS=N&AN=2014230970>
25. **Goodfellow J, Agarwal S, Harrad F, Shepherd D, Morris T, Ring A, et al.** Cluster randomised trial of a tailored intervention to improve the management of overweight and obesity in primary care in England. *Implement Sci [Internet]. Implementation Science; 2016;11:1–13.* Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s13012-016-0441-3>
26. **Meszaros A, Orosz M, Magyar P, Mesko A, Vincze Z.** Evaluation of asthma knowledge and quality of life in Hungarian asthmatics. *Allergy [Internet]. 2003;58(7):624–8.* Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12823122>

27. **Lamontagne M-E, Perreault K, Gagnon M-P.** Evaluation of the acceptability, feasibility and effectiveness of two methods of involving patients with disability in developing clinical guidelines: study protocol of a randomized pragmatic pilot trial. *Trials* [Internet]. England: Lamontagne,Marie-Eve. Center for Interdisciplinary Research in Rehabilitation and Social Integration, Institut de readaptation en deficiance physique de Quebec, 525, boulevard Wilfrid-Hamel, Quebec G1M 2S8, QC, Canada. marie-eve.lamontagne@cirris.ulaval.ca; 2014;15:118. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=medl&NEWS=N&AN=24721114>
28. **Middleton S, Levi C, Ward J, Grimshaw J, Griffiths R, D'Este C, et al.** Fever, hyperglycaemia and swallowing dysfunction management in acute stroke: A cluster randomised controlled trial of knowledge transfer. *Implement Sci* [Internet]. BioMed Central; 2009 Jan;4:1–11. Available from: <http://10.0.4.162/1748-5908-4-16>
29. **Mussi CM, Ruschel K, de Souza EN, Lopes ANM, Trojahn MM, Paraboni CC, et al.** Home visits improves knowledge, self-care and adhesion in heart failure: Randomized clinical trial HELEN-I. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2013;21:20–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23459887%5Cnhttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc8&NEWS=N&AN=2013-08980-004>
30. **Elliott TE, Murray DM, Oken MM, Johnson KM, Braun BL, Elliott B a, et al.** Improving cancer pain management in communities: main results from a randomized controlled trial. *J Pain Symptom Manage.* 1997;13(4):191-203.
31. **Yu CH, Ivers NM, Stacey D, Rezmovitz J, Telner D, Thorpe K, et al.** Impact of an interprofessional shared decision-making and goal-setting decision aid for patients with diabetes on decisional conflict-study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* Li Ka Shing Knowledge Institute of St. Michael's Hospital, 30 Bond Street, Toronto, ON, Canada; 2015;16(1).
32. **Chung K, Playford D, Macdonald SP.** Improving Stress Testing Compliance Following Chest Pain Presentations To the Emergency Department. *J Am Coll Cardiol* [Internet]. American College of Cardiology Foundation; 2012;59(13):E1953. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0735109712619548>
33. **Meng K, Seekatz B, Roband H, Worringer U, Vogel H, Faller H.** Intermediate and long-term effects of a standardized back school for inpatient orthopedic rehabilitation on illness knowledge and self-management behaviors: A randomized controlled trial. *Clin J Pain* [Internet]. Rehabilitation Sciences Unit, Department of Psychotherapy and Medical Psychology, University of Würzburg, Marcusstrasse 9-11, D-97070, Würzburg, Germany; 2011;27(3):248–57. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-79951682694&partnerID=40&md5=f67ba5b6223254814dd1923b1d8ba397>
34. **Bishop PB, Wing PC.** Knowledge transfer in family physicians managing patients with acute low back pain: a prospective randomized control trial. *Spine J* [Internet]. United States: Bishop,Paul B. Combined Neurosurgical and Orthopaedic Spine Program, Vancouver General Hospital/University of British Columbia, 2733 Heather Street, Vancouver, BC, Canada V5Z 3J5. pbishop@vanhosp.bc.ca; 2006;6(3):282–8. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med5&NEWS=N&AN=16651222>
35. **McDonald SD, Park CK, Pullenayegum E, Bracken K, Sword W, McDonald H, et al.** Knowledge translation tool to improve pregnant women's awareness of gestational weight gain goals and risks of gaining outside recommendations: a non-randomized intervention study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. ???; 2015;15:105. Available from: http://apps.webofknowledge.com.myaccess.library.utoronto.ca/full_record.do?product=UA&search_mode=CitationReport&qid=212&SID=4EirZUh2VYEIgzYijGI&page=1&doc=3&cacheurlFromRightClick=no
36. **Voorend-van Bergen S, Vaessen-Verberne a. a., Brackel HJ, Landstra a. M, van den Berg NJ, Hop WC, et al.** Monitoring strategies in children with asthma: a randomised controlled trial. *Thorax* [Internet]. 2015;70(6):543–50. Available from: <http://thorax.bmj.com/cgi/doi/10.1136/thoraxjnl-2014-206161>
37. **Kilbourne AM, Almirall D, Eisenberg D, Waxmonsky J, Goodrich DE, Fortney JC, et al.** Protocol: Adaptive Implementation of Effective Programs Trial (ADEPT): cluster randomized SMART trial comparing a standard versus enhanced implementation strategy to improve outcomes of a mood disorders program. *Implement Sci* [Internet]. BioMed Central; 2014 Oct;9(1):1–32. Available from: <http://10.0.4.162/s13012-014-0132-x>
38. **van der Putten G-J, De Visschere L, Schols J, de Baat C, Vanobbergen J.** Supervised versus non-supervised implementation of an oral health care guideline in (residential) care homes: a cluster randomized controlled clinical trial. *BMC Oral Health.* 2010;10:17.
39. **Terry PE.** The effect of a materials-based intervention on knowledge of risk-based clinical prevention screening guidelines. *J Occup Med* [Internet]. 1994 Mar;36(3):365–71. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8195908>
40. **Brosseau L, Wells GA, Kenny GP, Reid R, Maetzel A, Tugwell P, et al.** The implementation of a community-based aerobic walking program for mild to moderate knee osteoarthritis (OA): a knowledge translation (KT) randomized controlled trial (RCT): Part I: The Uptake of the Ottawa Panel clinical practice guidelines (CPGs). *BMC Public Health* [Internet]. BMC Public Health; 2012;12(1):871. Available from: BMC Public Health
41. **Brosseau L, Wells GA, Kenny GP, Reid R, Maetzel A, Tugwell P, et al.** The implementation of a community-based aerobic walking program for mild to moderate knee osteoarthritis: A knowledge translation randomized controlled trial: Part II: Clinical outcomes. *BMC Public Health* [Internet]. BMC Public Health; 2012 Dec 13;12(1):1073. Available from: BMC Public Health
42. **De Beurs DP, Bosmans JE, De Groot MH, De Keijser J, Van Duijn E, De Winter RFP, et al.** Training mental health professionals in suicide practice guideline adherence: Cost-effectiveness analysis alongside a randomized controlled trial. *J Affect Disord*

- [Internet]. Department of Clinical Psychology, EMGO Institute for Health and Care Research, VU University, Amsterdam, Netherlands; 2015;186:203–10. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84938789144&partnerID=40&md5=e894219aed9f0dbe53e5421d3245e1d6>
43. **Gibson SJ.** Translation of clinical practice guidelines for childhood obesity prevention in primary care mobilizes a rural Midwest community. *J Am Assoc Nurse Pract.* 2016;28(3):130–7.
 44. **Licskai C, Sands T, Ong M, Paolatto L, Nicoletti I.** Using a knowledge translation framework to implement asthma clinical practice guidelines in primary care. *Int J Qual Heal Care* [Internet]. 2012;24(5):538–46. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3441097&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 45. **Taddio A, Shah V, Leung E, Wang J, Parikh C, Smart S, et al.** Knowledge translation of the HELPinKIDS clinical practice guideline for managing childhood vaccination pain: usability and knowledge uptake of educational materials directed to new parents. *BMC Pediatr* [Internet]. 2013;13(1):23. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84873439734&partnerID=tZOtx3y1>
 46. **Boulet L-P, Hernandez P, Devlin H, Freeman MA, Gupta S.** Asthma and chronic obstructive pulmonary disease guideline implementation: lessons learned on recruitment of primary care physicians to a knowledge translation study. *Can Respir J.* 2013;20(4):275–80.
 47. **Narayanawami P, Gronseth G, Dubinsky R, Penfold-Murray R, Cox J, Bever C, et al.** The impact of social media on dissemination and implementation of clinical practice guidelines: A longitudinal observational study. *J Med Internet Res.* 2015;17(8).
 48. **Mettes TG, van der Sanden WJM, Bronkhorst E, Grol RPTM, Wensing M, Plasschaert a JM.** Impact of guideline implementation on patient care: a cluster RCT. *J Dent Res* [Internet]. 2010;89(1):71–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19966044>
 49. **Dolor RJ, Yancy WSJ, Owen WF, Matchar DB, Samsa GP, Pollak KI, et al.** Hypertension Improvement Project (HIP): study protocol and implementation challenges. *Trials* [Internet]. England: Dolor, Rowena J. Department of Medicine, Duke University Medical Center, Durham, NC, USA. rowena.dolor@duke.edu; 2009;10:13. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med5&NEWS=N&AN=19245692>
 50. **Svetkey LP, Pollak KI, Yancy WS, Dolor RJ, Batch BC, Samsa G, et al.** Hypertension improvement project: Randomized trial of quality improvement for physicians and lifestyle modification for patients. *Hypertension.* 2009;54(6):1226–33.
 51. **Rycroft-Malone J, Seers K, Crichton N, Chandler J, Hawkes CA, Allen C, et al.** A pragmatic cluster randomised trial evaluating three implementation interventions. *Implement Sci* [Internet]. England: Rycroft-Malone, Jo. Centre for Health Related Research, School of Healthcare Sciences, Bangor University, Ffriddoedd Road, Bangor, UK. j.rycroft-malone@bangor.ac.uk; 2012;7:80. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med1&NEWS=N&AN=22935241>
 52. **Carmona-Terés V, Lumillo-Gutiérrez I, Jodar-Fernández L, Rodríguez-Blanco T, Moix-Queraltó J, Pujol-Ribera E, et al.** Effectiveness and cost-effectiveness of a health coaching intervention to improve the lifestyle of patients with knee osteoarthritis: Cluster randomized clinical trial. *BMC Musculoskelet Disord* [Internet]. Departamento de Psicología Básica Evolutiva Y de la Salud. Edificio B, Universitat Autònoma de Barcelona; Facultat de Psicologia, Campus de la UAB, Bellaterra, 08193 Barcelona, Spain; 2015;16(1). Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84924226755&partnerID=40&md5=dfa476693d2af305e21f47969fd2379c>
 53. **Maximov D, Lesnyak O.** THU0451 Implementation of the osteoarthritis clinical guideline: Results of a cluster randomized trial in primary care. *Ann Rheum Dis* [Internet]. 2013 Jun 23;71(Suppl 3):307.3–308. Available from: <http://ard.bmj.com/lookup/doi/10.1136/annrheumdis-2012-eular.2416>
 54. **Becker A, Leonhardt C, Kochen MM, Keller S, Wegscheider K, Baum E, et al.** Effects of two guideline implementation strategies on patient outcomes in primary care: A cluster randomized controlled trial. *Spine (Phila Pa 1976)* [Internet]. Department of General Practice, Preventive and Rehabilitation Medicine, University of Marburg, Marburg, Germany; 2008;33(5):473–80. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-41049087047&partnerID=40&md5=a8743f03b487b6bf17896d3a03de02a8>
 55. **Bekkering GE, van Tulder MW, Hendriks EJM, Koopmanschap MA, Knol DL, Bouter LM, et al.** Implementation of clinical guidelines on physical therapy for patients with low back pain: randomized trial comparing patient outcomes after a standard and active implementation strategy. *Phys Ther.* United States; 2005 Jun;85(6):544–55.

Anexo C. Características y extracción de la información de los estudios seleccionados

Descripción general		pg & fig/tabla
Título del estudio	Culturally Adapted Hypertension Education (CAHE) to Improve Blood Pressure Control and Treatment Adherence in Patients of African Origin with Uncontrolled Hypertension: Cluster-Randomized Trial	1
Autores	Beune EJAJ, Moll Van Charante EP, Beem L, Mohrs J, Agyemang CO, Ogedegbe G, et al.	
Año	2014	
ID o DOI	doi:10.1371/journal.pone.0090103	
Objetivo	To evaluate the effect of a practice-based, culturally appropriate patient education intervention on blood pressure (BP) and treatment adherence among patients of African origin with uncontrolled hypertension.	
Protocolo y registro	The study protocols were approved by the medical ethics committee of the Academic Medical Center in Amsterdam(protocol IDMEC09/070#09.17.0725) and CCMO (NL27507.018.09). This trial is registered at the ISRCTN Register under registration number ISRCTN35675524 (http:// www.controlled-trials.com/ISRCTN35675524)	2
Población y entorno del estudio		pg & fig/tabla
Descripción de la población	Dutch primary health care centres (PHCC) among hypertensive Surinamese and Ghanaian patients with poor BP control.	2
Entorno (incluye localización y contexto social)	Four PHCCs in Southeast Amsterdam. The percentage of Surinamese and Ghanaian residents in this area is relatively high (33% and 9% respectively).	2
Total de la población al inicio del estudio	146 patients	5
Nº de clusters (si aplica - Nº y tipo de personas por cluster)	Four PHCCs as unit of randomized (Cluster randomisation was chosen to prevent contamination between the two conditions within the health care centres)	2
Edad o grupos etarios	Mean age: years (SD)	6
	• Intervention group: 53,3 (10,2)	
	• Control group: 54,6 (9,5)	
Sexo	• Intervention group: Female (43 - 61%) and Male (28 – 39%)	6
	• Control group: Female (30 - 44%) and Male (38 – 56%)	
Raza/etnia	• Intervention group: Ghanaian (20 - 28%) and Surinamese (51 – 72%)	6
	• Control group: Ghanaian (26 - 38%) and Surinamese (42 – 62%)	
Severidad de la enfermedad/co-morbididades	Higher prevalence of hypertension (HTN) based on the International Classification of Primary care codes K85, K86 or K87, and having SBP≥140 mmHg at the last office visit	2
Mediciones por subgrupo	No	
Obtención de consentimiento informado	In accordance with the Declaration of Helsinki, written informed consent was obtained from all participants.	2
Métodos		pg & fig/tabla
Diseño	Cluster randomised trial	2
Unidad de análisis (individuo, cluster/grupos)	The intervention was delivered to patients individually and the outcome measures were also assessed individually	2
Fecha Inicio/Final	Patient recruitment occurred in all four PHCCs between November 2009 and March 2010 and the intervention ran from December 2009 to October 2010	5
Duración total del estudio	Not clear	
Criterios de inclusión	Systolic blood pressure (SBP), self-identification, ability to speak and understand basic Dutch or English	5 2
	These patients had to meet the following eligibility criteria: aged 20 or older, having a diagnosis of HTN based on the International Classification of Primary care codes K85, K86 or K87, and having SBP≥140 mmHg at the last office visit	
Criterios de Exclusión	Patients were excluded if they had type 1 or type 2 diabetes, since diabetes requires additional care	2
Método de reclutamiento	Eligible patients were sent a letter with information about the study and an invitation to participate, co- signed by their GP. Study participants were promised an incentive payment of 40 Euros upon completion of the final assessments. If patients failed to respond, a reminder was sent after two weeks.	2
Calculo de tamaño de muestra	we aimed for a sample size of 74 participants in each arm of the trial, based on α=0.05 and β=0.20 and an intercluster correlation (ICC)=0.03 to detect a difference of 10 (SD 15) mmHg in SBP between the study arms after 6 months.	4
Aprobación de comité de ética	The study protocols were approved by the medical ethics committee of the Academic Medical Center in Amsterdam	2

Evaluación de riesgo de sesgo (tendrá modificaciones en estudios de antes y después)			pg & fig/tabla
Dominio	Tipo de riesgo (Bajo - Alto - “Poco Claro”)	Soportes	
Generación de la secuencia aleatoria	Poco claro	Cita=“The PHCCs were randomly assigned to either the intervention (n=2) or the control status (n=2)” Comenterio= No describen la metodología de aleatorización	2
Ocultamiento de la secuencia	Poco claro	Not described	2
Cegamiento de los participantes y personal	Bajo	Cita= “Due to the behavioural nature of the intervention, neither the patients nor the PN were blinded to the intervention... “Two trained RA’s, who were blinded to the study condition, performed the baseline and follow-up assessments”. Comentario: A pesar de no realizar el cegamiento de los participantes, realizan y describen otras alternativas para minimizar el sesgo	3
			4
Cegamiento de los evaluadores de los resultados	Bajo	Cita=“The statistician who analysed the data was blinded to the intervention assignments”	4
Datos de resultados incompletos	Bajo	Cita=“The main analysis was intention-to-treat”...” loss to follow-up were: not contactable (n=4, intervention and n=1, control) and no longer interested in participation (n=2, control)”. Comentario: Las perdidas en el seguimiento fueron equilibradas y todos los demás resultados están completos.	4
			5
Notificación selectiva de los resultados	Bajo	ISRCTN35675524. Comentario: El protocolo está disponible y describen claramente en el estudio algunos cambios con el protocolo (Tiempo de seguimiento)	4
			5
Otros posibles riesgos			
Grupos 1			pg & fig/tabla
Nombre grupo	Intervención – CAHE (culturally adapted hypertension education)		2
Nº de personas o clúster	75 pacientes (2 grupos para la unidad de aleatorización)		5
Descripción	Patients at the intervention sites received usual care plus (i) three structured 30-minute culturally appropriate counselling Effects of Culturally Adapted Hypertension Care sessions at 2 weeks, 8 weeks and at 20 weeks after baseline assessment; (ii) culturally appropriate written educational materials; and (iii) if applicable, referrals to neighbourhood facilities, such as walking clubs and health food stores, that support patients in adopting healthier lifestyles and are suitable for Surinamese and Ghanaian people.		2
			3
Duración de seguimiento	6 months		2
Variables económicas (costo de la intervención...)	No		
Grupos 2			pg & fig/tabla
Nombre grupo	Control – usual care		2
Nº de personas o clúster	71 pacientes (2 grupos para la unidad de aleatorización)		5
Descripción	Patients in the control sites received standard hypertension care and education as recommended by the Dutch clinical guidelines for GPs		2
Duración de seguimiento	6 months		2
Variables económicas (costo de la intervención...)	No		
Desenlaces			pg & fig/tabla
Nombre del desenlace	Primario		3
Definición	The between-group difference in the proportion of patients with a SBP reduction of at least 10 mmHg at 6 months.		3
Unidad de medición es relevante	“The results of CAHE are clinically relevant because many studies have shown that BP reductions translate into the prevention of cardiovascular complications”. Comentario: Además describen porque es relevante el punto de 10 mmHg		9
Como se aplicó la medición (entrevista, email, teléfono...)	Se aplico en las sesiones (primera y ultima) “BP was measured three times using an automated BP monitor (Omron 705-IT), after the patient had been seated for 5 minutes. The average of the last two readings was used to calculate the SBP and DBP.”		3
Perdidas (%)	Grupo control= 4,2%		5
	Grupo intervención= 5,3%		
Imputación de datos perdidos	No		
Nombre del desenlace	Secundario SBP (Systolic blood pressure: mmHg)		3
Definición	The mean between- group differences in changes in SBP		3
Unidad de medición es relevante	“The results of CAHE are clinically relevant because many studies have shown that BP reductions translate into the prevention of cardiovascular complications”.		9

Como se aplicó la medición (entrevista, email, teléfono...)	Se aplico en las sesiones (primera y ultima) "BP was measured three times using an automated BP monitor (Omron 705-IT), after the patient had been seated for 5 minutes. The average of the last two readings was used to calculate the SBP and DBP. The average of the last two readings was used to calculate the SBP and DBP"	3
Perdidas (%)	Grupo control= 4,2%	5
	Grupo intervención= 5,3%	
Imputación de datos perdidos	No	
El desenlace/herramienta es validada	Si	
Nombre del desenlace	Secundario DBP (Diastolic blood pressure: mmHg)	3
Definición	The mean between- group differences in changes in DBP	3
Unidad de medición es relevante	"The results of CAHE are clinically relevant because many studies have shown that BP reductions translate into the prevention of cardiovascular complications".	9
Como se aplicó la medición (entrevista, email, teléfono...)	Se aplico en las sesiones (primera y ultima) "BP was measured three times using an automated BP monitor (Omron 705-IT), after the patient had been seated for 5 minutes. The average of the last two readings was used to calculate the SBP and DBP. The average of the last two readings was used to calculate the SBP and DBP"	3
Perdidas (%)	Grupo control= 4,2%	5
	Grupo intervención= 5,3%	
Imputación de datos perdidos	No	
El desenlace/ herramienta es validada	Si	
Nombre del desenlace	Secundario - Adherence to lifestyle	3
Definición	The mean between- group differences in changes in adherence to lifestyle	3
Unidad de medición es relevante	No realizan la relevancia de la unidad de medición dentro del artículo, y realizan el promedio de un rango de 1-4 según la perspectiva del paciente.	
Como se aplicó la medición (entrevista, email, teléfono...)	A scale that was based on the four-item Morisky scale. This scale contains three questions: 1) Have you been advised by your PN/GP about smoking, nutrition, alcohol, weight control and/or physical activity (Yes/No)? 2) If yes, what advice was given? 3) To what extent did you follow this advice (range: never (1) – always (4))? On the basis of answers to these questions a composite score for adherence to lifestyle recommendations was computed (range: 1–4), with 4 indicating full adherence and lower scores indicating lower levels of adherence.	3
Perdidas (%)	Grupo control= 4,2%	5
	Grupo intervención= 5,3%	
Imputación de datos perdidos	No	
El desenlace/ herramienta es validada	Se observa según la referencia bibliográfica que es una herramienta validada	3
Nombre del desenlace	Secundario - Adherence to medication recommendations	3
Definición	The mean between- group differences in changes in adherence to medication	3
Unidad de medición es relevante	Es relevante ya que el manejo de la medicación en este caso es importante determinar su adherencia	3
Como se aplicó la medición (entrevista, email, teléfono...)	Adherence to medication was assessed with the eight-item Morisky medication adherence scale (MMAS-8). The MMAS-8 asks patients to respond with "yes" or "no" to a set of 7 questions and to one 5- point Likert scale question. The score for full adherence is 8, with lower scores indicating a poorer level of adherence.	3
Perdidas (%)	Grupo control= 4,2%	5
	Grupo intervención= 5,3%	
	In the intervention group, 19 patients were treated for hypertension without medication, versus 7 in the control group.	
Imputación de datos perdidos	No	
El desenlace/ herramienta es validada	This scale is well validated in studies of African-American populations	3
Nombre del desenlace	Non-adherence to medication according to treatment condition	3
Definición	Difference in the proportion of patients non-adherence to medication according to treatment condition	8
Unidad de medición es relevante	To crosscheck MMAS-8 data on self-reported medication adherence we collected registration data from the EMR's, on the number of requests for prescription renewals patients were expected to order and the number of prescription renewals they actually ordered, for two periods: (i) the 12 months prior to their inclusion in the trial, and (ii) the 12 months after their inclusion in the trial.	3
Como se aplicó la medición (entrevista, email, teléfono...)	Registration data from the EMR's on the number of requests for antihypertensive prescription renewals doctors received from patients who were included in the study showed a decline in medication non-adherence rates	7
Perdidas (%)	No	

Imputación de datos perdidos	No				
El desenlace/ herramienta es validada	Se mencionan la importancia para realizar la comparación con el desenlace secundario de adherencia a la medicación				
Nombre del desenlace	Sodium intake				3
Definición	Exploratory outcomes were the mean between-group differences in sodium intake reduction				3
Unidad de medición es relevante	Exploratory				
Como se aplicó la medición (entrevista, email, teléfono...)	Sodium intake was calculated from urine analysis of an overnight sample				3
Perdidas (%)	No				
Imputación de datos perdidos	No				
El desenlace/ herramienta es validada	No se mencionan s un desenlace exploratorio				
Nombre del desenlace	BMI reduction				3
Definición	Exploratory outcomes were the mean between-group differences in BMI reduction				3
Unidad de medición es relevante	Exploratory				
Como se aplicó la medición (entrevista, email, teléfono...)	BMI was calculated from the patient's height and weight. Height and weight were measured in the absense of shoes and heavy clothing, using a validated tape rule and weighing scale respectively. Measurements were recorded to the nearest 0.1 cm and 0.1 kg.				3
Perdidas (%)	No				
Imputación de datos perdidos	No				
El desenlace/ herramienta es validada	No se mencionan un desenlace exploratorio				
Resultados					pg & fig/tabla
Dicotómicos					
Comparación	Difference in the proportion of patients with a SBP reduction of at least 10 mmHg at 6 months				3
Desenlace	Primario				3
Post-intervención o cambios en la línea de base	Cambios en la línea de base (6 meses)				8
Resultados	Intervención		Comparación		8
	Nº eventos: 34 (48%)	Nº Participantes: 71	Nº eventos: 29 (43)	Nº Participantes: 68	
Nº perdidas y razón	Not contactable=4		Not contactable=1		5
		No longer interested in participation=2			
Nº participantes movidos a otro grupo y razón	No		No		
Algún otro resultado reportado	Unadjusted Odds Ratio (int/control)- OR (95% IC): 1,24 (0,63 a 2,41) p=0.535				8
	Adjusted Odds Ratio (int/control)- OR (95% IC): 0,94 (0,45 a 1,98) p=0.865 (Adjusted for age, sex, education, duration of hypertension, baseline measurement.)				
	Adjusted Odds Ratio (int/control)- OR (95% IC): 0,42 (0,11 a 1,54) p=0190 (Adjusted for age, sex, education, duration of hypertension, baseline measurement and clustering effect.)				
Unidad de análisis	Individuo				
Método estadístico usado	Análisis de regresión logística y cuando es ajustado por el efecto del cluster fue realizado "nlmixed to estimate the model and calculate treatment and control proportions predicted from the model, with education level and clusters weighted by their relative sizes and covariates set at the means in the entire sample"				4
Requirió re-análisis	Ajuste del modelo				
Nota:	"After adjustment for pre-specified covariates of age, sex, duration of HTN, education, baseline BP and clustering effect, the estimated between-group difference in the proportion of patients with a SBP reduction of at least 10 mmHg was not significant"				5
Comparación	Difference in the proportion of patients non-adherence to medication according to treatment condition				3
Desenlace	Otro				
Post-intervención o cambios en la línea de base	Data gathered through electronic medical chart review (follow up one year after baseline), only among patients who had been prescribed medication.				8
Resultados	Intervención		Comparación		8
Base	Nº eventos: 33 (58%)	Nº Participantes: 57	Nº eventos: 32 (52)	Nº Participantes: 62	
Seguimiento	Nº eventos: 15 (26%)		Nº eventos: 33 (53)		
Nº perdidas y razón					

Nº participantes movidos a otro grupo y razón	No			No			
Algún otro resultado reportado	Unadjusted Odds Ratio (int/control)- OR (95% IC): 0,31 (0,15 a 0,68) p=0.003						8
	Adjusted Odds Ratio (int/control)- OR (95% IC): 0,13 (0,04 a 0,36) p=0.001 (Adjusted for age, sex, education, duration of hypertension, baseline measurement.)						
	Adjusted Odds Ratio (int/control)- OR (95% IC): 0,10 (0,01 a 0,75) p=0.024 (Adjusted for age, sex, education, duration of hypertension, baseline measurement and clustering effect.)						
Unidad de análisis	Individuo						
Método estadístico usado	Análisis de regresión logística y cuando es ajustado por el efecto del cluster fue realizado "nlmixed to estimate the model and calculate treatment and control proportions predicted from the model, with education level and clusters weighted by their relative sizes and covariates set at the means in the entire sample"						4
Requirió re-análisis	Ajuste del modelo						
Nota:	The expected effect of CAHE on self-reported medication adherence did not occur. This result is, however, inconsistent with our data on prescription refills that were registered by physicians in the EMRs of the patients, which suggested an improvement in medication adherence in the intervention group. This						7
Continuos							
Comparación	The mean between- group differences in changes in SBP						3
Desenlace	Secundario SBP						3
Post-intervención o cambios en la línea de base	Cambios en la línea de base (6 meses)						
Resultados	Intervención			Comparación			8
Línea de base	Media=156,73	DE=12,26	Nº participantes=71	Media=155,19	DE=10,69	Nº participantes=68	
Seguimiento	Media=146,78	DE=16,23	Nº participantes=71	Media=148,93	DE=13,25	Nº participantes=68	
Nº perdidas y razón	Not contactable=4			Not contactable=1 No longer interested in participation=2			5
Nº participantes movidos a otro grupo y razón	No			No			
Algún otro resultado reportado	Unadjusted between group difference (int/control)- Mean (95% IC): -3,69 (-8,34 a 0,96) p=0,119 Adjusted between group difference (int/control)- Mean (95% IC): -1,59 (-6,08 a 2,89) p=0,488 (Adjusted for age, sex, education, duration of hypertension, baseline measurement) Adjusted between group difference (int/control)- Mean (95% IC): -1,69 (-6,01 a 2,62) p=0,444 (Adjusted for age, sex, education, duration of hypertension, baseline measurement and clustering effect.)						8
Unidad de análisis	Individuo						
Método estadístico usado	Regresión lineal presentando las siguientes características: "using a treatment indicator as the variable of central interest, the cluster effect as a fixed effect nested within treatment and the same a priori covariates that were used for dichotomous variables"						4
Requirió re-análisis	Ajuste del modelo						
Nota:							
Comparación	The mean between- group differences in changes in DBP						3
Desenlace	Secundario DBP						3
Post-intervención o cambios en la línea de base	Cambios en la línea de base (6 meses)						
Resultados	Intervención			Comparación			8
Línea de base	Media=91,02	DE=9,61	Nº participantes=71	Media=89,60	DE=9,36	Nº participantes=68	
Seguimiento	Media=85,30	DE=10,93	Nº participantes=71	Media=87,9	DE=9,53	Nº participantes=68	
Nº perdidas y razón	Not contactable=4			Not contactable=1 No longer interested in participation=2			5
Nº participantes movidos a otro grupo y razón	No			No			
Algún otro resultado reportado	Unadjusted between group difference (int/control)- Mean (95% IC): -4,03 (-7,01 a -1,04) p=0,009 Adjusted between group difference (int/control)- Mean (95% IC): -2,98 (-5,81 a -0,16) p=0,04 (Adjusted for age, sex, education, duration of hypertension, baseline measurement) Adjusted between group difference (int/control)- Mean (95% IC): -3,01 (-5,73 a -0,30) p=0,032 (Adjusted for age, sex, education, duration of hypertension, baseline measurement and clustering effect.)						8
Unidad de análisis	Individuo						

Método estadístico usado	Regresión lineal presentando las siguientes características: “using a treatment indicator as the variable of central interest, the cluster effect as a fixed effect nested within treatment and the same a priori covariates that were used for dichotomous variables”						4
Requirió re-análisis	Ajuste del modelo						
Nota:							
Comparación	The mean between- group differences in changes in adherence to lifestyle						3
Desenlace	Secundario – Adherence to lifestyle						3
Post-intervención o cambios en la línea de base	Cambios en la línea de base (6 meses)						
Resultados	Intervención			Comparación			8
Línea de base	Media=2,74	DE=0,73	Nº participantes=52	Media=2,98	DE=0,70	Nº participantes=45	
Seguimiento	Media=3,05	DE=0,52	Nº participantes=52	Media=2,86	DE=0,63	Nº participantes=45	
Nº pérdidas y razón	Not contactable=4			Not contactable=1 No longer interested in participation=2			5
Nº participantes movidos a otro grupo y razón	No			No			
Algún otro resultado reportado	Unadjusted between group difference (int/control)- Mean (95% IC): 0,43 (0,16 a 0,71) p=0,002 Adjusted between group difference (int/control)- Mean (95% IC): 0,28 (0,07 a 0,51) p=0,013 (Adjusted for age, sex, education, duration of hypertension, baseline measurement) Adjusted between group difference (int/control)- Mean (95% IC): 0,34 (0,12 a 0,55) p=0,003 (Adjusted for age, sex, education, duration of hypertension, baseline measurement and clustering effect.)						8
Unidad de análisis	Individuo						
Método estadístico usado	Regresión lineal presentando las siguientes características: “using a treatment indicator as the variable of central interest, the cluster effect as a fixed effect nested within treatment and the same a priori covariates that were used for dichotomous variables”						4
Requirió re-análisis	Ajuste del modelo						
Nota:	No se observa si la herramienta se ha validado en esta población.						7
Comparación	The mean between- group differences in changes in adherence to medication						3
Desenlace	Secundario – Adherence to medication						3
Post-intervención o cambios en la línea de base	Cambios en la línea de base (6 meses)						3
Resultados	Intervención			Comparación			8
Línea de base	Media=5,99	DE=1,95	Nº participantes=50	Media=5,59	DE=2,17	Nº participantes=60	
Seguimiento	Media=6,49	DE=1,69	Nº participantes=50	Media=6,24	DE=1,82	Nº participantes=60	
Nº pérdidas y razón	Not contactable=4			Not contactable=1 No longer interested in participation=2			5
Nº participantes movidos a otro grupo y razón	No			No			
Algún otro resultado reportado	Unadjusted between group difference (int/control)- Mean (95% IC): -0,15 (-0,84 a 0,55) p=0,672 Adjusted between group difference (int/control)- Mean (95% IC): -0,13 (-0,69 a 0,43) p=0,649 (Adjusted for age, sex, education, duration of hypertension, baseline measurement) Adjusted between group difference (int/control)- Mean (95% IC): -0,09 (-0,65 a 0,46) p=0,738 (Adjusted for age, sex, education, duration of hypertension, baseline measurement and clustering effect.)						8
Unidad de análisis	Individuo						
Método estadístico usado	Regresión lineal presentando las siguientes características: “using a treatment indicator as the variable of central interest, the cluster effect as a fixed effect nested within treatment and the same a priori covariates that were used for dichotomous variables”						4
Requirió re-análisis	Ajuste del modelo						
Nota:	But MMAS-8 is not validated for the patient groups we studied. It is possible that MMAS-8 questions urged patients to give socially desirable answers, at baseline.						7
Comparación	Mean between-group differences in sodium intake						3
Desenlace	Sodium intake						3
Post-intervención o cambios en la línea de base	At 6 months						3

Resultados	Intervención			Comparación			7
Línea de base	Media=65,81	DE=56,73	Nº participantes=71	Media=54,93	DE=39,92	Nº participantes=68	
Seguimiento	Media=47,69	DE=38,94		Media=55,55	DE=48,75		
Nº perdidas y razón	Not contactable=4			Not contactable=1 No longer interested in participation=2			5
Nº participantes movidos a otro grupo y razón	No			No			
Algún otro resultado reportado	Adjusted between-group difference 215.56: 95% CI: 239.36 to 8.23; P=0.197						7
Unidad de análisis	Individuo						
Método estadístico usado	Regresión lineal presentando las siguientes características: “using a treatment indicator as the variable of central interest, the cluster effect as a fixed effect nested within treatment and the same a priori covariates that were used for dichotomous variables”						4
Requirió re-análisis	Ajuste del modelo						
Nota:							7
Comparación	Mean between-group differences in BMI reduction						3
Desenlace	BMI reduction						3
Post-intervención o cambios en la línea de base	At 6 months						3
Resultados	Intervención			Comparación			7
Línea de base	Media=31,13	DE=5,26	Nº participantes=71	Media=31,07	DE=4,80	Nº participantes=68	
Seguimiento	Media=30,97	DE=5,20		Media=31,13	DE=4,81		
Nº perdidas y razón	Not contactable=4			Not contactable=1 No longer interested in participation=2			5
Nº participantes movidos a otro grupo y razón	No			No			
Algún otro resultado reportado	Adjusted between-group difference -0,49: 95% CI: -1.08 to 0.10; P=0.10						7
Unidad de análisis	Individuo						
Método estadístico usado	Regresión lineal presentando las siguientes características: “using a treatment indicator as the variable of central interest, the cluster effect as a fixed effect nested within treatment and the same a priori covariates that were used for dichotomous variables”						4
Requirió re-análisis	Ajuste del modelo						
Nota:							7
Aplicabilidad – Equidad							pg & fig/tabla
Considera poblaciones en desventaja y posibles diferencias en el efecto de la intervención	La intervención está enfocada en poblaciones de Surinamese and Ghanaian No mira las posibles diferencias del efecto de la intervención en otro tipo de poblaciones Y dentro de las sesiones tienen en cuenta: elicit contextual influences on hypertension management (social, culture/religion, migration and finance)						2
La intervención está enfocada en grupos en desventaja	The trial was carried out in Dutch primary health care centres (PHCC) among hypertensive Surinamese and Ghanaian patients with poor BP control.						2
Nota:							
Uso de algún marco para la implementación de las intervenciones							pg & fig/tabla
Culturally-sensitive framework for eliciting a patient’s explanatory model of hypertension and The Dutch guidelines recommend motivational interviewing according to the “5 A’s” framework (i.e. ask, assess, advise, assist and arrange)							
Otra información							pg & fig/tabla
Principales conclusiones de los autores del estudio	Nurse-led, culturally adapted patient education appears to have a beneficial effect on DBP and adherence to lifestyle recommendations for African-Surinamese and Ghanaian patients with uncontrolled HTN when compared with usual care. That CAHE can complement standard hypertension care and that patients of African origin with uncontrolled HTN can benefit from the intervention. The study provides clear directions on how CAHE can be delivered in general practice, and may pave the way for the cultural adaptation of hypertension education in different health care settings. Larger studies are needed to confirm our observations and to identify which particular components of the intervention contribute to improved treatment outcomes. Similarly, future studies will have to study the long-term effects of CAHE and whether it is also applicable to and effective for hypertensive patients from other ethnic populations.						9

	This intervention led to significant improvements in DBP and adherence to lifestyle recommendations, supporting the need for culturally appropriate hypertension care	9
Fuentes de financiamiento	This study was funded by ZonMw, the Netherlands organisation for health research and development (grant no. 122000008). ZonMw-website: http:// www.zonmw.nl/en/ . The study sponsor funded the study and carried out annual and mid-term reviews of the study's progress. The funders had no role in study design, data collection and analysis, decision to publish, or preparation of the manuscript	1
Nota:	This cluster randomised trial is one of the first European studies evaluating the effect of a culturally adapted educational intervention on BP reduction and treatment adherence in ethnic minority patients.	9
Descripción general		pg & fig/tabla
Título del estudio	A comprehensive care management program to prevent chronic obstructive pulmonary disease hospitalizations: A randomized, controlled trial	673
Autores	Fan VS, Gaziano JM, Lew R, Bourbeau J, Adams SG, Leatherman S, et al	
Año	2012	
ID o DOI	10.1059/0003-4819-156-10-201205150-00003	
Objetivo	To determine the efficacy of a comprehensive care management program (CCMP) in reducing the risk for COPD hospitalization.	
Protocolo y registro	Study protocol: Available from the data coordinating center at the Massachusetts Veterans Epidemiology Research and Information Center (MAVERIC) (e-mail, MAVERIC-Info @va.gov). Statistical code: Available from Dr. Lew (e-mail, robert.lew2 @va.gov). Data set: Not available	682
	ClinicalTrials.gov registration number: NCT00395083	673
Población y entorno del estudio		pg & fig/tabla
Descripción de la población	Patients hospitalized for COPD in the past year (12 months before enrollment)	673-4
Entorno (incluye localización y contexto social)	20 Veterans Affairs (VA) hospital-based outpatient clinics (Boston)	673
Total de la población al inicio del estudio	426 patient	676
Nº de clusters (si aplica - Nº y tipo de personas por cluster)	No aplica	
Edad o grupos etarios	Mean age (SD)	677
	• Usual care group=65,8 (8,2)	
	• Intervention grupo=66,2 (8,4)	
Sexo	• Usual care group= Male 96,3%	677
	• Intervention grupo= Male 97,6%	
Raza/etnia	• Usual care group= White (88%), African American (9,2%), American Indian (2,3%), Asian (0,5%), Hawaiian/Pacific Islander (0%)	677
	• Intervention group= White (86,6%), African American (11,5%), American Indian (1,4%), Asian (0%), Hawaiian/Pacific Islander (0,5%)	
Severidad de la enfermedad/co-morbididades	• Usual care group= Ischemic heart disease (28,1%), Congestive heart failure (14,7%), Atrial fibrillation (6,9%), Hypertension (60,4%), Stroke (10,1%), Peripheral vascular disease (6,9%), Diabetes mellitus (28,1%), Chronic renal failure (3,2%), Cancer (other than skin cancer) (12,4%), Depression (15,7%).	677
	• Intervention group= Ischemic heart disease (34,9%), Congestive heart failure (20,1%), Atrial fibrillation (8,6%), Hypertension (61,7%), Stroke (7,7%), Peripheral vascular disease (11,5%), Diabetes mellitus (24,9%), Chronic renal failure (3,4%), Cancer (other than skin cancer) (10,5%), Depression (19,1%).	
Mediciones por subgrupo	No	
Obtención de consentimiento informado	The institutional review boards at all sites approved the study, and all patients gave written informed consent	674
Métodos		pg & fig/tabla
Diseño	Multisite, randomized, controlled	674
Unidad de análisis (individuo, cluster/ grupos)	Individuo (paciente hospitalizado)	674
Fecha Inicio/Final	January 2007	677
Duración total del estudio	September 2009	677
Criterios de inclusión	• Patients in the study had been hospitalized for COPD in the 12 months before enrollment.	674
	• Postbronchodilator ratio of FEV1 to FVC below 0.70 with an FEV1 below 80% predicted	

	<ul style="list-style-type: none">• Age older than 40 years• Current or past history of cigarette smoking (>10 pack-years)• At least 1 visit in the past year to either a primary care or pulmonary clinic at a Veterans Affairs (VA) medical center• No COPD exacerbation in the past 4 weeks• Ability to speak English• Access to a telephone	674	
Criterios de Exclusión	<ul style="list-style-type: none">• A primary diagnosis of asthma or any medical conditions that would impair their ability to participate in the study or to provide informed consent.	674	
Método de reclutamiento	The CSP Coordinating Center in Boston, Massachusetts, randomly assigned eligible patients in equal numbers to 2 groups, stratifying patients by site to allow for possible regional differences in patient characteristics and clinical practice patterns.	674	
Calculo de tamaño de muestra	The sample size on the test of the primary hypothesis (the COPD hospitalization hazard rate for intervention did not differ from that for standardized care) with 90% power to reject the null hypothesis for the log-rank test, based on enrolling 960 patients and losing 7% annually and assuming a hazard ratio (HR) of 1.37 (or 0.73). No interim analyses were planned. The study began with 6 sites to determine whether recruitment goals could be met. After this was achieved, the study was expanded to the full 20 sites.	675	
Aprobación de comité de ética	In accordance with VA Cooperative Studies Program (CSP) procedures, the ethical and scientific aspects of the study were evaluated by the CSP Human Rights Committee. A Data and Safety Monitoring Committee (DMC) reviewed the study at least annually.	674	
Evaluación de riesgo de sesgo (tendrá modificaciones en estudios de antes y después)		pg & fig/tabla	
Dominio	Tipo de riesgo (Bajo - Alto - “Poco Claro”)	Soportes	
Generación de la secuencia aleatoria	Bajo	Cita: "...Randomization lists were generated on the basis of random, permuted blocks of variable size to ensure approximate balance over time... stratifying by site based on random, permuted blocks of variable size ". 	674
Ocultamiento de la secuencia	Poco claro	Comentario: No se describe el método el método respectivo de la forma de asignación de la intervención por tal razón no hay suficiente información para permitir una evaluación.	
Cegamiento de los participantes y personal	Bajo	Comentario: No se realiza el cegamiento debido al tipo de intervención, pero los autores consideran que es probable que esto no afecte a los resultados.	674
		Cita: “The 2 groups differed on the basis of a complex behavioral intervention that made blinding impossible.... we believe that the threats to internal validity, such as biased group assignment or biased outcome assessment, were not contributors”	681
Cegamiento de los evaluadores de los resultados	Bajo	Comentario: No se realiza el cegamiento, pero los autores consideran que es probable que esto no afecte a los resultados. Además realizan la recolección de los desenlaces con personal cegado	673
		Cita: “we believe that the threats to internal validity, such as biased group assignment or biased outcome assessment, were not contributors... all outcomes were collected by centralized staff blinded to study group, and all hospitalizations were adjudicated by a committee that was also blinded to study group”	674/681
Datos de resultados incompletos	Poco claro	Comentario: No hay datos suficientes para realizar esta evaluación, a pesar de que en la figura 1 mencionan que no presentaron perdidas en el seguimiento, mencionan 18 personas que no continuaron. Cita: “a total of 8 patients in the intervention group and 10 in the usual care group either did not attend scheduled study visits or formally withdrew from the study”	677
		Comentario: Además solo realizaron para el resultado primario un análisis por intención a tratar, pero se observa en los secundarios datos incompletos pero no se proporciona los motivos. Cita:” For the primary intention-to-treat analysis”	675
Notificación selectiva de los resultados	Bajo	Comentario: hacen referencia a la presencia de un protocolo, pero este no está disponible, pero también fue monitoreado por Data and Safety Monitoring Committee (DMC). Y al observar el registro del estudio en clinicaltrials.gov se observan que se reportaron todos los resultados especificados. Cita: “The DMC monitored patient accrual, outcomes, complications, and protocol adherence”	676
Otros posibles riesgos			
Grupos 1		pg & fig/tabla	
Nombre grupo	CCMP Intervention (comprehensive care management programs)		676
Nº de personas o clúster	209 patients		676
Descripción	The CCMP included COPD the educational program consisted of 4 individual 90-minute weekly sessions. The sessions used an educational booklet developed specifically for this study. Topics and educational objectives were a needs assessment followed by an overview of COPD, including medications and exacerbations; self-monitoring of respiratory symptoms and instructions for self-initiation of an antibiotic or prednisone for an exacerbation; learning breathing and coughing techniques and strategies for energy conservation and reduction of anxiety; and medication adherence, smoking cessation, nutrition, and regular exercise at home. The individual lessons were reinforced during a group session and by telephone calls from the case manager once per month for 3 months and every 3 months thereafter. Also, received a COPD informational booklet; their primary care providers received a copy of COPD guidelines and were advised to manage their patients according to these guidelines.		673-675
Duración de seguimiento	12 months		675
Variables económicas (costo de la intervención...)	No fueron incluidas		

Grupos 2		pg & fig/tabla
Nombre grupo	Guideline-Based Usual Care	675
Nº de personas o clúster	217 patient	
Descripción	Primary care providers for patients in both groups received the Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease guidelines and were advised to manage their patients according to published guidelines. All participants received a general information booklet for patients with COPD and had access to an existing VA 24-hour help line for any medical questions about their COPD.	675
Duración de seguimiento	12 months	675
Variables económicas (costo de la intervención...)	No fueron incluidas	

Desenlaces Primario		pg & fig/tabla
Nombre del desenlace	Time from randomization to first COPD hospitalization	675
Definición	A COPD exacerbation was defined as an increase in or new onset of 1 or more respiratory symptoms (cough, sputum, wheezing, dyspnea, or chest tightness) persisting for at least 2 days.	675
Unidad de medición es relevante	Si es relevante además fue revisada por tres especialistas por separado y sesgados.	675
Como se aplicó la medición (entrevista, email, teléfono...)	Research staff blinded to study group contacted patients every 2 months to determine whether they developed symptoms of a COPD exacerbation, along with details of treatment and health care use. Per protocol, 3 blinded pulmonologists reviewed discharge summaries and other available information to determine the primary cause of all hospitalizations and classified them as COPD-related (exacerbation or pneumonia), cardiovascular, or other.	675
Perdidas (%)	0% no presentaron perdidas (Tabla 2)	679
Imputación de datos perdidos	No	
El desenlace/ herramienta es validada	Fue evaluado por tres especialistas para ser considerado como el desenlace de interés	675

Desenlaces Secundarios		pg & fig/tabla
Nombre del desenlace	Mortality	675
Definición	Included All-cause mortality	674
Unidad de medición es relevante	Si	
Como se aplicó la medición (entrevista, email, teléfono...)	Deaths were ascertained by staff at the study sites, by review of VA electronic medical and administrative records and by a search of the Social Security Death Index. Extensive multivariate analyses failed to identify any factors alone or combined that could plausibly explain the difference in mortality. Two of the authors who were blinded to study group reviewed all available medical information and did not find anything in the deaths that would not be expected in frail patients with COPD	677
Perdidas (%)	0% no presentaron perdidas (Tabla 3)	679
Imputación de datos perdidos	No	
El desenlace/ herramienta es validada		
Nombre del desenlace	Treatment for exacerbations in each group	676
Definición	We compared the annual rates of prednisone and antibiotic treatment for exacerbations in each group by using data from the first year of follow- up, number of exacerbation episodes requiring prednisone and antibiotic use, the number of days from onset of an episode to first use of prednisone or an antibiotic, and the number of days over time per patient, assuming that each patient's series of monthly exacerbation counts were autocorrelated (first-order structure) and weighting the data according to each patient's time in the study if less than 1 year	676
Unidad de medición es relevante	The early termination led to several unplanned post-hoc analyses focusing on the use of prednisone and antibiotics.	676
Como se aplicó la medición (entrevista, email, teléfono...)	The rates as the number of times the medication was taken divided by the total patient-years.	677
Perdidas (%)	0% no presentaron perdidas (Tabla 3)	679
Imputación de datos perdidos	No	
El desenlace/ herramienta es validada	Post-hoc analyses	676

Nombre del desenlace	Others: health-related quality of life, Depression, COPD-related knowledge, and self-efficacy					675	
Definición	Desenlaces secundarios						
Como se aplicó la medición (entrevista, email, teléfono...)	At baseline and 1-year study visits					675	
Perdidas (%)	No específica, pero se observa que los pacientes analizados son menos que los desenlaces primarios					675	
Imputación de datos perdidos	No específica						
El desenlace/ herramienta es validada	No específica validación de las herramientas						
Resultados						pg & fig/tabla	
Dicotómicos							
Comparación	time from randomization to first COPD hospitalization intervention vs usual care					675	
Desenlace	Primario - Hospitalizations					677	
Resultados	Intervención			Comparación			679
All	Nº eventos: 54	Nº Participantes: 209		Nº eventos:55	Nº Participantes:217		
COPD-related	36			34			
Exacerbation	27			26			
Exacerba/Pneumonia	6			4			
Pneumonia	3			4			
Nº pérdidas y razón	No			No			676
Nº participantes movidos a otro grupo y razón	No			No			
Algún otro resultado reportado	At that time, the 1-year cumulative incidence of COPD- related hospitalization was 27% in the intervention group and 24% in the usual care group (HR, 1.13 [95% CI, 0.70 to 1.80]; P = 0.62) Cardiovascular HR, 2.06 [95% CI, 0.87 to 4.86]; P = 0.099 Other HR, 1.06 [95% CI, 0.59 to 1.86]; P = 0.86					677	
Unidad de análisis	Time to event for a first COPD hospitalization					675	
Método estadístico usado	For the primary intention-to-treat analysis, the null hypothesis was that the COPD hospitalization hazard rate for intervention did not differ from that for standardized care. The log-rank test had a 2-sided alternative hypothesis that the ratio of the 2 hazard rates was either greater than 1.37 or less than 0.73 (1/1.37).					675-676	
	The estimated HR comparing treatments was obtained from the Cox proportional hazards model analogous to the log-rank test. One-year rates of COPD hospitalization–free survival were obtained by the Kaplan–Meier method. Planned exploratory analyses used the Cox proportional hazards model to indicate whether covariates could account for some of the treatment effect.						
Requirió re-análisis	To predict what the result would have been if the trial had continued, we computed the probability of rejecting the null hypothesis conditional on the accrued data of 109 events when enrollment stopped. Under the alternative hypothesis (HR, 1/1.37= 0.73; log[HR], -0.315), the probability that future data acquired up to the planned termination would have led to rejection of the null hypothesis was 0.0002. In other words, if a futility analysis had been planned, this result would have ended the study					678	
Nota:	The assumption of proportional hazards was not rejected, indicating a good fit of the model to the data.					677	
Comparación	Assessment of General Health Status, Depression, COPD-Related Knowledge, and Patient Self-Efficacy					W-235	
Desenlace	Others						
Post-intervención o cambios en la línea de base	Cambios en la línea de base					W-235	
Resultados Cambios línea de base y al año	Intervención			Comparación			W-235
	Media	DE	Nº participantes	Media	DE	Nº participantes	
	-1,36	11,2	101	-1,67	11,5	108	
	-1,28	5,3		-0,73	4,9		
	0,32	2,2		0,21	1,8		
	1,12	2,3		0,47	2,3		
Nº pérdidas y razón	Solo incluyeron a la mitad de los pacientes fueron los que completaron en su totalidad la línea de base y la visita de un año			Solo incluyeron a la mitad de los pacientes fueron los que completaron en su totalidad la línea de base y la visita de un año			679
Nº participantes movidos a otro grupo y razón	No			No			

Algún otro resultado reportado	No statistically significant improvements in COPD-specific or general health status, depressive symptoms, COPD-related knowledge, or patient satisfaction		W 235 679
	A statistically significant improvement was observed in patient self-efficacy (mean difference of 1-year change in self-efficacy score, 0.65 [SD, 2.3] [CI, 0.02 to 1.29]; P = 0.044)		
Método estadístico usado	General health-related quality of life was measured with the Veterans Medical Outcomes Study Short Form-12, which has 12 questions summarized in 2 subscales (physical and mental component summary scales); scores range from 0 (worst) to 100 (best).		675
	Depressive symptoms with the 8-item Patient Health Questionnaire, the score of which ranges from 0 (no depressive symptoms) to 24; a score of 10 or higher indicates depression		
	A 15-item COPD knowledge questionnaire assessed medication use, management of dyspnea, and exacerbations		
	They developed an 8-item questionnaire to measure patients' self-efficacy in carrying out the targeted self- management behavior		
Requirió re-análisis	No		
Nota:			
Aplicabilidad – Equidad			pg & fig/tabla
Considera poblaciones en desventaja y posibles diferencias en el efecto de la intervención	No lo considera		
La intervención está enfocada en grupos en desventaja	No		
Nota:			
Uso de algún marco para la implementacion de las intervenciones			pg & fig/tabla
No			
Otra información			pg & fig/tabla
Principales conclusiones de los autores del estudio	The trial was stopped because all-cause mortality was higher in the intervention group than in the usual care group. We could not demonstrate an improvement in COPD knowledge. There was a modest statistically significant difference in the rate of use of prednisone per exacerbation, but not of antibiotics, and the differences in the timing of either prednisone or antibiotic use were not statistically significant.		680
	The self-management intervention failed to yield a structural behavioral change, in that patients in the intervention group did not initiate their action plan for worsening respiratory symptoms any sooner than the patients in the control group, as was in- tended. The intervention group had an unexpected excess mortality that we could not satisfactorily explain, even with additional data collection. Whatever the reason, our findings suggest that self-management or intensive management protocols may not be appropriate for all subsets of patients with COPD.		
Fuentes de financiamiento	By the Cooperative Studies Program (CSP #560), Veterans Affairs Office of Research and Development.		681
Nota:	Limitations: Available data could not fully explain the excess mortality in the intervention group. Ability to assess the quality of the educational sessions provided by the case managers was limited		673
Descripción general			pg & fig/tabla
Título del estudio	The implementation of a community-based aerobic walking program for mild to moderate knee osteoarthritis (OA): a knowledge translation (KT) randomized controlled trial (RCT)		Part I - 1
Autores	Brosseau L, Wells GA, Kenny GP, Reid R, Maetzel A, Tugwell P, et al		
Año	2012		
ID o DOI	Part I= 10.1186/1471-2458-12-871 / Part II= 10.1186/1471-2458-12-1073 Son dos articulos en donde reportan los resultados de un mismo estudio por separado		Part I - 2
Objetivo	The purpose of this randomized controlled trial (RCT) was to compare 1) improvements in quality of life (QOL) (primary outcome) and clinical outcomes such as pain, mobility and endurance 2) adherence rates 3) confidence and self-efficacy after the implementation of a 12-month supervised community-based aerobic walk- ing program (SCAWP) based on the Ottawa Panel clin- ical practice guidelines (CPG) [3-5] among three knowledge translation (KT) intervention arms		
Protocolo y registro	Current Controlled Trials IRSCTNO9193542		
Población y entorno del estudio			pg & fig/tabla
Descripción de la población	Adult with moderate osteoarthritis (OA)		Part I - 1
Entorno (incluye localización y contexto social)	Club sites in Ottawa, Ontario, Canada and one in Gatineau Quebec Canada		Part I - 4
Total de la población al inicio del estudio	222		Part I - 4
Nº de clusters (si aplica - Nº y tipo de personas por cluster)	No aplica		

Edad o grupos etarios	Mean (SD) 63,4 (8,6)	Part I - 6	
Sexo	Group: (Women) Walking=55(69,9%) Walking and behavioural=51(73,9%) Self-directed control=47(63,5%) Total=153(68,9%)	Part I - 6	
Raza/etnia	Group: % Walking=White (87,3), Black (1,3), Hispanic (2,5), Asian or Pacific Islander (6,3), American Indian or Alaskan native (1,3), Other (1,3) Walking and behavioural=White (87), Black (4,3), Hispanic (2,9), Asian or Pacific Islander (5,8), American Indian or Alaskan native (0), Other (0) Self-directed control=White (91,9), Black (1,4), Hispanic (5,4), Asian or Pacific Islander (1,4), American Indian or Alaskan native (0), Other (0) Total=White (88,7), Black (2,3), Hispanic (3,6), Asian or Pacific Islander (4,5), American Indian or Alaskan native (0,5), Other (0,5)	Part I - 6	
Severidad de la enfermedad/ co- morbilidades	Affected knee=(%) Walking=Right (41,8), Left (39,2), Both side (19) Walking and behavioural=Right (44,9), Left (33,3), Both side (28,4) Self-directed control=Right (33,8), Left (37,8), Both side (28,4) Total= Right (40,1), Left (36,9), Both side (23) Mean duration of OA total= 10,3 (9,26)	Part I - 6	
Mediciones por subgrupo	No		
Obtención de consentimiento informado	cita='At the first visit, written informed consent was obtained if the patient met all inclusion criteria'	Part I - 3	
Métodos		pg & fig/tabla	
Diseño	This single blind RCT, funded by the Canadian institutes of Health Research, used a parallel group design (1:1:1)	Part I - 3	
Unidad de análisis (individuo, cluster/grupos)	Individuo		
Fecha Inicio/Final	January 2007 and December 2008, 629 study participants were assessed for eligibility Follow-up for the last recruited participant was completed in May 2010	Part I - 9	
Duración total del estudio	Participants were assessed by an independent evaluator at baseline and at each 3 month interval (months 3, 6, 9, 12) during the intervention period. Participants were then assessed at 3 and 6 months post-intervention during the follow-up period (15 and 18-months).	Part I - 7	
Criterios de inclusión	* Had a confirmed diagnosis with mild to moderate unilateral or bilateral OA according to the American College of Rheumatology clinical and radiographic/ magnetic resonance imagery criteria. * Reported pain for at least 3 months. * Expected his/her medication to change during the study period. * Demonstrated an ability to ambulate for a minimum of 20 minutes, at their own pace with minimal reports of pain (≤ 3 out of 10 on a visual analogue pain rating scale) * Were able to be treated as an out-patient * were available three times a week over a period of 12 months	Part I - 3	
Criterios de Exclusión	1) Participated in regular physical or aerobic sports ≥ 2 times per week for more than 20 minutes per session during the previous 6 months 2) severe OA of the knee or other weight bearing joints of the lower extremity 3) no written consent from their physician to participate in the study 4) pain at rest or at night 5) received rehabilitation treatment, corticosteroids injection, or any other pain-related treatment besides medication for arthritis within the last 12 months 6) uncontrolled hypertension (Systolic blood pressure >160 mm Hg confirmed by the screening initial VO2 max test at the Ottawa Heart Institute) 7) other illnesses, such as rheumatoid arthritis (judged by the patient or study physician to make participation in this study inadvisable) 8) significant cognitive deficit resulting in an inability to understand or comply with instructions 9) surgery planned in the next year 10) Intention to move away from Ottawa region in the next year 11) an inability to communicate in English or French 12) an unwillingness to sign informed consent	Part I - 3	
Método de reclutamiento	The study coordinator assessed the inclusion/exclusion criteria of all potential participants by telephone	Part I - 3	
Calculo de tamaño de muestra	No mencionan este aspecto en ninguno de los dos articulos		
Aprobación de comité de ética	This community-based study was approved by the University of Ottawa Research Ethics Board and the City of Ottawa Public Health Research Ethics Board. This	Part I - 3	
Evaluación de riesgo de sesgo (tendrá modificaciones en estudios de antes y después)		pg & fig/tabla	
Dominio	Tipo de riesgo (Bajo - Alto - “Poco Claro”)	Soportes	
Generación de la secuencia aleatoria	Bajo	Cita="Participants were randomly assigned to one of the three KT intervention groups using central randomization and computer generated numbers"	Part I - 3
Ocultamiento de la secuencia	Poco claro	Cita="...using central randomization..." Comentario= No se describe con detalle suficiente la forma de central de aleatorizacion para permitir una evaluacion definitiva	Part I - 3

Cegamiento de los participantes y personal	Bajo	Cita="research staff and evaluators were blinded to the treatment allocation.. the effectiveness of blinding the evaluator to treatment allocation was assessed through a questionnaire where she was asked to identify which group each participant belonged to. The blinding rate of the evaluator was high (98%).... Due to the nature of the physical intervention, it was not practical to blind the study participants and PA specialists supervising the aerobic walking program" Comentario= Solo se realiza el cegamiento al personal que realiza la recoleccion de los datos, pero realizan la aclaracion del porque no se realiza a los pacientes y personal de los programas.	Part I - 4 Part I - 10
Cegamiento de los evaluadores de los resultados	Bajo	Cita="An independent evaluator was blinded to assess outcome measures"	Part I - 4
Datos de resultados incompletos	Alto	Cita="The analysis was conducted on an intention-to-treat basis...Missing data was assumed to be missing at random (MAR) in order to include incomplete data" ..."The drop-out rate results are comparable to other long-term studies which have used an aerobic PA intervention with a behavioural intervention component" ...Limitation...there were missing data from the 7-day PAR questionnaire as not all participants completed their log- books and had difficulties remembering which activities were performed, resulting in a potential recall bias Comentario= A pesar de realizar un adecuado analisis de los datos y que estos datos faltantes estan equilibrados entre los tres grupos. Se observan datos en desenlaces que no se reportan y no coinciden con la tasa de abandono reportada por el estudio.	Part I - 8 Part I - 10 Part II - 12
Notificación selectiva de los resultados	Poco claro	Cita="Trial Registration: Current Controlled Trials IRSCTNO9193542" Comentario= No hay informacion suficiente para permitir la evaluacion, debido a que no se describe la presencia de un protocolo y al revisar el registro en IRSCTN sale que no hay resultados encontrados para este numero de registro"	Part I - 2
Otros posibles riesgos			
Grupos WB			pg & fig/tabla
Nombre grupo	Walking and Behavioural intervention		Part I - 4
Nº de personas	79		Part I - 4
Descripción	Received the SCAWP (supervised community-based aerobic walking program) with a behavioural intervention and an educational pamphlet on the benefits of walking for OA. Participants took part in three weekly walking sessions over a 12-month period. Every walking session began with a 10-minute warm-up, consisting of light aerobic exercises, before engaging in the 45-minute aerobic walking phase. The walking sessions ended with a 10-minute cool-down consisting of light aerobic exercises and stretching. The target intensity of the walking phase was approximately 50% to 70% of the subjects' pre-determined maximum heart rate as recommended in The Ottawa Panel guidelines. The SCAWP was divided into two stages: 1) A "progressive aerobic phase" wherein the duration and heart rate intensity progressively increased over time and 2) a "maintenance aerobic phase" wherein the duration and heart rate intensity remained constant for the remainder of the walking program. Following randomization, the PA specialist met each subject in the walking groups to explain the SCAWP and its progression (Additional file 2) and was present for a minimum of three weekly scheduled sessions over one year to supervise the subjects. The PA specialist was responsible for monitoring and recording attendance, blood pressure, heart rate (during and after the walking session), time duration, and number of steps (pedometer) at each walking session. The behavioural intervention consisted of twenty 2-hour group sessions discussing short-term goal setting and education of arthritis-related topics over a duration of 20 consecutive weeks. Individual long-term goal setting was discussed at the beginning of the PACEex program and was followed by monthly face-to-face meetings through- out the first 6 months of the program. The last six months of the 12-month supervised phase consisted of participants receiving counselling via telephone discuss- ing long-term goals and barriers/facilitators to adhere to the walking program.		Part I - 3-4-5
Duración de seguimiento	Participants were assessed each 3 month interval (months 3, 6, 9, 12) during the intervention period. Participants were then assessed at 3 and 6 months post-intervention during the follow-up period (15 and 18-months).		Part I - 8
Variables económicas (costo de la intervención...)	No incluyeron este aspecto		
Grupos W			pg & fig/tabla
Nombre grupo	Walking intervention		Part I - 4
Nº de personas	69		Part I - 4
Descripción	Received the SCAWP and an educational pamphlet on the benefits of walking for OA. Participants took part in three weekly walking sessions over a 12-month period. Every walking session began with a 10-minute warm-up, consisting of light aerobic exercises, before engaging in the 45-minute aerobic walking phase. The walking sessions ended with a 10-minute cool-down consisting of light aerobic exercises and stretching. The target intensity of the walking phase was approximately 50% to 70% of the subjects' pre-determined maximum heart rate as recommended in The Ottawa Panel guidelines. The SCAWP was divided into two stages: 1) A "progressive aerobic phase" wherein the duration and heart rate intensity progressively increased over time and 2) a "maintenance aerobic phase" wherein the duration and heart rate intensity remained constant for the remainder of the walking program. Following randomization, the PA specialist met each subject in the walking groups to explain the SCAWP and its progression (Additional file 2) and was present for a minimum of three weekly scheduled sessions over one year to supervise the subjects. The PA specialist was responsible for monitoring and recording attendance, blood pressure, heart rate (during and after the walking session), time duration, and number of steps (pedometer) at each walking session.		Part I - 3-4-5
Duración de seguimiento	Participants were assessed each 3 month interval (months 3, 6, 9, 12) during the intervention period. Participants were then assessed at 3 and 6 months post-intervention during the follow-up period (15 and 18-months).		Part I - 8

Variables económicas (costo de la intervención...)	No incluyeron este aspecto	
Grupos control (C)		pg & fig/tabla
Nombre grupo	Self-directed control	Part I - 4
Nº de personas o clúster	74	Part I - 4
Descripción	Received the educational pamphlet. Participants were invited to consult an educational pamphlet on walking and OA. One introductory session was provided to the participant wherein they were provided an educational pamphlet describing the benefits of walking for OA, a pedometer to monitor PA, and a log- book to record activity level and adherence while partaking in the self-directed walking program. Participants in this group received monetary compensation for the completion his/her log books. The self-directed (C) group did not have any contact with participants in the two other groups, avoiding potential contamination	Part I - 4-5-7
Duración de seguimiento	Participants were assessed each 3 month interval (months 3, 6, 9, 12) during the intervention period. Participants were then assessed at 3 and 6 months post-intervention during the follow-up period (15 and 18-months).	Part I - 8
Variables económicas (costo de la intervención...)	No incluyeron este aspecto	
Desenlaces		pg & fig/tabla
Nombre del desenlace	Increase short and long term adherence to the SCAWP	Part I-3
Definición	Participant adherence was assessed as the number of attended walking sessions divided by the number of prescribed sessions (3 sessions per week). From baseline to 12 months, the adherence rates were expressed as percentages of adherence among walkers who did not drop out and were reported as means (+/-standard deviation) for each time period between groups	Part I-8 y 10
Unidad de medición es relevante	Si - es un resultado principal de las intervenciones KT	Part I - 2
Como se aplicó la medición (entrevista, email, teléfono...)	Among the W and WB groups, the number of attended walking sessions throughout the 12-month duration was recorded by the exercise therapist on site as well as through the use of participants' completed log- books which provided information on the amount of performed PA during the 12-month intervention period. The C group's adherence was only assessed by the completed log books.	Part I- 8
Perdidas (%)	During the 12-month intervention period, the dropout rates were 43.1% for the W group, 40.6% for the WB group and 49.3% for the self-directed (C) group. From baseline to 18 months, the dropout rates were 44.3% for the W group; 40.6% for the WB group and 52.1% for the self-directed (C) group	Part I 10
Imputación de datos perdidos	The adherence rates were expressed as percentages of adherence among walkers who did not drop out Missing data was assumed to be missing at random (MAR) in order to include incomplete data.	Part I - 10 Part I - 8
El desenlace/ herramienta es validada	No especifican la validacion del desenlace pero si la importancia que es uno de los principales resultados de las intervenciones KT y es medida en otros estudios similares.	Part I - 2
Nombre del desenlace	Reduce the dropout rate and Retation Rate	Part I-3 Appendices 4
Definición	No especifica	
Unidad de medición es relevante	Si ya que la alta tasa de abandono afecta los resultados del estudio	
Como se aplicó la medición (entrevista, email, teléfono...)	no especifica claramente y la tasa de retencion solo la mencionan en el apendice	
Perdidas (%)	During the 12-month intervention period, the dropout rates were 43.1% for the W group, 40.6% for the WB group and 49.3% for the self-directed (C) group. From baseline to 18 months, the dropout rates were 44.3% for the W group; 40.6% for the WB group and 52.1% for the self-directed (C) group	Part I 10
Imputación de datos perdidos	Missing data was assumed to be missing at random (MAR) in order to include incomplete data.	Part I - 8
El desenlace/ herramienta es validada	No especifican la validacion del desenlace	Part I - 3
Nombre del desenlace	Behaviour change by improving self-efficacy	Part I - 3
Definición	Behaviour change was based on the concept of self-efficacy and was measured using the Stanford scale on chronic disease.	Part I - 8
Unidad de medición es relevante	No es muy clara la unidad de medicion de la escala	
Como se aplicó la medición (entrevista, email, teléfono...)	In regards to the research question, behaviour change results were only reported at 12 and 18-months	Part I - 8
Perdidas (%)	During the 12-month intervention period, the dropout rates were 43.1% for the W group, 40.6% for the WB group and 49.3% for the self-directed (C) group. From baseline to 18 months, the dropout rates were 44.3% for the W group; 40.6% for the WB group and 52.1% for the self-directed (C) group	Part I 10
Imputación de datos perdidos	Missing data was assumed to be missing at random (MAR) in order to include incomplete data.	Part I - 8
El desenlace/ herramienta es validada	No es claro en la validacion de la escala utilizada, ademas que no tiene referencia. Al realizar la busqueda se encuentra la siguiente http://patienteducation.stanford.edu/research/cdquest.pdf la cual es la mas cercan a lo reportado en el estudio.	
Nombre del desenlace	Health-related quality of life - Arthritis	Part II - 3
Definición	Improvements in quality of life (QOL) (primary outcome) - The Arthritis Impact Measurement Scale (AIMS2) is a disease-specific QOL scale that consists of 101 items and includes various subscale scores. The AIMS2 walking and bending sub-scale was considered as the primary outcome. All other AIMS2 sub-scales were used as secondary outcomes, since the use of the global scale could not be aggregated.	Part II - 3

Unidad de medición es relevante	Si	
Como se aplicó la medición (entrevista, email, teléfono...)	Participants were asked to complete a collection of validated questionnaires as well as perform physical tests as each assessment.	Part II - 3
Perdidas (%)	W=44,3% (12 m y 18 m) WB= 36,2% (12 m) y 40,6% (18 m) C=45,2% (12 m) y 50,7% (18 m)	Calculada con los datos tabla 2
Imputación de datos perdidos	Missing data was assumed to be missing at random (MAR) in order to include incomplete data.	Part II - 4
El desenlace/ herramienta es validada	Si= AIMS2 has been shown to possess good internal consistency (alpha coefficients ranging from 0.72 to 0.91) and good test-retest results (Intraclass correlation coefficients ranging from 0.78 to 0.94). The construct and criterion validity have also been examined. Standardized response means for changes in AIMS2 scores over 3 months ranged from 0.36 to 0.80 [36,44].	Part II - 3
Nombre del desenlace	Health-related quality of life - QOL	Part II - 3
Definición	The SF-36 (Short Form), which consists of 8 subscales and 36 questions, is a reliable and valid scale for several medical conditions, including rheumatic diseases.	Part II - 3
Unidad de medición es relevante	Si	
Como se aplicó la medición (entrevista, email, teléfono...)	Participants were asked to complete a collection of validated questionnaires as well as perform physical tests as each assessment.	Part II - 3
Perdidas (%)	W=44,3% (12 m y 18 m) WB= 36,2% (12 m) y 40,6% (18 m) C=45,2% (12 m) y 50,7% (18 m)	Calculada con los datos tabla 2
Imputación de datos perdidos	Missing data was assumed to be missing at random (MAR) in order to include incomplete data.	Part II - 4
El desenlace/ herramienta es validada	Internal consistency via Cronbach's alpha ranged between 0.74 to 0.96 over the different sections. Test- retest intra-class correlation coefficients range from 0.75 to 0.93. Validity testing revealed that the SF-36 correlates moderately with several other measures related to disease activity, pain, depression and QOL.	Part II - 3
Nombre del desenlace	Functional status	Part II - 3
Definición	self-administered multidimensional index containing dimensions for pain, stiffness and function	Part II - 3
Unidad de medición es relevante	Si	
Como se aplicó la medición (entrevista, email, teléfono...)	Participants were asked to complete a collection of validated questionnaires as well as perform physical tests as each assessment.	Part II - 3
Perdidas (%)	W=45,6% (12 m y 18 m) WB= 39,7% (12 m) y 38,2% (18 m) C=42,9% (12 m) y 50% (18 m)	Calculada con los datos total tabla 3
Imputación de datos perdidos	Missing data was assumed to be missing at random (MAR) in order to include incomplete data.	Part II - 4
El desenlace/ herramienta es validada	This five-point instrument has been shown to be valid and reliable in individuals with hip or knee rheumatic conditions, and is sensitive to change over time. The WOMAC questionnaire has been adapted for lower extremity joints affected with OA, such as the knee or hip. WOMAC is widely used and has been extensively validated. The minimal clinically important rehabilitation effects ranged from 0.80 to 1.01	Part II - 3
Nombre del desenlace	Level of physical activity	Part II - 3
Definición	duration (minutes per day), frequency (days per week) and intensity (multiples of basal metabolic rate) (the Seven Day Physical Activity Recall (7-day PAR))	Part II - 3
Unidad de medición es relevante	Si	
Como se aplicó la medición (entrevista, email, teléfono...)	Participants were asked to complete a collection of validated questionnaires as well as perform physical tests as each assessment.	Part II - 3
Perdidas (%)	Leisure time activities only: W=20,3% (Baseline), 46,8% (12 m) y 49,4% (18 m) WB= 29% (Baseline), 46,4% (12 m) y 52,2% (18 m) C=23,3% (Baseline), 47,9% (12 m) y 56,2% (18 m)	Calculada con los datos total tabla 7
Imputación de datos perdidos	Missing data was assumed to be missing at random (MAR) in order to include incomplete data.	Part II - 4
El desenlace/ herramienta es validada	The 7-day PAR is a validated instrument in a calendar format. An adapted version of the 7-day PAR was included in the logbooks where PA was split into distinct walking and other physical activities	Part II - 3
Resultados		pg & fig/tabla
Dicotómicos		
Comparación	Comparison three group dropout rate and Retation Rate	
Desenlace	Reduce the dropout rate and Retation Rate	PartI-3 Appendices 4

Resultados	Walking		Walking & Behavioural		Self-directed		
	Nº Eventos	Nº participantes	Nº Eventos	Nº participantes	Nº Eventos	Nº participantes	
12 months Dropout rate	34	79	28	69	36	73	Appendices 4
Retention rate	45		41		37		
Follow-uo 18 months Dropout rate	35		28		38		
Retention rate	44		41		35		

98	101								
43,0%	40,6%	49,3%	Reportados en el archivo adicional 4	calculos realizadon con los datos de la figura 1					
				32	35	25	27	31	39
44,3%	40,6%	52,1%		40,5%	44,3%	36,2%	39,1%	42,5%	53,4%

Nº participantes movidos a otro grupo y razón	No						No			
Algún otro resultado reportado	The dropout rates were lower for the WB group at 12-months (36.2%) and 18-months (39.1%) compared to the W group (40.5% and 44.3%) and the self-directed (C) group (40.5% and 51.3%). The W and self-directed (C) groups had the highest dropout rates (40.5%) at 12 months while the self-directed (C) group had the highest at 18 months (52.1%)									Part I - 10
Unidad de análisis	Individuo									
Método estadístico usado	Descriptive statistics including mean, standard deviation and frequencies were used to summarize the study groups at baseline.									Part I - 8
Requirió re-análisis	No									
Nota:	Se observa que los datos no son iguales el la figura 1 y el apendice. El calculo de la menor tasa no conincide con las calculadas con los datos existentes: The dropout rates were lower for the WB group at 12-months (28,6%) and 18-months (27,7%) compared to the W group (34,7%) and the self-directed (C) group (36,7% and 37,6%)									
Continuos										
Comparación	Self-efficacy, measured with Stanford questionnaire on chronic disease for three study arms									Part I - 8
Desenlace	Behaviour change by improving self-efficacy									Part I-3
Post-intervención o cambios en la línea de base	Medidas en intervalos durante el periodo de intervencion y post-intervencion.									Part I - 7
Resultados	Walking			Walking & Behavioural			Self-directed			
	Media	DE	Nº participantes	Media	DE	Nº participantes	Media	DE	Nº participantes	
Coping with symptoms Baseline	1,069	0,794	79	1,126	0,775	69	1,013	0,946	73	Part I - 8
12 months	0,864	0,771	44	1,239	0,73	44	1,192	0,835	40	
18 months	1,064	0,952	44	1,388	0,856	41	1,342	1,127	36	
Confidence about doing things Baseline	7,406	1,719	79	7,827	1,488	69	7,858	1,512	73	
12 months	7,826	1,551	44	7,682	1,785	44	8,064	1,575	39	
18 months	7,69	1,92	43	7,546	1,848	41	8,015	1,476	36	
Nº perdidas y razón	44,3% (12 m y 18 m)			36,2% (12 m) y 40,6% (18 m)			45,2% (12 m) y 50,7% (18 m)			Calculado con losdatos disponibles
	Unable to contact after admission, No motivation, No MD clearance after 2nd VO2max test, Time commitment, No OA when based on X-Rays or MRI, Health problems, Transportation, Personal/family reasons, Knee surgery, Injury, Did not like structure of program, No specific reason, Moved away. Se observa que en el grupo C la falta de un paciente ya que se observa que eran 74, pero no se encuentra explicacion a esto. Estos datos no considen con los datos reportados en la figura 1 y apendice 3									Additional file 3
Nº participantes movidos a otro grupo y razón	No			No			No			

Algún otro resultado reportado	After the 12 month intervention phase, no differences were found between the 3 comparative groups for any of the items on the Stanford scale . Moreover, variables related to coping with symptoms and confidence were higher among the WB group compared to the other two groups. At 18- months, statistically significant differences in scores between the WB and W groups revealed that the W group demonstrated an improved mean for the “confidence about doing things” variable (p=0.041). The self- directed group (C) demonstrated the highest mean “confidence about doing things” score 8.015± 1.476 (p=0.040) as it increased by 0.157 (p=0.048) when compared to baseline. However, at 18-months, there were statistically significant results which favoured the self-directed group (C). One reason explaining why participants in the self-directed group (C) had higher confidence and self-efficacy scores may be due to the fact that since these individuals were not supervised, they may have been more independent, self-controlled, self-confident, and self-motivated.									Part I - 10
Unidad de análisis	Individuo									
Método estadístico usado	A repeated measure mixed model was used to assess the change in adherence from baseline to end of treatment (12 months) among three study groups. Pairwise differences comparing each group to one another (W vs. C, W vs. WB, WB vs. C) were assessed.									Part I - 8
Requirió re-análisis	No									
Nota:	Datos reportados en el estudio: During the 12-month intervention period, the dropout rates were 43.1% for the W group, 40.6% for the WB group and 49.3% for the self-directed (C) group. From baseline to 18 months, the dropout rates were 44.3% for the W group; 40.6% for the WB group and 52.1% for the self-directed (C) group No se observan todos los datos de la escala solo los mas relevantes, pero no se observa el apendice o anexos para observar la informacion									Part I - 10
Comparación	Adherence based on attendance marked in trainees manuals and individual walkers logbooks									Part I - 8
Desenlace	Increase short and long term adherence to the SCAWP									Part I-3
Post-intervención o cambios en la línea de base	post-intervencion y final del seguimiento de los 6 meses									Part I - 7
Resultados (meses)	Walking			Walking & Behavioural			Self-directed			
	Media	DE	Nº participantes	Media	DE	Nº participantes	Media	DE	Nº participantes	
0-3	0,77	0,299	79	0,802	0,29	69	0,652	0,403	73	Part I - 8
3-6,	0,617	0,41		0,636	0,39		0,535	0,459		
6-9,	0,471	0,418		0,534	0,425		0,528	0,463		
9-12,	0,46	0,441		0,445	0,433		0,49	0,462		
Total	0,576	0,346		0,604	0,342		0,551	0,42		
	43,10%			40,60%			49,30%			Part I - 10
Nº perdidas y razón	Unable to contact after admission, No motivation, No MD clearance after 2nd VO2max test, Time commitment, No OA when based on X-Rays or MRI, Health problems, Transportation, Personal/family reasons, Knee surgery, Injury, Did not like structure of program, No specific reason, Moved away. Se observa que en el grupo C la falta de un paciente ya que se observa que eran 74, pero no se encuentra explicacion a esto.									Additional file 3
Nº participantes movidos a otro grupo y razón	No			No			No			
Algún otro resultado reportado	Statistically significant results for short-term adherence rates favoured participants in the WB group (80.2%) compared to the self-directed (C) group (65.2%) (p<0.012) after 3 months. For long term adherence (6 to 12 months), the WB group demonstrated superior adherence rates throughout each period compared to the other two groups, but results did not reach statistical significance. No statistical significance (p> 0.05) was observed for the total adherence rates between WB vs. W, Wvs. C, and WB vs. C.									Part I - 10
Unidad de análisis	Individuo									
Método estadístico usado	A repeated measure mixed model was used to assess the change in adherence from baseline to end of treatment (12 months) among three study groups. Pairwise differences comparing each group to one another (W vs. C, W vs. WB, WB vs. C) were assessed.									Part I - 8
Requirió re-análisis	No									
Comparación	Health-related quality of life - Arthritis									Part II - 3
Desenlace	Health-related quality of life									Part II - 3
Post-intervención o cambios en la línea de base	Cambios en la linea de base, post intervencion (12 meses) y posterior al seguimiento (18 meses)									
Resultados Baseline	Walking			Walking & Behavioural			Self-directed			
	Media	DE	Nº participantes	Media	DE	Nº participantes	Media	DE	Nº participantes	
Mobility	1,281	1,511	79	1,058	1,621	69	1,169	1,479	74	Part II - 7-8 Tabla 2
Walking and Bending	4,044	2,047	79	3,513	2,538	69	3,792	2,494	74	
Self care	0,391	1,632	79	0,045	0,247	69	0,194	1,179	74	
Social Activity	4,53	1,723	79	4,449	1,774	69	4,639	2,05	74	
Arthritis pain	4,396	1,907	79	3,813	2,175	69	4,27	2,426	73	
Symptoms Component	4,372	1,907	79	3,813	2,175	69	4,27	2,426	73	
12 meses Mobility	0,614	1,017	44	0,773	0,866	44	0,72	1,09	41	

Walking and Bending	3,364	2,216	44	3,695	2,248	44	3,085	2,49	41	Part II - 7-8 Tabla 2
Self care	0,114	0,509	44	0,028	0,132	44	0,091	0,358	41	
Social Activity	4,727	1,573	44	4,453	1,886	43	3,732	2,188	41	
Arthritis pain	3,494	2,383	44	3,793	2,285	44	3,494	2,383	41	
Symptoms Component	3,523	2,36	44	3,793	2,285	44	3,494	2,383	41	
18 meses Mobility	0,815	1,189	44	0,869	1,215	42	0,486	0,898	36	
Walking and Bending	3,67	2,323	44	3,702	2,402	42	2,708	2,112	36	
Self care	0,087	0,572	43	0,104	0,435	42	0	0	36	
Social Activity	4,625	1,84	44	4,72	1,86	42	4,281	2,141	36	
Arthritis pain	4,4	2,409	44	3,642	2,157	42	3,4	2,228	35	
Symptoms Component	3,44	2,409	44	3,642	2,157	42	3,4	2,228	35	
Nº perdidas y razón	44,3% (12 m y 18 m)			36,2% (12 m) y 40,6% (18 m)			45,2% (12 m) y 50,7% (18 m)			Calculado con los datos disponibles
	Unable to contact after admission, No motivation, No MD clearance after 2nd VO2max test, Time commitment, No OA when based on X-Rays or MRI, Health problems, Transportation, Personal/family reasons, Knee surgery, Injury, Did not like structure of program, No specific reason, Moved away. Se observa que en el grupo C la falta de un paciente ya que se observa que eran 74, pero no se encuentra explicacion a esto. Estos datos no considen con los datos reportados en la figura 1 y apendice 3									Additional file 3
Nº participantes movidos a otro grupo y razón	No espezifca			No espezifca			No espezifca			
Algún otro resultado reportado	At 12- months--> WB vs C, mean results (± SE) favoured the self-directed group (C) for the "hand and finger" (p=0.04), "social activity" (p=0.01), "arthritis pain" (p=0.02), "symptoms component" (p = 0.02)and "social interaction component" (p = 0.01) variables. W vs C, mean results (± SE) favoured the self-directed group (C) for the "social activity" (p= 0.01) variable. At 18- months--> , WB vs C, mean results (± SE) favoured the self-directed group for the "walking and bending" (p=0.044), "household tasks" (p = 0.02), "arthritis pain" (p = 0.03), "physical component" (p = 0.01), and "symptoms component" (p = 0.03) variables. WB vs W, results favoured the W group for the "arthritis pain" (p= 0. 01), "arthritis impact" (p= 0. 01), "physical component" (p = 0.04), and "symptoms component" (p = 0. 01) variables.									Part II - 4
Unidad de análisis	Individuo									
Método estadístico usado	A repeated measure mixed model was used to assess the change in health-related QOL measures (adjusted AIMS2 for age and co-morbidity and SF-36) as well as clinical outcomes from baseline to 12 months (end of intervention) and to 18 months (6 month follow-up post-intervention) among three study groups. The model included variables such as intervention group, study month, and an interaction term between the interven- tion group and study month.									Part II - 5
Requirió re-análisis	No									
Nota:	Se observan mas resultados en el articulo referentes a las variables de la escala Conclusion en esta medicion: All statistically significant results favoured the self-directed group (C) group compared to the two walking groups (W and WB groups) with QOL improvements at 12 and 18 months. Some explanations as to why participants in the self-directed (C) group demonstrated a higher QOL score may be due to the development of fewer health problems and fewer difficulties with transportation resulting in less attrition to the study. In addition, participants in the self-directed (C) group may not have experienced as many barriers as the other two groups in order to engage in walking activities for at least 3 times a week. This group had the comfort of being around their own environment, especially for those who were not retired and still working. These facilitators may have contributed to the improvement of the participants' QOL compared to the other groups which were required to travel regularly to the walking club.									Tabla 2 Part II - 9
Comparación	Health-related quality of life - QOL									Part II - 3
Desenlace	Health-related quality of life									
Post-intervención o cambios en la línea de base	Cambios en la linea de base, post intervencion (12 meses) y posterior al seguimiento (18 meses)									
Resultados Baseline	Walking			Walking & Behavioural			Self-directed			Part II - 5-6 Tabla 1
	Media	DE	Nº participantes	Media	DE	Nº participantes	Media	DE	Nº participantes	
Physical Funtioning	63,003	18,332	79	66,449	19,157	69	67,275	20,446	74	
Pain Index	60,487	16,04	78	67,348	18,261	69	62,149	18,762	74	
Role Emotional	75,214	37	78	84,058	29,488	69	74,324	37,643	74	
Mental health Index	76,5	17,558	78	77,588	15,67	68	80,365	13,974	74	
standardized Physical Component	40,516	8,598	77	4,3645	8,656	68	41,996	9,1	74	
standardized Mental Component	52,914	10,845	77	53,812	8,639	68	53,556	8,995	74	
12 meses Physical Funtioning	70,088	18,819	44	68,127	19,694	43	68,171	26,381	41	
Pain Index	63,818	19,134	44	63,795	20,124	44	67,805	18,378	41	

Role Emotional	85,606	30,835	44	81,061	32,468	44	82,927	35,057	41	Part II - 5-6 Tabla 1
Mental health Index	78,364	16	44	80	14,823	44	81,366	14,411	41	
standardized Physical Component	42,508	9,229	44	42,192	10,066	43	43,464	9,409	41	
standardized Mental Component	53,819	9,852	44	54,476	7,329	43	55,162	8,54	41	
18 meses Physical Functoning	68,157	21,308	44	63,254	25,705	42	75,694	19,645	36	
Pain Index	65,045	18,881	44	61,167	18,322	42	67,444	18,315	36	
Role Emotional	75	40,106	44	80,159	31,286	42	82,407	33,32	36	
Mental health Index	77,114	17,926	44	77,405	15,759	42	79,33	14,89	36	
standardized Physical Component	42,82	9,24	44	40,909	11,038	42	45,149	8,93	36	
standardized Mental Component	51,99	11	44	53,922	9,023	42	53,101	9,914	36	
Nº perdidas y razón	44,3% (12 m y 18 m)			36,2% (12 m) y 40,6% (18 m)			45,2% (12 m) y 50,7% (18 m)			Calculado con los datos disponibles
	Unable to contact after admission, No motivation, No MD clearance after 2nd VO2max test, Time commitment, No OA when based on X-Rays or MRI, Health problems, Transportation, Personal/family reasons, Knee surgery, Injury, Did not like structure of program, No specific reason, Moved away.									Additional file 3
Nº participantes movidos a otro grupo y razón	No espezifca			No espezifca			No espezifca			
Algún otro resultado reportado	There were no statistically significant results between the three groups for QOL measured with the SF-36 with the exceptions of the variables "physical role functioning", "physical role", "pain index" and "standardized physical component". At 12- months, results favoured the W group for the "physical role" variable when compared to the WB group (p = 0.04). At 18-months, results favoured the W group for the "physical functioning" (p = 0.02) and "pain index" (p = 0.00) variables when compared to the WB group. The self-directed group was also favoured when compared either to the W or WB groups for the "physical functioning" (p = 0.01), "pain index" (p = 0.03) and "standardized physical component" (p = 0.00) variables									Part II - 4
Unidad de análisis	Individuo									
Método estadístico usado	A repeated measure mixed model was used to assess the change in health-related QOL measures (adjusted AIMS2 for age and co-morbidity and SF-36) as well as clinical outcomes from baseline to 12 months (end of intervention) and to 18 months (6 month follow-up post-intervention) among three study groups. The model included variables such as intervention group, study month, and an interaction term between the interven- tion group and study month.									Part II - 5
Requirió re-análisis	No									
Nota:	Se observan mas resultados en el articulo referentes a las variables de la escala									Tabla 1
Comparación	Functional status - WOMAC for three group									Part II - 3
Desenlace	Functional status									
Post-intervención o cambios en la línea de base	Cambios en la linea de base, post intervencion (12 meses) y posterior al seguimiento (18 meses)									
Resultados Total WOMAC score	Walking			Walking & Behavioural			Self-directed			
	Media	DE	Nº participantes	Media	DE	Nº participantes	Media	DE	Nº participantes	
Baseline	29,7	14,09	79	28,27	16,42	68	28,95	15,28	70	Tabla 3
12 meses	21,05	13,62	43	23,6	13,61	41	22,32	17,77	40	
18 meses	20,3	13,97	43	25,58	16,6	42	20,9	16,74	35	
Nº perdidas y razón	45,6% (12 m y 18 m)			39,7% (12 m) y 38,2% (18 m)			42,9% (12 m) y 50% (18 m)			Calculado con los datos disponibles
	Unable to contact after admission, No motivation, No MD clearance after 2nd VO2max test, Time commitment, No OA when based on X-Rays or MRI, Health problems, Transportation, Personal/family reasons, Knee surgery, Injury, Did not like structure of program, No specific reason, Moved away.									Additional file 3
Nº participantes movidos a otro grupo y razón	No espezifca			No espezifca			No espezifca			
Algún otro resultado reportado	No statistical significance was demonstrated for total WOMAC scores at 12-months. The only statistically significant difference in total functional scores found between the 3 groups was at 18-months which favoured theWgroup when compared to theWB group (p=0,019)									Part II - 4
Unidad de análisis	Individuo									
Método estadístico usado	A repeated measure mixed model									Part II - 5
Requirió re-análisis	No									
Nota:	Se observan mas resultados en el articulo referentes a las variables de la escala									Tabla 3

[illegible]

Uso de algún marco para la implementacion de las intervenciones		pg & fig/tabla
The conceptual framework entitled “the Knowledge-To-Action Cycle” which provides an approach which combines commonalities from various planned-action theories. This framework was used to guide the development of the three KT strategies used in this RCT		
Otra información		pg & fig/tabla
Principales conclusiones de los autores del estudio	The additional behavioural approach of the multifaceted KT intervention (WB group) improved adherence to the SCAWP when compared to the other two groups over a short-term period. The WB group demonstrated to be the best KT strategy for reducing dropouts compared to the W group and self-directed (C) group. All three KT strategies were equivalent over the long-term period (up to 18 months) for improving behavioural change. However, the self-directed walking program (C group) was the least expensive to implement over a long-period (18 months). This RCT was a long-term adherence study as well as a KT study which addressed questions of clinical and scientific importance aimed at improving the understanding of effective KT strategies to promote the adop- tion and maintenance of a community-based walking program for OA. More studies are needed to improve the long-term walking adherence or knowledge uptake on SCAWP among participants with OA. Particular attention should focus on patients' characteristics and preferences The three walking groups demonstrated globally equivalent results for the implementation of KT strategies to improve QOL and clinical outcomes over a long-term period (12 and 18-months) Results of this study revealed that a community-based location or home- based walking program may be an effective strategy to manage OA of the knee.	Part I - 11
Fuentes de financiamiento	Canadian institutes of Health Research	Part I - 3
Nota:		
Descripción general		pg & fig/tabla
Título del estudio	A patient decision aid to support shared decision-making on anti-thrombotic treatment of patients with atrial fibrillation: randomised controlled trial	216
Autores	Thomson RG, Eccles MP, Steen IN, Greenaway J, Stobbart L, Murtagh MJ, et al.	
Año	2007	
ID o DOI	10.1136/qshc.2006.018481	
Objetivo	To determine the efficacy of a computerised decision aid compared to the standard use of clinical guidelines derived from the same decision analysis in patients with atrial fibrillation making decisions on whether to take warfarin or aspirin therapy.	
Protocolo y registro	The trial is registered with an International Standard Randomised Controlled Trial Number of ISRCTN24808514.	222
Población y entorno del estudio		pg & fig/tabla
Descripción de la población	patients who were already taking warfarin and whose care would be regularly reviewed (prevalent cases) and patients considering taking warfarin for the first time (incident cases). Prevalent cases of non-valvular atrial fibrillation were identified by screening for digoxin and warfarin from computerised prescribing data and by computerised diagnostic registers where available. Incident cases were identified opportunistically	217
Entorno (incluye localización y contexto social)	Participants were recruited from 40 general practices through- out Newcastle and North Tyneside, Gateshead, and South Tyneside Primary Care Trusts and Northumberland Care Trust	217
Total de la población al inicio del estudio	145	218 Figura 2
N° de clusters (si aplica - N° y tipo de personas por cluster)	No aplica	
Edad o grupos etarios	Mean(SD) Group guidelines= 73,7 years (6,2) Gruop Decision aid= 73,1 years (6,7)	218 Tabla 2
Sexo	n (%) Female Group guidelines= 25/56 (44,6%) Gruop Decision aid= 23/53 (43,4%)	218 Tabla 2
Raza/etnia	No especifica	
Severidad de la enfermedad/ co-morbilidades	Annual % risk of stroke. Mean(SD) Group guidelines= 2,13 (1,02) Gruop Decision aid= 2,19 (1,39)	218 Tabla 2
Mediciones por subgrupo	No	
Obtención de consentimiento informado	Signed consent was obtained before randomisation and was confirmed at the research clinic	217
Métodos		pg & fig/tabla
Diseño	Exploratory trial (Two-arm trial. Randomised controlled) Comentario= al mirar la metodologia de la intervencion es un estudio antes y despues, debido a que se realizan las mediciones despues de la intervencion, se menciona un seguimiento pero este solo fue el envio de un cuestionario. La intervencion solamente fue realizada en un momento del tiempo no hubo un seguimiento de aplicacion de la intervencion	216
Unidad de análisis (individuo, cluster/grupos)	Individuo	

Fecha Inicio/Final	November 2001 and June 2004		217
Duración total del estudio	Three years (no se reporta en el estudio, se calcula con los años reportados)		
Criterios de inclusión	they were aged 60 years or over and had either chronic non-valvular atrial fibrillation (confirmed by electrocardiogram) or paroxysmal atrial fibrillation		217
Criterios de Exclusión	* Acute onset of atrial fibrillation requiring cardioversion * Previous stroke or transient ischaemic attack * Absolute contraindications to warfarin * Taking warfarin for another indication * Dementia or cognitive impairment sufficient to hinder shared decision-making * Non-English speaking * Where the risk of cerebral bleed on warfarin was likely to exceed or approximate to the reduction in risk of thromboembolic stroke		217
Método de reclutamiento	Eligible participants were sent a letter of invitation co-signed by their own general practitioner (GP), along with an information leaflet on atrial fibrillation, treatment with aspirin and warfarin, and a consent form. Participants were recruited from 40 general practices		217
Calculo de tamaño de muestra	Assuming that groups would be compared using t tests and analysis of variance (ANOVA) it was calculated that 53 participants in each group (total 106) would give 80% power to detect a difference between groups of a mean score of 0.33 units on the DCS (standard deviation 0.6) assuming a significance level of 5%		219
Aprobación de comité de ética	The study was approved by the relevant local research ethics committees (Gateshead, South Tyneside, Northumberland and Newcastle/North Tyneside).		222
Evaluación de riesgo de sesgo (tendrá modificaciones en estudios de antes y después)			pg & fig/tabla
Dominio	Tipo de riesgo (Bajo - Alto - “Poco Claro”)	Soportes	
Generación de la secuencia aleatoria	Bajo	Cita="Participants were randomised to either... using electronically-generated random permuted blocks via a web-based randomisation service provided by the Centre for Health Services Research."	217
Ocultamiento de la secuencia	Poco claro	Comentario= no hay suficiente informacion para permitir la evaluacion.	
Cegamiento de los participantes y personal	Alto	Cita="All participants were seen in one of two research clinics each conducted by a single doctor, trained in delivering either the decision aid or guidelines but blinded to the alternative method." Comentario= el cegamiento se realizo incompleto ya que solo se hizo al personal y no a los participantes, y no hacen mencion dentro del articulo la causa de esto y las posibles limitaciones.	217
Cegamiento de los evaluadores de los resultados	Poco claro	Comentario= no hay suficiente informacion para permitir la evaluacion, el estudio no lo abordo	
Datos de resultados incompletos	Alto	Cita="Did not receive intervention" Comentario=En la figura 2 realizan la mencion de participantes que no recibieron la intervencion y sus causas, estos datos para el grupo de intervencion corresponden al 23 % y el grupo control 16%. No se realiza explicacion del manejo de los datos incompletos, solamente se puede observar que realizaron el analisis con los participantes que recibieron la intervencion.	218
Notificación selectiva de los resultados	Alto	Comentario= no especifican claramente la existencia de un protocolo y en el registro del estudio no se encuentra bien esepficicado. Ademas describen resultados como adherencia a la decision inicial pero no se reporta y tampoco describen si esta en otro estudio publicado.	219
Otros posibles riesgos			
Grupos (intervencion)			pg & fig/tabla
Nombre grupo	Computerised decision aid		217
Nº de personas	69		218 Figura 2
Descripción	Participants were taken through a presentation of the individualised benefits and potential harms of warfarin treatment and were invited to weigh up the advantages and disadvantages of treatment before coming to a shared decision with the clinic doctor. The individualised benefits/harms component included personalised risk assessment using the Framingham equation for stroke risk, and the benefits of warfarin based on data of effectiveness from trials and the risks of bleeding based on a systematic review of literature. The presentation used both graphical and numerical forms of presentation followed by a shared decision-making component		219
Duración de seguimiento	3 months para la aplicación de un cuestionario		219
Variables económicas (costo de la intervención...)	No		
Grupos			pg & fig/tabla
Nombre grupo	Evidence-based paper guidelines		217
Nº de personas	67		218 Figura 2
Descripción	The clinic treatment recommendation was provided by applying decision analysis derived guidelines according to the participants' risk factor profile and the recommendation made directly to the participant by the clinic doctor		219
Duración de seguimiento	3 months para la aplicación de un cuestionario		219

Variables económicas (costo de la intervención...)	No		
Desenlaces			pg & fig/tabla
Nombre del desenlace	Decision conflict		219
Definición	Primario: Decisional conflict is a state of uncertainty about a course of action. Such uncertainty is more likely when a person is confronted with decisions involving risk or uncertainty of outcomes, when high- stakes choices with significant potential gains and losses are entertained, when there is a need to make value tradeoffs in selecting a course of action, or when anticipated regret over the positive aspects of rejected options is probable.		
Unidad de medición es relevante	Si		
Como se aplicó la medición (entrevista, email, teléfono...)	Measured immediately before and after the clinic visit. Questionario		219
Perdidas (%)	Se observa en la figura 1 que de los participantes aleatorizados que no recibieron la intervencion, para el grupo de intervencion 22% y grupo control fue del 16%		218
Imputación de datos perdidos	Analizaron los datos de cuestionarios completos		218 Figura 2
El desenlace/ herramienta es validada	No hacen mencion en el texto del documento pero se observa en la bibliogracia una referencia de validacion de la herramienta “O'Connor AM. Validation of a decisional conflict scale. Med Decis Making 1995;15:25–30”		222
Nombre del desenlace	Anxiety		219
Definición	State Trait Anxiety Inventory (no son claros)		219
Unidad de medición es relevante	Si		
Como se aplicó la medición (entrevista, email, teléfono...)	Measured immediately before and after the clinic visit. Questionario		219
Perdidas (%)	Se observa en la figura 2 que de los participantes aleatorizados que no recibieron la intervencion, para el grupo de intervencion 22% y grupo control fue del 16%		218
Imputación de datos perdidos	Analizaron los datos de cuestionarios completos		218 Figura 2
El desenlace/ herramienta es validada	No lo especifica		
Nombre del desenlace	Knowledge		219
Definición	Secundario no especifica la descripcion		219
Unidad de medición es relevante			
Como se aplicó la medición (entrevista, email, teléfono...)	Measured immediately before and after the clinic visit and 3 months after. Questionario		219
Perdidas (%)	Se observa en la figura 2 que de los participantes aleatorizados que no recibieron la intervencion, para el grupo de intervencion 22% y grupo control fue del 16%		218
Imputación de datos perdidos	Analizaron los datos de cuestionarios completos		218 Figura 2
El desenlace/ herramienta es validada	No lo especifica		
Resultados (copiar para cada desenlace, medida en el tiempo o subgrupo / tendrá modificaciones en estudios de antes y después)			pg & fig/tabla
Continuos			
Comparación	Decision conflict between groups		220
Desenlace	Decsion conflict		
Post-intervención o cambios en la línea de base	Pre y post intervencion y tres meses		219
Resultados	Diference Media	IC95%	219
Pre-clinic	0,02	-0,22 to 0,26	
Post-clinic	-0,18	-0,34 to -0,01	
3 Months	-0,15	-0,37 to 0,06	
Nº perdidas y razón	Se observa en la figura 2 que de los participantes aleatorizados que no recibieron la intervencion, para el grupo de intervencion 22% y grupo control fue del 16%		

Nº participantes movidos a otro grupo y razón	Group intervention= Did not receive intervention (n = 16) (4 no longer in AF; 1 recent surgery; 2 too ill to attend; 4 withdrew consent; 2 stroke/TIA, not previously notified; 1 died prior to appointment; 1 deaf, unable to use tool; 1 MI since randomisation Group control=Did not receive intervention (n = 11) (3 withdrew consent; 2 no longer in AF; 1 died; 2 excess alcohol intake, not previously notified; 1 too ill to attend; 1 stroke, not previously notified; 1 recent DVT requiring warfarinisation)	218
Algún otro resultado reportado	Decision conflict fell in both groups post-clinic compared to pre-clinic, the difference between groups post-clinic was significant at the 5% level (t=2.12, df=107, p=0.036) Although participants in the decision aid group were less likely to start warfarin than those in the guidelines arm (39/53, 73.6% compared to guidelines 50/56, 81.7%, RR 0.82, 95% CI 0.68 to 0.99) this difference is almost completely due to participants not already on warfarin; here the difference was 4/ 16, 25% compared to guidelines 15/16, 93.8%, RR 0.27, 95% CI 0.11 to 0.63. Difference between groups, participants in the decision aid group were less likely to make a definite decision to start or continue warfarin than participants in the guidelines arm (OR=0.33, 95% CI 0.12 to 0.95). Adjusting for pre-clinic treatment the difference between groups remained significant (OR=0.29 95% CI 0.09 to 0.90). Participants not already on warfarin who were in the decision aid group were much less likely to start warfarin than participants not already on warfarin in the guidelines arm (OR=0.01 95% CI 0.001 to 0.16)	220
Unidad de análisis	Individuo	
Método estadístico usado	the total decision conflict score— where the difference in mean score between groups at the end of the clinic was pre-specified as the primary comparison of interest. Differences in the final decision made at the consultation were investigated using logistic regression analysis	219
Requirió re-análisis	No	
Nota:		
Comparación	Anxiety between groups	220
Desenlace	State Trait Anxiety Inventory	
Post-intervención o cambios en la línea de base	Pre y post intervencion	219
Resultados	There was a significant fall in anxiety immediately after the clinic (mean change pre-clinic to post-clinic of -4.57 (95% CI -6.30 to -2.84)) but no evidence that this reduction varied between the two groups (F1,95=0.001; p=0.98)	219
Nº perdidas y razón	Se observa en la figura 2 que de los participantes aleatorizados que no recibieron la intervencion, para el grupo de intervencion 22% y grupo control fue del 16%	
Nº participantes movidos a otro grupo y razón	Group intervention= Did not receive intervention (n = 16) (4 no longer in AF; 1 recent surgery; 2 too ill to attend; 4 withdrew consent; 2 stroke/TIA, not previously notified; 1 died prior to appointment; 1 deaf, unable to use tool; 1 MI since randomisation Group control=Did not receive intervention (n = 11) (3 withdrew consent; 2 no longer in AF; 1 died; 2 excess alcohol intake, not previously notified; 1 too ill to attend; 1 stroke, not previously notified; 1 recent DVT requiring warfarinisation)	218
Unidad de análisis	Individuo	
Método estadístico usado	Repeated measures analysis of variance	219
Requirió re-análisis	No	
Nota:		
Comparación	Knowledge	220
Desenlace	Knowledge	
Post-intervención o cambios en la línea de base	Pre y post intervencion y tres meses	219
Resultados	Although the overall knowledge scores improved slightly post-clinic, by three months they were back to pre-clinic levels; there was no difference between decision aid and guidelines groups at any point. Within the repeated measures analysis of variance framework an additional interaction between pre-clinic treatment and type of knowledge was included and this was significant at the 0.1% level (F1,106=33.8; p,0.001) indicating that participants currently taking warfarin had a higher mean warfarin knowledge score than participants on aspirin (difference=1.79 with 95% CI 1.00 to 2.59).	219
Nº perdidas y razón	Se observa en la figura 2 que de los participantes aleatorizados que no recibieron la intervencion, para el grupo de intervencion 22% y grupo control fue del 16%	
Nº participantes movidos a otro grupo y razón	Group intervention= Did not receive intervention (n = 16) (4 no longer in AF; 1 recent surgery; 2 too ill to attend; 4 withdrew consent; 2 stroke/TIA, not previously notified; 1 died prior to appointment; 1 deaf, unable to use tool; 1 MI since randomisation Group control=Did not receive intervention (n = 11) (3 withdrew consent; 2 no longer in AF; 1 died; 2 excess alcohol intake, not previously notified; 1 too ill to attend; 1 stroke, not previously notified; 1 recent DVT requiring warfarinisation)	218
Unidad de análisis	Individuo	
Método estadístico usado	Repeated measures analysis of variance	219
Requirió re-análisis	No	
Nota:		
Aplicabilidad – Equidad		pg & fig/tabla
Considera poblaciones en desventaja y posibles diferencias en el efecto de la intervención	No	

La intervención está enfocada en grupos en desventaja	No	
Nota:		
Uso de algún marco para la implementacion de las intervenciones		pg & fig/tabla
No		
Otra información		pg & fig/tabla
Principales conclusiones de los autores del estudio	The key finding was a significantly lower decision conflict in the decision aid group than in the paper-based guidelines group immediately after the research clinic and this finding was present across all patients regardless of their initial treatment. Furthermore, participants in the computerised decision aid group were significantly much less likely to start warfarin than those in the guidelines arm. The results show that such an approach has a positive impact on decision conflict comparable to other studies of decision aids, but also reduces the uptake of a clinically effective treatment that may have important implications for health outcomes.	221
Fuentes de financiamiento	Wellcome Trust Health Services Research Project Grants. All authors are independent of the funding bodies.	223
Nota:		
Descripción general		pg & fig/tabla
Título del estudio	People getting a grip on arthritis: A knowledge transfer strategy to empower patients with rheumatoid arthritis and osteoarthritis	255
Autores	Brosseau L, Lineker S, Bell M, Wells G, Casimiro L, Egan M, et al	
Año	2012	
ID o DOI	10.1177/0017896910387317	
Objetivo	The purpose of this study was twofold. First, to help people with arthritis become aware of and utilize Rheumatoid Arthritis (RA) and Osteoarthritis (OA) Clinical Practice Guidelines (CPGs) as they relate to self-management strategies. Second, to evaluate the impact of specific Knowledge Translation (KT) activities on CPG uptake. More specifically, investigators were interested in: (1) participant acquisition of knowledge, skills, and self-efficacy regarding the uptake of CPGs; (2) participant intention and actual use of CPGs; (3) whether participants trained to become educators shared new CPG knowledge with other people who have RA or OA; and (4) the effect of press media in promoting CPGs to the general public	
Protocolo y registro	No especifica	
Población y entorno del estudio		pg & fig/tabla
Descripción de la población	People who have Rheumatoid Arthritis (RA) and Osteoarthritis (OA) In total, 27 (55%) participants had OA, 14 (29%) participants had RA, and 7 (14%) participants had a dual diagnosis of OA and RA. One participant was not sure of his/her condition	259
Entorno (incluye localización y contexto social)	No son muy específicos, solo mencionan las organizaciones en donde obtuvieron los participantes: “Seven organizations (Patient Partners in Arthritis; Canadian Arthritis Patient Alliance [CAPA]; Arthrite Montreal Arthritis; Canadian Alliance of Community Health Centre Associations [CACHCA]; The Arthritis Society, Ontario, New Brunswick and Nova Scotia divisions)”	257
Total de la población al inicio del estudio	Total 49 23 influential participants (women: 96%) with RA or OA to WS1. Six participants from WS1 were trained by the researchers of this study to deliver the workshop content to 27 participants (women: 78%; the second cohort) with RA and OA in WS2	257
Nº de clusters (si aplica - Nº y tipo de personas por cluster)	No aplica	
Edad o grupos etarios	Mean age in years was 59,77 with SD of 13,32	259
Sexo	Female: 39 (80%) Male: 10 (20%)	259
Raza/etnia	No lo especifica	
Severidad de la enfermedad/co-morbilidades	No lo especifica, solo mencionan duración del diagnóstico: Within past 2 years: 1 (2%) More than 2 years ago: 47 (96%) Not known: 1 (2%)	259
Mediciones por subgrupo	No	
Obtención de consentimiento informado	No lo especifica	
Métodos		pg & fig/tabla
Diseño	No es claro que tipo de diseño, pero al observar la metodología es un estudio de antes y después y una medición también de tres meses después de la intervención.	258
Unidad de análisis (individuo, cluster/grupos)	Individuo	257
Fecha Inicio/Final	Last week of October 2006	257

Duración total del estudio	No es claro, pero se pensaría que es de tres meses		
Criterios de inclusión	Diagnosis of RA or OA		257
Criterios de Exclusión	No se menciona ya que escogieron a los participantes del estudio : Seven organizations (Patient Partners in Arthritis; Canadian Arthritis Patient Alliance [CAPA]; Arthrite Montreal Arthritis; Canadian Alliance of Community Health Centre Associations [CACHCA]; The Arthritis Society, Ontario, New Brunswick and Nova Scotia divisions)		257
Método de reclutamiento	No se mencionan. Comentario: solo referencian a las siete organizaciones en donde obtuvieron a los pacientes.		
Calculo de tamaño de muestra	No lo mencionan		
Aprobación de comité de ética	No lo mencionan		
Evaluación de riesgo de sesgo (tendrá modificaciones en estudios de antes y después)			pg & fig/tabla
Dominio	Tipo de riesgo (Bajo - Alto - “Poco Claro”)	Soportes	
Generación de la secuencia aleatoria	Alto	Comentario: No se realiza una selección aleatoria de los pacientes, la selección se realizó según criterios de las siete organizaciones de donde se reclutaron los participantes.	
Ocultamiento de la secuencia	Alto	Comentario: No se realizó ocultamiento de las intervenciones	
Cegamiento de los participantes y personal	Alto	Comentario: No hay cegamiento y es probable que el resultado y su medición estén influenciados por esto	
Cegamiento de los evaluadores de los resultados	Poco Claro	Comentario: No hay suficiente información para permitir esta evaluación	
Datos de resultados incompletos	Bajo	Comentario: No hay datos de resultados faltantes de los 49 participantes incluidos	
Notificación selectiva de los resultados	Poco Claro	Comentario: No hubo información suficiente para realizar la evaluación de este riesgo de sesgo.	
Otros posibles riesgos			
Grupos (Workshop 1)			pg & fig/tabla
Nombre grupo	WS1		
Nº de personas	23		257
Descripción	The first workshop (WS1) facilitated by multidisciplinary healthcare practitioners who presented the CPGs to patient educators with arthritis identified by Canadian arthritis associations		257
Duración de seguimiento	Se realizó medición ante y después de la intervención y otra a los tres meses		258
Variables económicas (costo de la intervención...)	No fue evaluada		
Grupos (Workshop 2)			pg & fig/tabla
Nombre grupo	WS2		
Nº de personas	27		257
Descripción	The second workshop (WS2) facilitated by selected patient educators who attended WS1 and delivered the material with more pedagogical training to people with arthritis from the community		257
Duración de seguimiento	Se realizó medición ante y después de la intervención y otra a los tres meses		258
Variables económicas (costo de la intervención...)	No fue evaluada		
Grupos (Online)			pg & fig/tabla
Nombre grupo	Press media		257
Nº de personas	197		260
Descripción	Patients recruited through press media were asked to complete a web-based questionnaire before and after viewing the online module. The pre-website questionnaire pertained to patient characteristics and contained a section on demographics and diagnosis in an attempt to avoid diagnostic misclassification. The post-website questionnaire inquired about the intention to use CPGs. Researchers conducted three telephone interviews with journalists from press media (i.e. one magazine and two web-based media outlets; Plan A). The website (www.arthritis.ca/peoplegettingagrip)23 was advertised in a national newspaper (Plan B)		258
Duración de seguimiento	Before and after viewing the online module		258
Variables económicas (costo de la intervención...)	No fue evaluada		

Desenlaces (copiar para cada desenlace)						pg & fig/tabla		
Nombre del desenlace	Primario 1					258		
Definición	Acquisition of new knowledge					258		
Unidad de medición es relevante	Es relevante ya que es la medida principal del estudio, pero hay que tener en cuenta que presenta una desventaja ya que no son claros con la validación de la herramienta de medición.							
Como se aplicó la medición (entrevista, email, teléfono...)	Using a web-based coded questionnaire pre- and post-workshop					258		
Perdidas (%)	En el grupo de WS2 se observa la falta de dato de un participante pero no se hace referencia del por qué no se incluyo							
Imputación de datos perdidos	No							
El desenlace/ herramienta es validada	No se describe si la herramienta fue validada ni el diseño del cuestionario utilizado							
Nombre del desenlace	Intention to use and actual use of self-management strategies for workshop participants					261		
Definición	The agreement between the intention to use CPGs post-workshop (measured immediately post-workshop) and actual use of CPGs (measured three months post-workshop) were also evaluated with an online questionnaire					258		
Unidad de medición es relevante	Es relevante ya que es la medida principal del estudio, pero hay que tener en cuenta que presenta una desventaja ya que no son claros con la validación de la herramienta de medición.							
Como se aplicó la medición (entrevista, email, teléfono...)	Using a web-based coded questionnaire pre- and post-workshop					258		
Perdidas (%)	No presentaron							
Imputación de datos perdidos	No							
El desenlace/ herramienta es validada	No se describe si la herramienta fue validada ni el diseño del cuestionario utilizado							
Nombre del desenlace	Participant KT influential activities					258		
Definición	No es claro							
Unidad de medición es relevante	La medición es relevante porque es sobre KT de las estrategias de las guías de práctica clínica pero no es claro dentro del estudio la definición de la medición y la herramienta. Se observa que está relacionado la transmisión de la información recibida en los workshop a las personas del alrededor.							
Como se aplicó la medición (entrevista, email, teléfono...)	No es claro, pero se pensaría que es por: web-based coded questionnaire pre- and post-workshop					258		
Perdidas (%)	No presentaron							
Imputación de datos perdidos	No							
El desenlace/ herramienta es validada	No se describe si la herramienta fue validada ni el diseño del cuestionario utilizado							
Resultados (copiar para cada desenlace, medida en el tiempo o subgrupo / tendrá modificaciones en estudios de antes y después)						pg & fig/tabla		
Otros								
Comparación	The effect of topic depth (introductory, in-depth, and combined total) and time (baseline and post-workshop) on the questionnaire scores of WS1 and WS2 participants					258		
Desenlace	Acquisition of new knowledge							
Post-intervención o cambios en la línea de base	Post-intervención y cambios de la línea de base					260		
Resultados (Immediately post workshop)	WS1			WS2			260	
	Media score	DE	Nº participantes	Media score	DE	Nº participantes		
	In-depth topics	5,7	1,11	23	5,5	1,17		26
	Introductory topics	6,6	2,68		6,91	1,53		
Combined Topics	12,25	3,55	12,57		2			
Nº perdidas y razón	No se evidencia			Con relación a lo especificado en métodos eran 27, no reportan la razón de la falta de uno de ellos entes análisis				
Nº participantes movidos a otro grupo y razón	No se evidencia			No se evidencia				

[illegible]

Aplicabilidad – Equidad		pg & fig/tabla
Considera poblaciones en desventaja y posibles diferencias en el efecto de la intervención	No	
La intervención está enfocada en grupos en desventaja	No	
Nota:	No se observa la aplicabilidad de la parte de Equidad en este estudio	
Uso de algún marco para la implementacion de las intervenciones		pg & fig/tabla
No		
Otra información		pg & fig/tabla
Principales conclusiones de los autores del estudio	An intensive evidence-based educational programme focused on training CPG educators appears to be an effective method of KT for patients with RA and OA. Similar KT activities would be employed again but with greater attention to use of media strategies. The KT activities effectively presented the Ottawa Panel CPGs in a manner that could be implemented easily by patients. The majority of participants had applied their chosen self-management strategy when asked three months post-workshop, except for TENS and Tai Chi. We suggest that availability, accessibility, and costs associated to such programmes rather than motivation of patients may be the cause. It is also not known why participants with OA had neglected their intention to participate in a walking programme. While Since the KT activities utilized in this study, with the exception of press media, were implemented simultaneously, it is not possible to determine the influence of each strategy (e.g. feedback, 'hands-on' activities)	264-5
Fuentes de financiamiento	This study was supported financially by The Canadian Institutes for Health Research (grant #KRS-79768) The Arthritis Society (Canada) for In-Kind; Pace Canada for educational material and instructor; Career Scientist Salary Support Programme for LB, University of Ottawa: University Research Chair Program for LB and the Ministry of Human Resources, Summer Students Programme (Canada)	266
Nota:		
Descripción general		pg & fig/tabla
Título del estudio	The Impact of Social Media on Dissemination and Implementation of Clinical Practice Guidelines:A Longitudinal Observational Study	1
Autores	Narayanaswami P, Gronseth G, Dubinsky R, Penfold-Murray R, Cox J, Bever C, et al.	
Año	2015	
ID o DOI	10.2196/jmir.4414	
Objetivo	1) Develop an innovative dissemination strategy by adding novel, social media–based methods to traditional dissemination methods for the CPG “CAM in MS” (“Complementary and alternative medicine in multiple sclerosis”) 2) Evaluate whether the addition of social media–based methods improves CPG awareness and knowledge of CPG recommendations in the two target audiences of patients and physicians/clinicians (referred to herein as “physicians”) 3) Evaluate whether the addition of social media–based methods improves the implementation of CPG recommendations	
Protocolo y registro	No especifica	
Población y entorno del estudio		pg & fig/tabla
Descripción de la población	The study participants were drawn from two populations: physicians who treated patients with multiple sclerosis (MS), and patients with MS / caregivers of patients with MS	4
Entorno (incluye localización y contexto social)	Patient participants were identified from the database of subscribers to Neurology Now, an official bimonthly publication of the AAN for patients. Of 23,568 subscribers who self-identified as interested in MS, 10,818 subscribers with email addresses were used as the final dataset	4
Total de la población al inicio del estudio	200 patients	4
Nº de clusters (si aplica - Nº y tipo de personas por cluster)	No aplica	
Edad o grupos etarios	Mean(SD)=54,8 years (11,7)	6 Tabla 1
Sexo	80,2 % female	6 Tabla 1
Raza/etnia	White= 86,8%	6 Tabla 1
Severidad de la enfermedad/co-morbilidades	MS duration >10 years=56,3% Walking without assistance=56,1% No difficulty with hand use=43,9% Normal Vision=49,2%	6 Tabla 1
Mediciones por subgrupo	Secondary analysis stratified respondents within each survey into CPG-aware and CPG-unaware groups. We compared intent, knowledge, and behavior of respondents in CPG-aware and CPG-unaware groups (within survey differences)	
Obtención de consentimiento informado	Solamente detallan aprobacion por comite de etica	2

Métodos		pg & fig/tabla	
Diseño	No es muy claro el diseño del estudio, especifican que es un “longitudinal observational study, using quantitative survey methods”, pero realizan intervención y varias medidas en el tiempo antes y despues de las intervenciones, las cuales una de esas medidas es tomada para realizar comparacion con las siguientes. Se podria especificar como un estudio de antes y despues.	2	
Unidad de análisis (individuo, cluster/grupos)	Individuos		
Fecha Inicio/Final	Inicio: febrero 2014 y final: Julio 2014	3	
Duración total del estudio	6 meses		
Criterios de inclusión	patients with MS / caregivers of patients with MS Patient participants were identified from the database of subscribers to Neurology Now, an official bimonthly publication of the AAN for patients	4	
Criterios de Exclusión	For each subsequent survey, patients surveyed in the previous survey(s) were excluded	5	
Método de reclutamiento	Of 23,568 subscribers who self-identified as interested in MS, 10,818 subscribers with email addresses were used as the final dataset. From this dataset, 200 patients were randomly selected for the pre-dissemination survey.	5	
Calculo de tamaño de muestra	Assuming a 20% responder rate per survey and a 10% change in intent as clinically important, we surveyed 200 patients in each of four surveys to obtain 19 responses, for an 80% chance (β) of detecting this difference at a significance level alpha=.05	5	
Aprobación de comité de ética	The study was determined to be exempt from the need for ethical review and approval by the Committee on Clinical Investigations, Beth Israel Deaconess Medical Center, Boston	2	
Evaluación de riesgo de sesgo (tendrá modificaciones en estudios de antes y después)		pg & fig/tabla	
Dominio	Tipo de riesgo (Bajo - Alto - “Poco Claro”)	Soportes	
Generación de la secuencia aleatoria	Alto	Comentario: Debido a la características de estudio, es un estudio de alto riesgo y no se realizan estas cuatro criterios de evaluaciones. Las encuestas realizadas pero los pacientes en cada tiempo son diferentes, tiene característica de estudio transversal pero realizan una intervencion de disiminacion. Dentro del estudio mencionan que los pacientes fueron asignados al azar de la base de datos que tenian, pero esto es muy diferente a una generacion de la secuencia aleatoria	
Ocultamiento de la secuencia	Alto		
Cegamiento de los participantes y personal	Alto		
Cegamiento de los evaluadores de los resultados	Alto		
Datos de resultados incompletos	Alto	Comentario: Se detalla una alta perdida de datos incompletos debido a que los cuestionarios fueron incompletos en muchos casos. Y solo realizan el analisis con los datos obtenidos.	6
Notificación selectiva de los resultados	No claro	No hay suficiente informacion para realizar esta evaluacion, debido a que no se conoce el protocolo, no esepifician los cambios.	
Otros posibles riesgos			
Grupos		pg & fig/tabla	
Nombre grupo	Tradicional (Intervencion)		2
Nº de personas	200		2
Descripción	Dissemination using print-, email-, and Internet-based methods. This included publication of the CPG in Neurology, the official journal of the AAN; issuance of a news release (electronic release and public relations pitch to approximately 700 science and medical reporters); development of clinician and patient summaries, a clinical case example, and presentation slide set of CPG content; news articles in AANnews, Neurology Today, and Neurology Now (official publications of the AAN); and electronic notices to 26,965 AAN members, consisting of all-member emails, an AAN e-News announcement, and an announcement in the AAN quarterly Leadership Update and highlights of the CPG on AAN.com		2
Duración de seguimiento	No se observa seguimiento de los pacientes, debido a que fueron medidos en cada serie, con los pacientes diferentes. “patients surveyed in the previous survey(s) were excluded, and 200 patients were randomly selected from the remaining population”		5
Variables económicas (costo de la intervención...)	No		
Nombre grupo	Novel (Co-intervencion)		2
Nº de personas o clúster	200		2
Descripción	Dissemination through social media platforms. These included an audio podcast on Neurology; videos for patients and physicians posted on YouTube, with links to the CPG on AAN.com; and Facebook, Twitter, LinkedIn, and YouTube digital advertising (where feasible, targeted audiences endorsing an interest in CAM use in MS and related terms were selected; Multimedia Appendix 1). For digital advertisements, the research team treated two of the more popular channels as primary (Facebook and Twitter) and two as secondary (LinkedIn and YouTube) for the purpose of allocating funding over the 90-day dissemination period.		3
Duración de seguimiento	No se observa seguimiento de los pacientes, debido a que fueron medidos en series de tiempos en cada serie los pacientes fueron diferentes. “patients surveyed in the previous survey(s) were excluded, and 200 patients were randomly selected from the remaining population”		5
Variables económicas (costo de la intervención...)	No		

Nota de diseño:	pre-dissemination survey 1 month before dissemination of the CPG (Feb 2014). The CPG was then published in Neurology in March 2014 and simultaneously disseminated using traditional methods. Three months after traditional dissemination (June 2014), the guideline was disseminated using novel methods. We conducted the second and third surveys, post-dissemination survey-1 and post- dissemination survey-2, 1 month after traditional (April 2014) and novel (July 2014) dissemination, respectively. Finally, 6 months after traditional dissemination (Sept 2014), we conducted post-dissemination survey-3.	3
Desenlaces		pg & fig/tabla
Nombre del desenlace	Knowledge CAM in MS	
Definición	Knowledge of CAM was assessed by six survey questions regarding the effectiveness of magnetic therapy, oral cannabis extract, smoked cannabis, ginkgo biloba, hyperbaric oxygen, and bee venom therapy, all of which were discussed in the CPG. A 5-point ordinal scale was used for responses. For analysis of change in knowledge, we used the response to the question: “Taking ginkgo biloba orally is effective for improving memory in people with MS”	5
Como se aplicó la medición (entrevista, email, teléfono...)	Entrevista	
Perdidas (%)	The total response rate across all four surveys for patients was 43.5% (348/800), over twice our predicted rate, and was stable across all four surveys (patients 42-45%)	6
Imputación de datos perdidos	Realizaron el analisis con los datos que obtuvieron	
El desenlace/ herramienta es validada	No especifica validez de la herramienta	
Nombre del desenlace	Intent	5
Definición	Change in intent was defined as patients' intent to discuss CAM use with their physicians and physicians' intent to discuss CAM use with their patients	5
Como se aplicó la medición (entrevista, email, teléfono...)	Entrevista	
Perdidas (%)	The total response rate across all four surveys for patients was 43.5% (348/800), over twice our predicted rate, and was stable across all four surveys (patients 42-45%)	
Imputación de datos perdidos	Realizaron el analisis con los datos que obtuvieron	6
El desenlace/ herramienta es validada	No especifica validez de la herramienta	
Nombre del desenlace	Behavior	5
Definición	Change in behavior was defined as patients' discussing CAM with their physicians and physicians' recommending that their patients start or stop any CAM therapy	5
Como se aplicó la medición (entrevista, email, teléfono...)	Entrevista	
Perdidas (%)	The total response rate across all four surveys for patients was 43.5% (348/800), over twice our predicted rate, and was stable across all four surveys (patients 42-45%)	6
Imputación de datos perdidos	Realizaron el analisis con los datos que obtuvieron	
El desenlace/ herramienta es validada	No especifica validez de la herramienta	
Resultados		pg & fig/tabla
Comparación	Change the proportion of reporting an intent to discuss CAM after Novel dissemination as compared with that after traditional dissemination	7
Desenlace	Intent	
Resultados	Post-dissemination (after traditional) vs Post-dissemination (after Novel)= -8%(95%IC -22 to 8)	7
Nº perdidas y razón	57,5% incomplete responses	6
Nº participantes movidos a otro grupo y razón	No	
Algún otro resultado reportado	CPG-aware patients in post-dissemination surveys were also not significantly more likely to report an intent to discuss CAM with their physicians (intent change, patients, AD aware vs unaware, all surveys: 9%, 95% CI -14 to 28). However, due to the small number of aware patients, the precision of the estimated difference is low	7
Unidad de análisis	Individuos	
Método estadístico usado	As the measure of effect, we used the absolute difference (AD) between surveys in the proportion of respondents Secondary analysis stratified respondents within each survey into CPG-aware and CPG-unaware groups.	5
Requirió re-análisis	No	
Nota:		
Comparación	Correct knowledge of the recommendations discussed in the CPG change in patients after traditional or novel dissemination as compared with pre-dissemination	7

Desenlace	Knowledge of GPG Recommendations	
Resultados	AD pre-dissemination vs post-dissemination- (after traditional): -2%, 95% CI -13 to 8 Post-dissemination- (after traditional) vs post-dissemination-(after Novel): -4%, 95% CI -14 to 6	7
Nº perdidas y razón	57,5% incomplete responses	6
Nº participantes movidos a otro grupo y razón	No	
Algún otro resultado reportado	In the stratified analysis, Patients who were aware of the CPG did not have significantly better knowledge than those who were not aware (knowledge change, patients, AD aware vs unaware, all post-dissemination surveys: 5%, 95% CI -6 to 27). However, because of the small number of aware patients, the precision of this estimate is low	7
Unidad de análisis	Individuos	
Método estadístico usado	As the measure of effect, we used the absolute difference (AD) between surveys in the proportion of respondents Secondary analysis stratified respondents within each survey into CPG-aware and CPG-unaware groups.	5
Requirió re-análisis	No	
Nota:		
Comparación	The proportion of patients who reported having recently discussed CAM with their physicians following traditional or novel dissemination	7
Desenlace	Behavior change	
Resultados	Post-dissemination- (after traditional) vs post-dissemination-(after Novel): 1%, 95% CI -14 to 15.	7
Nº perdidas y razón	57,5% incomplete responses	6
Nº participantes movidos a otro grupo y razón	No	
Algún otro resultado reportado	CPG-aware patients were more likely to have discussed CAM with their physicians (AD patients, aware vs unaware, all surveys: 23%, 95% CI 1-44)	7
Unidad de análisis	Individuos	
Método estadístico usado	As the measure of effect, we used the absolute difference (AD) between surveys in the proportion of respondents Secondary analysis stratified respondents within each survey into CPG-aware and CPG-unaware groups.	5
Requirió re-análisis	No	
Nota:		
Aplicabilidad – Equidad		pg & fig/tabla
Considera poblaciones en desventaja y posibles diferencias en el efecto de la intervención	No	
La intervención está enfocada en grupos en desventaja	No	
Nota:		
Uso de algún marco para la implementacion de las intervenciones		pg & fig/tabla
No		
Otra información		pg & fig/tabla
Principales conclusiones de los autores del estudio	Our results are important in planning future dissemination efforts. Although we did not detect a difference in the effectiveness of the social media–based interventions as compared with the traditional methods, social media were useful in reaching large numbers of the public. We are planning subgroup analyses that may inform future targeted dissemination efforts to those populations that use social media most effectively. Contamination between traditional and novel methods cannot be excluded, as we did not have any control over how the CPG, when	9
Fuentes de financiamiento	AHRQ Grant Number 1R18HS022004-01.	9
Nota:	A pesar de revisar la bibliografía referente a la guía de practica clinica que hacen referencia, en el articulo de la guía no mencioana que es una guía clinica solo que es una guía basada en la evidencia, pero de todas formas fue incluido por las características de la intervencion (http://europepmc.org/abstract/MED/24663230)	
Descripción general		pg & fig/tabla
Título del estudio	HYPERTENSION IMPROVEMENT PROJECT (HIP): RANDOMIZED TRIAL OF QUALITY IMPROVEMENT FOR PHYSICIANS AND LIFESTYLE MODIFICATION FOR PATIENTS	2
Autores	Svetkey LP, Pollak KI, Yancy WS, Dolor RJ, Batch BC, Samsa G, et al	
Año	2009	
ID o DOI	10.1161/HYPERTENSIONAHA.109.134874	
Objetivo	Increase physician adherence to national guidelines and patient adherence to lifestyle recommendations for lowering BP	

Protocolo y registro		ClinicalTrials.gov identifier NCT00201136, protocol doi:10.1186/1745-6215-10-13				1 (protocol)	
Población y entorno del estudio						pg & fig/tabla	
Descripción de la población		Patient Diagnosis of hypertension				5 (protocol)	
Entorno (incluye localización y contexto social)		No es específico no en el artículo ni en el protocolo este aspecto en la parte de los pacientes, solamente mencionan las prácticas primarias en donde invitaron a participar a los médicos Cita="community-based primary care practices in central North Carolina"				2	
Total de la población al inicio del estudio		Primary care practice= Intervention 4 and control 4. Physician= Intervention (MD-I) 16 and control (MD-C) 16 Patient= With physician intervention (Intervention (MD-I/Pt-I) 140 and control (MD-I/Pt-C) 141) and without physician control (Intervention (MD-C/Pt-I) 145 and control (MD-C/Pt-C) 148)				12 Figure 1	
Nº de clusters (si aplica - Nº y tipo de personas por cluster)		No, a pesar que se aleatoriza los servicios de cuidado primario, los pacientes con aleatorizados individualmente					
Edad o grupos etarios Media (DS)		MD-I/Pt-I= 60,7 (11) MD-I/Pt-C= 61,6 (10,2) MD-C/Pt-I= 59 (12,3) MD-C/Pt-C= 60,7 (12,2)				16 Table 2	
Sexo (mujeres%)		MD-I/Pt-I= 55 MD-I/Pt-C= 58 MD-C/Pt-I= 66 MD-C/Pt-C= 65				16 Table 2	
Raza/etnia (%)		African American MD-I/Pt-I= 33 MD-I/Pt-C= 31 MD-C/Pt-I= 44 MD-C/Pt-C= 42		Hispanic MD-I/Pt-I= 1 MD-I/Pt-C= 1 MD-C/Pt-I= 0 MD-C/Pt-C= 1		16 Table 2	
Severidad de la enfermedad/co-morbilidades		Hypertension MD-I/Pt-I= 95 MD-I/Pt-C= 97 MD-C/Pt-I= 98 MD-C/Pt-C= 99	Diabetes MD-I/Pt-I= 29 MD-I/Pt-C= 31 MD-C/Pt-I= 26 MD-C/Pt-C= 33	Dyslipidemia MD-I/Pt-I= 44 MD-I/Pt-C= 54 MD-C/Pt-I= 44 MD-C/Pt-C= 49	CVD event MD-I/Pt-I= 21 MD-I/Pt-C= 14 MD-C/Pt-I= 14 MD-C/Pt-C= 16	BMI, mean(SD) MD-I/Pt-I= 32,6 (5,2) MD-I/Pt-C= 32,7 (5,4) MD-C/Pt-I= 31,8 (5,5) MD-C/Pt-C= 32,9 (5,9)	16 Table 2
Mediciones por subgrupo		No					
Obtención de consentimiento informado		Si tanto para los médicos como para los pacientes				2	
Métodos						pg & fig/tabla	
Diseño		nested 2x2 randomized controlled trial - factorial design				2	
Unidad de análisis (individuo, cluster/grupos)		Individuo					
Fecha Inicio/Final		Fecha Inicio febrero de 2004 y final agosto 2008				Registro en clinicaltrials	
Duración total del estudio		18 meses				5	
Criterios de inclusión		they were at least 25 years old and were hypertensive based on billing codes				2	
Criterios de Exclusión		they had self-reported chronic kidney disease, a CVD event within the past 6 months, or were pregnant, breastfeeding or planning a pregnancy.				2	
Método de reclutamiento		After enrolling clinics and physicians, participants were then recruited from the patients of the enrolled physicians. Ten to 15 patients cared for by each participating MD were enrolled and randomized to the behavioral intervention or usual care. Each participating physician reviewed the list and removed names of patients considered unsuitable candidates for study participation. Recruitment letters were mailed on practice letterhead with the physician's name on the signature line. Patients were asked to call the research coordinator within 10 working days to decline participation in the study. After the 10 days, a member from the study staff called unresponsive patients to assess their willingness and eligibility to participate				2 (page 4 at protocol)	
Calculo de tamaño de muestra		The original study design defined the primary outcome as the proportion at goal BP, and with a planned sample size of 500 patients, was powered to detect an effect size of 0.3. During the study it became clear that the proportion of patients who were at goal BP at baseline (assessed blinded to treatment group) was higher than anticipated based on national statistics, potentially inducing a ceiling effect that could leave the study underpowered. Consequently, with the permission of the trial's Data and Safety Monitoring Board (DSMB), the primary outcome was changed to the continuous variable, change in SBP, with change in proportion at goal relegated to a secondary outcome. In addition, recruitment for the remaining study participants targeted those with BP above goal at baseline. The achieved sample size of 574 patients in 8 practices provided 80% power to detect a difference of 4 mmHg				5	
Aprobación de comité de ética		Duke Institutional Review Board				2	

Evaluación de riesgo de sesgo (tendrá modificaciones en estudios de antes y después)			pg & fig/tabla
Dominio	Tipo de riesgo (Bajo - Alto - “Poco Claro”)	Soportes	
Generación de la secuencia aleatoria	Bajo	Cita=”. Randomization to Pt-C or Pt-I occurred in varying block sizes using a computer- generated algorithm”	2
Ocultamiento de la secuencia	Poco claro	Comentario= No se describe el metodo de ocultamiento por lo cual no hay suficiente informacion para realizar esta evaluacion.	
Cegamiento de los participantes y personal	Alto	Comentario= Cegamiento incompleto debido a que no se realiza a los pacientes ni a los medicos, solo realizan el cegameinto al personal que recolecta los datos, a pesar que en el estudio mencionan que no era factible el cegamiento de los pacientes y los medicos, no realizan mencion de las limitaciones que esto puede traer a los resultados. Cita=”Randomization was performed by the study statistician; all data collection staff remained blinded to participant’s treatment assignment. It was not feasible to blind patients or providers to their own randomization assignment. Patients were asked not to discuss their randomization assignment with their provider, but strict blinding of the physicians was not feasible.”	3
Cegamiento de los evaluadores de los resultados	Poco claro	Comentario= No hay suficiente informacion para realizar esta evaluacion.	
Datos de resultados incompletos	Alto	Cita=”All participants were analyzed according to their original intervention assignment, but participants who did not complete the study measurements were not included in analyses” Comentario= Debido a que realizan el analisis de los pacientes en los grupos asignados aleatoriamente, se observa que los datos faltantes no esta equilibrados en los grupos de comparacion asi como no realizan una explicacion del retiro y abandono, solo realizan el conteo de los pacientes fallecidos.	5 Figura 1 (pg 12)
Notificación selectiva de los resultados	Alto	Cita=”The study design will allow an assessment of the effectiveness and cost of the physician and patient interventions separately” Comentario= Al revisar el protocolo del estudio y compararlos con la publicacion de los resultados; se observa que el estudio habia sido diseñado para realizar un analisis de costos, pero esto no se observa en los resultados y ni la explicacion del por que no se realizo, igualmente los resultados del analisis de sensibilidad mencionado no son claros. Se observa en el registro clinico que solamente existen un articulo con la publicacion de los resultados y es el que actualmente se esta revisando”	13 protocol
Otros posibles riesgos			
Grupos			pg & fig/tabla
Nombre grupo	MD-I/Pt-I		
Nº de personas	Physician=16 Patient= 145		12 Figura 1
Descripción	<p>The Physician Intervention (MD-I) lasted 18 months and consisted of three elements:</p> <p>1. Two training modules were provided on-line. The first module addressed the Seventh Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC-7) guidelines and the second addressed lifestyle modification for BP control. Each module required approximately 45 minutes, included a quiz that gave immediate feedback, and provided Continuing Medical Education credit through Duke University. Participating physicians completed the modules within two weeks of randomization and before the patient intervention began.</p> <p>2. Each physician in MD-I received an evaluation and treatment algorithm that summarized, on a color-coded, pocket-size laminated card, the major JNC-7 guidelines, including lifestyle guidelines and a decision tree.</p> <p>3. The quality improvement (QI) procedure assessed clinical performance measures (CPMs) and provided quarterly feedback to physicians on adherence to JNC-7 guidelines. At each MD-I site, participating physicians completed a CPM data form every time a HIP patient (in either Pt-I or Pt-C) had a clinic visit. The form recorded patient demographics, comorbidity, prior and current BP measurements, and actions taken during the visit. In addition, one day each month, MDs completed a CPM form on all adult patients treated during that day, whether or not the patient was a HIP participant, recording the same data as for study participants, but without patient identifiersB57B52</p> <p>The Patient Intervention (Pt-I) consisted of 20 weekly group sessions (n = 10–15 patients/ group) over approximately 6 months. All intervention sessions occurred at or near the patients’ primary care clinic</p>		3
Duración de seguimiento	6 and 18 months		4
Variables económicas (costo de la intervención...)	No		
Nombre grupo	MD-I/Pt-C		
Nº de personas	Physician=16 Patient= 148		12 Figura 1

Descripción	<p>The Physician Intervention (MD-I) lasted 18 months and consisted of three elements:</p> <p>1. Two training modules were provided on-line. The first module addressed the Seventh Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC-7) guidelines and the second addressed lifestyle modification for BP control. Each module required approximately 45 minutes, included a quiz that gave immediate feedback, and provided Continuing Medical Education credit through Duke University. Participating physicians completed the modules within two weeks of randomization and before the patient intervention began.</p> <p>2. Each physician in MD-I received an evaluation and treatment algorithm that summarized, on a color-coded, pocket-size laminated card, the major JNC-7 guidelines, including lifestyle guidelines and a decision tree.</p> <p>3. The quality improvement (QI) procedure assessed clinical performance measures (CPMs) and provided quarterly feedback to physicians on adherence to JNC-7 guidelines. At each MD-I site, participating physicians completed a CPM data form every time a HIP patient (in either Pt-I or Pt-C) had a clinic visit. The form recorded patient demographics, comorbidity, prior and current BP measurements, and actions taken during the visit. In addition, one day each month, MDs completed a CPM form on all adult patients treated during that day, whether or not the patient was a HIP participant, recording the same data as for study participants, but without patient identifiers</p> <p>The Patient Control condition (Pt-C) constituted usual care, comprising an individual visit with an interventionist to receive advice and written materials on lifestyle modification for BP control consistent with JNC-7 guidelines</p>		3 y 4
Duración de seguimiento	6 and 18 months		4
Variables económicas (costo de la intervención...)	No		
Nombre grupo	MD-C/Pt-I		
Nº de personas	Physician=16 Patient= 140		12 Figura 1
Descripción	<p>The MD Control condition (MD-C) constituted “usual care”. There was no attempt to change or monitor procedures already in place for quality improvement and physician education with regard to BP control. No performance data were collected from these physicians, and no performance feedback was given.</p> <p>The Patient Intervention (Pt-I) consisted of 20 weekly group sessions (n = 10–15 patients/ group) over approximately 6 months. All intervention sessions occurred at or near the patients’ primary care clinic</p>		3 y 4
Duración de seguimiento	6 and 18 months		4
Variables económicas (costo de la intervención...)	No		
Nombre grupo	MD-C/Pt-C		
Nº de personas	Physician=16 Patient= 141		12 Figura 1
Descripción	<p>The MD Control condition (MD-C) constituted “usual care”. There was no attempt to change or monitor procedures already in place for quality improvement and physician education with regard to BP control. No performance data were collected from these physicians, and no performance feedback was given.</p> <p>The Patient Control condition (Pt-C) constituted usual care, comprising an individual visit with an interventionist to receive advice and written materials on lifestyle modification for BP control consistent with JNC-7 guidelines</p>		3 y 4
Duración de seguimiento	6 and 18 months		4
Variables económicas (costo de la intervención...)	No		
Desenlaces			pg & fig/tabla
Nombre del desenlace	measured systolic (S)BP (primario)		
Definición	hypertension was defined as measured systolic (S)BP 140mmHg or higher		4
Unidad de medición es relevante	Si, clinica		
Como se aplicó la medición (entrevista, email, teléfono...)	At each time-point (baseline, 6- and 18 months), participants attended two study visits approximately 1 week apart. BP for that time- point was defined as the mean over the two study visits (i.e., 4 BP readings)		4
Perdidas (%)	6 meses MD-I/Pt-I= 9% MD-I/Pt-C= 7% MD-C/Pt-I= 11% MD-C/Pt-C= 6%	18 meses MD-I/Pt-I= 12% MD-I/Pt-C= 9% MD-C/Pt-I= 11% MD-C/Pt-C= 13%	12 Figura 1
Imputación de datos perdidos	participants who did not complete the study measurements were not included in analyses		5
El desenlace/ herramienta es validada	Personnel were trained and certified using methods used in previous BP trials. Duplicate measurements were obtained with a calibrated automated appropriate-sized cuff after the participant had been seated quietly for at least 5 minutes.		4
Nombre del desenlace	BP change		
Definición	The proportion of participants with adequate BP control at 6 and 18 months		8 (protocol)
Unidad de medición es relevante	Clinica		

Como se aplicó la medición (entrevista, email, teléfono...)	At each time-point (baseline, 6- and 18 months), participants attended two study visits approximately 1 week apart. BP for that time- point was defined as the mean over the two study visits (i.e., 4 BP readings)				4
Perdidas (%)	6 meses MD-I/Pt-I= 9% MD-I/Pt-C= 7% MD-C/Pt-I= 11% MD-C/Pt-C= 6%		18 meses MD-I/Pt-I= 12% MD-I/Pt-C= 9% MD-C/Pt-I= 11% MD-C/Pt-C= 13%		12 Figura 1
Imputación de datos perdidos	participants who did not complete the study measurements were not included in analyses				5
El desenlace/ herramienta es validada	Personnel were trained and certified using methods used in previous BP trials. Duplicate measurements were obtained with a calibrated automated appropriate-sized cuff after the participant had been seated quietly for at least 5 minutes.				4
Nombre del desenlace	the effect of treatment on behavior change				5
Definición	weight loss, dietary pattern, physical activity, fasting blood glucose and lipids at 6 and 18 months				5
Unidad de medición es relevante	Clincia				
Como se aplicó la medición (entrevista, email, teléfono...)	face-to-face clinic visits by trained, certified study personnel. Physical activity was assessed by a calibrated, triaxial accelerometer (RT3, Stayhealthy, Inc, Monrovia, California) worn for at least 10 hours per day for at least four days over the course of a week, including one weekend day. Data are expressed as total weekly minutes of moderate to vigorous physical activity (MVPA)				4
Perdidas (%)	6 meses MD-I/Pt-I= 9% MD-I/Pt-C= 7% MD-C/Pt-I= 11% MD-C/Pt-C= 6%		18 meses MD-I/Pt-I= 12% MD-I/Pt-C= 9% MD-C/Pt-I= 11% MD-C/Pt-C= 13%		12 Figura 1
Imputación de datos perdidos	participants who did not complete the study measurements were not included in analyses				5
El desenlace/ herramienta es validada	Se observa algunas medidas como el peso, talla y medidas de laboratorio tiene una metodologia de medicion adecuada, pero las relacionadas con ingesta dietaria, actividad fisica y la meditacion no mencionan validacion de estas herramientas				4
Resultados					pg & fig/tabla
Continuos					
Comparación	change SBP among four group				4
Desenlace	measured systolic (S)BP (primario)				4
Post-intervención o cambios en la línea de base	cambios en la linea de base a los 6 meses y a los 18 meses				6
Resultados SBP(mmHg) - 6 meses	MD-I/Pt-I	MD-I/Pt-C	MD-C/Pt-I	MD-C/Pt-C	6
	Media=-9,7 DE=12,7 Nª= 132	Media=-5,3 DE=12,1 Nª=137	Media=-7,1 DE=12,1 Nª=124	Media=-6,7 DE=12,8 Nª=132	
Nº perdidas y razón - 6 meses	9% Died 2 and dropped out 11	7% Died 0 and dropped out 11	11% Died 0 and dropped out 16	6% Died 2 and dropped out 7	12 Figura 1
Nº participantes movidos a otro grupo y razón	No	No	No	No	
Algún otro resultado reportado	MD-I/Pt-I (p = .0072) compared to all other groups. At 6 months there was no significant effect of MD- I (0.3mmHg (95% CI -1.5 to 2.2), p = 0.76). In contrast, the main effect of Pt-I was a net reduction of 2.6mmHg (CI -4.4 to -0.7, p=.01). Further, there was a significant interaction between MD-I and Pt-I (p = 0.03), suggesting that the effect of Pt-I was enhanced by coincident exposure to MD-I. Similar results were seen for diastolic BP. At 18 months, the main effect for the MD-I was 0.3, (p=.81), the main effect for the Pt-I was -0.2 (p=.89) Participants who were above goal BP at baseline had a 4.0 mmHg greater reduction in SBP than patients in whom BP was already at goal at baseline (p<0.0001, CI 2.6 to 5.4)				6
Unidad de análisis	Individuo				
Método estadístico usado	Analysis of change in BP was performed using analysis of covariance (ANCOVA). The 2x2 factorial design allowed for tests of the main effect of MD-I, the main effect of Pt-I, and the interaction between the two interventions. For SBP and DBP, the “adjusted” (or “least squares”) mean reflects the mean change in BP within each group after accounting for any differences in case mix between the groups. In addition, we considered the design to be equivalent to a 4-arm parallel trial, and evaluated differences across pairs of intervention arms ((MD-C/Pt-C; MD-I/Pt-C; MD-C/Pt-I; MD-I/Pt-I).				5
Requirió re-análisis	Se observa que mencionan un analisis de sensibilidad “assuming no change in BP in non-completers yielded similar results”, pero no son claros los resultados de este analisis.				9
Nota:	Se presentan solamente los datos de los seis meses debido a que los demas datos los muestran en un grafico del cual no se observa adecuadamente la desviacion Estandar.				
Comparación	the percent of patients with BP at JNC-7-defined goal				4
Desenlace	The proportion of patients with BP at goal				4
Post-intervención o cambios en la línea de base	6 meses y a los 18 meses				6

Resultados %(nº)	MD-I/Pt-I	MD-I/Pt-C	MD-C/Pt-I	MD-C/Pt-C	13 Figura 3
Baseline	60 (145)	53 (148)	63 (140)	62 (141)	
6 meses	84 (132)	68 (137)	84 (124)	75 (132)	
18 meses	73 (128)	76 (134)	74 (124)	77 (122)	
Nº perdidas y razón - 6 meses	9% Died 2 and dropped out 11	7% Died 0 and dropped out 11	11% Died 0 and dropped out 16	6% Died 2 and dropped out 7	12 Figura 1
Nº participantes movidos a otro grupo y razón	No	No	No	No	
Algún otro resultado reportado	The proportion of patients with BP at goal increased in the first 6 months post-randomization, with significant differences across treatment groups (p=.03) seemingly due to higher rates in those exposed to the patient intervention (MD-C/Pt-I and MD-I/Pt-I), but differences between treatment groups did not persist at 18 months				7
Unidad de análisis	Individuo				
Método estadístico usado	The effect of treatment group on the proportion “at goal” or “not at goal” was evaluated by chi-squared analysis				5
Requirió re-análisis	No				
Nota:	Los porcentajes fueron obtenidos de la figura la cual el valor no es muy exacto.				
Comparación	the effect of treatment on behavior change				4
Desenlace	the effect of treatment on behavior change				4
Post-intervención o cambios en la línea de base	cambios en la linea de base a los 6 meses y a los 18 meses				6
Resultados - media(DE)	MD-I/Pt-I	MD-I/Pt-C	MD-C/Pt-I	MD-C/Pt-C	
Physical activity Baseline	28,8(106,7)	36,4(127,1)	37,9(89,1)	43,9(122,5)	17 Tabla 3
Change (6-month)	28,4(134,9)	18,5(297,8)	6,2(103,2)	-15,7(122)	
Change (18-month)	-0,7(112,3)	5,0(95,1)	-21,5(138,8)	-13(145,7)	
Weighth, lb Baseline	202,5(37,5)	199(38,4)	192,3(38,0)	202,1(39,6)	
Change (6-month)	-7,0(10,7)	0,1(11,2)	-5,2(10,7)	-0,3(6,3)	12 Figura 1
Change (18-month)	-3,8(9,8)	-0,4(13,4)	-2,6(12,2)	-2,1(12)	
F/V,serving/d Baseline	1,42(1,13)	1,23(0,88)	1,33(0,99)	1,28(0,90)	
Change (6-month)	0,92(1,34)	0,09(0,72)	0,59(1,27)	0,04(0,81)	
Change (18-month)	0,55(1,13)	-0,03(0,87)	0,41(1,13)	0,01(0,90)	
Total fat,%Kcal Baseline	37,3(6,8)	39,8(8,3)	38,4(8,1)	38,1(8,0)	
Change (6-month)	-4,3(7,1)	-1,2(6,7)	-2,3(8,5)	0,6(7,0)	
Change (18-month)	-2,8(7,8)	-1,1(6,6)	-1,7(7,7)	0,8(8,0)	
Nº perdidas y razón - 6 meses	9% Died 2 and dropped out 11	7% Died 0 and dropped out 11	11% Died 0 and dropped out 16	6% Died 2 and dropped out 7	
Nº participantes movidos a otro grupo y razón	No	No	No	No	
Algún otro resultado reportado	The only significant interaction was for the effect on intake of fruits and vegetables (F/V) (p-value for interaction = 0.05). At 6 months, MD-I resulted in a significant increase in F/V intake and decreased total fat intake. Pt-I increased intake of F/V and of dairy products, and decreased intake of both total and saturated fat. Pt-I, but not MD-I, led to a significant reduction in weight (– 6.1 and +0.6 lb, respectively; p<0.0001 for Pt-I main effect). At 18 months, the effect of MD-I on F/V intake was no longer significant, but the effect on total fat intake persisted. The effects of Pt-I on F/V, total fat and saturated fat intake persisted, but effects on dairy intake and weight did not. There were no significant changes in the number of antihypertensive medications, but we did not measure changes in dose				6
Unidad de análisis	Individuo				
Método estadístico usado	Analysis of change was performed using analysis of covariance (ANCOVA). The 2x2 factorial design allowed for tests of the main effect of MD-I, the main effect of Pt-I, and the interaction between the two interventions. For SBP and DBP, the “adjusted” (or “least squares”) mean reflects the mean change in BP within each group after accounting for any differences in case mix between the groups. In addition, we considered the design to be equivalent to a 4-arm parallel trial, and evaluated differences across pairs of intervention arms ((MD- C/Pt-C; MD-I/Pt-C; MD-C/Pt-I; MD-I/Pt-I).				5
Requirió re-análisis					9
Nota:					
Aplicabilidad – Equidad					pg & fig/tabla
Considera poblaciones en desventaja y posibles diferencias en el efecto de la intervención	No				
La intervención está enfocada en grupos en desventaja	No				

Nota:		
Uso de algún marco para la implementacion de las intervenciones		pg & fig/tabla
No		
Otra información		pg & fig/tabla
Principales conclusiones de los autores del estudio	The HIP trial demonstrated that in the setting of primary care clinics, an intensive behavioral lifestyle intervention significantly reduced BP at 6 months, with evidence that this effect occurred because of adoption of healthy dietary pattern and weight loss. The HIP behavioral intervention improved dietary pattern and lowered BP over 6 months, but the intervention was intensive, the effect size relatively small, and the effect did not persist. Implementation of similar lifestyle intervention program would require further development to make it affordable, scalable within health systems, and able to produce sustained improvements in behavior and BP.	07-sep
Fuentes de financiamiento	Sources of funding: R01-HL75373.	9
Nota:	Dentro del texto del estudio y las guías (PDF) solamente se evidencia que son guias basadas en al evidencia, pero al revisar la pagina web de la organización creadora de estas guías "National heart, lung, and blood institute" (https://www.nhlbi.nih.gov/health-pro/guidelines/current/hypertension-jnc-7/express-report) las clasifica como guias de practica clinica	
Descripción general		pg & fig/tabla
Título del estudio	A pragmatic cluster randomised trial evaluating three implementation interventions	1
Autores	Rycroft-Malone J, Seers K, Crichton N, Chandler J, Hawkes CA, Allen C, et al	
Año	2012	
ID o DOI	10.1186/1748-5908-7-80	
Objetivo	The objective of this trial was to evaluate the effectiveness of three strategies for the implementation of recommendations about perioperative fasting	
Protocolo y registro	ISRCTN18046709 - Peri-operative Implementation Study Evaluation (POISE). No especifican la existencia de un protocolo	
Población y entorno del estudio		pg & fig/tabla
Descripción de la población	individual patients undergoing elective and routine general, orthopaedic, or gynaecological surgery	4
Entorno (incluye localización y contexto social)	All acute care NHS Trusts across the UK conducting elective surgery were invited to participate, but needed to be able to fulfil the following criteria: 1. there were a sufficient volume of suitable participants, i.e., at least 40 adult patients per timepoint undergoing a routine surgical operation as inpatient or day patient; 2. they provided gynaecological, orthopaedic, or general surgical services; 3. they would allow staff to participate in the project; 4. they would provide local investigators	4
Total de la población al inicio del estudio	19 hospital trust (1575 inpatients assessed pre-intervention, 1930 patients assessed post-intervention)	3 Figure 1
Nº de clusters (si aplica - Nº y tipo de personas por cluster)	Standard Dissemination package n=7 Standard dissemination + web based tool championed by opinion leader n=6 Standard dissemination + PDSA n=6 Across all hospitals, information was gathered from 1,575 patients in total in the pre-intervention period	3 Figure 1 8
Edad o grupos etarios	No especifica	
Sexo	No especifica	
Raza/etnia	No especifica	
Severidad de la enfermedad/ co-morbilidades	No especifica	
Mediciones por subgrupo	No especifica	
Obtención de consentimiento informado	Patients who could provide informed consent.	5
Métodos		pg & fig/tabla
Diseño	pragmatic cluster randomised controlled trial (RCT) using time series (four times pre-intervention and four times post-intervention, with up to two months interval between data collection points)	3
Unidad de análisis (individuo, cluster/grupos)	Fasting time was measured in each patient Comparing fasting times before and after the intervention was done at the Trust (randomised unit) level.	6
Fecha Inicio/Final	November 2006 and February 2009	8
Duración total del estudio	Data were collected eight months pre- and post-intervention. The intervention period was six months. (2 years)	4
Criterios de inclusión	1. Patients aged 18 and over. 2. Patients who could provide informed consent.	5
Criterios de Exclusión	1. Patients who were critically ill. 2. Emergency or trauma patients because we were evaluating routine fasting regimes. 3. Patients who were unable to give informed consent Duration	5
Método de reclutamiento	All 188 acute trusts in the four countries were invited to participate. Trust chief executives, medical and nursing directors (Binleys database) were sent a letter of invitation. A total of 19 Trusts were recruited and remained in the trial	8
Calculo de tamaño de muestra	The study had 80% power to detect an effect size of 2 (a difference of 4 hours and SD 2 hours) with a two-sided 5% significance level, which required six Trusts in each of the three intervention groups. These calculations were carried out using the sample size calculator for one way ANOVA in MINITAB13	6

Aprobación de comité de ética	This study was approved by a multi-site ethics commit- tee (06/MRE01/20). It took approximately 12 months before all of the trusts gave local research governance approval		7
Evaluación de riesgo de sesgo (tendrá modificaciones en estudios de antes y después)			pg & fig/tabla
Dominio	Tipo de riesgo (Bajo - Alto - “Poco Claro”)	Soportes	
Generación de la secuencia aleatoria	Bajo	Cita="The randomisation schedule was computer-generated centrally and prepared by a statistician who was independ- ent of the project team."	7
Ocultamiento de la secuencia	Bajo	Cita="computer-generated centrally ... Allocation was thus concealed and could not be foreseen in advance of, or during enrolment. Trusts were allocated to one of three imple- mentation interventions, which resulted in six in two arms and seven in the other. Trusts were informed of their allocation by a project researcher as near as possible to the intervention period."	7
Cegamiento de los participantes y personal	Alto	Cita="Blinding of local investigators, research fellows or trust staff to interventions was not possible because the intervention required their active participation" Comentario= no realizan la savedad de que este aspecto no afecta los resultados. Y probablemente los resultados pueden estar influenciados por el no cegamiento	7
Cegamiento de los evaluadores de los resultados	Poco claro	Comentario= El estudio no especifica este aspecto	
Datos de resultados incompletos	Bajo	Comentario= No se observan datos faltante (cluster)	
Notificación selectiva de los resultados	Poco Claro	Comenario: Debido a la no existencia de un protocolo no hay suficiente informacion para realizar la evaluacion de este item.	
ITS: La intervención fue independiente de otros cambios.	Poco claro	Comentario: A pesar que la intervención pareciera ser independiente en los cambios de tiempo debido a que se realizo en un tiempo diferente, esta no se describe con claridad, ademas no se detalla si existe o no variables de confusion o eventos historicos que puedan influir los resultados.	
ITS: ¿Se preespecificó la forma del efecto de intervención?	Si	Cita= “Whilst fasting time was measured in each patient, comparing fasting times before and after the interven- tion was done at the Trust (randomised unit) level. Because patients will generally only be in hospital for surgery at one timepoint we could not measure the effect of the intervention on fasting time within individ- ual patients. “	6
ITS: ¿Es poco probable que la intervención afecte a la recopilación de datos?	Poco claro	Comentario: No realiza una clara descripción si la intervencion podria afectar o no la recoleccion de los datos.	
ITS: Los datos completos de cada medida de tiempo y analisis estadistico adecuado.	No	Cita“Not all trusts were able to collect data for all eight timepoints. Pre- intervention (because of lengthy govern- ance procedures), three trusts had information from timepoint four only, four trusts had information from timepoints three and four, 12 trusts had information from more than two pre- intervention timepoints. Post- intervention, one trust had information from only one timepoint, one “ Comentario: No se realiza un adecuado analisis de los datos de series de tiempo, realizan un promedio de las medidas pre y post intervencion, describiendo que fue debido a que el coeficiente de tendencia no fue significativamente diferente de cero, por tal razon realizaron el analisis simple de pre - post, pero no es claro este calculo, se realiza mediante ANOVA. Pero no muestran los datos separadamente de las medidas en el tiempo y no realizan algun ajuste por cluster.	8
Nota: limitaciones: The interrupted time series did not have all data at all timepoints for all trusts, mainly due to the delays in get- ting research governance approval from participating Trusts. However, because there were no significant time trends pre-or post-intervention, and thus all four pre- and all four post-timepoints were combined, the impact of this missing data was minimised			
Grupos			pg & fig/tabla
Nombre grupo	Standard dissemination (SD)		5
Nº clúster	7		5
Descripción	SD of a guideline package, which included: 1.A copy of the RCN/RCA guideline, which included an overview of the guideline development process and those involved, recommendations, algorithm poster, and audit criteria. 2.A patient version of the guideline. 3.A PowerPoint presentation outlining some principles of guideline implementation		5
Duración de seguimiento	6 months		
Variables económicas (costo de la intervención...)	Si		10
Nombre grupo	Standard dissemination of guideline package plus web- based educational package championed by an opinion leader(s) (SD + web- resource/opinion leader)		5

Nº clúster	6					5
Descripción	A web-based resource was developed from the content of the guideline package, accessible to trusts allocated to this intervention. The web-based resource was interactive, incorporating educational tools such as self-check tests, working through clinical scenarios, and a patient digital story. The resource was championed by opinion leaders working in participating surgical areas. Opinion leaders were identified by key contacts at the NHS Trusts through a nomination process based on criteria developed from previous research: 1. Does this person have credibility across different professional groups? i.e., will different professional groups all take on knowledge from this person and respect their ability? 2. Do they have an authority and presence recognised by their colleagues? 3. Do they have good communication skills?					5
Duración de seguimiento	6 months					
Variables económicas (costo de la intervención...)	Si					10
Nombre grupo	Standard dissemination of guideline package plus plan- do-study-act (SD + PDSA)					6
Nº de personas o clúster	6					5
Descripción	The PDSA quality improvement approach includes making small changes and test cycles to see whether an improvement occurs in the system or process. Critical to this intervention is the potential to collaborate, which in this study was possible at a local level between teams and individuals. This intervention also included a 'diagnosis' phase based on the Seven S Model. A dedicated facilitator with relevant clinical and/or managerial experience was identified by each trust's key contact. Facilitators had a one-day training session. The PDSA package used in this study is available on request. All trusts received their individual baseline mean food and fluid fasting times at the beginning of the intervention phase.					5
Duración de seguimiento	6 months					
Variables económicas (costo de la intervención...)	Si - Cost analysis of developing and implementing the three interventions from a national perspective (cost of rolling out a particular intervention across the NHS), and from the perspective of a single trust (cost of all activity and resource used by trust employees in implementation)					6
Desenlaces						pg & fig/tabla
Nombre del desenlace	Intervention group across pre-and post-intervention timepoints					Table 4
Definición	The primary outcome was the duration of fluid fast prior to induction of anaesthesia. Data were collected four times pre-intervention and four times post-intervention, with up to two months interval between data collection points					6
Unidad de medición es relevante	Trust					
Como se aplicó la medición (entrevista, email, teléfono...)	Data on fasting were collected by the local investigators by asking patients pre-operatively when they last ate, when they last drank, and post-operatively when they had a first drink. This information was checked against reported information in their notes. These data were recorded on digitally read data sheets developed for this study coded for the Trusts and for individual patients. Local investigators received training about how to collect these data.					6
Perdidas (%)	Across all hospitals, information was gathered from 1,575 patients in total in the pre-intervention period (fluid fast time was missing for 135 patients and food fast time missing for 140 patients). Across all Trusts information was gathered from 1930 patients in total in the post-intervention period (fluid fast was missing for 169 patients and food fast for 153 patients post-intervention) However, because there were no significant time trends pre-or post-intervention, and thus all four preand all four post-timepoints were combined, the impact of this missing data was minimised					
Imputación de datos perdidos	No se detalla					
El desenlace/ herramienta es validada	No especifica					
Resultados						pg & fig/tabla
Comparación	Comparing the three intervention groups pre-and post- intervention					9
Desenlace	Intervention group across pre-and post-intervention timepoints					
intervalo de tiempo de medica para cada tiempo	Data were collected four times pre-intervention and four times post-intervention, with up to two months interval between data collection points.					
Post-intervención o cambios en la línea de base	Pre-Post-intervencion					
Resultados Mean (IC 95%)		Food - preintervention	Fluid- preintervention	Food - post-intervention	Fluid - post-intervention	9
	Standard dissemination	14,2 (13,2-15,2)	10,1 (7,74-12,5)	14,4 (13,4-15,4)	8,97 (6,77-11,2)	
	SD+web resource/opinion leader	13,8 (13-14,6)	8,83 (7,27-10,4)	14,5 (13,4-15,7)	8,25 (6,92-9,58)	
	SD+PDSA	14 (13-14,6)	9,86 (8,02-11,7)	14 (12,9-15)	8,9 (7,28-10,5)	
Nº perdidas y razón	Across all hospitals, information was gathered from 1,575 patients in total in the pre-intervention period (fluid fast time was missing for 135 patients and food fast time missing for 140 patients). Across all Trusts information was gathered from 1930 patients in total in the post-intervention period (fluid fast was missing for 169 patients and food fast for 153 patients post-intervention) However, because there were no significant time trends pre-or post-intervention, and thus all four preand all four post-timepoints were combined, the impact of this missing data was minimised					

Nº participantes movidos a otro grupo y razón	No	
Algún otro resultado reportado	ANOVA showed no significant difference in mean over time for either food or fluid fast time at any Trust pre- intervention and post- intervention. Additionally within each intervention group there was no evidence of a trend across time pre-or post-intervention. Se observan las diferencias de medias en el estudio	9
Unidad de análisis	Data were collected four times pre-intervention and four times post-intervention, with up to two months interval between data collection points. Analysis was conducted at the cluster level; for each Trust, mean fasting times were calculated at each assessment timepoint. At each timepoint, the differences in mean fasting times between the three intervention groups were compared using analysis of variance (ANOVA).	7
Método estadístico usado	A repeated measure ANOVA across the timepoint means for all trusts, within each interven- tion group, was conducted. The trend coefficient was not significantly different to zero: there was no evidence of trend over time pre-or post-intervention therefore data were combined across timepoints (1 to 4 and 5 to 8) and simple pre- and post-interventions comparisons were conducted using t-tests. TheThe significance level used for all tests was 5%. The effect size was calculated for each of the web-based and PDSA interventions compared to SD for change in fluid fasting time between pre- and post-intervention. Confidence intervals for the effect size are based on a non-central t distribution.	7
Requirió re-análisis		
Nota:	A cost analysis --> Given that standard intervention was used in all three arms, the arm that received just standard intervention will by definition, have the lowest cost. One might assume this would be the most cost-effective intervention if the three approaches were shown to have equal effectiveness. Whilst the study did not detect a significant difference, it was not designed to demonstrate equivalence, and therefore it is not possible to say that SD is the most cost-effective approach. In fact, the variation in outcome within each intervention arm is likely to reflect the significant variation in activity, and therefore the resource use and cost, between the in- dividual Trusts within each intervention arm	11
Aplicabilidad – Equidad		pg & fig/tabla
Considera poblaciones en desventaja y posibles diferencias en el efecto de la intervención	No	
La intervención está enfocada en grupos en desventaja	No	
Nota:		
Uso de algún marco para la implementacion de las intervenciones		pg & fig/tabla
The theoretical framework developed for this study is based on the Promoting Action on Research Im- plementation in Health Services (PARIHS) framework . Successful implementation (SI) is represented as a function (f) of the nature and type of evidence (E) (in- cluding research, clinical experience, patient experience, and local information), the qualities of the context (C) of implementation (including culture, leadership and evalu- ation), and the way the process is facilitated (F) (internal and/or external person who enables implementation processes); SI = f(E,C,F).		
Otra información		pg & fig/tabla
Principales conclusiones de los autores del estudio	This study is one of the first national RCTs with an embedded process evaluation conducted within acute care in the field of implementation research. Evaluating implementation in the context of fasting practice provided a useful vehicle with which to expose some of the general issues and challenges faced when implementing evidence into practice. The issues uncovered in this study have important international implications because they have helped to further articulate the complex processes embedded in implementation as well as its evaluation	15
Fuentes de financiamiento	The authors gratefully acknowledge funding of this research from The Health Foundation's Engaging with Quality Initiative	16
Nota:		

Anexo D. EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA EVIDENCIA DE LOS ESTUDIOS

Autor(es): Nathaly Garzón

Fecha: 6-2-17

Pregunta: Adaptación Cultural de las Guías de Hipertensión comparado con Cuidado usual para pacientes hipertensos con pobre control de Ghanna y Suriname

Bibliografía: Beune EJAJ et al. 2014

Evaluación de la calidad							Nº de pacientes		Efecto		Calidad	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Adaptación Cultural de las Guías de Hipertensión	Cuidado usual	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Diferencia en la reducción de la presión sistólica menos de 10 mmHg (seguimiento: 6 meses; evaluado con: Monitor automático de presión sanguínea Omron 705-IT)												
1	ensayos aleatorios a	no es serio b	no es serio c	serio d	serio e	ninguno	34/71 (47.9%)	29/68 (42.6%)	OR 1.24 (0.63 a 2.41)	53 más por 1.000 (de 107 menos a 215 más)	⊕⊕○○ BAJA	IMPORTANTE j
Diferencia en el cambio en el tiempo de la presión sistólica (seguimiento: 6 meses; evaluado con: Monitor automático de presión sanguínea Omron 705-IT))												
1	ensayos aleatorios a	no es serio b	no es serio c	serio d	serio f	ninguno	71	68	-	MD 2.15 menor (7.07 menor a 2.77 más alto.)	⊕⊕○○ BAJA	IMPORTANTE k
Diferencia en el cambio de adherencia en estilos de vida (seguimiento: 6 meses; evaluado con: Four-item Morisky scale; Escala de: 1 a 4)												
1	ensayos aleatorios a	no es serio b	no es serio c	serio d	no es serio g	ninguno	52	45	-	MD 0.19 más (0.04 menos a 0.42 más)	⊕⊕⊕○ MODERADO	IMPORTANTE
Diferencia en el cambio de adherencia en la medicación (seguimiento: 6 meses; evaluado con: Eight-item Morisky medication adherence scale; Escala de: 1 a 8)												
1	ensayos aleatorios a	no es serio b	no es serio c	serio d	no es serio g	ninguno	50	60	-	MD 0.25 más alto (0.41 menor a 0.91 más alto.)	⊕⊕⊕○ MODERADO	IMPORTANTE

Evaluación de la calidad							Nº de pacientes		Efecto		Calidad	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Adaptación Cultural de las Guías de Hipertensión	Cuidado usual	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
No adherencia a la medicación (seguimiento: 12 meses; evaluado con: crosscheck MMAS-8 data on self-reported medication adherence)												
1	ensayos aleatorios a	no es serio b	no es serio c	serio d	serio h	ninguno	15/57 (26.3%)	33/62 (53.2%)	OR 0.31 (0.14 a 0.68)	271 menos por 1.000 (de 96 menos a 395 menos)	⊕⊕○○ BAJA	IMPORTANTE I
Reducción IMC (seguimiento: 6 meses; evaluado con: nearest 0.1 cm and 0.1 kg)												
1	ensayos aleatorios a	no es serio b	no es serio c	muy serio i	no es serio	ninguno	71	68	-	MD 0.49 menor (1.08 menor a 0.1 más alto.)	⊕⊕○○ BAJA	NO ES IMPORTANTE

CI: Intervalo de confianza; **OR:** Razón de momios; **MD:** Diferencia media

- Cluster
- Riesgo poco clara para la generación Aleatoria debido a que no describen el método y para el ocultamiento ya que no se describe. Los demás tuvieron riesgo bajo
- Se trata de un solo estudio y dentro de él no se observa inconsistencia del resultado
- A pesar que es un solo estudio, el enfoque es a la adaptación cultural de las recomendaciones de las guías a una población específica. Es una medida indirecta de las recomendaciones de las guías
- De observa que el OR calculado mediante una regresión logística el IC incluye el 1
- El IC es amplio para este resultado y cruza por el valor 0.
- El IC no es muy amplio y no abarca el 0
- Se observa un menor tamaño de muestra en este desenlace y no explica las razones
- Fue un resultado explicativo que no está incluido desde el principio
- El OR fue calculado por el programa RevMan 5.3, el cual es el mismo que obtuvieron mediante la regresión logística. El OR ajustado por el efecto del cluster se observa que fue de 0,42 (0,11 a 1,54)
- La diferencia de medias fue calculada en RevMan 5.3, con los datos a los 6 meses de cada grupo. Este difiere con el valor calculado dentro del artículo mediante la regresión lineal -3,69 (-8,34 a 0,96)
- El OR ajustado al cluster en el artículo fue 0,10 (0,01 a 0,75) p=0.024

Bibliografía: Fan VS 2012

Evaluación de la calidad							Nº de pacientes		Efecto		Calidad	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Programa de gestión integral de atención	guía base de cuidado usual	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Tiempo en la primera hospitalización por EPOC (seguimiento: 12 meses; evaluado con: 1 o más síntomas respiratorios)												
1	ensayos aleatorios a	no es serio b	serio c	no es serio	serio d	ninguno	36/209 (17.2%)	34/217 (15.7%)	HR 1.13 (0.70 a 1.80)	18 más por 1.000 (de 44 menos a 107 más)	⊕⊕○○ BAJA	IMPORTANTE
Mortalidad (seguimiento: 18 meses; evaluado con: Muerte relacionada EPOC)												
1	ensayos aleatorios a	no es serio b	serio c,e	no es serio	no es serio	ninguno	28/209 (13.4%)	10/217 (4.6%)	HR 3.60 (1.46 a 6.17)	110 más por 1.000 (de 20 más a 206 más)	⊕⊕⊕○ MODERADO	CRÍTICO j
Exacerbación por persona-año (seguimiento: 12 meses; evaluado con: Números de episodios de exacerbación)												
1	ensayos aleatorios a	no es serio b	serio c	no es serio	serio f	ninguno	209	217	-	Rate Ratio 1.03 más alto. (0.97 más alto. a 1.1 más alto.)	⊕⊕○○ BAJA	IMPORTANTE
Exacerbación tratada con prednisona (seguimiento: 12 meses; evaluado con: Numero de exacerbación que requirió prednisona)												

Evaluación de la calidad							Nº de pacientes		Efecto		Calidad	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Programa de gestión integral de atención	guía base de cuidado usual	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
1	ensayos aleatorios a	no es serio b	serio c	serio g	no es serio	ninguno	209	217	-	Rate Ratio 1.25 más alto. (1.05 más alto. a 1.48 más alto.)	⊕⊕○○ BAJA	NO ES IMPORTANTE
Cambios en el conocimiento relacionado con EPOC (seguimiento: 12 meses; evaluado con: Cuestionario de 15 ítems relacionado al uso de medicamentos, manejo de la disnea y la exacerbación)												
1	ensayos aleatorios a	no es serio b	serio c	serio h	no es serio	ninguno	101	108	-	MD 0.11 más alto. (0.44 menor a 0.66 más alto.)	⊕⊕○○ BAJA	IMPORTANTE k
Estado general de Salud (seguimiento: 12 meses; evaluado con: Form-12 corta)												
1	ensayos aleatorios a	no es serio b	serio c	serio i	no es serio	ninguno	101	108	-	MD 0.31 más alto. (2.77 menor a 3.39 más alto.)	⊕⊕○○ BAJA	IMPORTANTE k

CI: Intervalo de confianza; **HR:** Razón de riesgos instantáneos; **MD:** Diferencia medias

a. Multicéntricos

b. El estudio presenta riesgo poco claro en la ocultación de la asignación y de datos incompletos (no sustentaron las pérdidas)

c. Los pacientes los reclutaron en 20 hospitales de los cuales no describen las diferencias de la población.

d. El HR reportado con su respectivo IC abarca el 1

e. Debido a esto, es posible la alta mortalidad por la cual debieron detener el estudio

f. El IC abarca el 1 del desenlace en EPOC

g. No especifica si es una recomendación de la guía de practica clínica

h. Debido a que incluyeron a la mitad de los pacientes, no realiza la explicación

i. Este resultado no se describe que sea directamente de las recomendaciones de las guías

- j. El estudio fue detenido por la alta cantidad inexplicable de mortalidad en el grupo de intervención. El HR reportado son los correspondientes a los de EPOC hasta los 12 meses
- k. La diferencia de media fue realizada mediante RevMan 5.3 con los datos del estudio

Autor(es): Nathaly Garzón

Fecha: 6-2-17

Pregunta: Programa aeróbico de caminar basado en la comunidad + intervención en el comportamiento + folleto comparado con Folleto educacional de la guía para Pacientes adultos con osteoartritis moderada

Bibliografía: Brosseau 2012

Evaluación de la calidad							Nº de pacientes		Efecto		Calidad	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Programa aeróbico de caminar basado en la comunidad + intervención en el comportamiento + folleto	Folleto educacional de la guía	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Adherencia al programa de caminata (seguimiento: 12 meses; evaluado con: nº de sesiones de caminatas asistidas/con el numero prescriptas. Grupo control fue medido con un diario)												
1	ensayos aleatorios	serio a	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	69	73	-	MD 0.04 menor (0.19 menor a 0.1 más alto.)	⊕⊕⊕○ MODERADO	IMPORTANTE g
Reducción de la tasa de deserción (seguimiento: 18 meses)												
1	ensayos aleatorios	serio a	no es serio	no es serio	serio b	ninguno	28/69 (40.6%)	38/73 (52.1%)	RR 0.78 (0.54 a 1.12)	115 menos por 1.000 (de 62 más a 239 menos)	⊕⊕○○ BAJA	IMPORTANTE h
Cambio comportamiento para mejorar autoeficacia (seguimiento: 18 meses; evaluado con: Cuestionario de Stanford para enfermedades crónicas)												
1	ensayos aleatorios	serio a	no es serio	no es serio	serio c	ninguno	41	36	-	MD 0.05 más alto. (0.41 menor a 0.5 más alto.)	⊕⊕○○ BAJA	IMPORTANTE i

Evaluación de la calidad							Nº de pacientes		Efecto		Calidad	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Programa aeróbico de caminar basado en la comunidad + intervención en el comportamiento + folleto	Folleto educacional de la guía	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Morbilidad (seguimiento: 18 meses; evaluado con: The Arthritis Impact Measurement Scale (AIMS2))												
1	ensayos aleatorios	serio a	no es serio	no es serio	serio c	ninguno	42	36	-	MD 0.38 más alto. (0.09 menor a 0.85 más alto.)	⊕⊕○○ BAJA	IMPORTANTE j
Síntomas (seguimiento: 18 meses; evaluado con: The Arthritis Impact Measurement Scale (AIMS2))												
1	ensayos aleatorios	serio a	no es serio	no es serio	muy serio c,d	ninguno	42	35	-	MD 0.24 más alto. (0.74 menor a 1.23 más alto.)	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE k
Caminar y doblarse (seguimiento: 18 meses; evaluado con: The Arthritis Impact Measurement Scale (AIMS2))												
1	ensayos aleatorios	serio a	no es serio	no es serio	muy serio c, d	ninguno	42	36	-	MD 0.99 más alto. (0.01 menor a 2 más alto.)	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE l
Dolor artritis (seguimiento: 18 meses; evaluado con: The Arthritis Impact Measurement Scale (AIMS2))												

Evaluación de la calidad							Nº de pacientes		Efecto		Calidad	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Programa aeróbico de caminar basado en la comunidad + intervención en el comportamiento + folleto	Folleto educacional de la guía	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
1	ensayos aleatorios	serio a	no es serio	serio e	muy serio c, d	ninguno	42	35	-	MD 0.24 más alto. (0.74 menor a 1.23 más alto.)	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE k
Auto-cuidado (seguimiento: 12 meses; evaluado con: The Arthritis Impact Measurement Scale (AIMS2))												
1	ensayos aleatorios	serio a	no es serio	no es serio	serio c	ninguno	44	41	-	MD 0.06 menor (0.18 menor a 0.05 más alto.)	⊕⊕○○ BAJA	IMPORTANTE m
Funcionamiento físico (seguimiento: 18 meses; evaluado con: SF-36 formato corto)												
1	ensayos aleatorios	serio a	no es serio	no es serio	muy serio c, d, f	ninguno	42	36	-	MD 12.44 menor (22.5 menor a 2.36 menor)	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE n
Índice de salud Mental (seguimiento: 18 meses; evaluado con: SF- 36 Formato Corto)												
1	ensayos aleatorios	serio a	no es serio	no es serio	muy serio c, d, f	ninguno	42	36	-	MD 1.92 menor (8.73 menor a 4.88 más alto.)	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE o

Evaluación de la calidad							Nº de pacientes		Efecto		Calidad	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Programa aeróbico de caminar basado en la comunidad + intervención en el comportamiento + folleto	Folleto educacional de la guía	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Estado Funcional (seguimiento: 18 meses; evaluado con: WOMAC)												
1	ensayos aleatorios	serio a	no es serio	no es serio	muy serio c, d, f	ninguno	42	35	-	MD 4.68 más alto. (2.79 menor a 12.15 más alto.)	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE p

CI: Intervalo de confianza; **MD:** Diferencia media; **RR:** Razón de riesgo

a. Presenta un riesgo alto debido a datos incompletos que no coincide con los cálculos realizados

b. El IC para el Risk Ratio calculado con los datos, cruza por el 1

c. Incluye a la mitad de los pacientes en el seguimiento a las 12 y 18 meses

d. El IC para el cálculo de diferencia de medias cruza el 0

e. Los resultados son los mismos que el desenlace de Síntomas, no realizan la explicación de estos resultados

f. IC muy amplio

g. La diferencia de medias se calculó con los datos del estudio. El dato en la tabla fue el seguimiento a los 12 meses, el de los tres meses fue 0.15 (IC 0.03-0.27)

h. El RR fue calculado con los datos del estudio en RevMan 5.3. El dato reportado fue el seguimiento a los 18 meses, el de los 12 meses fue 0.82 (IC 0.57-1.19)

i. La diferencia de medias fue calculada en RevMan 5.3 con los datos del estudio. La MD a los 12 meses fue de 0.05 (IC -0.29, 0.38)

j. La diferencia de medias fue calculada en RevMan 5.3 con los datos del estudio. La MD a los 12 meses fue de 0.05 (IC -0.37, 0.47)

k. La diferencia de medias fue calculada en RevMan 5.3 con los datos del estudio. La MD a los 12 meses fue de 0.30 (IC -0.69, 1.29)

l. La diferencia de medias fue calculada en RevMan 5.3 con los datos del estudio. La MD a los 12 meses fue de 0.61 (IC -0.40, 1.61)

m. La diferencia de medias fue calculada en RevMan 5.3 con los datos del estudio. Solo se observa la de los 12 meses debido a los 18 el dato fue cero

n. La diferencia de medias fue calculada en RevMan 5.3 con los datos del estudio. La MD a los 12 meses fue de -0.04 (IC -10.02, 9.93)

o. La diferencia de medias fue calculada en RevMan 5.3 con los datos del estudio. La MD a los 12 meses fue de -1.37 (IC -7.58, 4.85)

p. La diferencia de medias fue calculada en RevMan 5.3 con los datos del estudio. La MD a los 12 meses fue de 1.28 (IC -5.61, 8.17)

Bibliografía: Brosseau 2012

Evaluación de la calidad							Nº de pacientes		Efecto		Calidad	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Programa aeróbico de caminar basado en la comunidad + folleto	Folleto educacional de la guía	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Adherencia al programa de caminata (seguimiento: 12 meses; evaluado con: nº de sesiones de caminatas asistidas/con el numero prescriptas. Grupo control fue medido con un diario)												
1	ensayos aleatorios	serio a	serio b	no es serio	no es serio	ninguno	79	73	-	MD 0.03 menor (0.17 menor a 0.11 más alto.)	⊕⊕○○ BAJA	IMPORTANTE g
Reducción de la tasa de deserción (seguimiento: 18 meses)												
1	ensayos aleatorios	serio a	serio b	no es serio	serio c	ninguno	35/79 (44.3%)	38/73 (52.1%)	RR 0.85 (0.61 a 1.19)	78 menos por 1.000 (de 99 más a 203 menos)	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE h
Cambio comportamiento para mejorar autoeficacia (seguimiento: 18 meses; evaluado con: Cuestionario de Stanford para enfermedades crónicas)												
1	ensayos aleatorios	serio a	serio b	no es serio	serio d	ninguno	44	36	-	MD 0.28 menor (0.74 menor a 0.19 más alto.)	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE i
Morbilidad (seguimiento: 18 meses; evaluado con: The Arthritis Impact Measurement Scale (AIMS2))												

Evaluación de la calidad							Nº de pacientes		Efecto		Calidad	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Programa aeróbico de caminar basado en la comunidad + folleto	Folleto educacional de la guía	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
1	ensayos aleatorios	serio a	serio b	no es serio	serio d	ninguno	44	36	-	MD 0.33 más alto. (0.13 menor a 0.79 más alto.)	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE j
Síntomas (seguimiento: 18 meses; evaluado con: The Arthritis Impact Measurement Scale (AIMS2))												
1	ensayos aleatorios	serio a	serio b	no es serio	muy serio d, e	ninguno	44	35	-	MD 0.04 más alto. (1 menor a 1.08 más alto.)	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE k
Caminar y doblarse (seguimiento: 18 meses; evaluado con: The Arthritis Impact Measurement Scale (AIMS2))												
1	ensayos aleatorios	serio a	serio b	no es serio	muy serio d, e	ninguno	44	36	-	MD 0.96 más alto. (0.01 menor a 1.94 más alto.)	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE l
Dolor artritis (seguimiento: 18 meses; evaluado con: The Arthritis Impact Measurement Scale (AIMS2))												
1	ensayos aleatorios	serio a	no es serio	serio	muy serio d, e	ninguno	44	35	-	MD 1 más alto. (0.03 menor a 2.03 más alto.)	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE k

Evaluación de la calidad							Nº de pacientes		Efecto		Calidad	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Programa aeróbico de caminar basado en la comunidad + folleto	Folleto educacional de la guía	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Auto-cuidado (seguimiento: 12 meses; evaluado con: The Arthritis Impact Measurement Scale (AIMS2))												
1	ensayos aleatorios	serio a	serio b	no es serio	serio d	ninguno	44	41	-	MD 0.02 más alto. (0.16 menor a 0.21 más alto.)	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE m
Funcionamiento físico (seguimiento: 18 meses; evaluado con: SF-36 formato corto)												
1	ensayos aleatorios	serio a	serio b	no es serio	muy serio d, e, f	ninguno	44	36	-	MD 7.54 menor (16.53 menor a 1.45 más alto.)	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE n
Índice de salud Mental (seguimiento: 18 meses; evaluado con: SF- 36 Formato Corto)												
1	ensayos aleatorios	serio a	serio b	no es serio	muy serio d, e, f	ninguno	44	36	-	MD 2.22 menor (9.4 menor a 4.97 más alto.)	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE o
Estado Funcional (seguimiento: 18 meses; evaluado con: WOMAC)												
1	ensayos aleatorios	serio a	serio b	no es serio	muy serio d, e, f	ninguno	43	35	-	MD 0.6 menor (7.53 menor a 6.33 más alto.)	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE p

CI: Intervalo de confianza; MD: Diferencia media; RR: Razón de riesgo

- a. Presenta un riesgo alto debido a datos incompletos que no coincide con los cálculos realizados
- b. Heterogeneidad en los grupos por severidad de la enfermedad: El grupo del programa aeróbico de caminar basado en la comunidad tenía un menor porcentaje de afectación de ambas rodillas en comparación con el grupo de auto-control
- c. El IC para el Risk Ratio calculado con los datos, cruza por el 1
- d. Incluye a la mitad de los pacientes en el seguimiento a las 12 y 18 meses
- e. El IC para el cálculo de diferencia de medias cruza el 0
- f. IC muy amplio
- g. La diferencia de medias se calculó con los datos del estudio. El dato en la tabla fue el seguimiento a los 12 meses, el de los tres meses fue 0.12 (IC 0.00-0.23)
- h. El RR fue calculado con los datos del estudio en RevMan 5.3. El dato reportado fue el seguimiento a los 18 meses, el de los 12 meses fue 0.87 (IC 0.62-1.23)
- i. La diferencia de medias fue calculada en RevMan 5.3 con los datos del estudio. La MD a los 12 meses fue de -0.33 (IC -0.67, 0.02)
- j. La diferencia de medias fue calculada en RevMan 5.3 con los datos del estudio. La MD a los 12 meses fue de -0.11 (IC -0.56, 0.34)
- k. La diferencia de medias fue calculada en RevMan 5.3 con los datos del estudio. La MD a los 12 meses fue de 0.00 (IC -1.01, 1.01)
- l. La diferencia de medias fue calculada en RevMan 5.3 con los datos del estudio. La MD a los 12 meses fue de 0.28 (IC -0.73, 1.28)
- m. La diferencia de medias fue calculada en RevMan 5.3 con los datos del estudio. Solo se observa la de los 12 meses debido a los 18 el dato fue cero
- n. La diferencia de medias fue calculada en RevMan 5.3 con los datos del estudio. La MD a los 12 meses fue de 1.92 (IC -7.89, 11.72)
- o. La diferencia de medias fue calculada en RevMan 5.3 con los datos del estudio. La MD a los 12 meses fue de -3 (IC -9.47, 3.46)
- p. La diferencia de medias fue calculada en RevMan 5.3 con los datos del estudio. La MD a los 12 meses fue de -1.27 (IC -8.10, 5.56)

Bibliografía: Thomson RG 2007

Evaluación de la calidad							Nº de pacientes		Efecto		Calidad	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Ayudas de decisión computarizadas	Guía basada en la evidencia en papel	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Conflicto decisión (seguimiento: 3 meses; evaluado con: Cuestionario)												
1	estudios observacionales a	muy serio b	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	69	67	-	MD 0.15 menor (0.37 menor a 0.06 más alto.)	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE d
Inicio de tratamiento con warfarina (seguimiento: 3 meses; evaluado con: Proporción)												
1	estudios observacionales a	muy serio b	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	39/53 (73.6%)	50/56 (89.3%)	RR 0.82 (0.68 a 0.99)	161 menos por 1.000 (de 9 menos a 286 menos)	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE
Conocimiento (seguimiento: 3 meses; evaluado con: Cuestionario)												
1	estudios observacionales a	muy serio b	no es serio	no es serio	serio c	ninguno	Although the overall knowledge scores improved slightly post-clinic, by three months they were back to pre-clinic levels; there was no difference between decision aid and guidelines groups at any point				⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE
Ansiedad (evaluado con: Cuestionario)												

Evaluación de la calidad							Nº de pacientes		Efecto		Calidad	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Ayudas de decisión computarizadas	Guía basada en la evidencia en papel	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
1	estudios observacionales a	muy serio b	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	53	56	-	MD 4.57 Menos. (6.3 menos a 2.84 menos.)	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE e

CI: Intervalo de confianza; **MD:** Diferencia media; **RR:** Razón de riesgo

a. Antes y después

b. Debido principalmente al tipo de estudio, cegamiento incompleto ya que solo se hizo al personal y no a los participantes, desequilibrio de datos incompletos en los grupos, y alto sesgo de notificación selectiva de los resultados

c. No se observan los datos para llegar a la descripción que realizan narrativamente

d. La diferencia de medias fue reportado por el estudio. La MD post-intervención fue de -0.18 (IC 95% -.034 a -0.01)

e. No se evidencia que esta reducción varié entre los dos grupos (F1,95=0.001; p=0.98)

Autor(es): Nathaly Garzón

Fecha: 13-2-17

Pregunta: Talleres multidisciplinario de las GPC para pacientes educadores comparado con Talleres de los pacientes educadores a pacientes de la comunidad para pacientes con artritis reumatoide u osteoartritis

Bibliografía: Brosseau L 2012a

Evaluación de la calidad							Nº de pacientes		Efecto		Calidad	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Talleres multidisciplinario de las GPC para pacientes educadores	Talleres de los pacientes educadores a pacientes de la comunidad	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Adquisición de nuevo conocimiento (evaluado con: Cuestionario)												
1	estudios observacionales a	muy serio b	serio c	no es serio	muy serio d	ninguno	23	26	-	MD 0.32 menor (1.96 menor a 1.32 más alto.)	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE g h
Intención y uso de las estrategias de autogestión (evaluado con: Acuerdo en el uso después de la intervención)												
1	estudios observacionales a	muy serio b	serio c	serio e	muy serio f	ninguno	Para este desenlace se realizó unificando los dos grupos encontrando: Almost all (98%) patients with OA intended to use at least one self-management strategy and more than half (68%) intended to use three or more strategies. Similarly, patients with RA intended to use at least one strategy and 76% intended to use three or more strategies				⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE

CI: Intervalo de confianza; **MD:** Diferencia media

a. Antes y Después

b. Debido principalmente al tipo de estudio, presenta alto sesgo en la generación aleatoria, ocultamiento y cegamiento, se observan datos faltantes

c. Debido a que incluyen dos grandes grupos de poblaciones pacientes con artritis reumatoide u osteoartritis. Además, no se observa la severidad o comorbilidades, con llevando a posible heterogeneidad de la población

d. Muy pocos pacientes

e. Debido a que se realiza solo con el acuerdo al uso de la estrategia después de la intervención.

f. Muy pocos pacientes y no hay datos suficientes del desenlace, además de unir los dos grupos para dar la conclusión

g. Dentro del estudio se evidencia otro grupo de medios de prensa, pero no se observa comparación con los demás grupos

h. Las diferencias de antes y después presento $t(38) = 7.45, p < 0.01$

Autor(es): Nathaly Garzón

Fecha: 13-2-17

Pregunta: Diseminación tradicional comparado con Diseminación a través de medios sociales de las GPC de medicina complementaria y alternativa para pacientes con esclerosis múltiple

Bibliografía: Narayanaswami P 2015

Evaluación de la calidad							Nº de pacientes		Efecto		Calidad	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Diseminación tradicional	Diseminación a través de medios sociales de las GPC de medicina complementaria y alternativa	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Conocimiento de las recomendaciones (evaluado con: Cuestionario de 6 preguntas)												
1	estudios observacionales a	muy serio b	serio c	no es serio	serio d	ninguno			Cambio en la proporción (%) -4 (-14 a 6)	-	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE e
Cambios de la proporción del reporte de intención de discusión de las guías												
1	estudios observacionales a	muy serio b	serio c	no es serio	serio d	ninguno			% de cambio -8 (-22 a 8)	-	⊕○○○ MUY BAJA	NO ES IMPORTANTE e

- IC:** Intervalo de confianza
- a. Series de Tiempos
 - b. Principalmente por el tipo de estudio, y presenta alto riesgo en cada uno de los ítems evaluados.
 - c. No se observa una descripción clara de los pacientes, ni las características demográficas, severidad de la enfermedad ni comorbilidades
 - d. IC muy amplio y cruza por el 1 y alta perdidas de datos
 - e. No se observa el dato exacto de las proporciones de pacientes en cada grupo, solamente el dato del cambio de porcentaje

Autor(es): Nathaly Garzón

Fecha: 13-2-17

Pregunta: DS + recurso web comparado con Disseminación estándar de la guía para pacientes sometidos a cirugía de ortopedia o ginecología

Bibliografía: Rycroft-Malone J 2012

Evaluación de la calidad							Nº de pacientes		Efecto		Calidad	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	DS + recurso web	Diseminación estándar de la guía	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Tiempo promedio en horas de ayuno de líquidos (seguimiento: 6 meses; evaluado con: calculado en cuatro tiempos de pre-post intervención)												
1	estudios observacionales a	serio b	muy serio c	no es serio	serio d	ninguno	6	7	-	MD 0.72 menor (2.67 menor a 1.23 más alto.)	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE e
Tiempo promedio en horas de ayuno de alimentos (seguimiento: 6 meses; evaluado con: Calculado con los 4 tiempos de pre-post intervención)												
1	estudios observacionales a	serio b	muy serio c	no es serio	serio d	ninguno	6	7	-	MD 0.1 más alto. (1.11 menor a 1.31 más alto.)	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE f

IC: Intervalo de confianza; **MD:** Diferencia media

a. Estudio cluster de series de tiempos

b. No se realiza cegamiento a los participantes ni investigadores, es poco clara la notificación selectiva de los resultados

c. No se realiza una adecuada descripción de la población, y al ser una población tan heterogénea debido a que eran de distintos servicios y de 19 centros

d. IC calculado cruza por el 0

e. Las diferencias de medias entre los grupos cluster fue calculado en RevMan 5.3, el reportado en la tabla es a la comparación de los dos grupos post-intervención. La MD pre-intervención fue: -1.27 (IC 95% -3.45 a 0.91)

f. Las diferencias de medias entre los grupos cluster fue calculado en RevMan 5.3, el reportado en la tabla es a la comparación de los dos grupos post-intervención. La MD pre-intervención fue: -0.40 (IC 95% -1.38 a 0.58)

Autor(es): Nathaly Garzón
Fecha: 13-2-17
Pregunta: DS + plan- do-study-act comparado con Diseminación estándar de la guía para pacientes sometidos a cirugía de ortopedia o ginecología
Bibliografía: Rycroft-Malone J 2012

Evaluación de la calidad							Nº de pacientes		Efecto		Calidad	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	DS + plan-do-study-act	Diseminación estándar de la guía	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Tiempo promedio en horas de ayuno de líquidos (seguimiento: 6 meses; evaluado con: calculado en cuatro tiempos de pre-post intervención)												
1	estudios observacionales a	serio b	muy serio c	no es serio	muy serio d	ninguno	6	7	-	MD 0.07 menor (2.16 menor a 2.02 más alto.)	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE e
Tiempo promedio en horas de ayuno de alimentos (seguimiento: 6 meses; evaluado con: Calculado con los 4 tiempos de pre-post intervención)												
1	estudios observacionales a	serio b	muy serio c	no es serio	muy serio d	ninguno	6	7	-	MD 0.4 menor (1.49 menor a 0.69 más alto.)	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE f

CI: Intervalo de confianza; **MD:** Diferencia media

a. Estudio cluster de series de tiempos

b. No se realiza cegamiento a los participantes ni investigadores, es poco claro la notificación selectiva de los resultados

c. No se realiza una adecuada descripción de la población, y al ser una población tan heterogénea debido a que eran de distintos servicios y de 19 centros

d. IC calculado cruza por el 0 y amplios

e. Las diferencias de medias entre los grupos cluster fue calculado en RevMan 5.3, el reportado en la pabla es a la comparación de los dos grupos post-intervención. La MD pre-intervención fue: - 0.24 (IC 95% -2.55 a 2.07)

f. Las diferencias de medias entre los grupos cluster fue calculado en RevMan 5.3, el reportado en la tabla es a la comparación de los dos grupos post-intervención. La MD pre-intervención fue: - 0.20 (IC 95% -0.98 a 0.58)

Autor(es): Nathaly Garzón

Fecha: 13-2-17

Pregunta: Médicos y pacientes intervenidos con estrategias de educación (MD-I/Pt-I) comparado con cuidado usual del médico y material impreso para pacientes (MD-C/Pt-C) para pacientes hipertensos

Bibliografía: Svetkey LP 2009

Evaluación de la calidad							Nº de pacientes		Efecto		Calidad	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Médicos y pacientes intervenidos con estrategias de educación (MD-I/Pt-I)	cuidado usual del médico y material impreso para pacientes (MD-C/Pt-C)	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Cambios de la medición de presión sistólica (seguimiento: 6 meses; evaluado con: cambios en mmHg)												
1	ensayos aleatorios a	serio b	serio c	no es serio	serio d	ninguno	132	132	-	MD 3 menor. (6.08 menor a 0.08 más alto.)	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE f
Proporción presión arterial (seguimiento: 18 meses; evaluado con: % de pacientes con el cumplimiento de la recomendación de las GPC)												
1	ensayos aleatorios a	serio b	serio c	no es serio	serio d	ninguno	73/128 (53%)	77/122 (63.1%)	RR 0.90 (0.74 a 1.11)	63 menos por 1.000 (de 69 más a 164 menos)	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE g
Cambios en la actividad física con la media de cambio entre la línea de base y el seguimiento (seguimiento: 18 meses; evaluado con: triaxial accelerometer, minutos/semana)												
1	ensayos aleatorios a	serio b	serio c	no es serio	muy serio d, e	ninguno	128	122	-	MD 12.3 más alto. (20 menor a 44 más alto.)	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE h

Evaluación de la calidad							Nº de pacientes		Efecto		Calidad	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Médicos y pacientes intervenidos con estrategias de educación (MD-I/Pt-I)	cuidado usual del médico y material impreso para pacientes (MD-C/Pt-C)	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Cambio del peso en libras con la media de cambio entre la línea de base y el seguimiento (seguimiento: 18 meses)												
1	ensayos aleatorios a	serio b	serio c	no es serio	serio d	ninguno	128	122	-	MD 1.7 menor (4.42 menor a 1.02 más alto.)	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE i

CI: Intervalo de confianza; **MD:** Diferencia media; **RR:** Razón de riesgo

a. Diseño factorial 2*2

b. el sesgo de ocultamiento es poco claro, no se realiza cegamiento de los pacientes ni de los médicos, de observan datos faltantes desequilibrados

c. No se observa la descripción del entorno y localización de los pacientes. Además de que en la parte de IMC se observa que el grupo control presenta un IMC promedio adecuado a diferencia de los demás grupos que presentan sobre peso y obesidad grado 1

d. El IC calculado cruza 0

e. IC es muy amplio

f. the main effect of Pt-I was a net reduction of 2.6mmHg (CI -4.4 to -0.7, p=.01)

g. El RR fue calculado en RevMan 5.3. El dato de la tabla es el seguimiento a los 18 meses. El RR de los 6 meses fue 1.12 (IC 95% 0.92 a 1.36)

h. El RR fue calculado en RevMan 5.3. El dato de la tabla es el seguimiento a los 18 meses. El RR de los 6 meses fue 44 (IC 95% 13 a 75)

i. El RR fue calculado en RevMan 5.3. El dato de la tabla es el seguimiento a los 18 meses. El RR de los 6 meses fue -6.7 (IC 95% -8.82 a -4.58)

Bibliográfia: Svetkey LP 2009

Evaluación de la calidad							Nº de pacientes		Efecto		Calidad	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Médicos con cuidado usual y pacientes intervenidos con estrategias de educación (MD-C/Pt-I)	cuidado usual del médico y material impreso para pacientes (MD-C/Pt-C)	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Cambios de la medición de presión sistólica (seguimiento: 6 meses; evaluado con: cambios en mmHg)												
1	ensayos aleatorios a	serio b	serio c	no es serio	muy serio d, e, f	ninguno	124	132	-	MD 0.4 menor. (3.45 menor a 2.65 más alto.)	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE
Proporción presión arterial (seguimiento: 18 meses; evaluado con: % de pacientes con el cumplimiento de la recomendación de las GPC)												
1	ensayos aleatorios a	serio b	serio c	no es serio	muy serio d, f	ninguno	74/124 (59.7%)	77/122 (63.1%)	RR 0.95 (0.78 a 1.15)	32 menos por 1.000 (de 95 más a 139 menos)	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE g
Cambios en la actividad física con la media de cambio entre la línea de base y el seguimiento (seguimiento: 18 meses; evaluado con: triaxial accelerometer, minutos/semana)												

Evaluación de la calidad							Nº de pacientes		Efecto		Calidad	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Médicos con cuidado usual y pacientes intervenidos con estrategias de educación (MD-C/Pt-I)	cuidado usual del médico y material impreso para pacientes (MD-C/Pt-C)	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
1	ensayos aleatorios a	serio b	serio c	no es serio	muy serio d,e,f	ninguno	124	122	-	MD 8.5 menor (44.07 menor a 27.07 más alto.)	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE h
Cambio del peso en libras con la media de cambio entre la línea de base y el seguimiento (seguimiento: 18 meses)												
1	ensayos aleatorios a	serio b	serio c	no es serio	serio d	ninguno	124	122	-	MD 0.5 menor (3.52 menor a 2.52 más alto.)	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE i

CI: Intervalo de confianza; **MD:** Diferencia media; **RR:** Razón de riesgo

a. Diseño factorial 2*2

b. el sesgo de ocultamiento es poco claro, no se realiza cegamiento de los pacientes ni de los médicos, de observan datos faltantes desequilibrados

c. No se observa la descripción del entorno y localización de los pacientes. Además de que en la parte de IMC se observa que el grupo control presenta un IMC promedio adecuado a diferencia de los demás grupos que presentan sobre peso y obesidad grado 1

d. El IC calculado cruza 0

e. IC es muy amplio

f. Las pérdidas desequilibradas entre los grupos

g. El RR fue calculado en RevMan 5.3. El dato de la tabla es el seguimiento a los 18 meses. El RR de los 6 meses fue 1.19 (IC 95% 0.98 a 1.44)

h. El RR fue calculado en RevMan 5.3. El dato de la tabla es el seguimiento a los 18 meses. El RR de los 6 meses fue 21.9 (IC 95% -5.72 a 49.5)

i. El RR fue calculado en RevMan 5.3. El dato de la tabla es el seguimiento a los 18 meses. El RR de los 6 meses fue -4.9 (IC 95% -6 a -3.8)

Autor(es): Nathaly Garzón

Fecha: 13-2-17

Pregunta: Médicos con estrategias de educación y pacientes con material impreso (MD-I/Pt-C) comparado con cuidado usual del médico y material impreso para pacientes (MD-C/Pt-C) para pacientes hipertensos

Bibliografía: Svetkey LP 2009

Evaluación de la calidad							Nº de pacientes		Efecto		Calidad	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Médicos con estrategias de educación y pacientes con material impreso (MD-I/Pt-C)	cuidado usual del médico y material impreso para pacientes (MD-C/Pt-C)	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Cambios de la medición de presión sistólica (seguimiento: 6 meses; evaluado con: cambios en mmHg)												
1	ensayos aleatorios a	serio b	serio c	no es serio	serio d	ninguno	137	132	-	MD 1.4 más alto (1.58 menor a 4.38 más alto.)	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE
Proporción presión arterial (seguimiento: 18 meses; evaluado con: % de pacientes con el cumplimiento de la recomendación de las GPC)												
1	ensayos aleatorios a	serio b	serio c	no es serio	serio d	ninguno	76/134 (56.7%)	77/122 (63.1%)	RR 0.90 (0.74 a 1.10)	63 menos por 1.000 (de 63 más a 164 menos)	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE g
Cambios en la actividad física con la media de cambio entre la línea de base y el seguimiento (seguimiento: 18 meses; evaluado con: triaxial accelerometer, minutos/semana)												
1	ensayos aleatorios a	serio b	serio c	no es serio	muy serio d, e, f	ninguno	134	122	-	MD 18 más alto. (12.46 menor a 48.46 más alto.)	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE h

Evaluación de la calidad							Nº de pacientes		Efecto		Calidad	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Médicos con estrategias de educación y pacientes con material impreso (MD-I/Pt-C)	cuidado usual del médico y material impreso para pacientes (MD-C/Pt-C)	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Cambio del peso en libras con la media de cambio entre la línea de base y el seguimiento (seguimiento: 18 meses)												
1	ensayos aleatorios a	serio b	serio c	no es serio	serio d	ninguno	134	122	-	MD 1.7 más alto. (1.41 menor a 4.81 más alto.)	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE i

CI: Intervalo de confianza; **MD:** Diferencia media; **RR:** Razón de riesgo

a. Diseño factorial 2*2

b. el sesgo de ocultamiento es poco claro, no se realiza cegamiento de los pacientes ni de los médicos, de observan datos faltantes desequilibrados

c. No se observa la descripción del entorno y localización de los pacientes. Además de que en la parte de IMC se observa que el grupo control presenta un IMC promedio adecuado a diferencia de los demás grupos que presentan sobre peso y obesidad grado 1

d. El IC calculado cruza 0

e. IC es muy amplio

f. Las pérdidas desequilibradas entre los grupos

g. El RR fue calculado en RevMan 5.3. El dato de la tabla es el seguimiento a los 18 meses. El RR de los 6 meses fue 0.87 (IC 95% 0.70 a 1.09)

h. El RR fue calculado en RevMan 5.3. El dato de la tabla es el seguimiento a los 18 meses. El RR de los 6 meses fue 34.2 (IC 95% -19.84 a 88)

i. El RR fue calculado en RevMan 5.3. El dato de la tabla es el seguimiento a los 18 meses. El RR de los 6 meses fue 1 (IC 95% -1.16 a 3.16)