

# Guías de práctica clínica: conceptos, limitaciones y desafíos

## Clinical practice guidelines: Concepts, limitations and challenges

Juan Víctor Ariel Franco<sup>a</sup> , Marcelo Arancibia<sup>b,\*</sup> , Nicolás Meza<sup>b</sup> , Eva Madrid<sup>b</sup> , Karin Kopitowski<sup>c</sup> 

<sup>a</sup> Centro Cochrane Asociado, Departamento de Investigación, Instituto Universitario Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina

<sup>b</sup> Centro Interdisciplinario de Estudios en Salud (CIESAL), Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile

<sup>c</sup> Departamento de Investigación, Instituto Universitario Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina

### Resumen

Las guías de práctica clínica son los documentos de mayor relevancia para la incorporación de la evidencia científica en la toma de decisiones en salud mediante la formulación de recomendaciones. Existe una nomenclatura muy variada para denominar los documentos que guían a los profesionales de la salud en la toma de decisiones. Cuando estas son de alta calidad evalúan aspectos contextuales, tales como el uso de recursos, la aplicabilidad y los valores y preferencias de los pacientes. Aun así, no constituyen manuales, dado que pueden tener limitaciones. En esta revisión se clarifican algunas diferentes denominaciones entre los diversos tipos de documentos disponibles para orientar al profesional de salud en la toma de decisiones en su práctica clínica. Se discuten las principales características de las guías de práctica clínica, la evaluación de su calidad, sus desafíos y sus limitaciones.

### Abstract

Clinical practice guidelines are the most important documents for the incorporation of scientific evidence in health decision making through the formulation of recommendations. There is a variable terminology used to refer to the documents that guide health professionals in decision making. When clinical

practice guidelines are of high quality, they appraise contextual aspects such as the use of resources, applicability, and patients' values and preferences. Even so, they are not recipe books, since they may have limitations. In this review, we propose to clarify the different denominations across the various types of documents available to guide the health professional when making clinical decisions. We discuss the main characteristics of clinical practice guidelines, quality assessment, challenges, and limitations.

### Ideas clave

- Las guías de práctica clínica son instrumentos basados en la evidencia desarrollados con una metodología de trabajo. Deben diferenciarse de otros documentos similares que no presentan estas características.
- Las guías de práctica clínica pueden tener diferentes niveles de calidad, por lo que se deben valorar críticamente.
- Algunos problemas asociados al desarrollo de guías de práctica clínica son su multiplicidad, el abordaje de la multimorbilidad, el involucramiento de pacientes y el manejo de los conflictos de interés.

\*Autor de correspondencia marcelo.arancibame@uv.cl

**Citación** Franco JVA, Arancibia M, Meza N, Madrid E, Kopitowski K. Clinical practice guidelines: Concepts, limitations and challenges. *Medwave* 2020; 20(3): e7887

**Doi** 10.5867/medwave.2020.03.7887

**Fecha de envío** 17/1/2020

**Fecha de aceptación** 20/4/2020

**Fecha de publicación** 30/4/2020

**Origen** No solicitado.

**Tipo de revisión** Con revisión por pares externa, por dos árbitros a doble ciego.

**Palabras clave** practice guideline, evidence-based practice, delivery of health care, evidence-based medicine

## Introducción

Existen numerosas maneras de sintetizar la información biomédica disponible<sup>1</sup>, por lo que los profesionales de salud toman decisiones desde fuentes heterogéneas<sup>2</sup>. En ciertos escenarios asistenciales se elaboran continuamente documentos para la normalización de la práctica clínica, pero su denominación y objetivos a veces son poco claros<sup>3,4</sup>, utilizándose términos como “protocolos”, “algoritmos”, “consensos” y “guías”, muchas veces para referirse a un mismo tipo de instrumento<sup>3</sup>, pero con un desarrollo metodológico no estandarizado. El objetivo de este artículo es discutir dichas diferencias conceptuales y facilitar el entendimiento en torno a los diversos tipos de documentos disponibles que orientan al profesional de la salud en la práctica basada en la evidencia. A la vez, se dan a conocer las principales características de las guías de práctica clínica y algunas consideraciones en relación con su calidad y sus limitaciones.

## Guías, protocolos, consensos y otros: ¿cuál es el rol de cada uno?

Para los propósitos de esta revisión, restringiremos el uso del concepto “guía de práctica clínica” a las “declaraciones que incluyen recomendaciones destinadas a optimizar la atención al paciente que se basan en una revisión sistemática de la evidencia y una evaluación de los beneficios y daños de las opciones de atención alternativas (sic)”<sup>5</sup>.

Debido a que existen otros documentos que incluyen la palabra “guía” en su descripción (“guía”, “guía clínica”, “guía práctica”, “guía abreviada”, entre otros), se hace necesaria una aclaración<sup>3,4</sup>, sobre todo al considerar que dichos documentos suelen no cumplir con los criterios que definen a una guía de práctica clínica que, como veremos más adelante, es el documento más comprensivo para la formulación de recomendaciones en salud. Asimismo, en muchas ocasiones estos documentos no contienen una búsqueda sistemática de la evidencia científica para respaldar sus recomendaciones<sup>3</sup>. Feliciano y colaboradores<sup>4</sup> precisaron la necesidad de realizar un análisis de concepto para estudiar los atributos lingüísticos y formales de estos términos. Reportaron que los términos “guía de práctica clínica”, “vía clínica” y “protocolo” se superponen y constituyen un hiperónimo al que denominaron “atención basada en protocolos”, que a su vez sería parte de un conjunto más grande al que llamaron “estudios integrativos”<sup>4</sup>. No obstante, los autores sugieren que la emergencia de estos conceptos es de carácter circunstancial y

regional, y que lo que tienen en común es su inclinación por alcanzar objetivos afines a la medicina basada en evidencia<sup>4</sup>. A continuación revisaremos estos conceptos y sus definiciones.

Algunos documentos denominados “protocolos” en la literatura biomédica, establecen una serie de pasos procedimentales o reglas consensuadas para el manejo clínico de ciertas situaciones de salud<sup>3</sup>. De manera similar, el término “algoritmo” suele utilizarse para señalar el flujo de toma de decisiones en estos protocolos y pueden estar incluidos en otros documentos como “consensos” y “guías”<sup>3</sup>. Existen otros “protocolos” o “normas”, que además de ajustar la práctica clínica, tratan de adecuar una normativa legal vigente a la práctica clínica (por ejemplo, protocolos para la asistencia de víctimas de abuso sexual), considerando que los profesionales de la salud pueden no estar familiarizados con algunas normas y/o procedimientos locales<sup>3</sup>. Por otra parte, los “lineamientos” o “estrategias” son documentos que sintetizan la articulación de políticas sanitarias en la práctica asistencial u organizativa de los sistemas de salud. Otros términos como “abordajes” o “recomendaciones” pueden estar incluidos en una “guía” y resultan más difíciles de definir de manera independiente. Finalmente, en la bibliografía biomédica se pueden hallar ciertos “manuales” con indicaciones terapéuticas que, por lo general, apuntan a un compendio de procedimientos o “protocolos” para el cuidado de la salud, con una descripción detallada del proceso involucrado<sup>3</sup>.

Paralelamente, existen documentos llamados “consensos” que tratan de proponer recomendaciones surgidas del acuerdo entre individuos, usualmente profesionales expertos en un tema determinado y son habitualmente refrendados por sociedades científicas<sup>6,7</sup>. En este caso, la búsqueda de la evidencia para el apoyo de las declaraciones no es necesariamente sistemática, mientras que las recomendaciones no están necesariamente sustentadas en un nivel de certeza de la evidencia adecuado. Aun así, es deseable que estos consensos tengan una amplia participación de diferentes partes interesadas (*stakeholders*), considerando los valores y preferencias de los pacientes y la perspectiva de los agentes de financiamiento. Esto, ya que cuando dichas discusiones están constituidas exclusivamente por profesionales de la respectiva disciplina, podrían constatarse importantes conflictos de interés financieros o de otro tipo<sup>7</sup>. Cabe destacar que los consensos pueden cobrar envergadura en aquellos casos donde el aporte del pensamiento humano, tanto en cuestiones éticas como en definiciones axiomáticas; por ejemplo, contribuyen en mayor medida al documento. En Tabla 1 se ejemplifica cada uno de los documentos señalados.

**Tabla 1.** Ejemplos de documentos orientativos para profesionales de la salud.

Documento	Descripción
“Abordaje de la Salud Mental en Hospitales Generales” <sup>8</sup> (Argentina, 2018)	Provee lineamientos y conceptos relacionados a la adecuación del sistema de salud a la nueva Ley de Salud Mental
“Protocolos de atención prehospitalaria para emergencias médicas” <sup>9</sup> (Ecuador, 2011)	Define una serie de pasos y algoritmos para el manejo prehospitalario de emergencias
“Evaluación y manejo del riesgo cardiovascular en infección por VIH. Consenso de expertos ACIN” <sup>10</sup> (Colombia, 2019)	Listado de recomendaciones acordadas por un panel de expertos sin un abordaje sistemático del uso de evidencia.
“Espirometría: Manual de procedimientos” <sup>11</sup> (Chile, 2018)	Lista los procedimientos y valores de referencia para la correcta ejecución de una espirometría.

VIH: virus de inmunodeficiencia humana.

ACIN: Asociación Colombiana de Infectología.

## Desarrollo de guías de práctica clínica: de la evidencia a la recomendación

Una vez que se identifica el cuerpo de la evidencia para una pregunta clínica determinada, dicha información se debe integrar y adecuar a la circunstancia particular objeto de la toma de decisiones consensuada en salud. Generalmente, estos escenarios de la práctica clínica cotidiana se encuentran fuera del alcance de las revisiones de la literatura (sistemáticas y no sistemáticas), por lo que es esperable que las revisiones (sistemáticas o no) no incluyan recomendaciones para la práctica<sup>12</sup>. Conversamente, las guías de práctica clínica son documentos que suelen abarcar la información contexto-específica necesaria para realizar recomendaciones explícitas e idealmente transparentes<sup>13</sup>.

Existen distintos marcos metodológicos utilizados para el desarrollo de guías de práctica clínica (Tabla 2), cada uno con un sistema distinto de gradación de la evidencia y fuerza a las recomendaciones, lo que puede confundir a los profesionales de la salud. En esta línea, el enfoque *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE) para la valoración de la evidencia y las recomendaciones en salud, se presenta como una alternativa unificadora, simple y accesible, que mediante el empleo de un

lenguaje sencillo, busca favorecer el acceso y utilización de la evidencia<sup>14,15</sup> (Tabla 2).

El enfoque *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* utiliza criterios para categorizar la confianza (o calidad) de la evidencia científica, a saber: la fuente de sesgo de los estudios primarios, su consistencia y precisión en las estimaciones, aspectos relacionados con la validez externa (o cuán directa es la evidencia en relación a la pregunta de la guía de práctica clínica), la posibilidad de sesgo de publicación, el efecto dosis-respuesta de las intervenciones, la magnitud global del efecto y el efecto paradójico de los confundentes no medidos en las estimaciones. En una segunda instancia, provee el Marco de la Evidencia a la Decisión (*Evidence to Decision Framework*)<sup>16</sup>, que permite guiar a los paneles desarrolladores de guías de práctica clínica en la contextualización de los hallazgos en función de los valores y preferencias de los pacientes, la aceptabilidad y factibilidad de las intervenciones evaluadas, su aplicabilidad, aspectos relacionados con los costos, implicancias para la equidad, entre otros. De acuerdo con el enfoque *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*, no existe necesariamente una asociación directa entre la clasificación de la evidencia y las recomendaciones (por ejemplo, una calidad de evidencia alta puede sustentar una recomendación débil), pero otros sistemas de clasificación reconocen una asociación más directa.

**Tabla 2.** Codificación de la evidencia y recomendaciones según distintos abordajes metodológicos.

	Clasificación de la evidencia	Clasificación de las recomendaciones
American Heart Association (AHA) <sup>17</sup>	Nivel de evidencia A	Clase I
	Nivel de evidencia B	Clase II
	Nivel de evidencia C	Clase III
United States Preventive Services Task Force (USPSTF) <sup>18</sup>	Certeza alta	Grado A
	Certeza moderada	Grado B
	Certeza baja	Grado C
		Grado D (en contra)
		Grado I (evidencia insuficiente)
Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) <sup>19</sup>	Confianza alta	Fuerte a favor
	Confianza moderada	Débil a favor
	Confianza baja	Débil en contra
	Confianza muy baja	Fuerte en contra

## ¿Cómo confiar en las guías de práctica clínica?

De la misma manera en que se han diseñado directrices para el diseño, conducción y reporte de ensayos clínicos, estudios

observacionales y otros abordajes metodológicos de la información, se han elaborado pautas para evaluar la calidad de las guías de práctica clínica. La *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II*, AGREE II<sup>20</sup>, es el instrumento más utilizado y recomendado para la evaluación de su calidad. Consta de seis dominios y 23 ítems, los que

deben ser calificados del uno al siete por dos a cuatro evaluadores. Al finalizar, se solicita a cada uno una valoración global cuantitativa y otra cualitativa, respecto a cuán recomendable es la guía de práctica clínica. En Tabla 3 se resumen los principales dominios que evalúa esta herramienta.

**Tabla 3.** Características del instrumento AGREE II<sup>20</sup>.

Dominio de evaluación	Aspecto evaluado
Alcance y objetivos	Descripción adecuada de los objetivos, aspectos de salud cubiertos y la población y el ámbito de aplicación.
Participación de los implicados	Representación adecuada de grupos profesionales y los usuarios diana, considerando especialmente sus valores y preferencias.
Rigor en la elaboración	Métodos reproducibles y claros de búsqueda, selección y valoración de la evidencia y formulación de recomendaciones. También incluye la revisión externa y eventual actualización de la guía.
Claridad y presentación	Especificidad y claridad de las recomendaciones, incluyendo las opciones principales de manejo y recomendaciones clave.
Aplicabilidad	Consideración de barreras y facilitadores para la implementación de la guía, mecanismos de auditoría y aspectos prácticos, incluyendo el uso de recursos.
Independencia editorial	Rol del financiamiento y los conflictos de intereses en la confección de la guía.

AGREE: *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation*.

El desarrollo de guías de práctica clínica en países de bajo y mediano ingreso, se ha ajustado lenta y progresivamente a los estándares de los países desarrollados, reemplazando la adaptación de guías de práctica clínica extranjeras de alta calidad o la elaboración de otra clase de documentos, por la generación de guías de práctica clínica que incluyan recomendaciones que respondan a los desafíos propios de cada región<sup>21-23</sup>. En esta línea, la implementación de *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II* ha permitido identificar las principales limitaciones en el desarrollo de guías de práctica clínica en las distintas regiones del mundo. En el caso de Latinoamérica y El Caribe, las deficiencias detectadas en las guías de práctica clínica de elaboración local son: no inclusión de valores y preferencias de los pacientes, tratamiento no sistemático de la evidencia y falta de rigurosidad en la construcción de las recomendaciones, entre otros<sup>24-32</sup>. Por ejemplo, algunas evaluaciones de las guías de práctica clínica de Chile realizadas en 2009<sup>24</sup> y 2014<sup>28</sup>, evidenciaron que si bien la calidad global de los documentos era aceptable, no estaban exentas de déficits en los dominios “participación de los implicados”, “rigor en la elaboración” y “aplicabilidad”. Del mismo modo, en guías de práctica clínica elaboradas en Perú<sup>26</sup>, Argentina<sup>32</sup> y Brasil<sup>29,33,34</sup>, su calidad global fue baja. Por otra parte, algunos sistemas de salud consideran que la adaptación local de guías de práctica clínica extranjeras de alta calidad es más viable, debido a los altos costos y recursos necesarios para el complejo proceso de síntesis y valoración de la evidencia. De este modo, distintos grupos han propuesto directrices para la adaptación de guías de práctica clínica de alta calidad<sup>23,35</sup>.

## Limitaciones y desafíos pendientes

Pese a que el desarrollo de guías de práctica clínica se ha extendido y existen múltiples grupos de trabajo que las confeccionan e implementan de manera exitosa, aún quedan desafíos pendientes.

### 1. Multiplicidad de guías de práctica clínica

El profesional de la salud que recurre a recomendaciones para el manejo de una situación clínica o sanitaria, suele encontrarse con diversas fuentes de información: guías de práctica clínica desarrolladas por organismos gubernamentales, por sociedades científicas locales o por instituciones internacionales reconocidas (por ejemplo, las guías de práctica clínica de la *American Heart Association*, las guías de práctica clínica del *National Institute for Health and Care Excellence*, NICE, entre otras)<sup>2</sup>. Sin embargo, las recomendaciones pueden diferir entre guías de práctica clínica y el profesional puede dudar en cuál usar para su decisión clínica. Por lo general, el profesional puede elegir aquellas de mayor rigor metodológico, pero estas no necesariamente incorporan información aplicable al contexto de trabajo local. Este problema será compensado en la medida que existan guías de práctica clínica de alta calidad adecuadas al entorno local de los profesionales de salud y sus pacientes<sup>13</sup>.

### 2. Multimorbilidad

La mayoría de las guías de práctica clínica están orientadas hacia una única patología (por ejemplo, diabetes mellitus, enfermedad coronaria, depresión). Sin embargo, los pacientes suelen presentar varias condiciones en simultáneo, es decir, multimorbilidad, hecho que no suele estar contemplado en las guías de práctica clínica<sup>36</sup> y podría llevar a la necesidad de aplicar recomendaciones de distintas guías paralelamente. Resultados recientes muestran que la aplicación simultánea de guías de práctica clínica independientes en pacientes con multimorbilidad, puede asociarse a la aparición de reacciones adversas de gravedad relacionadas a interacciones droga-droga o droga-enfermedad<sup>37</sup>. Ante esto, existe un campo de desarrollo de guías de práctica clínica que permiten abordar la multimorbilidad al

considerar la carga de tratamiento<sup>38</sup>, la identificación de las intervenciones con beneficio máximo y sus posibles interacciones, entre otros<sup>39,40</sup>.

### 3. Conflictos de interés

Las guías de práctica clínica de alta calidad, recopilan la mejor evidencia disponible e incorporan criterios adicionales para la formulación de recomendaciones<sup>19</sup>. Sin embargo, esta última parte suele ser consensuada por un “panel de expertos” multidisciplinario, compuesto por expertos que se han destacado como líderes de opinión en el mundo clínico y representantes de los pacientes. Los paneles de expertos tienen el riesgo de incorporar miembros con conflictos de intereses que pueden viciar el proceso de formulación de recomendaciones. Por ejemplo, se ha detectado que la mitad de los miembros de paneles de guías de práctica clínica de Canadá y Estados Unidos presentaban conflictos de interés<sup>41</sup>. Afortunadamente, los organismos encargados han trabajado en políticas en torno a los conflictos de interés para intentar mitigar su posible impacto<sup>42</sup>.

### 4. Involucramiento de pacientes

Tanto el Marco de la Evidencia a la Decisión del enfoque *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* como el instrumento *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II* en su dominio “participación de los implicados”, resaltan la importancia de recabar información relacionada con los valores y preferencias de los pacientes destinatarios de una guía de práctica clínica determinada<sup>43</sup>. El involucramiento de los valores y preferencias de los pacientes se puede realizar mediante la incorporación de representantes de pacientes al grupo de expertos, la revisión bibliográfica sobre valores y preferencias de los pacientes, la revisión externa del documento de la guía de práctica clínica por pacientes, entre otros. No obstante, la inclusión de los valores y preferencias de los pacientes es aún escasa. Es por ello que han surgido propuestas para la incorporación sistemática de la perspectiva de los pacientes en la formulación de recomendaciones y para implementar la toma de decisiones compartida (*shared decision making*)<sup>44,45</sup>, como un enfoque técnico-comunicativo para agregar la perspectiva de los pacientes a la hora de ponderar las distintas alternativas terapéuticas.

### 5. Indicadores de la calidad

Existen sistemas de salud que auditan la actividad de profesionales clínicos mediante indicadores de calidad como, por ejemplo, el porcentaje de personas que reciben estatinas para la reducción del riesgo cardiovascular para un determinado umbral de riesgo<sup>46</sup>. Estos sistemas formulan los “indicadores de buena práctica” basados en las guías de práctica clínica más reconocidas y que muchas veces no incluyen los valores y preferencias de los pacientes<sup>47</sup>. Por lo tanto, si las preferencias de los pacientes no se encontraran alineadas con la recomendación y, consecuentemente, el indicador (por ejemplo, las personas tienen preferencias variables con relación a recibir estatinas según el umbral de riesgo cardiovascular<sup>48</sup>), podrían producirse ciertas “tiranías”<sup>49,50</sup>, en las cuales tanto los profesionales de la salud como los pacientes terminan “adhiriendo” a los indicadores basados

en las guías de práctica clínica más que en sus perspectivas; más aun si estos indicadores implican incentivos financieros para los profesionales de la salud<sup>51</sup>. Algunos abordajes que mitigarían este fenómeno serían la implementación de la toma de decisiones compartida y la incorporación sistemática de los valores y preferencias de los pacientes en la formulación de las recomendaciones<sup>43</sup>.

Actualmente, muchas de estas limitaciones persisten en la elaboración de guías de práctica clínica de alta calidad. Sin embargo, son estas brechas las que constituyen los desafíos y oportunidades necesarios para el desarrollo de nuevas pautas de evaluación de guías de práctica clínica, propiciando la consideración de nuevos criterios de calidad.

## Conclusiones

Las guías de práctica clínica son los documentos de mayor importancia para la incorporación de la evidencia científica en la toma de decisiones en salud mediante la formulación de recomendaciones. Cuando estas son de alta calidad evalúan, además de los aspectos de la intervención, aspectos contextuales como, por ejemplo, el uso de recursos y los valores y preferencias de los pacientes. Aun así, las guías de práctica clínica no son libros de recetas, dado que pueden tener limitaciones en cuanto a su disponibilidad y aplicabilidad en el contexto local.

Por lo tanto, es de gran relevancia que los organismos de salud impulsen y propicien el desarrollo y/o adaptación de guías de práctica clínica ajustadas a la práctica del profesional de salud, a la realidad local de los pacientes en cuanto a sus valores y preferencias, y a la presencia de comorbilidades.

## Notas

### Roles de contribución

Todos los autores contribuyeron en la planificación y escritura del manuscrito original. JVAF y KK desarrollaron los apartados Introducción, roles de las guías de práctica clínica, desarrollo de una guía de práctica clínica y aportaron las Tablas 1, 2 y 3. MA, NM y EM desarrollaron el acápite Limitaciones y desafíos pendientes y Conclusiones.

### Financiamiento

Los autores declaran que no hubo fuentes externas de financiamiento.

### Conflictos de intereses

Los autores completaron la declaración de conflictos de interés de ICMJE y declararon que no recibieron fondos por la realización de este artículo; no tienen relaciones financieras con organizaciones que puedan tener interés en el artículo publicado en los últimos tres años y no tienen otras relaciones o actividades que puedan influenciar en la publicación del artículo. Los formularios se pueden solicitar contactando al autor responsable o al Comité Editorial de la Revista.

### Aspectos éticos

Este estudio no requirió la evaluación por parte de un comité de ética-científica, debido a que trabajó sobre fuentes secundarias.

## Referencias

1. Franco JVA, Arancibia M, Simancas-Racines D, Madrid E. Syntheses of biomedical information: narrative reviews, systematic reviews and emerging formats. *Medwave*. 2018 Nov 27;18(7):e7354. | CrossRef | PubMed |
2. Urrea G, Carvajal-Juliván N, Arcos CP-BJ. How do physicians fill gaps in their medical knowledge? An overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev Abstr 26th Cochrane Colloq*. Santiago, Chile: 2019.
3. Román A. Clinical guidelines, clinical pathways and protocols of care. *Medwave* 2012;12:e5436-e5436. | CrossRef |
4. Feliciano Alfonso JE, Sebastián Castillo J. Guías de práctica clínica, vías clínicas y protocolos de manejo: similitudes, diferencias y alcances. *Rev Colomb Cancerol* 2013;17:182. | CrossRef |
5. Institute of Medicine (US) Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines; Graham R, Mancher M, Miller Wolman D, Greenfield S, Steinberg E, editors. *Clinical Practice Guidelines We Can Trust*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2011. | PubMed |
6. De Boeck K, Castellani C, Elborn JS; ECFS Board. Medical consensus, guidelines, and position papers: a policy for the ECFS. *J Cyst Fibros*. 2014 Sep;13(5):495-8. | CrossRef | PubMed |
7. Ingravallo F, Dietrich CF, Gilja OH, Piscaglia F. Guidelines, clinical practice recommendations, position papers and consensus statements: definition, preparation, role and application. *Ultraschall Med*. 2014 Oct;35(5):395-9. | CrossRef | PubMed |
8. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. *Abordaje de la Salud Mental en Hospitales Generales*. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Buenos Aires, Argentina: 2018.
9. Ministerio de Salud Pública. *Protocolos de atención prehospitalaria para emergencias médicas*. Quito, Ecuador: 2011.
10. Valderrama Beltrán SL, Gualtero SM, Quiroga C, Garzón JR, de Mendivelson EL, Tamara JR, y colaboradores. Evaluation and management of cardiovascular risk in VIH infection: Expert consensus of ACIN (Colombian Association of Infectious Diseases). *Infectio* 2019;23:73-91. | CrossRef |
11. Gutiérrez CM, Beroiza WT, Borzone TG, Caviedes SI, Céspedes GJ, Gutiérrez NM. *Espirometría: Manual de procedimientos*. SERChile. *Rev Chil Enfermedades Respir* 2018;34:171-88. | CrossRef |
12. Chandler J, Churchill R, Higgins J. *Methodological Expectations of Cochrane Intervention Reviews (MECIR): Methodological standards for the conduct of new Cochrane Intervention*. 2012.
13. Kredt T, Bernhardsson S, Machingaidze S, Young T, Louw Q, Ochodo E, et al. Guide to clinical practice guidelines: the current state of play. *Int J Qual Health Care*. 2016 Feb;28(1):122-8. | CrossRef | PubMed |
14. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol*. 2011 Apr;64(4):383-94. | CrossRef | PubMed |
15. Brozek JL, Akl EA, Alonso-Coello P, Lang D, Jaeschke R, Williams JW, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations in clinical practice guidelines. Part 1 of 3. An overview of the GRADE approach and grading quality of evidence about interventions. *Allergy*. 2009 May;64(5):669-77. | CrossRef | PubMed |
16. Alonso-Coello P, Schünemann HJ, Moher J, Brignardello-Petersen R, Akl EA, Davoli M, et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 1: Introduction. *BMJ*. 2016 Jun 28;353:i2016. | CrossRef | PubMed |
17. American College of Cardiology Foundation, American Heart Association. *Methodology Manual and Policies*. ACCF / AHA Task Force on Practice Guidelines 2010.
18. Agency for Healthcare Research and Quality MD. R. U.S. Preventive Services Task Force Grade Definitions 2008;2009. [Internet] | CrossRef | Link |
19. Alonso-Coello P, Oxman AD, Moher J, Brignardello-Petersen R, Akl EA, Davoli M, et al. [GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 2: Clinical practice guidelines]. *Gac Sanit*. 2018 Mar - Apr;32(2):167.e1-167.e10. | CrossRef | PubMed |
20. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *J Clin Epidemiol*. 2010 Dec;63(12):1308-11. | CrossRef | PubMed |
21. English M, Irimu G, Nyamai R, Were F, Garner P, Opiyo N. Developing guidelines in low-income and middle-income countries: lessons from Kenya. *Arch Dis Child*. 2017 Sep;102(9):846-851. | CrossRef | PubMed |
22. Cabrera PA, Pardo R. Review of evidence based clinical practice guidelines developed in Latin America and Caribbean during the last decade: an analysis of the methods for grading quality of evidence and topic prioritization. *Global Health*. 2019 Feb 19;15(1):14. | CrossRef | PubMed |
23. Haycox A. Should Low- and Middle-Income Countries Adopt Clinical Guidelines Developed in 'Rich' Countries? *Pharmacoeconomics*. 2018 Jul;36(7):731-732. | CrossRef | PubMed |
24. Pantoja T, Valenzuela L, Léniz J, Castañón C. [Clinical practice guidelines in the Chilean health sector reform: a critical assessment of their quality]. *Rev Med Chil*. 2012 Nov;140(11):1391-1400. | CrossRef | PubMed |
25. Ronsoni Rde M, Pereira CC, Stein AT, Osanai MH, Machado CJ. [Evaluation of eight Clinical Protocols and Therapeutic Guidelines under the Brazilian Ministry of Health using the AGREE II instrument: a pilot study]. *Cad Saude Publica*. 2015 Jun;31(6):1157-62. | CrossRef | PubMed |
26. Canelo-Aybar C, Balbin G, Perez-Gomez Á, Florez ID. Guías de práctica clínica en el Perú: evaluación de su calidad usando el instrumento AGREE II. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2016;33:732-8.
27. Toledo-Fernández A, Cabrera-Cruz N, Arteaga-García A, Mejías-Sánchez Y. Quality of the Cuban clinical practice guidelines. *Rev Cub Salud Pública* 2011; 37:349-58.
28. Rodríguez MF, Pineda I, Rozas MF. [Quality assessment of clinical practice guidelines of the Chilean explicit guarantees in healthcare program]. *Rev Med Chil*. 2016 Jul;144(7):862-9. | CrossRef | PubMed |
29. Molino CG, Romano-Lieber NS, Ribeiro E, de Melo DO. Non-Communicable Disease Clinical Practice Guidelines in Brazil: A Systematic Assessment of Methodological Quality and Transparency. *PLoS One*. 2016 Nov 15;11(11):e0166367. | CrossRef | PubMed |
30. Delgado-Noguera MF, Merchán-Galvis ÁM, Mera-Mamián AY, Muñoz-Manquillo DM, Calvache JA. Evaluación de la calidad metodológica de las Guías Colombianas de Práctica Clínica en Pediatría. *Pediatría* 2015;48:87-93. | CrossRef |
31. Pantoja T, Strain H, Valenzuela L. [Clinical practice guidelines in primary health care: a critical appraisal]. *Rev Med Chil*. 2007 Oct;135(10):1282-90. | CrossRef | PubMed |
32. Esandi ME, Ortiz Z, Chapman E, Dieguez MG, Mejía R, Bernztein R. Production and quality of clinical practice guidelines in Argentina (1994-2004): a cross-sectional study. *Implement Sci*. 2008 Oct 13;3:43. | CrossRef | PubMed |

33. Santana RS, de Oliveira Lupatini E, Zanghelini F, de March Ronsoni R, Rech N, Leite SN. The different clinical guideline standards in Brazil: High cost treatment diseases versus poverty-related diseases. *PLoS One*. 2018 Oct 17;13(10):e0204723. | CrossRef | PubMed |
34. Ronsoni Rde M, Pereira CC, Stein AT, Osanai MH, Machado CJ. [Evaluation of eight Clinical Protocols and Therapeutic Guidelines under the Brazilian Ministry of Health using the AGREE II instrument: a pilot study]. *Cad Saude Publica*. 2015 Jun;31(6):1157-62. | CrossRef | PubMed |
35. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Directriz para el fortalecimiento de los programas nacionales de guías informadas por la evidencia: Una herramienta para la adaptación e implementación de guías en las Américas. Washington, D.C: OPS; 2018.
36. Hughes LD, McMurdo ME, Guthrie B. Guidelines for people not for diseases: the challenges of applying UK clinical guidelines to people with multimorbidity. *Age Ageing*. 2013 Jan;42(1):62-9. | CrossRef | PubMed |
37. Dumbreck S, Flynn A, Nairn M, Wilson M, Treweek S, Mercer SW, et al. Drug-disease and drug-drug interactions: systematic examination of recommendations in 12 UK national clinical guidelines. *BMJ*. 2015 Mar 11;350:h949. | CrossRef | PubMed |
38. Dobler CC, Harb N, Maguire CA, Armour CL, Coleman C, Murad MH. Treatment burden should be included in clinical practice guidelines. *BMJ*. 2018 Oct 12;363:k4065. | CrossRef | PubMed |
39. Farmer C, Fenu E, O'Flynn N, Guthrie B. Clinical assessment and management of multimorbidity: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2016 Sep 21;354:i4843. | CrossRef | PubMed |
40. Kernick D, Chew-Graham CA, O'Flynn N. Clinical assessment and management of multimorbidity: NICE guideline. *Br J Gen Pract*. 2017 May;67(658):235-236. | CrossRef | PubMed |
41. Neuman J, Korenstein D, Ross JS, Keyhani S. Prevalence of financial conflicts of interest among panel members producing clinical practice guidelines in Canada and United States: cross sectional study. *BMJ*. 2011 Oct 11;343:d5621. | CrossRef | PubMed |
42. American Heart Association. Disclosure - Conflict of Interest. Policy and Procedure Manual 2011.
43. Montori VM, Brito JP, Murad MH. The optimal practice of evidence-based medicine: Incorporating patient preferences in practice guidelines. *JAMA*. 2013 Dec 18;310(23):2503-4. | CrossRef | PubMed |
44. Barani M, Kopitowski K. Toma de decisiones compartidas: centrando los cuidados médicos realmente en nuestros pacientes. *Rev Hosp Ital B Aires* 2012;33:60-4.
45. Yudkin JS, Kavanagh J, McCormack JP. Guidelines for treating risk factors should include tools for shared decision making. *BMJ*. 2016 Jun 14;353:i3147. | CrossRef | PubMed |
46. NICE. Quality and Outcomes Framework Indicators, Standards & Indicators n.d. [Internet] | Link |
47. Chong CA, Chen IJ, Naglie G, Krahn MD. How well do guidelines incorporate evidence on patient preferences? *J Gen Intern Med*. 2009 Aug;24(8):977-82. doi: 10.1007/s11606-009-0987-8. | CrossRef | PubMed |
48. Albarqouni L, Doust J, Glasziou P. Patient preferences for cardiovascular preventive medication: a systematic review. *Heart*. 2017 Oct;103(20):1578-1586. | CrossRef | PubMed |
49. McCartney M. Margaret McCartney: Have we given guidelines too much power? *BMJ*. 2014 Oct 6;349:g6027. doi: 10.1136/bmj.g6027. Erratum in: *BMJ*. 2015;351:h5550. | CrossRef | PubMed |
50. Hoffmann TC, Montori VM, Del Mar C. The connection between evidence-based medicine and shared decision making. *JAMA*. 2014 Oct 1;312(13):1295-6. | CrossRef | PubMed |
51. Sicsic J, Krucien N, Franc C. What are GPs' preferences for financial and non-financial incentives in cancer screening? Evidence for breast, cervical, and colorectal cancers. *Soc Sci Med*. 2016 Oct;167:116-27. | CrossRef | PubMed |

#### Correspondencia a

Angamos 655, Edificio R2, Oficina 1107  
Reñaca, Viña del Mar  
Chile.



Esta obra de *Medwave* está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, *Medwave*.