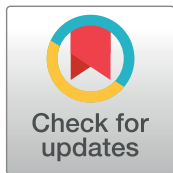


Versión Español



English Version



Crossmark



ACCESO ABIERTO

Citación: Maes-Carballo M, Estrada-López CR, Martínez-Martínez C, Alberca-Remigio C, Cámara-Martínez C, Josa-Martínez BM, Trigueros R. **Calidad en medicina y cirugía estética: revisión sistemática de las guías de práctica clínica.** Colomb Méd (Cali), 2024; 55(2):e2016257. <http://doi.org/10.25100/cm.v55i2.6257>

Recibido: 19 May 2024

Revisado: 01 Jun 2024

Aceptado: 23 Jun 2024

Publicado: 30 Jun 2024

Palabras clave:

Medicina estética; guías de práctica clínica; declaraciones de consenso; calidad; informes; toma de decisiones compartidas.

Keywords:

Aesthetic medicine; clinical practice guidelines; consensus statements; quality; reporting; shared decision making.

ARTICULO ORIGINAL

Calidad en medicina y cirugía estética: revisión sistemática de las guías de práctica clínica.

Quality in aesthetic medicine and surgery: a systematic review of clinical practice guidelines.

Marta Maes-Carballo,¹ Carlos Roberto Estrada-López,² Carmen Martínez-Martínez,² Claudia Alberca-Remigio,² Cristina Cámara-Martínez,³ Benito Miguel Josa-Martínez,⁴ Rubén Trigueros⁵

1 Hospital Público de Verin, Department of General Surgery, Verin, Spain, **2** Complejo Hospitalario de Ourense, General Surgery Department, Ourense, Spain. **3** Complejo Hospitalario de Ourense, Urology Department, Ourense, Spain. **4** Hospital Infanta Cristina, General Surgery Department, Madrid, Spain. **5** University of Almería, Department of Psychology, Almería, Spain.

Apéndice: <https://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/6257/8162>

Resumen

Antecedentes:

Las guías en medicina son herramientas esenciales para brindar atención médica estandarizada y de calidad.

Métodos:

Se realizó una revisión sistemática donde analizamos la calidad de las guías de medicina y cirugía estética siguiendo un protocolo de registro prospectivo (<https://osf.io/8pdyv>) tras buscar en bases de datos (MEDLINE, EMBASE, Web of Science, Scopus, CDSR), páginas web de sociedades científicas y literatura gris publicadas sin restricciones de idioma y hasta febrero de 2023. La calidad se evaluó utilizando AGREE II (% de la puntuación máxima), RIGHT (% del total de 35 ítems) y una herramienta de evaluación de calidad de la toma de decisiones compartidas (TDC) (puntuación de 31 ítems) individualmente y por duplicado, respectivamente.

Resultados:

Seis (86%) guías analizadas fueron clasificadas como no recomendadas; una (14%) como recomendada con modificaciones y todas las guías fueron clasificadas como mal informadas (7/7; 100%). La media de la calidad general fue del 27% (IQ 26-43) y del 26% (IQ 15-36) para AGREE II y RIGHT, respectivamente. Ningún documento incluido utilizó estas herramientas para su desarrollo. La TDC apareció de manera superflua en casi todas las guías analizadas.

Conclusiones:

En suma, las guías sobre medicina y cirugía estética publicadas hasta la fecha son de baja calidad y deben mejorarse, especialmente en aplicabilidad, presentación de la evidencia, recomendaciones, conflicto de intereses, control de calidad y la TDC. Estas directrices requieren de una metodología rigurosa basada en revisiones sistemáticas para garantizar recomendaciones de calidad basadas en la evidencia.

Copyright: © 2024 Universidad del Valle



Conflicto de intereses:

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

Registro de revisión:

Center for Open Science (OSF) (<https://osf.io/8pdyv>). <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/YPQT8>

Autor de correspondencia:

Marta Maes-Carballo.
Hospital Público de Verin,
Department of General Surgery,
Verin, Spain. Email: marta.maes.md@gmail.com

Abstract

Background:

Guidelines in medicine are essential tools to provide quality and standardised medical care. We analysed the quality of aesthetic medicine guidelines.

Methods:

A systematic review with a prospective registration protocol (<https://osf.io/8pdyv>) of databases (MEDLINE, EMBASE, Web of Science, Scopus, CDSR), web pages of scientific societies and grey literature was done from inception to February 2023 and without language restrictions. Quality was evaluated using AGREE II (% of the maximum score), RIGHT (% of the total 35 items) and a shared decision making (SDM) quality assessment tool (31 items score) individually and in duplicate, respectively.

Results:

Six (86%) guidelines were classified as not recommended; one (14%) was recommended with modifications, and all were classified as poorly reported (7/7; 100%). The median overall quality was 27% (IQR: 26-43) and 26% (IQR 15-36) for AGREE II and RIGHT, respectively. No document used these tools for its development. SDM appeared superfluity in almost all of the guidelines explored.

Conclusions:

Aesthetic medicine and surgical guidelines had low quality and must be improved. There is a wide range of improvement, especially in applicability, reporting of evidence, recommendations, conflict of interest, quality control and SDM. These guidelines require a rigorous methodology based on systematic reviews to ensure quality evidence-based recommendations.

Contribución del estudio

1) ¿Por qué se realizó este estudio?

Hoy en día, las guías de práctica clínica (GPC), los manuales clínicos (MC) y los documentos de consenso (CS) son instrumentos cruciales para prestar una asistencia médica de alta calidad. Ofrecen la posibilidad de avanzar hacia un tratamiento estandarizado para pacientes con patologías y situaciones clínicas similares, independientemente del médico, hospital o residencia. Estas guías deben diseñarse sistemáticamente con el máximo rigor de calidad y objetividad, aplicando recomendaciones basadas en la evidencia y los avances médicos. En una revisión bibliográfica previa al inicio de esta revisión sistemática, no pudimos encontrar ningún estudio similar en el que se evaluara la calidad de las guías en medicina estética. Teniendo en cuenta los antecedentes anteriores, realizamos una revisión sistemática para considerar la calidad de las guías en medicina estética empleando instrumentos validados y centrándonos en el método utilizado por las mismas para el análisis de la evidencia.

2) ¿Cuales fueron los resultados mas relevantes del estudio?

La calidad general de las guías de medicina estética y cirugía fue escasa y heterogénea, con deficiencias en áreas críticas. Ninguna de las guías revisadas informó del uso de herramientas de mejora de la calidad en su desarrollo.

3) ¿Que aportan estos resultados?

Nuestra revisión sistemática determinó que las guías de medicina estética y cirugía existentes eran escasas y necesitaban ser más sólidas y de mejor calidad. Ninguna se había elaborado siguiendo una herramienta validada para su desarrollo y evaluación de la calidad, como AGREE II o RIGHT.

Introducción

La medicina y cirugía estética es una de las ramas más innovadoras de la medicina moderna y se centra en mejorar la calidad de vida, mejorar la apariencia cosmética de los pacientes y prevenir el efecto del envejecimiento mediante el tratamiento de afecciones médicas ¹. Esto se logra mediante procedimientos mínimamente invasivos y no invasivos que mejoran el tono y la apariencia de la piel y reducen las arrugas, las manchas y las cicatrices. La medicina estética trata habitualmente individuos sanos que a menudo están insatisfechos con alguna deficiencia menor, generalmente física ². Se basa en el conocimiento fundamental de las ciencias médicas que combina los avances científicos realizados en medicina general, cirugía, endocrinología, medicina interna, dietética, dermatología, angiología, ortopedia, fisiología, pero también antropología, filosofía, pedagogía, psicología y sociología ².

Hoy en día, las guías de práctica clínica (CPGs), los manuales clínicos (CM) y los documentos de consenso (CSs) son instrumentos cruciales para brindar atención médica de alta calidad ^{3,4}. Ofrecen la posibilidad de avanzar hacia un tratamiento estandarizado para pacientes con patologías y situaciones clínicas similares, independientemente del médico, hospital o residencia. Estas guías deben diseñarse sistemáticamente con la más rigurosa calidad y objetividad, implementando las recomendaciones basadas en la evidencia y los avances médicos ^{3,4}.

En una revisión bibliográfica previa al inicio de esta revisión sistemática, no pudimos encontrar ningún estudio similar en el que se evaluara la calidad de las guías en medicina estética. Este hecho es llamativo ya que se ha demostrado como crucial la importancia de

estudiar la calidad para identificar una guía basada en la evidencia adecuada para la práctica clínica ⁵. Además, también se ha reconocido la necesidad de examinar varias dimensiones de la calidad. La primera dimensión cuestiona la validez de las recomendaciones formuladas, mientras que la segunda examina el rigor de la presentación del documento elaborado ⁶.

Además, la participación del paciente en la toma de decisiones, también conocida como toma de decisiones compartida, ha demostrado ser una piedra angular de la atención de alta calidad ⁷. Es imperativo cuando existen varias opciones de tratamiento con un resultado cosmético similar pero que pueden producir consecuencias muy diferentes según las preferencias de los pacientes ⁸. En los países desarrollados, se ha demostrado que la SDM aumenta la satisfacción del paciente ⁸. También es una obligación legal que reduce las demandas por mala praxis ^{9,10}.

A la luz de los antecedentes anteriores, realizamos una revisión sistemática para considerar la calidad de las pautas en medicina estética que emplean instrumentos validados y se centran en el método utilizado por ellas para el análisis de la evidencia.

Materiales y Métodos

Tras el registro prospectivo (Center for Open Science, <https://osf.io/8pdyv>), se diseñó y redactó esta revisión sistemática aplicando el método recomendado en PRISMA ^{11,12} (Apéndice S1).

Fuentes de datos y estrategia de búsqueda

Se implementó una estrategia de búsqueda integral que abarcó las principales bases de datos electrónicas (EMBASE, Web of Science, MEDLINE, Scopus y CDSR) y literatura gris desde el inicio hasta febrero de 2023. Se revisaron las referencias que aparecieron en los documentos incluidos en la selección principalmente para buscar posibles artículos adicionales. La combinación de términos de búsqueda se diseñó utilizando los términos MESH “medicina estética”, “guías de práctica clínica”, “declaraciones de consenso” y palabras alternativas (Apéndice S2). No se aplicaron restricciones de idioma ni de tiempo. Solo se incluyeron en el análisis las guías de sociedades profesionales de países con un rendimiento científico general superior al 0,01 % y/o pertenecientes a la UIME (Union Internationale de Médecine Esthétique) (Apéndice S3). Esta decisión se apoyó en la metodología ya empleada por estudios previos publicados con probado y sólido rigor científico ^{13,14}. Se realizó una búsqueda en Scopus en marzo de 2023 para estimar la producción científica de cada país (4,767 documentos de “Medicina Estética”) (Apéndice S4).

Selección de estudios y extracción de datos

Esta revisión sistemática incluyó guías (CPGs, CSs o MCs), donde organizaciones y sociedades profesionales internacionales o agencias gubernamentales describieron y produjeron un compendio de técnicas de medicina estética o cirugía. Excluimos guías sobre un solo procedimiento cosmético (es decir, población inapropiada), guías antiguas sustituidas por actualizaciones de la misma organización (es decir, guías obsoletas) y guías con fines educativos e informativos destinados a pacientes o Administración (es decir, propósito de desarrollo inapropiado). También se rechazaron ensayos clínicos, estudios observacionales, editoriales, revisiones narrativas, informes científicos, resúmenes de conferencias y pósteres.

Las guías se seleccionaron a través de un enfoque de varios pasos, que incluyó la eliminación de duplicados, la lectura de títulos y resúmenes y la evaluación de textos completos. Cuatro revisores analizaron los títulos y resúmenes (CREL, CAR, CCM y CMM). Luego, estos cuatro revisores obtuvieron los textos completos y los evaluaron para determinar su elegibilidad. Cuando se recuperaron múltiples versiones, se incluyó la versión más actualizada de las pautas. Los posibles desacuerdos o inconsistencias se resolvieron mediante arbitraje (MMC).

Tres revisores (CREL, CCM y CMM) extrajeron de forma independiente las características de las pautas incluidas y su calidad en una hoja piloto de extracción de datos electrónica de Excel.

Evaluación de la calidad metodológica

La evaluación de la calidad metodológica de las pautas fue estimada por dos revisores (CREL y CMM) empleando tres herramientas de evaluación validadas, el instrumento AGREE II, la declaración RIGHT y una herramienta de análisis de calidad de la SDM (Apéndice S5)¹⁵⁻¹⁷. La calidad de las guías se definió como la “confiabilidad de que los posibles sesgos de desarrollo se han manejado adecuadamente y las recomendaciones son válidas interna y externamente” siguiendo la descripción del manual AGREE II¹⁸. Estos revisores (CREL y CMM) y un árbitro (MMC) celebraron reuniones de formación para comprender y unificar los criterios de evaluación de la calidad para evitar desviaciones significativas.

En cuanto a la calidad general utilizando AGREE II, los revisores recopilaron 23 ítems de seis dominios: alcance y propósito (ítems 1 a 3), participación de las partes interesadas (ítems 4 a 6), rigor del desarrollo (ítems 7 a 14), claridad y presentación (ítems 15 a 17), aplicabilidad (ítems 18 a 21) e independencia editorial (ítems 22 y 23). Se utilizó una escala de 7 puntos para puntuar cada ítem (desde 1 o totalmente en desacuerdo, es decir, si no había información adecuada sobre el ítem, hasta 7 o totalmente de acuerdo, es decir, si la calidad del informe era excelente y los criterios se cumplían exhaustivamente). Las puntuaciones particulares de los revisores se sumaron, aumentando como porcentaje de la puntuación máxima posible en puntuaciones de calidad del dominio (0-100%)¹⁸. Además, se calcularon las puntuaciones medias de los seis dominios estandarizados para proporcionar una evaluación y recomendación general de la guía: una guía con una puntuación media de dominios > 80% se etiquetó como “recomendada”¹⁹, “recomendada con modificaciones” cuando era del 50-80%, y “no recomendada” cuando era < 49%²⁰.

La herramienta RIGHT exploró la calidad de la información aportada¹⁶. Siete dominios contenían 35 elementos: información básica (ítems 1 a 4), antecedentes (ítems 5 a 9), evidencia (ítems 10 a 12), recomendaciones (ítems 13 a 15), revisión y garantía de calidad (ítems 16 y 17), financiación y declaración y gestión de intereses (ítems 18 y 19), y otra información (ítems 20 a 22). Cada elemento alcanzó una puntuación numérica dependiendo de la finalización, siendo “1” cuando el elemento se informó totalmente, 0.5 cuando se informó parcialmente o cuando no se informó. Los dos revisores (CREL y CMM) examinaron los desacuerdos y el árbitro ayudó a alcanzar un consenso (MMD). Se estimó una puntuación global de la evaluación de la notificación como porcentaje de la media. Esta puntuación ayudó a clasificar las directrices como «bien notificadas» cuando la puntuación era >80%, «moderadamente notificadas» cuando era 50-80%, y «escasamente notificadas» cuando era <50%²⁰.

Por último, se estudió la calidad de la aparición de la GDS en las directrices utilizando un instrumento validado de GDS¹⁷. Este instrumento constaba de 11 dominios que contenían 31 ítems: información básica sobre la GDS (ítems 1 a 4), antecedentes (ítems 5 a 7), criterios de selección (ítems 8 a 9), puntos fuertes y limitaciones (ítems 10 a 14), recomendaciones de GDS (ítems 15 a 17), facilitadores y barreras (ítems 18 a 19), implementación (ítems 20 a 21), implicaciones de recursos (ítems 22 a 24), criterios de seguimiento y auditoría (ítems 25 a 27), recomendaciones para futuras investigaciones y limitaciones de estas recomendaciones (ítems 28 a 29) e independencia editorial y declaración de intereses (ítems 30 a 31). El cumplimiento de los ítems se puntuó en una escala dicotómica: «0» si no se cumplía el ítem y “1” si se cumplía. Tal y como recomendaron los autores de la herramienta, cuanto mayor sea la tasa de ítems cumplidos, mayor será la calidad GDS en las guías consideradas. No se especificó ningún punto de corte para definir la calidad¹⁷.

Síntesis de evidencia

Se realizó un análisis descriptivo de los dominios y las puntuaciones globales, tabulando las características y la calidad de las directrices. Con Kruskal-Wallis se compararon las puntuaciones y se estratificaron los factores que podían afectar la calidad de las directrices de la medicina estética. La significación estadística se estableció en $p < 0.05$. Se calculó el coeficiente de correlación intraclass (CCI) para determinar la coherencia entre los revisores, determinando un cumplimiento excelente si el CCI > 0.90²¹. Todos los análisis estadísticos se obtuvieron utilizando Stata 16.

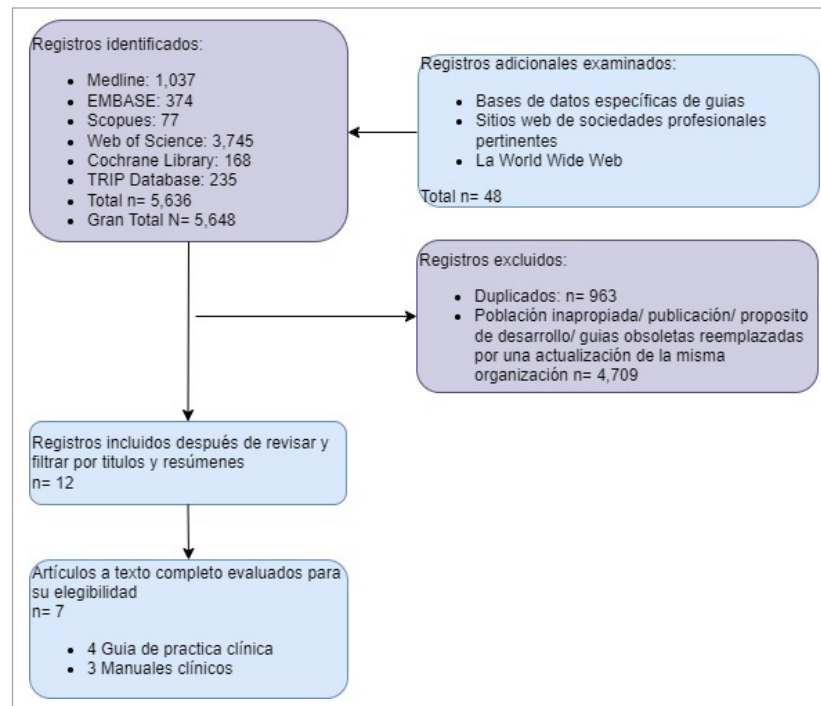


Figura 1. Diagrama de flujo de la revisión sistemática.

Resultados

Selección de estudios

La búsqueda inicial identificó 5,684 registros en PubMed, EMBASE, Web of Science, Scopus, CDSR y Trip database, y 48 manuscritos provenientes de literatura gris (bases de datos específicas de guías, sociedades profesionales y la red mundial). Los revisores eliminaron 963 duplicados y 4,709 registros que no cumplían los criterios de inclusión (población inapropiada, documentos de guías obsoletos o un propósito de desarrollo inapropiado). Se incluyeron doce documentos para su estudio después de examinar solo el título y el resumen. Finalmente, solo siete guías²²⁻²⁸ se incluyeron en la evaluación final porque cumplían todos los criterios de inclusión de nuestra revisión sistemática. Se eliminaron cinco (1 resumen de conferencia, 1 póster y 3 guías para educación e información del paciente). La Figura 1 muestra el diagrama de flujo de la revisión.

Características de las guías

La Tabla 1 resume las guías seleccionadas y sus características. Del total de 7 documentos seleccionados para la revisión sistemática, 4 fueron GPC y 3 MC. Ninguno de los documentos analizados informó sobre el uso de herramientas de calidad en su desarrollo.

Evaluación de la calidad general y de la información aportada en las guías

El análisis de las guías mediante el instrumento AGREE II mostró un rango de puntuación general amplio pero pobre (21-52%). La Figura 2 y la Tabla 2 recopilaban los datos. El ICC entre revisores se clasificó como excelente (ICC= 0.97). La calidad general mediana fue del 27.0% (RIC 26.0-43.0). Solo una guía²⁸ (1/7; 14%) fue clasificada como “recomendada con modificaciones” (puntuación general mediana: 50% y 79%). El resto de los registros (6/7; 86%) fueron definidos como “no recomendados” (puntuación general mediana < 50%). Ninguna de las guías (6/7; 86%) obtuvo una puntuación mayor o igual al 80% que permitiera clasificarla como “recomendada”. La calidad de los dominios en cada guía fue baja y muy heterogénea. Las (Figuras 1S y 2S) muestran el cumplimiento detallado de las guías con los dominios AGREE II. Con respecto a la puntuación media del dominio AGREE II en los documentos analizados,

Tabla 1. Descripción de las guías médicas y quirúrgicas estéticas seleccionadas (n=7).

Referencias	Nombre del CPG o protocolo (nombre abreviación)	Tipo de documento	Entidad	País	Año	Publicación en una revista	Versión	Análisis de evidencia	Referencia a herramienta de calidad	UIME
22	Manuale di Medicina Estetica. Tomo I. Approccio Diagnostico1 (Italian Manual Vol. I)	Manual clínico	SIME	Italia	2014	Acta Medica Edizione	1	No	No	Si
23	Manuale di Medicina Estetica Tomo 2 - Diagnosi in Medicina Estetica (Italian Manual Vol. II)	Manual clínico	SIME	Italia	2014	Acta Medica Edizione	1	No	No	Si
24	Manual Práctico de Medicina Estética (Argentinian Manual)	Manual clínico	SOAR-ME	Argentina	2009	World Congress Editorial	4	No	No	Si
25	Protocolos de Práctica Clínica en Medicina Estética (Spanish aesthetic medicine CPG)	CPG	SEME	España	2018	No publicado	1	Opinión de expertos	No	Si
26	La Médecine Esthétique (Canadian CPG)	CPG	CMQ	Canada	2020	No publicado	1	Opinión de expertos	No	No
27	Linee guida per i principali interventi di chirurgia estetica (Italian CPG)	CPG	AICPE	Italia	2013	Minerva Medica Edizione	1	Opinión de expertos	No	No
28	Manual de protocolos de tratamiento estético facial y corporal (Spanish Facial and body CPG)	CPG	ISTL	España	2018	No publicado	1	Revisión, Opinión de expertos	No	No

observamos que los dominios 4 (Claridad de presentación) con 69% y el dominio 1 (Alcance y objetivo) con 44% obtuvieron un resultado moderado de cumplimiento. En comparación, los dominios 6 (Independencia editorial) y 5 (Aplicabilidad) lograron resultados inferiores con 0% y 13%, respectivamente. Tres de 7 (42.9%) obtuvieron un cumplimiento >50% en el dominio 1 (Alcance y objetivo) mientras que 6/7 (%) en el dominio 4 (Claridad de presentación). El resto de los dominios (participación de las partes interesadas (dominio 2), rigor del desarrollo (dominio 3), aplicabilidad (dominio 5) e independencia editorial (dominio 6) obtuvieron puntuaciones bajas. Las guías con las mejores puntuaciones fueron las desarrolladas por la ISTL²⁸, la SEME²⁵ y la CMQ²⁶.

En cuanto a la calidad analizada con la declaración RIGHT, esta fue muy variable, con un amplio rango de puntuación general (13-43%). La mediana del cumplimiento general de la presentación de informes fue del 26% (RIC 15.0-36.0). El ICC entre revisores fue excelente (ICC= 0.96). La Tabla 3 y Figura 3S recogen las puntuaciones relativas a la calidad del informe de datos medido con el instrumento RIGHT. Todas las guías se clasificaron como de “poca información” (7/7; 100%) con una puntuación media inferior al 50%. La Figura 3 mostró que la presentación de informes en los dominios fue heterogénea y muy deficiente, sin que ningún dominio se informara como de alta calidad. (>75%). La mediana de las puntuaciones de los dominios fue del 50% (25-67%) para el dominio 1 (información básica), del 31% (6-94%) para el dominio 2 (antecedentes), del 0% (0-40%) para el dominio 3 (evidencia), del 14% (7-29%) para el dominio 4 (recomendaciones), del 0% (0-50%) para el dominio 5 (revisión y control de calidad), del 0 (0-0%) para el dominio 6 (financiación y declaración y gestión de intereses) y del 17% (17-33%) para el dominio 7 (otra información). Centrándonos en el análisis específico por dominios, solo el dominio 2 (antecedentes) obtuvo una puntuación moderada, obteniendo 3/7 (%) de las guías una puntuación global de índice de cumplimiento > 50%. El resto de los dominios tuvieron tasas de cumplimiento bajas. La Tabla 3 y la (Figura 4S) muestran el cumplimiento de los dominios CORRECTOS en las guías y resumen la puntuación global obtenida en cada guía con el análisis. Las guías con mejor puntuación, así como en el análisis de calidad con AGREE II, fueron las desarrolladas por la ISTL²⁸, la SEME²⁵ y la CMQ²⁶.

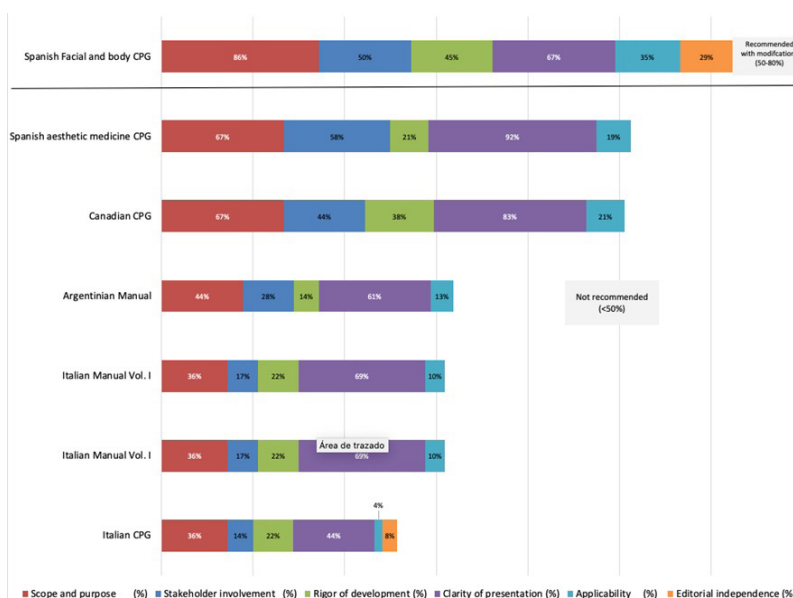


Figura 2. Puntuación general de las guías de medicina estética según AGREE II.

Table 2. Características de las guías médicas y quirúrgicas estéticas en cuanto a calidad e información.

Ref	Nombre abreviado	Dominio 1 Alcance y propósito (%)	Dominio 2 Participación de los interesados (%)	Dominio 3 Rigor en el desarrollo (%)	Dominio 4 Claridad de presentación (%)	Dominio 5 Aplicabilidad (%)	Dominio 6 Independencia editorial (%)	Análisis total	Puntuación de la calidad (1 a 7) de las guías	Media de la puntuación total (%)
22	Italian Manual Vol. I	36	17	22	69	10	0	NR	2	26
23	Italian Manual Vol. II	36	17	22	69	10	0	NR	2	26
24	Argentinian Manual	44	28	14	61	13	0	NR	2	27
25	Spanish aesthetic medicine CPG	67	58	21	92	19	0	NR	4	43
26	Canadian CPG	67	44	38	83	21	0	NR	4	42
27	Italian CPG	36	14	22	44	4	8	NR	2	21
28	Spanish Facial and body CPG	86	50	45	67	35	29	RWM	4	52
	Media (Rango)	44 (36-86)	28 (14-58)	22 (14-45)	69 (44-92)	13 (4-35)	0 (0-29)			27 (26-43)

La (Figura 5S y Apéndice 6S) indican una pobre adherencia a los ítems y dominios empleando la herramienta de análisis de calidad e informes SDM. El ICC de los revisores fue excelente (ICC= 0.94). SDM apareció en 6/7 (%) de las guías exploradas. Sin embargo, su caracterización podría haber sido más explícita y específica en la mayoría de los ítems alcanzados y no solo en una guía a la vez. Las limitaciones del diseño del estudio y la metodología se consideraron en 4/7 (%) (ítem 10). Solo 2/7 (28.6%) guías cumplieron con más de 1 ítem de 31 (3.2%). Ninguna de las guías cumplió con todos los dominios de calidad. La información básica (dominio 1), los antecedentes (dominio 2), las fortalezas y limitaciones de la evidencia (dominio 4), las recomendaciones (dominio 5), los facilitadores y las barreras (dominio 6) y la implementación (dominio 7) de la SDM se describieron de manera inadecuada. Las directrices examinadas no satisfacían ningún punto sobre los criterios de selección (ámbito 3), los facilitadores y las barreras (ámbito 6), implicaciones de recursos (ámbito 8), los criterios de seguimiento y auditoría (ámbito 9), las recomendaciones para futuras investigaciones y sus limitaciones (ámbito 10), e la independencia editorial y el conflicto de intereses (ámbito 11). Ninguna de las directrices se destacaba por centrarse explícitamente en el SDM. Dos hacían referencia al consentimiento informado como parte fundamental de la entrevista médico-paciente, concretamente aquellas en las que el SDM tenía una mejor contemplación ^{25,26}.

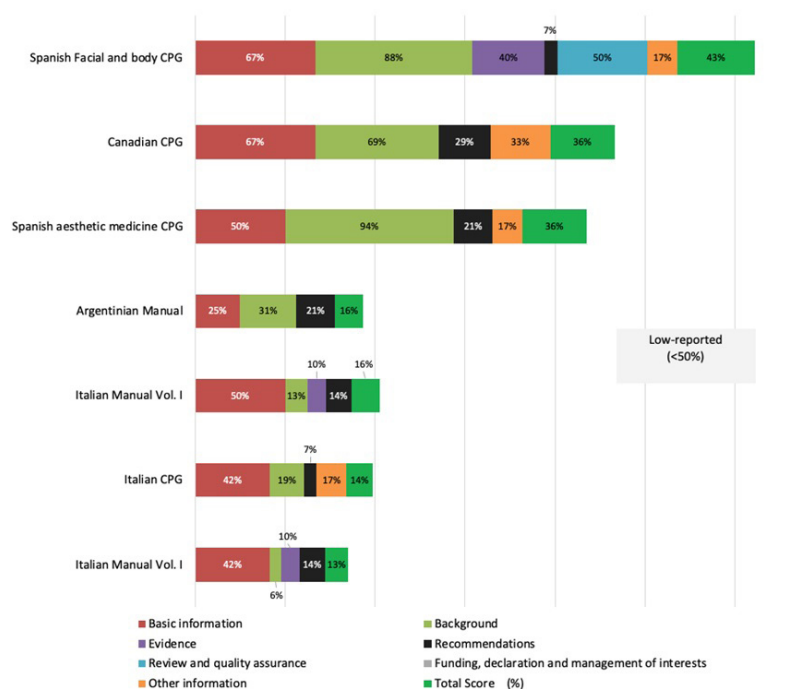


Figura 3. Puntuación general de las guías de medicina estética según RIGHT

Tabla 3. Adhesión a los ítems de la Declaración de RIGHT (n1= 35) por cada GPC y CS de medicina y cirugía estéticas (n2 = 7)

Ref	Nombre abreviado de CPG	Dominio 1		Dominio 2		Dominio 3		Dominio 4		Dominio 5		Dominio 6		Dominio 7		Resultado total (n= 35)	Resultado total (%)
		Información básica (n= 6)	Antecedente (n= 8)	Evidencia (n= 5)	Recomendaciones (n= 7)	Revisión y aseguramiento de la calidad (n= 2)	Financiación, declaración y manejo de intereses (n= 4)	Otra información (n= 3)									
22	Italian Manual Vol. I	3	50%	1	13%	0.5	10%	1.0	14%	0	0%	0	0%	0.0	0%	5.5	16%
23	Italian Manual Vol. II	2,5	42%	0,5	6%	0.5	10%	1.0	14%	0	0%	0	0%	0.0	0%	4.5	13%
24	Argentinian Manual	1,5	25%	2,5	31%	0.0	0%	1.5	21%	0	0%	0	0%	0.0	0%	5.5	16%
25	Spanish aesthetic medicine CPG	3	50%	7,5	94%	0.0	0%	1.5	21%	0	0%	0	0%	0.5	17%	12.5	36%
26	Canadian CPG	4	67%	5,5	69%	0.0	0%	2.0	29%	0	0%	0	0%	1.0	33%	12.5	36%
27	Italian CPG	2,5	42%	1,5	19%	0.0	0%	0.5	7%	0	0%	0	0%	0.5	17%	5.0	14%
28	Spanish Facial and body CPG	4	67%	7	88%	2.0	40%	0.5	7%	1	50%	0	0%	0.5	17%	15.0	43%
Moda		1		1		0		1		0		0		0,5			
Mediana (Rango)		50 (25-67)	31 (6-94)	0 (0-40)	14 (7-29)	0 (0-50)	0 (0-0)	17 (0-33)								26 (13-43)	

La Tabla 4 muestra la calidad general y la GDS y el reporte de las guías de medicina estética. En cuanto a la calidad general y el reporte, no hubo diferencias significativas en cuanto al tipo de documento ($p= 0.280$; $p= 0.610$), el año de publicación ($p= 0.330$; $p= 0.990$), la publicación en una revista ($p= 0.330$; $p= 0.990$) y el análisis de la evidencia ($p= 0.850$; $p= 0.570$). Con respecto a la GDS, las MC demostraron una mejor descripción que las CPG ($p= 0.032$). El origen ($p= 0.658$), el año de publicación ($p= 0.748$), la aparición en una revista ($p= 0.224$), y la versión de la guía ($p= 0.887$), el análisis de la evidencia ($p= 0.570$) y la aparición del consentimiento informado ($p= 0.184$) no influyeron en la calidad ni en la notificación de la GDS.

Discusión

Principales hallazgos

La calidad general de las guías de medicina estética y cirugía fue pobre y heterogénea, con debilidades en áreas críticas. Ninguna de las guías revisadas informó sobre el uso de herramientas de mejora de la calidad en su desarrollo. En cuanto a la validez de las recomendaciones, todas menos una ²³ obtuvieron resultados bajos en todos los dominios. Se definieron como “no recomendadas”. Solo una ²³ fue clasificada como “recomendada”.

Tabla 4. Características de las guías médico-quirúrgicas estéticas en cuanto a calidad e información.

Variable	Agree II		Right		SDM (herramienta)	
	Media	Media DT	Media	Media DT	Media	IQR Rango
Tipo de documento						
CPGs	76.5	15.54	39.2	12.76	1	1
CSs	59	5.19	19.3	11.01	1.8*	3.8*
Continente						
Europa	69.8	15	30.4	18.75	1.8	3.5
Norte America	81	N/A	31	N/A	1	1
Otros países	53	N/A	32	N/A	1	1
Año de publicación						
Antes 2015	58	4.69	21.25	9.74	1.4	3
Después 2015	83.66	7.37	43.33	12.01	1.6	2.5
Publicación en revista						
Si	58	4.69	21.25	9.74	0.8	N/A
No	83.66	7.37	43.33	12.01	2.3	3.1
Número de versión						
1	71.66	14.18	30.5	16.77	1.3	1.7
Otro	53	N/A	32	N/A	2	1
Análisis de evidencia						
Consenso	71.33	14.22	34	8.88	1.7	1.2
No indicado	59	5,19	19.33	10.97	4	4
Revisión	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Revisión sistemática	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Consentimiento informado						
Si					1.5	1.3
No					1.3	2.3

con modificaciones”. En el análisis específico, las guías destacaron su excelente síntesis del propósito y su claridad de presentación. La independencia editorial y la aplicabilidad fueron áreas que necesitaban una mejora significativa. Todas las guías fueron categorizadas como “mal informadas”, y ningún dominio cumplió con los parámetros de calidad. El área mejor presentada fue la de información básica, mientras que destacamos una necesidad urgente de mejorar el informe de antecedentes, la evidencia, la declaración de conflicto de intereses y el control de calidad. La SDM apareció superflua en casi todas las guías. Ninguna de las guías utilizó específicamente el término SDM.

Fortalezas y limitaciones

Hasta donde sabemos, esta es la primera revisión sistemática que analiza la calidad en las guías de medicina estética y cirugía. Una de las principales fortalezas de esta revisión es su estrategia de búsqueda integral sin restricciones de idioma ni de tiempo, que se estableció sobre un marco conceptual amplio y dio una perspectiva global.

Se siguió un protocolo de registro prospectivo (<https://osf.io/8pdyv>) para construir un proceso metodológico riguroso. Para la evaluación de la calidad en todas sus dimensiones, se utilizaron tres herramientas de evaluación validadas: AGREE II (para calidad general), RIGHT (para la calidad de la información aportada) y una herramienta de análisis de la SDM (para calidad general y de la información aportada específicamente sobre la SDM)¹⁵⁻¹⁷. Estas tres herramientas tenían algunos elementos que se superponían parcialmente incluso cuando AGREE II se centró en la calidad de la validez de las recomendaciones formuladas, la declaración RIGHT en el rigor de la información presentada y la herramienta SDM en la SDM específicamente⁶. Nuestros resultados sugirieron que estas dimensiones de la calidad estaban estrechamente correlacionadas. Por lo tanto, un documento bien informado (puntuación alta en RIGHT) muy probablemente implicará una guía recomendada después de evaluar con AGREE II y viceversa.

Una limitación potencial de esta revisión sistemática podría ser la subjetividad de la extracción de datos. Tres expertos en evaluación de la calidad de las guías revisaron los manuales de las herramientas de evaluación para crear un entendimiento mutuo de los procedimientos de

puntuación antes de la extracción de datos duplicados para minimizar este inconveniente. Las diferencias significativas se resolvieron al alcanzar un consenso entre los revisores y un árbitro independiente. Sin embargo, obtuvimos un excelente acuerdo de los revisores (ICC >90%).

Por otro lado, continúa la controversia sobre los diferentes puntos de corte al categorizar las guías utilizando AGREE II o RIGHT, así como sobre los criterios de puntuación de los ítems de cada dominio. Estos aspectos deberían evaluarse en el futuro para reducir la subjetividad. Por lo tanto, nuestros hallazgos principales, aunque consistentes, pueden presentar limitaciones inevitables inherentes a la falta de reglas sobre la ponderación de los dominios e ítems¹⁶⁻¹⁸. Aunque la declaración RIGHT sugirió no obtener una puntuación general después de revisar la lista de verificación, nos resultó útil comparar las diversas guías. Para establecer los puntos de corte para diferenciar entre guías de baja, media o alta calidad para nuestros análisis, utilizamos límites previamente validados en otras investigaciones publicadas^{14,19,20,29}. Por lo tanto, confiamos en que nuestros hallazgos principales sobre la mala calidad de las guías y el impacto negativo de la falta de una revisión sistemática como base para la síntesis de la evidencia de las recomendaciones son sólidos. Estas deficiencias merecen atención urgente.

Hubo una heterogeneidad significativa entre las guías encontradas inicialmente en la búsqueda preliminar. Solo se incluyeron aquellas guías que abordaban un solo procedimiento estético, dada la amplia variedad de procedimientos y la dificultad de compararlos. Somos conscientes de que nuestra decisión significó que algunas excelentes guías sobre procedimientos específicos de medicina estética podrían quedar excluidas. Sin embargo, evitamos la heterogeneidad de las guías que dificultaría la comparación y haría arduo tener conclusiones consistentes ya que las guías diferirían enormemente en su desarrollo, estructura, contexto, definiciones de puntos finales, etc.

Implicaciones

Nuestra revisión y análisis puso de relieve que la calidad de las guías de medicina estética y cirugía tiene un amplio margen de mejora. Esto fue especialmente evidente en los dominios relacionados con la aplicabilidad, la comunicación de la evidencia en las recomendaciones, la independencia editorial y la declaración de conflictos de intereses, y el control de calidad interno y externo de la guía. Aunque el SDM apareció en la mayoría de las guías, no recibió la importancia que merece. Para aumentar la calidad de las guías, sería necesario mejorar los estudios basados en la evidencia, ya que existe una falta de protocolos de actuación internacionalmente aceptados para las diferentes técnicas y un bajo nivel de evidencia en las recomendaciones³⁰.

Por otro lado, fue llamativo no encontrar ninguna guía con recomendaciones basadas en revisiones sistemáticas o consenso de expertos. Las guías analizadas se basaron en la opinión de expertos o revisiones literarias. Por tanto, el nivel de evidencia fue bajo. Aunque los términos CPGs, CSs y MCs se utilizan indistintamente en muchas ocasiones, tienen diferencias y cumplen un papel específico en la orientación de los clínicos en la práctica clínica. Las CPGs son, por definición, “un conjunto de recomendaciones basadas en revisiones sistemáticas de la evidencia existente y con una evaluación riesgo-beneficio de las diferentes opciones disponibles para el manejo de una condición clínica específica”³¹. Las CSs son enunciados realizados por un grupo de expertos de diversas disciplinas que se encargan de analizar la bibliografía existente sobre un tema específico que es generalmente controvertido y llegar a un acuerdo sobre el mismo. Aunque las CPGs y las CSs tienen una finalidad similar (orientar a los médicos en la toma de decisiones en la práctica clínica diaria), cada una tiene características y aspectos definitorios. Las CSs tienen más a menudo el patrocinio de una compañía farmacéutica y tienden a centrarse en temas específicos más controvertidos donde el nivel de evidencia es bajo³². Por lo tanto, se sabe que las CSs tienen una puntuación inferior a las CPGs en cuanto a rigor en el desarrollo e independencia editorial³². Sin embargo, a pesar de sus diferencias, ambos documentos de orientación deberían tener en común una metodología precisa, rigurosa y transparente. Por otro lado, las MCs son una fuente formal

de información y orientación para llevar a cabo un trabajo específico ³³. Recopila los aspectos básicos y esenciales de un proceso, entendiendo su funcionamiento y accediendo a su conocimiento de forma ordenada y concisa.

Nuestras observaciones fueron que las guías de medicina estética y cirugía seleccionadas tienen un amplio margen de mejora. Existe una necesidad urgente de elaborar o rediseñar las guías de medicina estética y aumentar su nivel de evidencia. El uso de instrumentos de evaluación de calidad basados en revisiones sistemáticas (es decir, AGREE II o RIGHT) podría ser un instrumento para asegurar recomendaciones de calidad basadas en evidencia en el futuro. Además, todavía existe un debate sobre los puntos de corte para definir puntajes aceptables y la ponderación de los ítems y dominios. Estas cuestiones deberían investigarse en el futuro. En el clima actual de formalidad y transparencia, no debería ser aceptable que algunas guías no cumplan ni siquiera con los criterios esenciales de calidad y presentación de informes. Nuestra revisión sistemática ha revelado que hoy en día, no existen CPGs claras, unánimes y basadas en evidencia en medicina estética y cirugía. Estas fallas reducirán inevitablemente la posibilidad de lograr una práctica clínica de calidad para brindar la mejor atención a los pacientes.

Conclusiones

Nuestra revisión sistemática descubrió que las guías existentes de medicina estética y cirugía eran escasas y necesitaban ser más sólidas y de mejor calidad. Ninguna fue preparada siguiendo una herramienta validada para su desarrollo y evaluación de calidad, como AGREE II o RIGHT. En el futuro, las guías de medicina y cirugía estética deberían tener un enfoque riguroso que siga estos instrumentos de evaluación de calidad y deberían basarse en revisiones sistemáticas para garantizar recomendaciones de calidad basadas en evidencia.

Referencias

1. Krueger N, Luebberding S, Sattler G, Hanke CW, Alexiades-Armenakas M, Sadick N. The history of aesthetic medicine and surgery. *J Drugs Dermatol*. 2013; 12(7): 737-42
2. Dayan S, Rivkin A, Sykes JM, Craif FT, Weinkle SH, Shumate GT et al. Aesthetic treatment positively impacts social perception: analysis of subjects from the HARMONY Study. *Aesthet Surg J*. 2019; 39(12): 1380-89 doi: 10.1093/asj/sjy239.
3. Grimshaw JM, Russell IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet*. 1993; 342(8883):1317-22 doi: 10.1016/0140-6736(93)92244-n.
4. Grol R. Successes and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice. *Med Care*. 2001; 39(8 Suppl 2): II46-54 doi: 10.1097/00005650-200108002-00003.
5. Booth A. Searching for qualitative research for inclusion in systematic reviews: a structured methodological review. *Syst Rev*. 2016; 5: 74 doi: 10.1186/s13643-016-0249-x
6. Wouters MW, Jansen-Landheer ML, van de Velde CJ. The quality of cancer care initiative in the Netherlands. *Eur J Surg Oncol*. 2010; 36(Suppl 1):S3-S13 doi: 10.1016/j.ejso.2010.06.004
7. Levit L, Balogh E, Nass S, Ganz PA (eds). Delivering high-quality cancer care: charting a new course for a system in crisis. Washington (DC); 2013.
8. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med*. 2012; 27(10): 1361-7 doi: 10.1007/s11606-012-2077-6.
9. Congress. HR 3590 Patient Protection and Affordable Care Act. Washington, D.C.: Senate and House of Representatives; 2010.
10. Schoenfeld EM, Mader S, Houghton C, Wenger R, Probst MA, Schoenfeld DA et al. The Effect of shared decisionmaking on patients' likelihood of filing a complaint or lawsuit: a simulation study. *Ann Emerg Med*. 2019; 74(1): 126-36 doi: 10.1016/j.annemergmed.2018.11.017.
11. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Group P. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA Statement. *Open Med*. 2009; 3(3): e123-30.
12. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gotzsche PC, Ioannidis JPA et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *Ann Intern Med*. 2009; 151(4): W65-94 doi: 10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00136.

13. Maes-Carballo M, Munoz-Nunez I, Martin-Diaz M, Mignini L, Bueno-Cavanillas A, Khan KS. Shared decision making in breast cancer treatment guidelines: Development of a quality assessment tool and a systematic review. *Health Expect.* 2020; 23(5): 1045-1064. doi: 10.1111/hex.13112.
14. Maes-Carballo M, Mignini L, Martin-Diaz M, Bueno-Cavanillas A, Khan KS. Quality and reporting of clinical guidelines for breast cancer treatment: A systematic review. *Breast.* 2020; 53: 201-11 doi: 10.1016/j.breast.2020.07.011.
15. Brouwers MC, Kerkvliet K, Spithoff K, Consortium ANS. The AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines. *BMJ* 2016; 352: i1152. doi: 10.1136/bmj.i1152.
16. Chen Y, Yang K, Marusic A, Qaseem A, Meerpohl JJ, Flottorp S et al. A Reporting Tool for Practice Guidelines in Health Care: The RIGHT Statement. *Ann Intern Med.* 2017; 166(2): 128-32. doi: 10.7326/M16-1565.
17. Maes-Carballo M, Munoz-Nunez I, Martin-Diaz M, Mignini L, Bueno-Cavanillas A, Khan KS. Shared decision making in breast cancer treatment guidelines: Development of a quality assessment tool and a systematic review. *Health Expect.* 2020; 23(5): 1045-64. doi: 10.1111/hex.13112.
18. 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. *Prev Med* 2010;51(5):421-4 doi: 10.1016/j.ypmed.2010.08.005.
19. Oh MK, Jo H, Lee YK. Improving the reliability of clinical practice guideline appraisals: effects of the Korean AGREE II scoring guide. *J Korean Med Sci.* 2014; 29(6): 771-5. doi: 10.3346/jkms.2014.29.6.771.
20. Hoffmann-Esser W, Siering U, Neugebauer EAM, Lampert U, Eikermann M. Systematic review of current guideline appraisals performed with the Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II instrument-a third of AGREE II users apply a cut-off for guideline quality. *J Clin Epidemiol.* 2018; 95: 120-27. doi: 10.1016/j.jclinepi.2017.12.009.
21. Koo TK, Li MY. A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *J Chiropr Med.* 2016; 15(2): 155-63. doi: 10.1016/j.jcm.2016.02.012.
22. Bartoletti E, Tomaselli F. Manuale di Medicina Estetica. TOMO I. Approccio Diagnostico. Acta Medica; 2014. <https://www.griffineditore.it/prodotto/manuale-di-medicina-estetica-tomo-1-approccio-diagnostico/>
23. Bartoletti E, Tomaselli F. Manuale di Medicina Estetica. TOMO II. Diagnosi in Medicina Estetica. Acta Medica; 2014. https://www.griffineditore.it/wp-content/uploads/2_abs_medicina_estetica.pdf
24. Legrand J. PRea. Manual práctico de Medicina Estética. 4ª Edición. World Congress of Aesthetic Medicine; 2009. <https://www.soarme.com/cursos-de-formacion/manual-practico-de-medicina-estetica-4ta-edicion-MPME>
25. Vega-López PM, Rodrigo-Anoro P, Tejero P, López-LópezPitúlúa JA, García-Monforte F, Sánchez-Sánchez M. Protocolos de práctica clínica en medicina estética. SEME; 2018.
26. Collège des médecins du Québec. La médecine esthétique. Guide d'exercice. Collège des médecins du Québec; 2020.
27. Associazione Italiana di Chirurgia Plastica Estetica. Linee guida per I principali interventi di chirurgia estetica. Edizioni Minerva Medica. 2013; 68(5): <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato4551994.pdf>
28. Calderón CR, Amoroso C, Núñez N, MéndezY. Manual de protocolos de tratamiento estético facial y corporal. Versión I. Instituto Superior Tecnológico LENDAN; 2018. https://tecnologicolendan.edu.ec/images/manual_protocolos.pdf
29. Maes-Carballo M, Garcia-Garcia M, Martin-Diaz M, Estrada-Lopez CR, Iglesias-Alvarez AI, Filigrana-Valle CM et al. A comprehensive systematic review of colorectal cancer screening clinical practices guidelines and consensus statements. *Br J Cancer.* 2023; 128(6): 946-57 doi: 10.1038/s41416-022-02070-4.
30. Small K, Brandon E, Spinelli HM. Evidence-based medicine in aesthetic medicine and surgery: reality or fantasy? *Aesthetic Plast Surg.* 2014; 38(6): 1151-5 doi: 10.1007/s00266-014-0378-3.
31. Saura Llamas J, Saturno Hernández P. Protocolos clínicos: ¿cómo se construyen? Propuesta de un modelo para su diseño y elaboración. *Atención Primaria.* 1996; 18(2): 94-96.
32. Jacobs C, Graham ID, Makarski J, Chassé M, Fergusson D, Hutton B et al. Clinical practice guidelines and consensus statements in oncology—an assessment of their methodological quality. *PLoS One.* 2014; 9(10): e110469 doi: 10.1371/journal.pone.0110469.
33. Comisión Nacional Intersectorial para la Red Nacional de Laboratorios. Manual de procedimientos. Versión 01. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2014. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/VSP/manual-procedimientos-red-laboratorios.pdf>

Glosario

Abreviaturas

AICPE	Associazione Italiana Chirurgia Plastica Estetica
CMQ	Collège des Médecines du Québec
CPG	guías de práctica clínica
CS	documentos de consenso
ICC	intraclass coeficient
IQR	rango intercuartil
ISTL	Comisión de Investigación del Instituto Superior Tecnológico Lendan
CM	manual clínico
SEME	Sociedad Española de Medicina Estética
SIME	Scuola Internazionale di Medicina Estetica
SOARME	Sociedad Argentina de Medicina Estética), UIME (Unión Internacional de Medicina Estética