

Evaluación de guías de práctica clínica de atención al politraumatizado maxilofacial y trauma maxilofacial grave

Evaluation of clinical practice guidelines for the care of maxillofacial polytrauma and maxillofacial severe trauma patients

Denia Morales Navarro,^I Dadonim Vila Morales,^{II} Agustín Rodríguez Soto^I

^I Facultad de Estomatología. La Habana, Cuba.

^{II} Facultad Finlay-Albarrán. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la guía de práctica clínica es una herramienta que permite resumir la información científica disponible.

Objetivo: evaluar dos guías de práctica clínica que abordan la atención en la urgencia de los politraumatizados maxilofaciales y el trauma maxilofacial grave.

Métodos: se evaluaron dos guías (una cubana, Guías prácticas de estomatología, y otra extranjera, Manejo del trauma facial: una guía práctica); mediante el instrumento para la evaluación de guías del *Appaisal of Guidelines Research and Evaluation*. Se conformó el grupo evaluador que fue capacitado en el conocimiento y aprendizaje del instrumento evaluativo. Para el análisis de la información, se trasladaron los datos obtenidos a un modelo Excel y se calculó la puntuación estandarizada por dominio.

Resultados: en la guía Manejo del trauma facial, el dominio de Alcance y objetivos obtuvo un resultado catalogado como mejorable, mientras el de claridad de la presentación, con el 22,2 % de puntuación estandarizada, se encontró en el rango de deficiente. En la evaluación global tres de los evaluadores dieron calificación de uno, y otro dio un dos. Los cuatro evaluadores respondieron que no la recomendarían para su uso. En las Guías prácticas de estomatología, los dominios con mejores valores fueron el 6, 2 y 1 con 43,8 %, 22,2 % y 2,8 %, respectivamente, lo cual representó resultados muy mejorables, deficientes y muy deficientes, en ese mismo orden. En la evaluación global, dos evaluadores dieron valores de 3, otro de 2 y el restante de 1. Al responder a sí recomendarían la guía para su uso, dos respondieron que no y los restantes que si con modificaciones.

Conclusiones: las Guías prácticas de estomatología muestran mejores puntuaciones estandarizadas en la mayoría de los dominios que la de Manejo del trauma facial: una guía práctica; aunque los resultados evaluativos no son satisfactorios, los dominios con más bajas evaluaciones resultan, de forma común, los de Rigor en la elaboración y Aplicabilidad.

Palabras clave: guías de práctica clínica; evaluación; trauma maxilofacial; politraumatizado.

ABSTRACT

Introduction: Clinical practice guidelines are tools used to summarize the available scientific information.

Objective: Evaluate two clinical practice guidelines for emergency care of maxillofacial polytrauma and maxillofacial severe trauma patients.

Methods: Two guidelines were evaluated: one Cuban (Dental Practice Guidelines) and the other foreign (Management of Facial Trauma: A Practice Guideline), using the guideline evaluation tool Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation. An evaluation team was formed who received information about and training in the use of the evaluation tool. For analysis, the data obtained were transferred to an Excel model, and standardized scores were estimated for each domain.

Results: In Management of Facial Trauma the scope and objectives domain was classed as improvable, whereas the clarity of presentation domain, with a 22.2 % standardized score, was classed as poor. In the overall evaluation, three of the evaluators awarded a score of one, and another awarded a two. None of the four evaluators would recommend it for use. In Dental Practice Guidelines, the higher ranking domains were 6, 2 and 1, with 43.8 %, 22.2 % and 2.8 %, respectively, representing very improvable, poor and very poor results, in that order. In the overall evaluation, two evaluators awarded a score of 3, another awarded a 2, and the other a 1. Two evaluators would recommend the guideline for use, two would not, and the remaining ones stated they would recommend it if modified.

Conclusions: Dental Practice Guidelines obtained higher standardized scores in most domains than Management of Facial Trauma: A Practical Guideline. Although the evaluation results are not satisfactory, the domains with the lowest scores in both tools are rigor in guideline development and applicability.

Key words: clinical practice guidelines; evaluation, maxillofacial trauma; polytrauma patient.

INTRODUCCIÓN

Las guías de práctica clínica (GPC) tienen como objetivo fundamental reducir la variabilidad de la atención médica para garantizar un nivel óptimo de calidad y mejorar la atención en salud.^{1,2} Se consideran esenciales para las políticas sanitarias, la planificación, entrega, evaluación y mejora de la calidad de la atención de los clínicos, gestores y responsables políticos.³ Sus orígenes están basados en los fundamentos de la medicina basada en la evidencia y están dirigidas

a profesionales y pacientes con el objetivo de proporcionar información para la toma de decisiones.⁴⁻⁹ Se sustentan en los estudios de revisiones sistemáticas de la literatura científica disponible y realizan recomendaciones para la actuación clínica según la evidencia que las respalda.¹⁰ La GPC es una herramienta que permite resumir la información científica disponible; ordenan y sintetizan el estado del conocimiento existente y favorecen el intercambio internacional.¹ Se producen normalmente para los proveedores de atención de la salud, pero hay un creciente interés en el desarrollo de productos derivados para el público.¹¹

Existe un grupo de atributos deseables a revisar en toda GPC y su confluencia en una guía le daría mucha credibilidad, tanto a sus recomendaciones como a su potencial utilización, lo que supondría la obtención de los resultados clínicos deseados, ellos son:

- Elaboración multidisciplinaria: deben participar todos los miembros que puedan estar implicados en la práctica clínica del tema objeto de la guía (médicos de atención primaria y especializada, enfermería, otros trabajadores sanitarios o no sanitarios, pacientes, organizaciones de salud).
- Claridad: utilizar un lenguaje claro, definir los términos de modo preciso con una presentación lógica y fácil de seguir.
- Reproducibilidad: si se realizan todos los pasos indicados en la elaboración de la guía y la misma búsqueda bibliográfica con la circunstancia clínica referida, los resultados de las recomendaciones serían los mismos y la aplicación similar.
- Flexibilidad: deben reflejarse las alternativas de manejos razonables y posibles.
- Aplicabilidad: las recomendaciones propuestas pueden llevarse a la práctica en cualquier lugar o circunstancias, o adecuarlas.
- Validez: las recomendaciones propuestas son resultado de una revisión bibliográfica rigurosa.
- Actualización: aporta sistemáticamente las últimas novedades sobre ese tema.¹

La colaboración *Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation* (AGREE) está constituida por un amplio grupo de instituciones académicas y agencias productoras de guías que ofrecen un instrumento de evaluación de calidad, como marco sistemático para el análisis de los componentes clave que determinan la calidad de las guías. Incluye la elaboración y documentación del proceso, conocido como el instrumento AGREE, diseñado por investigadores de 13 países en función de crear una iniciativa internacional coordinada e identificar áreas potenciales de armonización para la elaboración de las guías. Consta de seis dominios teóricos de calidad. La herramienta AGREE es de fácil utilización, puede ser usada por clínicos, pacientes y encargados de la toma de decisiones en los sistemas de salud. Es un instrumento muy completo, ya que valora todas las dimensiones importantes de la GPC.¹² Esta es una herramienta de evaluación de calidad internacional para GPC.¹³ El AGREE II, un instrumento para calificar de uso común.¹⁴

Existen múltiples ocasiones en las que ante un mismo problema se actúa de forma diferente. Una forma de paliar este efecto es incorporar instrumentos que faciliten la adopción de decisiones. Para ello se cuenta con varias herramientas que, en esencia, son principios y recomendaciones diseñadas para este objetivo como son las guías clínicas, las vías clínicas y los protocolos de actuación. Al respecto es necesario comentar las diferencias entre estos instrumentos sanitarios que ayuden

a clarificar la utilidad de uno u otro. Una guía clínica se definiría como "una serie de recomendaciones explícitas con la intención definida de influir en la práctica de los clínicos. Describen una serie de indicaciones para ayudar a decidir sobre las posibles acciones y diferentes alternativas que se presentan en la práctica clínica para un problema concreto". En tanto que la vía clínica sería "un plan asistencial que define y ordena secuencialmente actividades o intervenciones sanitarias para un grupo definido de pacientes con un curso clínico predecible". Esta sería un tipo de guía clínica pero más específica, puesto que son recomendaciones obligatorias y se puede evaluar. Mientras que un protocolo, en términos generales, es definido como "un acuerdo entre profesionales expertos en un determinado tema y en el cual se han definido las actividades a realizar ante una determinada tarea".¹⁵

Por la importancia que revisten las GPC, el presente trabajo tiene como objetivo evaluar dos GPC que abordan la atención en la urgencia de los politraumatizados maxilofaciales y el trauma maxilofacial grave.

MÉTODOS

Se realizó una búsqueda de las guías prácticas de atención en la urgencia del politraumatizado maxilofacial y del trauma maxilofacial grave en la Red Telemática de Salud de Cuba y en Internet entre enero y marzo de 2015. Se utilizaron los descriptores: *practical guide, maxilofacial trauma and emergency care* y sus contrapartes en español. Se estableció como criterio de inclusión que fueran documentos recuperados a texto completo. Se obtuvieron cinco guías inicialmente, de las cuales se decantaron tres por no cumplir con este criterio.

Se incluyeron y evaluaron dos guías que enfocaron la atención al politraumatizado maxilofacial y el trauma maxilofacial grave (una cubana, Guías prácticas de estomatología,¹⁶ y otra extranjera, Manejo del trauma facial: una guía práctica¹⁷), mediante el instrumento para la evaluación de GPC, AGREE, que consta de seis grandes dominios:

- Dominio 1. Alcance y objetivos.
- Dominio 2. Participación de los implicados.
- Dominio 3. Rigor en la elaboración.
- Dominio 4. Claridad de presentación.
- Dominio 5. Aplicabilidad.
- Dominio 6. Independencia editorial.

La puntuación se realiza según una escala con valores del uno al siete, donde el uno significa muy en desacuerdo y siete muy de acuerdo. Para cumplir con los objetivos de este estudio se conformó el grupo evaluador integrado por cuatro especialistas de Cirugía Maxilofacial, los cuales fueron capacitados en el conocimiento y aprendizaje del instrumento AGREE para la evaluación de las guías mediante un primer encuentro en el que se explicó qué es el instrumento AGREE, sus acápites, cómo evaluar y se realizaron ejercicios prácticos. En el segundo encuentro se realizó la evaluación de las guías incluidas en el estudio.

En el aspecto Evaluación global, se especificaron las recomendaciones de la guía evaluada para su uso en la práctica.

Para el análisis de la información se empleó estadística descriptiva con el uso de porcentajes y frecuencias. Los datos se trasladaron a un modelo Excel y para el análisis cuantitativo de las evaluaciones de las guías, según el documento AGREE, se calculó la puntuación estandarizada por dominio:

- Puntuación obtenida= suma de puntuaciones otorgadas por los evaluadores al dominio evaluado
- Mínima puntuación posible= 1 punto (muy en desacuerdo) × 4 evaluadores × n° de ítems del dominio
- Máxima puntuación posible= 7 puntos (muy de acuerdo) × 4 evaluadores × n° de ítems del dominio

La puntuación estandarizada se calculó:

$$\frac{\text{Puntuación obtenida} - \text{Mínima puntuación posible}}{\text{Máxima puntuación posible} - \text{Mínima puntuación posible}} \times 100$$

Para la interpretación de las puntuaciones estandarizadas se siguió una escala simétrica de seis rangos.¹⁸

Calidad	Rango de puntuación estandarizada (%)
Excelente	100-90
Buena	90-70
Mejorable	70-50
Muy mejorable	50-30
Deficiente	30-10
Muy deficiente	10-0

RESULTADOS

En la distribución de puntuaciones por dominio en la evaluación del Manejo del trauma facial: una guía práctica ([tabla 1](#)), se observa que el dominio 1, según el rango de puntuación estandarizada, obtuvo un resultado catalogado como mejorable; mientras el dominio 4, Claridad de la presentación, con el 22,2 % de puntuación estandarizada, se encontró en el rango de deficiente. El resto de los dominios fueron evaluados como muy deficientes, es decir, aquellos referidos a la Participación de los implicados, Rigor de la elaboración e Independencia editorial.

En la evaluación global de la guía, tres de los evaluadores dieron calificación de uno en la escala de evaluación, y otro dio un dos; ambos valores se consideraron más cercanos al desacuerdo, lo que ciertamente se confirma al responder la segunda pregunta de la evaluación global de la guía, en que los cuatro evaluadores responden que no la recomendarían para su uso.

La distribución de puntuaciones por dominio en la evaluación de las Guías prácticas de estomatología se presenta en la [tabla 2](#). Los dominios con mejores valores de puntuación estandarizada fueron el 6, 2 y 1 con 43,8 %, 22,2 % y 2,8 %, respectivamente, lo cual representa en el rango de puntuación estandarizada

resultados muy mejorables, deficientes y muy deficientes, en ese mismo orden, para dichos dominios. El resto de los dominios mostró resultados muy deficientes.

Tabla 1. Distribución de puntuaciones por dominio en la evaluación del Manejo del trauma facial: una guía práctica

Dominio	Total evaluativo	Máxima puntuación posible	Mínima puntuación posible	Puntuación estandarizada del dominio
Dominio 1. Alcance y objetivo	56	84	12	61,1 %
Dominio 2. Participación de los implicados	12	84	12	0 %
Dominio 3. Rigor en la elaboración	32	224	32	0 %
Dominio 4. Claridad de la presentación	28	84	12	22,2 %
Dominio 5. Aplicabilidad	16	112	16	0 %
Dominio 6. Independencia editorial	8	56	8	0 %

Tabla 2. Distribución de puntuaciones por dominio en la evaluación de las Guías prácticas de estomatología

Dominio	Total evaluativo	Máxima puntuación posible	Mínima puntuación posible	Puntuación estandarizada del dominio
Dominio 1. Alcance y objetivo	14	84	12	2,8 %
Dominio 2. Participación de los implicados	28	84	12	22,2 %
Dominio 3. Rigor en la elaboración	32	224	32	0 %
Dominio 4. Claridad de la presentación	12	84	12	0 %
Dominio 5. Aplicabilidad	16	112	16	0 %
Dominio 6. Independencia editorial	29	56	8	43,8 %

En la evaluación global de la guía dos evaluadores dieron valores de tres, otro de dos y el restante de uno. Al responder a si recomendarían la guía para su uso, dos respondieron que no y los restantes que sí con modificaciones.

DISCUSIÓN

En el análisis de los resultados de las guías prácticas, Manejo del trauma facial: una guía práctica, y Guías prácticas de estomatología, llama la atención las bajas puntuaciones estandarizadas del dominio Aplicabilidad, el cual hace referencia a las posibles barreras y factores facilitadores para la implantación de la guía, las estrategias para mejorar su adopción y las implicaciones de la aplicación de la guía en los recursos, según el instrumento AGREE.¹² Birken,¹⁹ en la evaluación de un grupo de GPC encontró las más bajas puntuaciones en este dominio. Maqueda¹⁸ considera que los principales puntos débiles encontrados en su estudio estuvieron relacionados también con la Aplicabilidad y que se debiera analizar o tratar más detalladamente las implicaciones que supone su aplicación y las recomendaciones establecidas en lo que se refiere a cambios organizativos, recursos necesarios y criterios de seguimiento.

Con respecto al dominio tres (Rigor en la elaboración), que también obtuvo bajas puntuaciones estandarizadas, se hace referencia al proceso utilizado para reunir y sintetizar la evidencia, los métodos para formular las recomendaciones y para actualizarlas.¹² Maqueda¹⁸ asimismo obtuvo que este dominio, en su evaluación, presentó una serie de puntos débiles en lo que se refiere a la relación entre evidencia/recomendaciones. La ausencia de referencia a métodos y criterios de búsqueda de la evidencia utilizados para formular las recomendaciones, constituye otro punto débil en este dominio.

Las recomendaciones basadas en exclusiva opinión de expertos son evaluadas por el *National Institute for Clinical Evidence* con un nivel muy bajo de evidencia. La elaboración de las recomendaciones debe basarse en los niveles de evidencia y grados de recomendación. Considera que la importancia que para el diagnóstico precoz y la correcta gestión y protección de la salud tiene el desarrollo de guías, hace necesario mejorar los procedimientos de elaboración con la incorporación de criterios de evidencia científica que contribuyan a paliar los problemas que se pueden plantear en las guías basadas en el consenso, como en este caso son las dos guías analizadas.

Flórez Gómez²⁰ considera que la principal característica de las GPC es la selección exquisita de la literatura médica por medio de un detallado y concienzudo análisis de esta, para emitir recomendaciones fuertes y válidas que puedan ser puestas en práctica en diferentes contextos asistenciales. La metodología debe ser clara (los métodos de búsqueda de la literatura y evaluación de la evidencia deben quedar explícitos y estar al alcance de los usuarios), los objetivos, el alcance, los usuarios y la población objeto de la guía deben ser generales, pero claros y concisos (nunca ambiguos), sin dejar de reconocer y exponer explícitamente que existen diferencias individuales entre los pacientes; por ende, deben permitir la variación racional y sustentada de la práctica clínica, todo ello ausente en las guías estudiadas. La metodología debe poseer tres características fundamentales: contar de una estrategia estructurada, sistematizada y reproducible de búsqueda de la literatura y selección de la evidencia; tener bien especificado el proceso de evaluación y síntesis de la evidencia; por último, los métodos de formulación de las recomendaciones deben ser claros, estructurados y explícitos. Estos tres puntos deben estar claramente descritos en la metodología expuesta por la guía. Todos

estos elementos no se cumplen en las guías revisadas, y por ello justificamos la baja puntuación recibida.

*Fors López*²¹ considera que las GPC, como recopilaciones sistemáticas que ordenan y sintetizan el estado del conocimiento existente, van dirigidas a los principales actores del sistema, pacientes y profesionales; pero también a otros participantes como gestores, planificadores, juristas, medios de comunicación y público en general. Las guías tradicionalmente utilizadas en medicina han sido elaboradas en su generalidad sobre la base de la experiencia de los especialistas de diversas materias. Esta modalidad cedió el paso a aquellas formuladas por grupos especializados, hasta llegar a las nuevas versiones de guías elaboradas por grupos multidisciplinarios que utilizan la mejor evidencia posible, con el propósito de formular recomendaciones sólidas y que son elaboradas con metodología rigurosa y sometidas a evaluaciones exigentes.

Es necesario tener en cuenta que las sociedades científicas, al igual que muchas otras organizaciones, han reconocido la necesidad de emplear procesos más rigurosos en la confección de GPC para garantizar que las recomendaciones del cuidado de la salud sean respaldadas por la mejor evidencia investigativa disponible.²²⁻²⁹

*Wilt*³⁰ considera que se deben utilizar métodos transparentes y sistemáticos para seleccionar la evidencia, con la participación de grupos de trabajo que representen una amplia gama de conocimientos. Los resultados deben abordar tanto beneficios como desventajas de acciones de salud, con la consideración de definiciones, la gravedad y la evolución temporal de los resultados. *Overington*³¹ opina que en el proceso de desarrollo de la guía basada en la evidencia, es particularmente importante que los desarrolladores revisen y evalúen la evidencia, para asegurar que las directrices son de alta calidad, clínicamente relevantes y beneficiosas para los profesionales sanitarios y pacientes.

Con respecto al dominio Rigor en la elaboración, un elemento evaluativo fundamental fue la presencia de una clara descripción del procedimiento de actualización de la guía, que en el caso de las dos guías evaluadas no estaba contemplado. Es destacable, adicionalmente, el hecho de que las Guías prácticas de estomatología son la guía para el desempeño profesional a nivel nacional, pero estas, además de otros errores metodológicos en la confección, datan del 2003, por lo cual están consideradas desactualizadas aun cuando resultan de uso cotidiano por los profesionales de la Estomatología cubana y por los educandos de la carrera, y es muy frecuente encontrarla como cita bibliográfica en tesis de especialidad y maestría de esta profesión.

*Román*³² considera, en este sentido, que uno de los requisitos para que una GPC sea válida es que sufra procesos de actualización cada cierto período de tiempo. La valoración de la necesidad de actualización de una GPC es un aspecto fundamental para garantizar la vigencia de sus recomendaciones. Una GPC desactualizada puede ser causa de una mala praxis al no haber incorporado la nueva información disponible.

Por otra parte, las Guías prácticas de estomatología, según lo expuesto por *Román*,³² en cuanto al método de elaboración de las mismas, se confeccionaron con un método informal, por lo que tienen un valor limitado en la clínica, ya que se caracterizan por estar fundamentalmente basadas en opinión de expertos. Los participantes deciden que recomendar fundados en la experiencia personal, no se definen adecuadamente los criterios en los cuales se sustentan las recomendaciones; estas recomendaciones se fundan en juicios globales subjetivos,

la evidencia científica se cita en el estudio, pero no se proporciona información del método empleado para fundamentar las recomendaciones, y, por tanto, no son de buena calidad. Confirma este enfoque *Toledo*,¹ quien realizó una búsqueda de los documentos impresos y en la Red Telemática de Salud de Cuba (Infomed) y con los grupos de especialidades, de todos los documentos identificados como GPC o guías clínicas o guías prácticas de las diferentes especialidades médicas e identificó como problemas fundamentales que los documentos que tienen nombre de GPC presentan en común que no utilizaron la evidencia científica para su elaboración, fueron tan solo elaborados por los grupos de expertos, muchos son documentos normativos o actualizaciones terapéuticas del tema pero se han publicado como GPC erróneamente.

Otras debilidades encontradas y que aparecen reflejadas en la mayor parte de los documentos evaluados fueron el no estar realizados por equipos multidisciplinarios, sino sólo por un grupo de especialistas afines, no tener en cuenta el punto de vista de los pacientes; no contar con información para pacientes, solo para uso de los profesionales; no tener declarada fecha de actualización o revisión; el que las recomendaciones no estuvieran refrendadas por las mejores evidencias ni existir claridad en estas; no dar respuesta a preguntas clínicas; no declarar los objetivos de la guía, ni la población diana; no tener criterios de inclusión y exclusión; y no tener en cuenta el punto de vista de los pacientes. En este sentido *Kelson*³³ expone que las guías basadas en la evidencia deben considerar explícitamente los valores y preferencias de todas las partes interesadas (incluidos los de los pacientes) y proporcionar oportunidades para estos.

En la evaluación de las Guías prácticas de estomatología se identificó de manera global, adicionalmente, que se dedican apenas dos hojas a abordar el acápite: Fracturas complejas. Politraumatismo. Esto merece un espacio mayor; se refiriere solo al politraumatizado, cuando hay otras fracturas faciales que pueden presentarse aisladamente o en pacientes poliheridos o policontusos que también pueden ser graves y poner en peligro la vida del paciente; no se enfoca el manejo inicial en los acápites dictados por la ATLS, que son principios internacionales reconocidos de atención al trauma en la urgencia; no se manejan todas las posibilidades diagnósticas y terapéuticas existentes; se habla de *shock* traumático, cuando el término adecuado es el de *shock* hipovolémico; se separan en acápites diferentes las medidas para prevenir el "*shock* traumático" (dos) y la hemostasia (tres), cuando la segunda es parte de la primera, se declara el equipo multidisciplinario de atención al politraumatizado incluyendo a Cirugía General, Neurocirugía, Cirugía Maxilofacial, Oftalmología y Ortopedia, pero no se tiene en cuenta que en la atención desempeña un papel fundamental el especialista en Medicina Intensiva y Emergencia (además del cirujano general) y que la participación de las demás especialidades es de acuerdo con las características del trauma. Debe incluirse en el equipo de trabajo a especialistas y residentes.

CONCLUSIONES

Las Guías prácticas de estomatología muestran mejores puntuaciones estandarizadas en la mayoría de los dominios que la de Manejo del trauma facial: una guía práctica; aunque los resultados evaluativos no son satisfactorios, los dominios con más bajas evaluaciones resultan, de forma común, los de Rigor en la elaboración y Aplicabilidad.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores no declaran conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Toledo Fernández AM, Cabrera Cruz N, Arteaga García A, Mejías Sánchez Y. Calidad de las guías de práctica clínica cubanas. Rev Cubana Salud Pública 2011;37(3):349-58.
2. Ebben RH, Vloet LC, Verhofstad MH, Meijer S, Mintjes-de Groot JA, van Achterberg T. Adherence to guidelines and protocols in the prehospital and emergency care setting: a systematic review. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2013;21:9.
3. Gagliardi AR, Alhabib S; the members of the Guidelines International Network Implementation Working Group. Trends in guideline implementation: a scoping systematic review. Implement Sci. 2015;10:54.
4. Politi MC, Wolin KY, Légaré F. Implementing Clinical Practice Guidelines About Health Promotion and Disease Prevention Through Shared Decision Making. J Gen Intern Med. 2013;28(6):838-44.
5. Ebben RHA, Vloet LCM, Verhofstad MHJ, Meijer S, Mintjes-de Groot JAJ, van Achterberg T. Adherence to guidelines and protocols in the prehospital and emergency care setting: a systematic review. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2013;21:9.
6. Lee PY, Liew SM, Abdullah A, Abdullah N, Ng CJ, Hanafi NS, et al. Healthcare Professionals' and Policy Makers' Views on Implementing a Clinical Practice Guideline of Hypertension Management: A Qualitative Study. PLoSOne. 2015;10(5):e0126191.
7. Guerrier M, Légaré F, Turcotte S, Labrecque M, Rivest LP. Shared Decision Making Does Not Influence Physicians against Clinical Practice Guidelines. PLoSOne. 2013;8(4):e62537.
8. Gagliardi AR, Marshall C, Huckson S, James R, Moore V. Developing a checklist for guideline implementation planning: review and synthesis of guideline development and implementation advice. Implement Sci. 2015;10:19.
9. Baradaran-Seyed Z, Nedjat S, Yazdizadeh B, Nedjat S, Majdzadeh R. Barriers of Clinical Practice Guidelines Development and Implementation in Developing Countries: A Case Study in Iran. Int J Prev Med. 2013;4(3):340-8.
10. Akbari ME, Mohammadi G, Vosoogh-Moghaddam A, Rabanikhah F, Javadi H, Rostami-Gooran N, et al. National Health Guidelines in I.R of Iran, an Innovative Approach for Developing Countries. Iran J Cancer Prev. 2015;8(2):77-83.
11. Loudon K, Santesso N, Callaghan M, Thornton J, Harbour J, Graham K, et al. Patient and public attitudes to and awareness of clinical practice guidelines: a systematic review with thematic and narrative syntheses. BMC Health Serv Res. 2014;14:321.
12. AGREE Next Steps Consortium. El Instrumento AGREE II Versión electrónica. Ontario: The AGREE Research Trust; 2009 [citado 2015 Mar 25]. Disponible en:

http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/10/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument_2009_UPDATE_2013.pdf

13. Brouwers MC, Makarski J, Kastner M, Hayden L, Bhattacharyya O; GUIDE-M Research Team. The Guideline Implementability Decision Excellence Model (GUIDE-M): a mixed methods approach to create an international resource to advance the practice guideline field. *Implement Sci.* 2015;10:36.

14. Browman GP, Somerfield MR, Lyman GH, Brouwers MC. When is good, good enough? Methodological pragmatism for sustainable guideline development. *Implement Sci.* 2015;10:28.

15. Aguirre Raya DA, Hernández Jiménez AB. Algunas consideraciones para el diseño de protocolos en la actividad de Enfermería. *Rev Haban Cienc Méd [revista en la Internet]*. 2014 [citado 2015 Mar 25];13(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2014000300014&lng=es&nrm=iso&tlng=es

16. El Sistema Nacional de Salud. En: Colectivo de autores. Guías prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2003.

17. Hernández R. Manejo del trauma facial: una guía práctica. *Rev Med Clin Condes.* 2010;21(1):31-9.

18. Maqueda J, Buendía MJ, Gallego I, Muñoz C, Roel JM. Estudio de evaluación del protocolo de vigilancia sanitaria específica del asma laboral mediante el instrumento agree. *Med Segur Trab.* 2006;LII(205):13-21.

19. Birken SA, Ellis SD, Walker JS, DiMartino LD, Check DK, Gerstel AA, et al. Guidelines for the use of survivorship care plans: a systematic quality appraisal using the AGREE II instrument. *Implement Sci.* 2015;10:63.

20. Flórez Gómez ID, Montoya DC. Las guías de práctica clínica y el instrumento AGREE II. *Rev Colomb Psiquiatr [revista en Internet]*. 2011 [citado 2015 Mar 25];40(3). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80622315014>

21. Fors López MM. Guía de Práctica Clínica para el manejo de episodios depresivos y trastornos depresivos recurrentes en pacientes entre 18 y 64 años [tesis doctoral]. La Habana: Centro Nacional Coordinador de Ensayos Clínicos; 2011 [citado 2015 Mar 25]. Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/361/1/MMForsL%C3%B3pez.pdf>

22. Burgers JS, Anzueto A, Black PN, Cruz AA, Fervers B, Graham ID, et al. Adaptation, evaluation, and updating of guidelines: article 14 in Integrating and coordinating efforts in COPD guideline development. An official ATS/ERS workshop report. *Proc Am Thorac Soc.* 2012;9(5):304-10.

23. Wilt TJ, Guyatt G, Kunz R, Macnee W, Puhan MA, Viegli G, et al. Deciding what type of evidence and outcomes to include in guidelines: article 5 in Integrating and coordinating efforts in COPD guideline development. An official ATS/ERS workshop report. *Proc Am Thorac Soc.* 2012;9(5):243-50.

24. Grimshaw JM, Schünemann HJ, Burgers J, Cruz AA, Heffner J, Metersky M, et al. Disseminating and implementing guidelines: article 13 in Integrating and coordinating efforts in COPD guideline development. An official ATS/ERS workshop report. *Proc Am Thorac Soc.* 2012;9(5):298-303.

25. Yawn BP, Akl EA, Qaseem A, Black P, Campos-Outcalt D; ATS/ERS Ad Hoc Committee on Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. Identifying target audiences: who are the guidelines for?: article 1 in Integrating and coordinating efforts in COPD guideline development. An official ATS/ERS workshop report. Proc Am Thorac Soc. 2012;9(5):219-24.

26. Kelson M, Akl EA, Bastian H, Cluzeau F, Curtis JR, Guyatt G, et al. Integrating values and consumer involvement in guidelines with the patient at the center: article 8 in Integrating and coordinating efforts in COPD guideline development. An official ATS/ERS workshop report. Proc Am Thorac Soc. 2012;9(5):262-8.

27. Schünemann HJ, Oxman AD, Akl EA, Brozek JL, Montori VM, Heffner J, et al. Moving from evidence to developing recommendations in guidelines: article 11 in Integrating and coordinating efforts in COPD guideline development. An official ATS/ERS workshop report. Proc Am Thorac Soc. 2012;9(5):282-92.

28. Atkins D, Perez-Padilla R, Macnee W, Buist AS, Cruz AA; ATS/ERS Ad Hoc Committee on Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. Priority setting in guideline development: article 2 in Integrating and coordinating efforts in COPD guideline development. An official ATS/ERS workshop report. Proc Am Thorac Soc. 2012;9(5):225-8.

29. Guyatt G, Akl EA, Oxman A, Wilson K, Puhan MA, Wilt T, et al. Synthesis, grading, and presentation of evidence in guidelines: article 7 in Integrating and coordinating efforts in COPD guideline development. An official ATS/ERS workshop report. Proc Am Thorac Soc. 2012;9(5):256-61.

30. Wilt TJ, Guyatt G, Kunz R, Macnee W, Puhan MA, Viegi G, et al. Deciding what type of evidence and outcomes to include in guidelines: article 5 in Integrating and coordinating efforts in COPD guideline development. An official ATS/ERS workshop report. Proc Am Thorac Soc. 2012;9(5):243-50.

31. Overington JD, Huang YC, Abramson MJ, Brown JL, Goddard JR, Bowman RV, et al. Implementing clinical guidelines for chronic obstructive pulmonary disease: barriers and solutions. J Thorac Dis. 2014;6(11):1586-96.

32. Román A. Guías clínicas, vías clínicas y protocolos de atención. Medwave. 2012;12(6):e5436.

33. Kelson M, Akl EA, Bastian H, Cluzeau F, Curtis JR, Guyatt G, et al. Integrating values and consumer involvement in guidelines with the patient at the center: article 8 in Integrating and coordinating efforts in COPD guideline development. An official ATS/ERS workshop report. Proc Am Thorac Soc. 2012;9(5):262-8.

Recibido: 3 de octubre de 2015.

Aprobado: 22 de enero de 2017.

Denia Morales Navarro. Facultad de Estomatología. La Habana, Cuba.
Correo electrónico: deniamorales@infomed.sld.cu