

Barreras y facilitadores para el uso de las guías de práctica clínica por residentes de Medicina Familiar y Comunitaria: estudio cualitativo con grupos focales

Isabel del Cura-González^{a,e}, Begoña Román-Crespo^f, Gloria Ariza-Cardiel^{c,d,g}, Eva Bolaños-Gallardo^h, Elena Polentinos-Castro^{a,d}, Rodrigo Medina-García^{a,d,i}, Jesús Martín-Fernández^{b,c,d,g} y GRUPO EDUCAGUIA

^aUnidad de Investigación. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud, Madrid.

^bDepartamento de Especialidades Médicas y Salud Pública. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos. Alcorcón, Madrid.

^cRed de Investigación Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud (RICAPPS).

^dInstituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón. Madrid.

^eAgeing Research Center. Karolinska Institute. Estocolmo (Suecia).

^fUnidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria Este. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud. Madrid.

^gUnidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria Oeste. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud. Madrid.

^h Profesional independiente. Especialista en investigación cualitativa.

ⁱ CS General Ricardos. Dirección Asistencial Centro. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud.

Correspondencia:

Isabel del Cura-González. Unidad de Investigación. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud. Calle San Martín de Porres, n.º 6. 28035 Madrid

Correo electrónico:

isabel.cura@salud.madrid.org

Recibido el 12 de enero de 2024. Aceptado para su publicación el 8 de febrero de 2024



El contenido de la Revista Clínica de Medicina de Familia está sujeto a las condiciones de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0

RESUMEN

Antecedentes y objetivo: identificar barreras y facilitadores para el uso de las guías de práctica clínica (GPC) por residentes de Medicina Familiar y Comunitaria.

Material y métodos: metodología cualitativa. Se formaron tres grupos focales, total 28 residentes de tercer y cuarto año de las siete unidades docentes multiprofesionales de Atención Familiar y Comunitaria de Madrid. Los temas explorados fueron: conocimiento, comprensión, utilidad y uso de GPC. Las categorías elegidas para agrupar el discurso se elaboraron siguiendo el *Manual metodológico de GuíaSalud*. Análisis sociológico bajo la perspectiva fenomenológica.

Resultados: las barreras relacionadas con la formación fueron el modelo de formación recibida para adquirir las habilidades necesarias, la falta de conocimientos para evaluar la calidad de las guías y un limitado conocimiento de los buscadores. Entre las barreras del contexto social y del sistema sanitario, se identificaron el conflicto con las expectativas del paciente, con las recomendaciones de otros especialistas, las características de los pacientes que consultan en Atención Primaria (AP) y la limitación de tiempo en las consultas. Como facilitadores se identificaron la motivación personal, los conocimientos y el modelo de práctica profesional del tutor y que las GPC fueran claras, breves y en diversos formatos.

Conclusiones: los residentes dan valor a las GPC como herramientas docentes, de ayuda a la toma de decisiones y para desempeñar un mejor ejercicio profesional, aunque encuentran dificultades y limitaciones en su uso. El papel del tutor se identifica como clave; la formación, motivación y el modelo de práctica del tutor son considerados como los mayores facilitadores.

Palabras clave: guías de práctica clínica, Medicina Familiar, residencia, investigación cualitativa.

BARRIERS AND FACILITATORS FOR THE USE OF CLINICAL PRACTICE GUIDELINES BY FAMILY AND COMMUNITY MEDICINE RESIDENTS: QUALITATIVE STUDY WITH FOCUS GROUPS

ABSTRACT

Background and objective: To identify barriers and facilitators for the use of Clinical Practice Guidelines (CPG) by Family and Community Medicine residents.

Material and methods: Qualitative methodology. Three focus groups were set up, with a total of 28 participants, 3rd and 4th year residents of the 7 Multiprofessional Family and Community Care Teaching Units of Madrid. The topics explored were based on knowledge, understanding, usefulness and use of CPG. The categories chosen for discussion were drawn up according to the *GuíaSalud Methodological Manual*. Sociological analysis was performed using a phenomenological approach.

Results: The barriers related to training were the training model received to acquire the necessary skills, the lack of knowledge to evaluate the quality of guidelines and a limited knowledge of the search engines. Among the barriers related to social context and health system, conflict with the patient's expectations or with the recommendations of other specialists, the characteristics of patients who consult in primary care and the limited time available for consultations were all identified. Personal motivation, the tutor's knowledge and professional practice model and clear, brief CPGs and in various formats were all identified as facilitators.

Conclusions: Residents value CPGs as teaching and decision-making tools, as well as a tool to improve their professional practice. However, they detect difficulties and limitations in their use. Training, motivation and the tutor's practice model are considered to be among the greatest facilitators.

Keywords: Family Practice, Internship and Residency, Practice Guideline, Qualitative Research.

INTRODUCCIÓN

Las guías de práctica clínica (GPC) se definen como un conjunto de recomendaciones basadas en la evidencia científica y diseñadas para ayudar tanto a profesionales de la salud como a las personas usuarias a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas para tratar una condición clínica específica. Las GPC tienen la potencialidad de reducir la variabilidad y mejorar la práctica clínica y pueden ser consideradas como un instrumento clave para la transferencia del conocimiento a la práctica clínica y con potencialidad como herramientas docentes¹, aunque hay autoras y autores que consideran que las GPC pueden ser también un instrumento que amenaza la autonomía en la toma de decisiones y que no responden a las necesidades específicas de los y las pacientes en Atención Primaria (AP)². Sin duda, siguen siendo necesarios más estudios que aporten evidencia sobre la mejora de los resultados en salud de las personas en tratamiento tras el uso de GPC³⁻⁵. En nuestro entorno existen estudios sobre la actitud del personal médico sanitario que indican una variabilidad en las decisiones clínicas con un bajo nivel de adherencia a las recomendaciones de las GPC^{6,7}. El proyecto EDUCAGUIA estudió la efectividad de una estrategia educativa basada en juegos e-EDUCAGUIA⁸ para mejorar la adherencia a las recomendaciones de las guías en la prescripción de antibióticos por parte de residentes de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) en nuestro entorno, encontrando efectos positivos a corto plazo sobre los conocimientos y habilidades en la toma de decisiones sobre terapia antimicrobiana, aunque la adherencia a los juegos educativos fue moderada y las pérdidas en el seguimiento fueron elevadas y con diferencias de género.

En España existen diversas experiencias en la elaboración de GPC, muchas de ellas dirigidas específicamente a AP, siendo destacable el papel de GuíaSalud, organismo del Sistema Nacional de Salud entre cuyas funciones se encuentra la promoción del desarrollo de GPC y de otros productos como material para pacientes y las recomendaciones «no hacer».

La adecuada implementación de una GPC incluye no solamente la calidad y la rigurosidad de las evidencias, sino también la credibilidad de profesionales y organizaciones que la elaboran y otros factores contextuales, como características de pacientes, proveedores y organizaciones. Tras la elaboración, en la implementación hay que prestar especial atención al contexto —tanto institucional como social— y a identificar barreras y facilitadores para el cambio en la práctica clínica habitual⁹⁻¹¹. Existen diferentes clasificaciones de las barreras y facilitadores^{12,13}, siendo la propuesta de Grol et al una de las más aceptadas, clasificándolas en aquellas relacionadas con el profesional, el contexto organizativo y el contexto social¹³.

Como barreras relacionadas con profesionales, se han identificado, entre otras, el desacuerdo con las recomendaciones o la falta de formación para aplicarlas^{14,15}; relacionadas con la organización, la falta de tiempo o de apoyo de las instituciones¹⁶, y en relación con el contexto social, destacan la falta de adherencia de los pacientes o la demanda de tratamientos concretos^{16,17}. El estudio de barreras y facilitadores es también oportuno hacerlo para diferentes perfiles profesionales y en las distintas etapas del desarrollo profesional¹⁸. En España, Sola et al analizaron la percepción y actitud hacia las GPC del colectivo médico y concluyeron que las construcciones que

más impactaron sus actitudes fueron el conocimiento y la utilidad, destacando categorías como la confianza, la usabilidad, accesibilidad, difusión y los formatos de las GPC¹⁹.

Los estilos de práctica profesional se adoptan en los primeros años, y es en el período de la formación especializada cuando más habilidades se incorporan a la práctica y cuando hay una mayor sensibilidad ante las propias carencias formativas^{10,14}. Muchos de los programas formativos en especialidades médicas, incluida la de MFyC, recogen la necesidad de que las y los residentes conozcan la importancia de las GPC y las utilicen en su práctica clínica²⁰, de lo que también son conscientes las personas responsables de dicha formación, pero existen diferentes visiones sobre qué agentes tienen la responsabilidad de que el residente aprenda a utilizarlas y reconocen diferentes niveles de implicación en esta tarea²¹. En los escasos estudios en médicos residentes sobre experiencias de formación sobre GPC en diversas especialidades, la implementación y resultados han sido positivos^{9,22-24}.

La mayoría de los estudios que han analizado qué factores pueden interferir en el proceso de implementación de la evidencia y en la elección de las mejores estrategias para hacerlo se han hecho con metodología cualitativa^{15,25}, con técnicas de grupo focal que permite explorar las interacciones dinámicas entre los participantes según características socioculturales que nos ayudan a comprender sus prácticas cotidianas^{26,27}.

El objetivo de este estudio fue identificar barreras y elementos facilitadores para el uso de las guías de práctica clínica por los y las residentes de MFyC.

MÉTODOS

DISEÑO

Metodología cualitativa con grupos focales bajo una perspectiva fenomenológica. Este trabajo forma parte de un estudio de métodos mixtos-proyecto EDUCAGUIA, cuyo objetivo fue evaluar la efectividad de una estrategia de implementación de guías con gamificación en residentes de MFyC⁸. Para la elaboración del artículo, se han seguido las recomendaciones de Standards for Reporting Qualitative Research²⁸ y COREQ²⁹.

PARTICIPANTES Y CONTEXTO

Se seleccionaron residentes de tercer y cuarto año de MFyC de 22 centros de salud de las siete unidades docentes multiprofesionales de atención familiar y comunitaria (UDMAFyC) de Madrid. Se hizo un muestreo intencionado, buscando la representatividad discursiva. La selección de los perfiles se llevó a cabo basándose en la evidencia científica disponible y en la experiencia del equipo investigador cuyos componentes contaban con larga trayectoria como tutores de residentes, técnicos de unidad docente y jefes de estudios. Se seleccionaron los grupos en función de características sociodemográficas (edad, sexo, procedencia) y perfil profesional (lugar donde se hicieron los estudios de grado y años de experiencia profesional) (tabla 1). La captación la hizo cada UDMAFC.

Tabla 1. Características de los participantes

GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3
Edad: 26-32 años	Edad: 35-45 años	Cualquier edad
- Mujer, R3, España - Mujer, R3, otra procedencia - Mujer, R4, España - Mujer, R4, otra procedencia - Hombre, R3, España - Hombre, R3, otra procedencia - Hombre, R4, España - Hombre, R4, otra procedencia	- Mujer, R3, España - Mujer, R3, otra procedencia - Mujer, R4, España - Mujer, R4, otra procedencia - Hombre, R3, España - Hombre, R3, otra procedencia - Hombre, R4, España - Hombre, R4, otra procedencia	- Cualquier procedencia Mujeres: 5; hombres: 5 - Formación e interés por temas de medicina basada en la evidencia y lectura crítica - Conocedores y/o usuarios de guías de práctica clínica

R: residente.

Se crearon tres grupos focales, dos de ellos se hicieron tomando como eje de clasificación la edad y la procedencia buscando el discurso general de los residentes de nuestras unidades docentes, y un tercero buscaba el discurso de los residentes que contaban con mayores habilidades en el uso de tecnologías, y eran usuarios habituales de las GPC para poder captar las diferencias discursivas. Se invitó a participar a 10 residentes en cada grupo para garantizar que se conseguía el número recomendado de 6-8 sujetos por grupo, acudiendo a las sesiones un total de 28 residentes. El número de grupos se decidió en función de un criterio de saturación del discurso. La duración fue de 90-120 minutos.

RECOGIDA DE DATOS

Los grupos focales se desarrollaron previamente al ensayo clínico en 2013 en el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) y fueron moderados por una investigadora experta en investigación cualitativa y dos investigadoras médicas de familia. No existía relación previa entre investigadores y participantes de los grupos. Los temas para explorar se basaron en los aspectos de mayor relevancia y controversia acerca del desarrollo e implantación de las GPC; conocimiento, comprensión, utilidad y uso de las mismas. Se elaboró un guion con los temas a abordar, flexible y abierto a posibles cuestiones emergentes (anexo 1). Todas las sesiones fueron grabadas para su posterior transcripción literal y completadas con las observaciones recogidas por la investigadora y las observadoras en un diario de campo después de cada sesión.

El estudio obtuvo el dictamen favorable del Comité de Ética de la Investigación Clínica del Hospital Fundación Alcorcón y de la Comisión Central de Investigación de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. Se garantizó la confidencialidad de los datos y se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes.

ANÁLISIS

Se siguió un modelo de análisis sociológico bajo la perspectiva fenomenológica³⁰. Sobre los textos transcritos, se efectuó el análisis discursivo. Se hizo una lectura completa del texto de cada grupo identificando los fragmentos (dichos) relacionados con los objetivos, que se agruparon por campos temáticos; se interpretó la significación y el sentido de estos dichos; finalmente se asignó un código

identificativo para clasificarlos y organizarlos. Como técnica de triangulación de los resultados, el análisis se hizo de manera independiente por las investigadoras del equipo, para posteriormente contrastar y discutir los hallazgos, los cuales se plasmaron en un informe³¹.

RESULTADOS

Los resultados se presentan siguiendo los ejes de clasificación propuestos en el *Manual metodológico de GuíaSalud*³² que los clasifica según los aspectos relacionados con el profesional, con el contexto social, con el sistema y el programa formativo y con las propias GPC.

LOS Y LAS RESIDENTES

El discurso fue bastante homogéneo en los tres grupos. Si bien, por procedencia y experiencia, hubo una mayor referencia a las guías americanas por parte de residentes de países latinoamericanos frente a una referencia mayor a las británicas por parte de los españoles. En general, había un mayor desconocimiento de las GPC de ámbito nacional, así como del proceso de elaboración y actualización. Se identificó un mayor manejo de las nuevas tecnologías por parte de residentes más jóvenes, lo que favorecía el uso de las GPC. Además, quienes no utilizaban las guías habitualmente expresaban cierta confusión entre guías clínicas, protocolos y GPC.

De forma reiterada, se apuntó la falta de tiempo como gran obstáculo para adquirir las habilidades de búsqueda de información para responder preguntas clínicas.

«Cuando falta tiempo, las cosas se hacen apresuradamente, no es posible la calma y la reflexión [...], la falta de tiempo para abordar debidamente las dudas conduce a renunciar a hacer las cosas de una manera sistemática y organizada, dejándose llevar por la inmediatez y provocando una sensación de ir a salto de mata».

Consideran que, al igual que los productos de consumo, cuando una guía es conocida (ha llegado a través de tutores o del boca a boca, o hay un conocimiento previo del equipo que la ha elaborado), da confianza y no plantea dudas en su elaboración. De esta manera, se asume sin mayor cuestionamiento la ausencia de conflicto de intereses y la calidad de la guía. Refieren que las guías más usadas son las que difunde la industria farmacéutica, pero otorgan mayor credibilidad a las elaboradas por organismos oficiales y con fondos públicos.

«Sabemos que hay algunas que han sido pufos, pero yo creo que, en general, cuando te enfrentas a una revisión de la Cochrane, la sueles considerar palabra de Dios; no debería ser, pero yo creo en la Cochrane».

Identifican la falta de experiencia y la inseguridad como factores que les crea la necesidad de buscar y utilizar guías que den respuesta a las dudas que se les plantean en la práctica clínica y que sean un mecanismo de apoyo a la toma de decisiones y una herramienta docente.

«No sé la percepción que tendréis vosotros, pero yo creo que, cuando usamos las guías, las usamos generalmente en cosas en las que a lo mejor te sientes más inseguro, pues te lo estudias y ya te lo estudias

por la guía, en las cosas que a lo mejor no te sientes tan inseguro, pero recordemos que la percepción de inseguridad es muy distinta de la calidad, y a lo mejor en eso ya no tienes tanta necesidad de estudiar, dices, bueno, como más o menos me bandeó, pues no me lo estudio tan bien, entonces tiras menos de guía...»

CONTEXTO SOCIAL

Destacan la dificultad que supone implementar las recomendaciones de las GPC cuando los pacientes cuentan con un amplio acceso a la información, en un contexto en el que las expectativas que trasladan los medios de comunicación en muchos temas de salud no coinciden con las recomendaciones. Consideran que el marcado culto a la salud, la medicalización en la sociedad actual, así como la influencia de la industria farmacéutica colisionan en muchos casos con lo que deberían hacer en la práctica clínica si aplicasen las guías.

La crisis económica está presente en el discurso como una barrera, su impacto sobre una parte importante de la población genera problemáticas de salud complejas y multicausales que limitan el acceso a los medicamentos y otras prescripciones de hábitos saludables.

«Es que con las situaciones que te cuentan algunos pacientes en las consultas es difícil plantear algunas recomendaciones o dar algunos consejos».

Identifican el hospital con el diagnóstico y tratamiento de la «enfermedad», mientras que AP se centraría en la «persona» y en atenderla desde los conocimientos sobre la multimorbilidad y complejidad de los pacientes. Consideran que muchos de los algoritmos utilizados para la toma de decisiones en el hospital no son válidos en AP, en la que se tiene en cuenta el entorno del paciente y la continuidad de sus cuidados. Consideran que las GPC no dan respuestas en muchas ocasiones a los problemas de salud complejos y multifactoriales, ni a los pacientes con multimorbilidad que son atendidos en AP. Además, tienen la percepción de que entran en conflicto con objetivos clínicos razonables para pacientes y familias.

«Usar guías en AP es como si uno tuviera que sumar muchas guías para un mismo paciente».

Otra de las barreras identificadas se centra en el desencuentro entre AP y la atención hospitalaria, apuntando al conflicto entre las decisiones y prescripciones de otros especialistas y las recomendaciones de las guías.

«Es como si la evidencia solo fuera aplicable a la Atención Primaria..., en muchos servicios del hospital ni se plantea».

Señalan la variabilidad en el acceso a pruebas diagnósticas desde AP respecto a la atención hospitalaria, ya que no siempre pueden solicitar las pruebas recomendadas en las GPC.

Paralelamente, las GPC se perciben como una herramienta que les permite integrar las dudas que surgen, que les dan argumentos ante otros profesionales y pacientes cuando se cuestionan decisiones que se toman habitualmente «porque siempre se ha hecho así», y que no siempre están basadas en la mejor opción. Consideran fundamentales

las GPC para tomar decisiones que implican «dejar de hacer», no tratar, no solicitar pruebas o deprescribir. Seguir las recomendaciones de las guías da un respaldo legal a su práctica.

«Yo hay veces que las veo, las consulto mucho más para no tratar, porque, claro, ahí tienes siempre la medicina legal por detrás [...]. Entonces yo me quiero justificar, porque no lo voy a tratar. Le ponga lo que le ponga, a lo mejor, me intento justificar menos, pero para no tratarlo, ya me busco más una evidencia».

«Tuvimos un caso en urgencias, un poco que a todos los jefes se les iba, que era una intoxicación médica... y, al final, decidieron ir directamente al Uptodate diciendo, yo no sé si es lo mejor, pero a nivel de si a ti alguien te dice que lo hiciste mal tú, por lo menos te puedes escudar en que lo hiciste según la última evidencia, no según tu experiencia, no según...».

EL PROGRAMA FORMATIVO

La percepción de «ir volando de rotación en rotación» está presente en sus discursos, aludiendo a cierta falta de organización y coherencia en su formación como residentes. En este sentido, los residentes de tercer año creen que será durante el siguiente año de formación cuando se asentarán los conocimientos, mientras que la expectativa de los residentes de cuarto año es que el momento idóneo para estudiar lo que no les ha dado tiempo será cuando acaben la residencia.

«Es que también somos la única especialidad que acaba en su propio servicio en el cuarto año, en el último año, entonces, durante R1, R2, R3 estás como una esponja en todos los servicios, coges más o menos todo lo esencial, coges las páginas webs que te dice tu compañero, tu adjunto, se lo comentas a tu tutor, lo dejas guardado en una libreta porque si no te pierdes, tienes que ir anotando, ¿sabes?, es como una jungla, tienes que ir encontrando tu sitio poco a poco en estos tres años. Yo soy R3, y creo que todo eso se asentará el año que viene... y ya teniendo a tu tutor al lado, porque para nosotros también es muy complicado el poder quedar con tu tutor, tiene su consulta, tú tienes tus guardias, saliente de guardia, tus cursos, es que de verdad que nos falta tiempo...».

También relacionan la falta de otros conocimientos y habilidades con la dificultad para comprender y manejar adecuadamente las GPC.

«A mí me falta conocimiento estadístico, ¿sabes?, para saber hacer una buena crítica estadística y saber comparar e irte directamente al estudio, a la metodología, y directamente a esa parte... Decir, bueno es que es esto, ya desde aquí ya lo descarto, porque la metodología ya no...».

En sus discursos, demandan que, desde el inicio y a lo largo de toda la residencia, la búsqueda de información y las habilidades de lectura ocupen un lugar relevante, ya que facilitan la incorporación de conocimientos y favorecen un punto de vista crítico en la práctica. Proponen un cambio en la formación como residentes; no siempre la ven útil, hay disparidad en las percepciones según la unidad docente, y prefieren la formación en formato taller y club de lectura, frente a un formato tradicional que consideran desmotivador.

«Yo soy R2, vamos a tener este curso de miles de horas y la gente ya sabe de generación en generación, ¡Dios mío, qué tostón el curso!, la persona que lo da tampoco es muy carismática, entonces, por lo menos en nuestra unidad docente, entonces, yo creo que ya nuestro curso va a estar

destinado al fracaso, lamentablemente, esperemos que no sea así, que la gente...».

«En nuestra unidad se hace como taller y como club de lectura y algunos nos hemos enganchado y vas aprendiendo y entendiendo...».

«Yo quería decir una cosa a favor de este curso..., que hay que tener en cuenta que debe ser muy complicado hacerlo... O sea, exponerlo de una forma que llegue a los residentes. No es lo mismo un caso clínico, que nos encanta, o la urgencia, o la consulta de primaria, que a todos nos encantan, que ponerte delante de un artículo, leerlo y hacerlo de forma interesante».

Proponen una formación práctica y aplicada, impartida por profesionales con diferentes perfiles, con motivación y experiencia en metodología y en elaboración de guías, y con conocimiento clínico práctico y cotidiano que acerque su aplicación a la práctica.

«Basada en discusión de casos [...]. Una formación aplicada [...], en la que veas que sirve..., que la necesita [...], y que la cuenten quienes la hacen y quienes la usan...».

Identifican la figura del tutor y tutora como pieza clave de su aprendizaje y señalan la necesidad de que tengan la motivación y la formación adecuadas para que las y los residentes se motiven y se formen a su vez. Según el uso de GPC, identifican dos tipos de tutoría. Para una minoría, una mayor edad de la tutora o tutor se asociaba a una menor receptividad a las guías, pero para la mayoría según el modelo de práctica manifestaron dos modelos: los tutores «en la ola», que hacen práctica basada en la evidencia con un perfil más crítico y reflexivo, y los tutores con menos formación en esta área y más resistentes al cambio. Coinciden en la necesidad de actualizar los conocimientos y las habilidades de muchos tutores para hacer un mejor uso de la GPC y en como un centro de salud con un equipo con trabajo multidisciplinario y con actividad docente bien organizada y sustentada en profesionales del centro influye en el uso de las GPC por parte de las y los residentes.

«Tengo un tutor en la ola que “hacen la medicina basada en la evidencia”, con un perfil más crítico y reflexivo, todo hay que argumentarlo. [...] Pues creo que hay tutores que no usan mucho la medicina basada en la evidencia, y creo que se dejan llevar por la monotonía».

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Otorgan mayor credibilidad a las GPC elaboradas por organismos oficiales, y financiadas por fondos públicos.

«Es muy difícil saber si lo que encuentras es válido y fiable, [...] y de criterios de calidad..., si algún organismo lo hace es más fácil.

«Nos pasa un poco con cualquier producto que consumimos. Asumimos que hay unas normas de calidad si una marca es muy conocida, y nos lo comemos sin mirar ni los ingredientes, ni las normas, ni nada. Consumimos el producto porque confiamos en la marca [...]. Y con las guías nos pasa igual. Si están hechas por una «marca» muy conocida, asumimos que no hay conflicto de intereses, que han pasado el control de calidad, y las consumimos [...]. Como él dice, nos la comemos, ¿no?, efectivamente, igual que un producto. [...] En cambio, cuando la guía es de una sociedad

poco conocida, nos ponemos un poco más en alerta o directamente no la utilizamos y vamos a buscar otra, aunque nos salga más cara y tengamos que invertir más tiempo. Nos pasa un poco eso».

No obstante, eran pocos los residentes que conocían las guías del Plan Nacional de Guías (GuíaSalud). Los que las conocen las consideran de gran calidad y de gran ayuda en consulta, poniendo en valor las que se centran en el ámbito de AP y las que incluyen recomendaciones para pacientes.

«Se conocen muy poco, pero es verdad que hay muchas dirigidas a la Atención Primaria y son muy completas. [...] demasiado extensas y difíciles de aplicar, ¿no?».

Pero apuntaban que deberían estar más adaptadas a la práctica clínica en AP, y no enfocarse solo en problemas de salud específicos. Manifiestan que la extensión de las GPC y la dificultad en su manejo es un elemento negativo y desmotivador, y proponen la elaboración de guías más breves.

«Ves las guías y te dices “¡Ciento cincuenta páginas! ¡Y encima todo en blanco y negro...!”».

«Guías más breves, que respondan a preguntas clínicas más en la línea del *best practice* que en formato guía, de accesos sencillos y pensados para facilitar el trabajo, que se encuentren de manera fácil y rápida [...], en formatos papel y electrónico y con aplicación para *smartphone* y con cursos online que te obligan a estudiar».

Consideran que la difusión de las GPC de organismos públicos no es buena y que la industria sí sabe cómo hacerlo.

«La industria farmacéutica sí que te las presentan..., te las traen».

«Que una guía la difunda la industria hace que se lea más. [...] Las de Guía Salud [GPC elaboradas por guía salud] no las presentan ni te las lleva nadie...».

En la **tabla 2** se resumen los resultados estructurados siguiendo los ejes de clasificación propuesto en el *Manual metodológico de GuíaSalud*²² con las barreras y facilitadores identificados.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio, el análisis del discurso no mostró modelos claros, ni ejes discursivos definidos que se relacionaran con los perfiles o las características de los grupos según edad, procedencia y experiencia previa. Esto pudo ser debido a la variabilidad de formación y conocimiento acerca de las GPC que mostraban los participantes de los grupos. Sin embargo, aunque el discurso fue bastante homogéneo, se identificaron preferencias por las GPC de unos u otros países según la procedencia de los residentes (Latinoamérica o España), lo que puede responder a las áreas de influencia de los países en los que han realizado su formación de grado. Otras de las diferencias identificadas fueron las habilidades tecnológicas, mucho mayores en los residentes más jóvenes con un perfil de nativos digitales.

Tabla 2. Barreras y facilitadores

CLASIFICACIÓN	BARRERAS	FACILITADORES
Profesional (residente)	Falta de formación sobre GPC Confusión entre guías y protocolos Limitaciones para hacer una búsqueda eficiente de GPC Limitado desarrollo de habilidades para interpretar las recomendaciones y la calidad de estas Formación en otros ámbitos asistenciales no concordantes con las recomendaciones de GPC	Ser un profesional más innovador y con mayor predisposición al cambio La falta de experiencia favorece que se utilicen las GPC como apoyo a la toma de decisiones Fundamentales cuando consideran que hay que tomar decisiones que implican «dejar de hacer». Ofrecen argumentos científicos y un respaldo legal a su práctica. Argumentos para cuestionar decisiones que se toman «porque siempre se ha hecho así»
Contexto social	Expectativas del paciente. Demandas de los pacientes a un determinado tratamiento o prueba Falta de coordinación entre AP y hospitalaria. Conflicto con las decisiones y prescripciones de otros especialistas Las características de los pacientes que consultan en AP «no están en las GPC»	Un tutor motivado y formado. Los residentes identifican la figura del tutor como pieza clave de su aprendizaje Objetivos de mejora claros y adaptados a nivel local presentes de manera transversal, ya que facilitan la incorporación de diversos conocimientos y «crea la necesidad» de adoptar un punto de vista crítico en la práctica clínica habitual
Factores relacionados con el sistema	Variabilidad en el acceso a pruebas diagnósticas desde AP, no siempre pueden solicitar las recomendadas en las guías Falta de tiempo para desarrollar habilidades requeridas en la búsqueda de información. Sobrecarga de actividades entre rotaciones y cursos que limitan el tiempo real para estudiar Metodologías empleadas en la formación de los residentes	Reorientar la formación: desde el inicio de la formación del residente, la búsqueda de información y la lectura crítica deben ocupar un lugar relevante Equipos con trabajo multidisciplinario en la adopción de las recomendaciones clínicas y con actividad docente bien organizada y sustentada en los profesionales del centro. Buena comunicación en el equipo y consenso en las recomendaciones a implementar
Aspectos relacionados con las propias GPC	Falta de respuestas en muchas ocasiones a los problemas de salud complejos y multifactoriales, a los pacientes con multimorbilidad. Recomendaciones demasiado complejas GPC poco prácticas, excesivamente largas. Las guías con participación de la industria generan desconfianza en algunos residentes por sus posibles conflictos de interés	Valor de las GPC que se centran en el ámbito de AP y las que incluyen recomendaciones para pacientes Accesos sencillos, pensados para facilitar el trabajo que se encuentren de manera fácil y rápida Propuesta de elaboración de «guías más breves», que respondan a preguntas clínicas (tipo <i>best practice</i>) más que en formato guía y con cursos online para su difusión Disponer de GPC en formatos prácticos en papel y electrónico y con aplicación para <i>smartphone</i> , promovida por organismos oficiales Aprender de las estrategias que utiliza la industria para difundir las guías que promueven

AP: Atención Primaria; GPC: guía de práctica clínica. R: residente.

En general, los y las residentes mostraron una actitud positiva hacia las GPC. Consideraban que la información necesaria para tomar diariamente muchas decisiones requiere de la lectura y evaluación crítica de una gran cantidad de estudios, lo que supera su capacidad por falta de tiempo y habilidades, y las GPC ofrecen «ese trabajo hecho». Consideran también que son herramientas útiles para estandarizar la práctica clínica y la toma de decisiones compartidas. Estos resultados son similares a los de Sola et al, que analizó el uso de las GPC por médicas y médicos españoles¹⁹. Sin embargo, hay una serie de factores que parecen dificultar su uso práctico, la mayoría de ellos similares a los que refieren profesionales de otras especialidades médicas, con excepción de los que se relacionan con aspectos formativos de su programa de la especialidad. En contra de nuestras expectativas, pero de forma similar al estudio de Sola et al, los participantes en los grupos de discusión no dedicaron mucho tiempo a discutir los sistemas de calificación, ni la utilidad o no de las clasificaciones. Tan solo algunos de los residentes plantearon que estos elementos pueden confundir o hacer más compleja su lectura o dar falsa confianza si no se saben interpretar bien. Otros autores destacan la importancia de estandarizar estos sistemas para encontrar un equilibrio entre el rigor, la sencillez y la aplicabilidad^{33,34}. Y es que la distancia entre el contenido teórico y la práctica diaria supone una importante barrera para el uso de las GPC y es un factor relevante en su percepción como herramienta de utilidad.

Las principales actitudes escépticas hacia las GPC están relacionadas, por un lado, con la, a menudo, difícil aplicabilidad de la literatura científica que apoya las recomendaciones a nivel individual y porque consideraron que las GPC frecuentemente no dan respuesta a los problemas de salud complejos y multifactoriales de las personas atendidas en AP. En muchos casos no hay una adecuada integración entre las diferentes enfermedades que suelen asociarse y que convierten el tratamiento de estos pacientes en uno de sus principales desafíos^{15,19,25}. Paradójicamente, muchas GPC tratan de abordar de forma exhaustiva cualquier aspecto de una enfermedad, cubriendo hasta sus últimos detalles, por lo que pueden hacer que quienes las consulten se «pierdan» en lo accesorio³⁴.

En nuestro estudio también apuntaron la necesidad de incorporar a médicas y médicos de familia con experiencia clínica en la elaboración de las recomendaciones para que los contenidos mejorasen la representatividad y utilidad de las GPC y la discordancia de uso entre niveles asistenciales, propuestas similares a las recogidas en otros estudios^{15,33}. Esto suele ser práctica habitual en las propuestas de autores para las guías que elabora GuíaSalud.

Además de la incertidumbre inherente a la práctica sanitaria, tenemos que añadir la que en muchas ocasiones suscitan las propias GPC. El fenómeno de proliferación de las guías, a veces poco riguroso

sas y con excesivas pretensiones de exhaustividad, se pone de manifiesto en las cifras que muchos portales de guías como el National Guideline Clearinghouse tienen registradas, elaboradas por múltiples y muy diferentes organizaciones, y que llegan a distintas recomendaciones, incluso contrapuestas³⁴. Un estudio de 2009³⁵ que analizaba la calidad de la evidencia en las guías de cardiología americanas halló, entre más de 7.000 recomendaciones, que solo el 11% se basaba en datos de ensayos clínicos controlados y un 48% en la opinión de expertos, en series de casos o en estándares de atención, con la consiguiente escasa fuerza del más bajo nivel de evidencia. Un reciente estudio publicado en 2023³⁶, cuyo objetivo ha sido analizar el nivel de evidencia y la clase de recomendaciones en las 50 guías de la Sociedad Europea de Cardiología publicadas entre 2011 y 2022 y describir los cambios a lo largo del tiempo en ediciones consecutivas de la misma guía, encontró que se habían elaborado un total de 6.972 recomendaciones, con un incremento en el número por año a lo largo del tiempo. En conjunto, el 16% de las recomendaciones se clasificaron como nivel de evidencia A; el 31%, con nivel de evidencia B, y el 53%, con nivel de evidencia C. La proporción global de recomendaciones con nivel de evidencia A en las guías más recientes en comparación con sus versiones anteriores aumentó del 17% al 20%.

Algunas de las barreras para el uso de las GPC se han asociado con aspectos prácticos en su uso, como también han señalado otros autores. Se concretan en la falta de tiempo para leerlas o en la limitada formación en lectura crítica e interpretación de la evidencia que exigiría más tiempo para utilizarlas adecuadamente. Otro de los aspectos que se identificaron fue la confusión entre guías, protocolos y GPC. Este hallazgo se suele identificar en los estudios que exploran los primeros acercamientos de profesionales al uso de herramientas de difusión de evidencia científica^{19,33}.

Entre los facilitadores para el uso de las GPC, están el valor que los residentes dan a las mismas como herramientas docentes y de ayuda a la toma de decisiones, así como para mejorar su ejercicio profesional, sobre todo cuando la decisión es «dejar de hacer». Las GPC son percibidas como una fuente fiable sobre la que sustentar las decisiones tanto en el aspecto clínico como legal^{2,37,38}.

El papel del tutor o tutora y su modelo de práctica clínica se identifica como facilitador clave para el uso de las GPC. En Ariza et al se hace relevante la importancia y el protagonismo que dan las unidades docentes a la figura del tutor para la implementación de las GPC en los y las residentes²¹. Adicionalmente, se otorga valor a los centros de salud con estructura docente incorporada para que los residentes adquieran esta competencia.

Se identifica una gran variabilidad en la formación que reciben en las diferentes unidades docentes lo que es congruente con lo referido por los responsables de las UDMAFyC de todo el territorio español²¹. Dicha formación debería ser aplicada y más orientada a la clínica y consideran que muchos de los tutores deberían recibirla también de forma reglada. Los residentes se muestran críticos con el tipo de formación recibida y proponen incorporar cambios en los métodos de enseñanza, algunos estudios recientes realizados con residentes de pediatría con el objetivo de mejorar la formación que potencie el uso de las GPC han evaluado la incorporación de un enfoque de aula invertida (también llamado aprendizaje mixto),

que consiste en que el alumnado hace un trabajo previo con material de antemano y participa en pequeños grupos de aprendizaje activo durante una sesión facilitada. De esta manera, los residentes pueden trabajar en estos grupos para aplicar, crear y analizar las GPC y desarrollar su propio algoritmo diagnóstico o de tratamiento^{22,23,39,40}. El aula invertida ha demostrado ser igual de eficaz que el aula tradicional, si no más, en la adquisición de conocimientos en múltiples entornos y el alumnado tiende a preferir este modelo de aprendizaje autodirigido. Sin embargo, la formación de las y los residentes supone un reto para el modelo de aula invertida debido a las intensas demandas clínicas que limitan su capacidad y voluntad de completar el trabajo previo requerido^{22,40}.

Es de destacar que otorgan más calidad y confianza a las GPC elaboradas o avaladas por organismos públicos. En este sentido, el que una GPC pueda estar respaldada o financiada por la industria farmacéutica es percibido por algunos participantes con temor, dado el riesgo de que su contenido pueda estar condicionado por intenciones lucrativas o el dudoso rigor de los métodos que sustentan las recomendaciones^{35,41}. Este también ha sido descrito como uno de los principales sesgos en algunos estudios. En el estudio de Choudhry et al⁴² sobre 44 guías de práctica clínica respaldadas por sociedades científicas europeas o norteamericanas, se observó que en el 87% de los casos los autores tenían algún tipo de vínculo con la industria farmacéutica.

La difusión, la forma de acceso a las GPC y su formato son los principales determinantes de su conocimiento y uso. Al igual que en otros estudios³⁹, los participantes en nuestros grupos focales expresan la necesidad de un compromiso en la elaboración y difusión de las GPC por parte de sus instituciones, y destaca que había un mayor desconocimiento de las GPC de ámbito nacional elaboradas en GuíaSalud. Consideran que muchas son excesivamente largas y demandan formatos breves y sencillos y con enfoque de aplicabilidad a la práctica clínica, además de tenerlas disponibles en formato electrónico y para móviles, conclusiones que refuerzan las de estudios previos^{2,15,19}.

FORTALEZAS Y LIMITACIONES

Como limitaciones, señalamos que el potencial papel de los residentes en la elaboración o difusión de las guías no pudieron ser atendidos de forma más exhaustiva debido a que su abordaje precisaría del complemento de entrevistas y un mayor número de grupos de discusión. Del mismo modo tampoco se pudo explorar en profundidad el limitado interés que suscitaban los aspectos tecnológicos, ya que en muchos casos consideraban que era algo obvio que en el contexto actual cualquier difusión debía venir ligada a la tecnología y, para aquellos con menores habilidades tecnológicas, apuntaban alguna dificultad, pero no lo desarrollaron. En los últimos años se están desarrollando estudios que analizan de forma específica cómo la tecnología puede favorecer la implementación de las guías⁴³⁻⁴⁵. No poder abordar de manera exhaustiva estos aspectos se debe a que un investigador que modera las discusiones de grupo tiene menos control sobre los datos producidos que en entrevistas en profundidad o estudios cuantitativos. Los cuadernos de notas de las observadoras permitieron contextualizar algunos de estos aspectos del discurso.

Los resultados de este estudio fueron la base para afianzar y completar el diseño de la estrategia de implementación de una intervención de guías de práctica clínica con juegos educativos, en el marco de un estudio de métodos mixtos financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias ISCIII8. Aunque los resultados responden al contexto temporal en el que se hicieron los grupos, un momento en el que el número de residentes de diferentes procedencias y con edades más elevadas era mayor al actual y un contexto social diferente, consideramos que el análisis de los diversos discursos sigue teniendo valor. Estos resultados aportan información para reflexionar sobre aspectos claves de capacitación de las y los residentes en una competencia básica del programa de la especialidad. Las GPC tienen una gran utilidad como herramienta de aprendizaje y de búsqueda de información en el punto de atención. Por lo que consideramos que los resultados obtenidos mantienen su aplicabilidad en tres escenarios. Pueden ayudar a concretar estrategias de implementación de guías en profesionales en formación (casi el 30% de médicos y médicas especialistas que inician la formación especializada en España lo hacen en MFyC)⁴⁶. Además, apunta ideas en relación con la presentación y difusión de las GPC, que pueden ser de interés para los organismos que las elaboran. Y son una excelente oportunidad para reflexionar sobre la formación de residentes, dando claves para revisar y repensar la metodología y los contenidos de la formación que se les ofrece en el marco del programa de la especialidad para capacitarlos en esta área de conocimientos y poner en marcha medidas de mejora.

CONCLUSIONES

Las y los residentes dan valor a las GPC como herramientas docentes y de ayuda a la toma de decisiones, así como para hacer un mejor ejercicio profesional, aunque encuentran dificultades y limitaciones en su uso. El papel del tutor se identifica como clave; la formación, motivación y el modelo de práctica del tutor son considerados importantes facilitadores.

Si se desea aumentar el uso de las GPC por parte de los residentes, se deberían tener en cuenta estas barreras y facilitadores en sus procesos de mejora de la calidad docente, y en el desarrollo de intervenciones, ayudando a orientar las estrategias de implementación en este colectivo profesional.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

IDC, EB, GAC, BRC, EPC, JMF diseñaron el estudio y organizaron los grupos. IDC, EB, BRC, GAC analizaron los datos. IDC ha escrito el artículo, y BRC, GAC, EB, EPC, JMF y RMG han realizado aportaciones relevantes para elaborar los resultados y la discusión y aceptado la versión final del manuscrito.

AGRADECIMIENTOS

A las y los residentes que participaron en los grupos, por su colaboración y disponibilidad.

A las unidades docentes de Atención Familiar y Comunitaria de Madrid que se embarcaron en este proyecto.

A Consuelo Naranjo y Rafael Huertas, por facilitarnos las instala-

ciones del CSIC para el desarrollo de los grupos.

A Juana Mateos, por facilitar la grabadora.

A Yolanda Rodríguez Pachón, por su trabajo en la transcripción de los grupos.

A Milagros Rico Blázquez, Ricardo Rodríguez Barrientos, Juan Antonio López Rodríguez y Teresa Sanz Cuesta, por sus aportaciones para la elaboración del manuscrito.

FINANCIACIÓN

Este estudio fue financiado por el Instituto de Salud Carlos III PI11/0477, RD16/0001/0004 y cofinanciado por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional «Una forma de configurar Europa; Plan Nacional de Investigación, Desarrollo e Innovación 2013-2016». RD21/0016/0027. (Next generation UE).

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Grol R, Grimsh J. From best evidence to best practice: Effective implementation of change in patients' care. *Lancet*. 2003;1225-30.
- Gené-Badia J, Gallo P, Caïs J, Sánchez E, Carrion C, Arroyo L, et al. El uso de guías de práctica clínica en atención primaria: entre el conocimiento tácito y los mecanismos de control. *Gac Sanit*. 2016;30:345-51.
- Bahstsevani C, Udén G, Willman A. Outcomes of evidence-based clinical practice guidelines: A systematic review. *Int J Technol Assess Health Care*. 2004;20:427-33.
- Mazrou SHA. Expected benefits of clinical practice guidelines: factors affecting their adherence and methods of implementation and dissemination. *J Health Specialties*. 2013;1:141.
- Brusamento S, Legido-Quigley H, Panteli D, Turk E, Knai C, Saliba V, et al. Assessing the effectiveness of strategies to implement clinical guidelines for the management of chronic diseases at primary care level in EU Member States: A systematic review. *Health Policy*. 2012. pp. 168-83.
- Llor C, Cots JM, Hernández S, Ortega J, Arranz J, Monedero MJ, et al. Effectiveness of two types of intervention on antibiotic prescribing in respiratory tract infections in Primary Care in Spain. *Happy Audit Study*. *Aten Primaria*. 2014;46:492-500.
- Gómez Marcos MÁ, Rodríguez Sánchez E, Ramos Delgado E, Fernández Alonso C, Montejo González AL, García Ortiz L. Permanencia del efecto de una intervención de mejora de calidad en el seguimiento prolongado de pacientes hipertensos (CIC-LO-RISK STUDY). *Aten Primaria*. 2009;41:371-8.
- Del Cura-González I, Ariza-Cardiel G, Polentinos-Castro E, López-Rodríguez JA, Sanz-Cuesta T, Barrio-Cortes J, et al. Educaguia Group. Effectiveness of a game-based educational strategy e-EDUCAGUIA for implementing antimicrobial clinical practice guidelines in family medicine residents in Spain: a randomized clinical trial by cluster. *BMC Med Educ*. 2022 Dec 24;22(1):893.
- Grol R, Wensing M. What drives change? barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *Med J Aust*. 2004;180 Suppl 6:S57-60.
- Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud P-AC, et al. Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines? *JAMA*. 1999;282:1458.
- Nilsen P. Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation Science*. 2015;10.
- Wensing M, Grol R. Methods to identify implementation problems. En: Grol R, Wensing M, Eccles M, editors. *Improving patient care: the implementation of change in clinical practice*. Edinburgh: Elsevier; 2005. p. 109-20
- Grol R, Wensing M, Hulscher M, Eccles M. Theories on implementation of change in health care. En: Grol R, Wensing M, Eccles M. *Improving patient care: the implementation of Haynes B, Haines A. Getting research findings into practice: Barriers and bridges to evidence based clinical practice*. *BMJ*. 1998;317:273-6.
- Fretheim A, Oxman AD, Flottorp S. Improving prescribing of antihypertensive and cholesterol-lowering drugs: A method for identifying and addressing barriers to change. *BMC Health Services Research*. 2004;4:1-9.
- Carlsen B, Norheim OF. «What lies beneath it all?» An interview study of GPs' attitudes

- to the use of guidelines. *BMC Health Services Research*. 2008;8.
16. Shaw B, Cheater F, Baker R, Gillies C, Hearnshaw H, Flottorp S, et al. Tailored interventions to overcome identified barriers to change effects on professional practice and health care outcomes. *CochraneDatabaseSystRev*. 2005; CD005470.
 17. Colón-Emeric CS, Lekan D, Utley-Smith Q, Ammarell N, Bailey D, Corazzini K, et al. Barriers to and facilitators of clinical practice guideline use in nursing homes. *J Am Geriatr Soc*. 2007 Sep;55(9):1404-9.
 18. Grol R, Dalhuijsen J, Thomas S, Veld C, Rutten G, Mokkink H. Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study. *Br Med J*. 1998;317:858-61.
 19. Solà I, Carrasco JM, Díaz del Campo P, Gracia J, Orrego C, Martínez F, et al. Attitudes and perceptions about clinical guidelines: A qualitative study with spanish physicians. *PLoS ONE*. 2014;9.
 20. BOE. Orden SCO/1198/2005, de 3 de marzo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. España: BOE n.º 105, de 3 de mayo de 2005. pp. 15182-225.
 21. Ariza-Cardiel G, Del Cura-González II, Polentinos-Castro E, López-Rodríguez JA, Gil-Moreno JC, Martín-Fernández J. Implementación de recomendaciones y guías de práctica clínica por residentes: el papel de las unidades docentes multiprofesionales de atención familiar y comunitaria en España. *Aten Primaria*. 2021;53:101941.
 22. Peterson J, Loudon DT, Gribben V, Blankenburg R. Teaching Residents Clinical Practice Guidelines Using a Flipped Classroom Model. *MedEdPORTAL* 2017.
 23. Balasooriya C, Rhee J, Shulruf B, Canalese R, Zwar N. Evaluating the Guideline Enhancement Tool (GET): an innovative clinical training tool to enhance the use of hypertension guidelines in general practice. *BMC Med Educ*. 2014;14:1-5.
 24. Akl EA, Mustafa R, Slomka T, Alawneh A, Vedavalli A, Schünemann HJ. An educational game for teaching clinical practice guidelines to Internal Medicine residents: development, feasibility and acceptability. *BMC Med Educ*. 2008;8:1-9.
 25. Ingemansson M, Bastholm-Rahmner P, Kiessling A. Practice guidelines in the context of primary care, learning and usability in the physicians' decision-making process - A qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2014;20(15):141.
 26. Mays N, Pope C. Qualitative research in health care Assessing quality in qualitative research. *BMJ*. 2000;320.
 27. Stewart D, Shamdasani P. Focus groups: Theory and practice. London: SAGE; 2014.
 28. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for Reporting Qualitative Research. *Acad Med*. 2014;89:1245-51.
 29. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19: 349-57.
 30. Alonso Benito LE. La mirada cualitativa en sociología. Una aproximación interpretativa Fundamentos;1998.
 31. Conde F. El análisis de la información en la investigación cualitativa. Introducción a la Investigación Cualitativa. Barcelona: semFYC Ediciones, UAB; 2004.
 32. Grupo de trabajo sobre implementación de GPC. Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico; 2009.
 33. Dahm P, Djulbegovic B. The Australian «FORM» approach to guideline development: The quest for the perfect system. *BMC Med Res Methodol*. 2011;11.
 34. Atienza G, Bañeres J, Gracia FJ. Guías de práctica clínica y atención primaria. Informe SESPAS 2012 [Clinical practice guidelines and primary care. SESPAS report 2012]. *Gac Sanit*. 2012;26 Suppl 1:113-7
 35. Tricoci P, Allen JM, Kramer JM, Califf RM, Smith SC Jr. Scientific evidence underlying the ACC/AHA clinical practice guidelines. *JAMA*. 2009;25;301(8):831-41.
 36. Boriani G, Venturelli A, Imberti JF, Bonini N, Mei DA, Vitolo M. Comparative analysis of level of evidence and class of recommendation for 50 clinical practice guidelines released by the European Society of Cardiology from 2011 to 2022. *Eur J Intern Med*. 2023;114:1-14.
 37. Carlsen B, Glenton C, Pope C. Thou shalt versus thou shalt not: a meta-synthesis of GPs' attitudes to clinical practice guidelines. *Br J Gen Pract*. 2007;57: 971-8.
 38. Gabbay J, le May A. Evidence based guidelines or collectively constructed «mindlines»? Ethnographic study of knowledge management in primary care. *BMJ*. 2004;329:1013.
 39. Manikam L, Hoy A, Fosker H, Wong MHY, Banerjee J, Lakhanpaul M, et al. What drives junior doctors to use clinical practice guidelines? A national cross-sectional survey of foundation doctors in England & Wales. *BMC Med Educ*. 2015;15:1-10.
 40. Prober CG, Khan S. Medical education reimaged: A call to action. *Academic Medicine*. Lippincott Williams and Wilkins; 2013. pp. 1407-10.
 41. Ruano A. El conflicto de intereses económico de las asociaciones profesionales sanitarias con la industria sanitaria. Informe monográfico. SESPAS; 2011.
 42. Choudhry NK, Stelfox HT, Detsky AS. Relationships between authors of clinical practice guidelines and the pharmaceutical industry. *JAMA*. 2002;287(5):612-7.
 43. Car LT, Soong A, Kyaw BM, Chua KL, Low-Beer N, Majeed A. Health professions digital education on clinical practice guidelines: a systematic review by Digital Health Education collaboration. *BMC Med*. 2019;17(1):139.
 44. De Angelis G, Davies B, King J, McEwan J, Cavallo S, Loew L, et al. Information and communication technologies for the dissemination of clinical practice guidelines to health professionals: a systematic review. *JMIR Med Educ*. 2016;2(2):e16
 45. Kilsdonk E, Peute LW, Jaspers MW. Factors influencing implementation success of guideline-based clinical decision support systems: a systematic review and gaps analysis. *Int J Med Inform*. 2017; 98:56-64.
 46. Barber Pérez P, González López-Valcárcel B. Estimación de la oferta y demanda de médicos especialistas. España 2018-2030. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2019.