

Propuesta de guía de práctica clínica corta para el manejo de la enfermedad renal crónica.

Guide proposal of practical short clinic for the handling of the renal chronic disease.

Jorge Félix Rodríguez Ramos¹, Guillermo Luís Herrera Miranda², Julio Cesar Rodríguez Boffill.³

¹ Policlínico Turcios Lima. Departamento de Asistencia Médica. Pinar del Río. Cuba. E-mail: jorgefch@infomed.sld.cu
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1595-7433>

² Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Vicerrectoría académica. Pinar del Río. Cuba. E-mail: guillermol@infomed.sld.cu ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5366-3030>

³ Centro Provincial de Higiene y Epidemiología de Pinar del Río. Pinar del Río. Cuba. E-mail: tertosterona94@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-5540-9769>

Correspondencia: jorgefch@infomed.sld.cu

RESUMEN

La enfermedad renal crónica constituye un problema de salud debido su impacto sobre los individuos, la sociedad y la economía. Se propone una guía de práctica clínica para atención de la enfermedad renal crónica en la Atención Primaria de Salud. Se realizó una investigación clínica epidemiológica entre los años 2017-2019, en el Policlínico Luis Augusto Turcios Lima, del municipio de Pinar del Río. La guía fue elaborada siguiendo criterios de la medicina basada en la evidencia, por consenso y por opinión de expertos. La evaluación de calidad se realizó con el Instrumento *Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe*. Se elaboraron recomendaciones, se generalizó y actualizó permanentemente con las nuevas evidencias médicas. Se sistematizaron las prácticas preventivas y de detección precoz de la enfermedad. La guía propuesta provee a los profesionales que laboran en la Atención Primaria de Salud, las herramientas apropiadas para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica; además de facilitar la coordinación entre los ámbitos de los niveles primario y secundario de Salud. Se concluye que permite mejorar la atención de los pacientes con esta enfermedad, particularmente en la Atención Primaria de Salud.

Palabras clave: Guía de práctica clínica; insuficiencia renal crónica; atención primaria de salud.

ABSTRACT

Chronic kidney disease constitutes a health problem due to its impact on individuals, society and the economy. A clinical practice guide for chronic kidney disease care in Primary Health Care is proposed. A clinical epidemiological investigation was carried out from 2017 to 2019, at the Luis Augusto Turcios Lima Polyclinic, in the Pinar del Río municipality. The guideline was prepared following evidence-based medicine criteria, by consensus and by expert opinion. The quality evaluation was carried out with the Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe Instrument. Recommendations were elaborated; it was generalized and permanently updated with the new medical evidence. Preventive practices and early detection of the disease were systematized. The proposed guide provides professionals working in Primary Health Care with the appropriate tools for the detection and management of chronic kidney disease; also facilitating coordination between the primary and secondary levels of Health. It is concluded that it allows improving the care of patients with this disease, especially in Primary Health Care. Key words: Practice guideline, renal insufficiency, chronic, primary health care

INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC) se conoce cada vez más como un problema de salud pública de gran importancia y es definida como un conjunto de enfermedades heterogéneas que afectan la estructura y función renal. En Cuba también está emergiendo como un problema de salud creciente, y que, por tanto, merece estudio y revisión constantes.¹⁻³

Las principales causas de la ERC son la diabetes mellitus, la HTA y las glomerulopatías, entre otras. Su incidencia y prevalencia globales se encuentran probablemente subestimadas.³⁻⁶

La ERC presenta un costo elevado del tratamiento de las terapias de reemplazo renal, una distribución no uniforme y una afectación a grupos definidos.⁷

En Cuba existe un Programa de Prevención de la Insuficiencia Renal Crónica,⁸ el cual abarca a toda la población, a través del médico de familia y el nefrólogo comunitario (unido a la atención en los niveles secundarios y terciarios del sistema de salud), que contribuye a disminuir el diagnóstico tardío de ERC, problema que se presenta universalmente.

Entre las prioridades del Ministerio de Salud Pública de Cuba, se encuentra consolidar la elaboración de Guías de práctica clínica (GPC) y protocolos de actuación, que aporten herramientas a los profesionales de la salud para un manejo de los problemas de salud de la población.

Esta guía es el resultado del gran esfuerzo realizado por un grupo de profesionales de la salud pertenecientes a distintas especialidades implicadas en este problema de salud.

Se han realizado varias GPC para el manejo de la ERC en diferentes países, como: Inglaterra, México, Colombia, Ecuador y Chile¹, entre otros, pero hasta el presente no se ha realizado en ninguna en Cuba para el manejo de esta enfermedad en la Atención Primaria de Salud (APS).

Este estudio tiene como objetivo proponer una guía de práctica clínica para el proceso de atención de la enfermedad renal crónica en la APS.

METODOS

Alcance: La guía contempla aspectos de prevención primaria y secundaria. La primera incluye la educación para la salud, la prevención y el control de los factores de riesgo cardiovascular. La segunda, el diagnóstico precoz de la ERC, intervenciones de educación para la salud y cambios en el estilo de vida, así como terapéuticas como el empleo de fármacos para retrasar la progresión de la enfermedad.

Población diana: Pacientes de ambos sexos de cualquier edad, que concurren a la APS, independientemente de pertenecer o no a los denominados grupos de riesgo para la ERC, y puedan padecer o no la enfermedad, aunque si la padecen debe clasificarse como estadios precoces (1-3). Excluyó a pacientes con estadios avanzados de la ERC (4 y 5); pacientes que reciben diálisis o son trasplantados renales; y embarazadas con ERC.

Población de usuarios: Profesionales que asisten a pacientes en la APS, como médicos y enfermeras de familia, médicos generales integrales, clínicos, pediatras, obstetras, geriatras, nefrólogos, y demás personal del equipo de salud.

Los pasos que se han seguido son: Constitución del grupo elaborador de la guía, integrado por profesionales: de atención primaria (MGI, clínicos, pediatras, obstetras, nefrólogos, y especialistas en metodología). Para incorporar la visión de los familiares se ha realizado un grupo focal. Formulación de preguntas clínicas siguiendo el formato PICO (Paciente/Intervención/Comparación/Resultado).⁹⁻¹⁴ Búsqueda bibliográfica en: En una primera fase se realizó una búsqueda preliminar de GPC y revisiones sistemáticas. En cuanto a los niveles de evidencia y formulación de recomendaciones, se empleó la metodología planteada por el Manual de elaboración de GPC, del Ministerio de Sanidad y Consumo de España.⁽⁹⁾ En un segundo momento la búsqueda fue más amplia, para localizar estudios originales a través de las bases de datos, gestores de bases de datos, buscadores de GPC, centros metodológicos, libros metodológicos, sitios integradores y bases de datos de medicina basada en la evidencia.⁹⁻¹⁴ Búsqueda de textos en idioma inglés, francés y español. Evaluación de la calidad de los estudios y resumen de la evidencia para cada pregunta, siguiendo las recomendaciones de SIGN (*Scottish Intercollegiate Guidelines Network*).⁹⁻¹⁴ Formulación de recomendaciones basada en la "evaluación formal" o "juicio razonado" de SIGN. La clasificación de la evidencia y la graduación de las recomendaciones se han realizado con el sistema de SIGN.⁹⁻¹⁴ Evaluación de la calidad de la GPC mediante el instrumento AGREE (*Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe*). Para formular las recomendaciones y su adaptación (preguntas sobre diagnóstico, tratamiento, pronóstico, etc.) se empleó la propuesta del *Scottish Intercollegiate Guideline Network* (SIGN) modificado, el cual primero resume y clasifica la evidencia científica (utilizando

los números del 1 al 4), y luego conforma las recomendaciones (utilizando las letras de la A la D).⁹⁻¹⁴

DESARROLLO

Se escogieron para esta guía 484 artículos científicos, de los cuales 245 fueron finalmente incluidos en la GPC.

Aspectos que se abordan en la guía: Definición, evaluación y estadificación de la ERC. Los factores de riesgo y estrategias de nefroprotección. La evaluación y tratamiento de la proteinuria-albuminuria. La evaluación y tratamiento de la hiperglucemia. La evaluación y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares.

Tabla 1- Resumen de las recomendaciones.

B	La ERC se define como las anormalidades de estructura o funcionamiento del riñón, presentes durante 3 meses, con implicaciones para la salud.
B	En los niños, la ERC se diagnosticará cuando el filtrado glomerular (FG) esté por debajo de los valores de referencia para la edad.
B	En los niños, la definición de albuminuria elevada debe referirse al valor normal para la edad.
B	La ERC se clasifica en 5 categorías, basadas en la causa, categoría de FG, y categoría de la albuminuria (CGA).
B	En los niños menores de dos años, se recomienda hablar de disminución moderada de FG cuando este se encuentre entre -1 y -2 desviaciones estándar (DE) del FG y disminución grave cuando los valores sean <-2 DE para el valor normal para la edad.
B	En los pacientes mayores de 50 años, con hipertensión o diabetes, se sugiere determinar la presencia de enfermedad renal al menos en una ocasión e idealmente cada 3 a 5 años.
B	En los pacientes en los que se detecta proteinuria debe investigarse enfermedad renal.
C	En los pacientes que hayan sufrido un infarto agudo de miocardio, un accidente cerebrovascular, o que tengan arteriopatía periférica, debe buscarse enfermedad renal anualmente.
C	En los pacientes que consuman o hayan estado expuestos a drogas potencialmente nefrotóxicas en forma crónica (por ej. AINES) o estén expuestos a metales pesados debe buscarse enfermedad renal anualmente.
B	En los pacientes con antecedentes de enfermedades sistémicas que pueden afectar el riñón (por ej. colagenopatías) debe buscarse enfermedad renal.
C	La evaluación sistemática de pacientes con ERC tiene múltiples beneficios: facilita la decisión oportuna del tratamiento; alerta sobre las acciones negativas de patrones de estilo de vida y dieta inapropiados, así como del uso de nefrotoxinas; y apoya la promoción

	de la educación del paciente en medidas de autocuidado.
B	Se puede considerar que un paciente presenta progresión renal: descenso del FG > 5 ml/min/año o > 10 ml/min en cinco años.
C	La identificación de factores de riesgo permite la aplicación de intervenciones terapéuticas en fases más tempranas.
B	El control de los factores de riesgo cardiovascular en los pacientes con daño renal precoz es efectivo para disminuir la progresión de la enfermedad renal.
B	La proteinuria positiva en dos muestras de orina es el marcador más importante y precoz de daño renal y debe buscarse en los pacientes con factores de riesgo independientemente de su función renal.
A	Se recomienda que las personas con ERC practiquen ejercicio de forma regular. El tipo e intensidad del ejercicio se valorará individualmente según las posibilidades físicas de cada paciente.
A	En los pacientes con ERC y obesidad, se recomienda fomentar la reducción de la ingesta calórica y de grasas con el objetivo de reducir peso.
C	No se sugiere añadir suplementos de ácidos grasos omega 3 en la dieta de los pacientes con ERC con el objetivo de reducir el daño vascular.
A	Se recomienda que los pacientes con ERC reduzcan la ingesta de grasas de tipo saturado.
A	En los pacientes con ERC se sugiere fomentar la ingesta de dietas de restricción de proteínas (0,8g/kg/d), con el fin de enlentecer la progresión de la enfermedad renal.
C	En pacientes con ERC y cifras de presión arterial elevadas, se sugiere un consumo de sal en la dieta de 4 a 6 g/día (de 1,6 a 2,4 g/día de sodio), una vez descartada la presencia de trastornos tubulares con pérdida de sal.
A	En pacientes con ERC fumadores se recomienda la abstinencia o el abandono del hábito tabáquico, así como evitar la exposición pasiva al tabaco.
A	En pacientes con ERC que requieren un tratamiento anti-hipertensivo, tanto los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina II como los antagonistas del receptor de la angiotensina II, son fármacos de primera elección.
C	En pacientes con ERC y proteinuria (>300 mg/24 h), se sugiere un tratamiento anti-hipertensivo basado en la inhibición del eje renina-angiotensina-aldosterona.
A	En pacientes con ERC no se recomienda la asociación de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina II y antagonista de los receptores de la angiotensina II.
A	En pacientes con ERC con hipercolesterolemia y/o antecedentes vasculares, se recomienda el tratamiento con estatinas a dosis bajas.

C	En pacientes con ERC (estadios 1 a 3) y sin antecedentes vasculares, se sugiere evaluar individualmente la introducción de un tratamiento antiagregante con el objetivo de reducir el riesgo de un evento vascular.
A	En pacientes con ERC y antecedentes vasculares, se recomienda que el manejo del tratamiento antiagregante no difiera de los pacientes sin ERC.
C	En los pacientes que se requiera un tratamiento antiagregante, se sugiere el uso de aspirina o de clopidogrel si el riesgo de sangrado no es elevado.
A	En los niños con ERC se recomienda disminuir la TA para lograr un valor sistólico de forma consistente y lecturas de diastólica menos de o igual al 50 percentil para la edad, sexo, y talla.
D	En los niños con ERC se recomienda que un Antagonistas del receptor de la angiotensina II (ARA II) con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) no usemos en quien el tratamiento con las drogas hipotensoras se indica, independiente del nivel de proteinuria.
C	Se recomienda restricción de sodio para los niños con hipertensión (sistólico y/o tensión arterial diastólica con percentil de >95th) o pre hipertensión (tensión arterial sistólico y/o diastólica con percentil de >90th y <95 percentil).
C	Se recomienda agua libre suplementaria y suplementos de sodio para los niños con ERC y poliuria, con el fin de evitar el vaciamiento intravascular crónico y promover el crecimiento óptimo.
A	En los pacientes con ERC se recomienda una hemoglobina glucosilada A1c (HbA1c) de ~7.0% para prevenir o retardar la progresión de las complicaciones microvasculares de diabetes.
B	Proteinuria es la concentración urinaria de >300 mg/día (>200 mg/g relación proteína/creatinina) de cualquier proteína y la albuminuria se refiere específicamente a la excreción urinaria de albúmina.
B	Microalbuminuria es la excreción de 30-300 mg/día (20-200 µg/min o 30-300 mg/g relación albúmina/creatinina).
B	La microalbuminuria es el primer signo de daño renal en sujetos con alto riesgo de ERC (como los diabéticos) y en otras enfermedades como la HTA y glomerulopatías.
√1	La albuminuria puede ser un instrumento de pesquiasaje para grupos poblacionales de riesgo y se debe establecer una estrategia de prevención comunitaria.
B	Debe considerarse que un paciente tiene daño renal si presenta un índice de proteinuria/creatininuria > 300 mg/g o albuminuria/creatininuria > 30 mg/g en al menos dos muestras aisladas de orina.
B	Debería tratar de evitarse el uso de tiras reactivas en forma aislada para el diagnóstico de

	proteinuria o microalbuminuria si se cuenta con la posibilidad de realizar los índices urinarios.
B	Dado el alto riesgo de progresión de la enfermedad renal en presencia de proteinuria, se recomiendan mediciones de albuminuria/creatinuria o proteinuria/creatinuria cada 3-4 meses.
√1	La albuminuria puede constituir una diana terapéutica para la protección renal y cardiovascular.
A	El uso de antihipertensivos (IECAs los ARAs II), diuréticos, estatinas, vitamina D, la restricción de sal y proteínas en la dieta, y el control estricto de la glucemia, entre otras, puede ser útil en sujetos con proteinuria.
C	El objetivo terapéutico a lograr es la reducción de al menos 40-50% de la proteinuria.
B	En niños se considera proteinuria en rango nefrótico una proteinuria >1 g/m2/día o >40 mg/m2/hora y siempre es indicativa de enfermedad renal.
B	En niños el diagnóstico diferencial de la proteinuria incluye infecciones, enfermedades reumatológicas o inmunológicas, y enfermedades glomerulares o tubulointersticiales primarias o secundarias. Los estudios se basarán en la clínica.
√1	La hiperglucemia y el hiperinsulinismo se vinculan con la dislipidemia, la aterosclerosis y la glomerulosclerosis, actuando como factor de desarrollo y progresión del daño renal y enfermedad cardiovascular en la ERC.
B	La hiperglucemia sostenida se asocia a mayor deterioro de la función renal y enfermedad cardiovascular con progresión hacia la falla renal terminal.
A	El control intensivo de la glucemia, indistintamente del tratamiento empleado, reduce significativamente el riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular, nefropatía, retinopatía y neuropatía autonómica.
A	Aunque el monitoreo continuo de la glucosa puede ser un instrumento para mejorar o mantener el control en pacientes motivados y entrenados en cuidados intensivos, si es usado continuamente, no es recomendado generalmente para pacientes con diabetes mellitus tipo I.
B	No usar un control glucémico más estricto, si este causa episodios de hipoglucemia más graves.
C	Intentar un control glucémico más estricto de forma cuidadosa con intención de bajar la HbA1C cuando esta es > 8.5% (69 mmol/mol).
D	Realizar una auto-monitorización intensa solo para evitar la hipoglucemia en los pacientes con alto riesgo de hipoglucemia
B	Las pautas para el control glucémico son (la hemoglobina A1c <7.0 %, y o la glucosa del plasma en ayunas 4–7 mmol/L)

B	El tratamiento farmacológico está indicado en aquellos pacientes diabéticos tipo 2, sin síndrome diabético agudo, que no responden al tratamiento no farmacológico (dieta y ejercicio) en un plazo de 2-4 meses.
√1	Los objetivos del tratamiento deben ser individualizados y de acuerdo con el paciente, asegurando los riesgos y beneficios.
B	La metformina se recomienda para la mayoría de los pacientes con diabetes tipo 2 con ERC grados 1 o 2, con función renal estable inalterada durante los últimos 3 meses y puede continuarse en los pacientes con ERC grado 3.
B	La metformina debe detenerse si hay cambios agudos en la función renal o durante enfermedades que pudieran precipitar los cambios (por ejemplo, sangrado gastrointestinal o deshidratación) o hipoxia de causa respiratoria o cardíaca.
D	La opción de otros agentes hipoglucemiantes, incluso la insulina, depende del paciente individual, el nivel de función renal y comorbilidades.
A	En adultos con diabetes mellitus tipo 1, los análogos de la insulina de acción rápida no deben ser recomendados de forma general, pues tienen similar efectividad a la insulina humana y no hay evidencias de seguridad a largo plazo, a pesar de la mejor adherencia al tratamiento.
B	El uso de la insulina glargina en vez de la NPH (<i>Neutral Protamine Hagedorn</i>) puede ser recomendado en adultos con diabetes mellitus 1, aunque no hay evidencias de seguridad a largo plazo.
A	El uso de la insulina detemir en vez de NPH en adultos con diabetes mellitus 1 puede ser recomendado, aunque no hay evidencias de seguridad a largo plazo.
A	El tratamiento con bombas de infusión continua de insulina subcutánea disminuye los requerimientos totales de insulina comparado con el tratamiento de múltiples dosis de insulina en adultos con diabetes mellitus tipo 1.
A	El uso de bombas de infusión continua de insulina está recomendado en pacientes con pobre control glucémico o hipoglucemias frecuentes, las cuales pueden invalidar el uso de otros tratamientos convencionales (terapias con múltiples dosis de insulina), pudiendo además mejorar la adherencia al tratamiento.
B	En pacientes con diabetes mellitus tipo 1 la inyección de insulina de acción rápida está recomendada en el abdomen, en el orden de facilitar una rápida absorción, especialmente en casos de descompensación hiperglucémica.
A	La rotación en el sitio de inyección de la insulina se recomienda para prevenir la lipodistrofia, la inflamación, el edema o la infección.
√1	Se recomiendan las inyecciones con agujas de 6 mm y en un ángulo de 90°, las que se deben cambiar cada 3 o 4 usos, a menos que la habilidad del usuario permita usarlas más

	a menudo sin causar ningún dolor.
D	El uso de insulina, humana o análoga, se recomienda en sujetos diabéticos con estadios 3-5, pero se debe ajustar la dosis. Se sugiere una disminución del 25 % cuando la tasa de filtrado glomerular (TFG) es 10-50 ml/min; y de 50 % cuando es <10 ml/min.
D	Se debe considerar que los requerimientos de insulina son absolutamente individuales y variables. La experiencia personal del médico, características del paciente o costos relativos deben ser la base en la elección del tipo de insulina y esquema terapéutico.
D	El riesgo de hipoglucemia debe evaluarse regularmente para pacientes con insulina o secretagogos de insulina. Estos pacientes deben enseñarse cómo reconocer, descubrir y tratar la hipoglucemia.
D	Los individuos que no logran las metas de control serán referidos a evaluación por Endocrinología, especialidad que continuará a cargo del paciente y decidirá el uso de esquemas de insulino terapia más complejos.
D	En la adolescencia no se recomienda el uso de la metformina asociada al tratamiento con insulina, aunque su uso en algunos pacientes puede mejorar el control glucémico.
B	La adolescencia se asocia con el control metabólico más pobre en los pacientes con diabetes mellitus tipo 1, especialmente si están relacionados problemas de conducta.
B	En los niños, el buen control de la enfermedad está en relación con la cohesión familiar y su conocimiento sobre la diabetes mellitus tipo 1.
√1	Los niños pequeños con mellitus diabetes tipo 1 siempre necesitan la ayuda adulta para resolver la hipoglucemia. Se establece la severidad de la hipoglucemia exclusivamente basado en la sintomatología.
A	En los niños conscientes las hipoglucemias necesitan ser tratadas con la ingestión oral de 10-20 g de hidratos de carbono, preferentemente en forma de soluciones glucosadas, azúcar o sacarosa.
A	En los niños, después de la administración de hidratos de carbono orales, se deben esperar 10-20 minutos, para medir los niveles de glucosa y repetir el tratamiento si el nivel de glucosa está en menos de 72 mg/dl (4.0 mmol/l).
B	La medida de la proporción de la albumina/creatinina en una muestra de orina a primera hora de la mañana se recomienda como método para la detección y monitoreo de la nefropatía diabética.
B	En los niños con diabetes mellitus tipo 1, se recomienda empezar la pesquisa de retinopatía después de la pubertad, o después de 5 años desde el diagnóstico de la diabetes mellitus.
D	Se recomienda después de un diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1, una pesquisa anual de nefropatía diabética.

A	Todas las personas con ERC deben ser consideradas de riesgo aumentado para enfermedad cardiovascular.
A	La albuminuria es un factor de riesgo independiente para enfermedad cardiovascular
C	A todos los pacientes con ERC se les debe evaluar la presencia de factores de riesgo para enfermedad cardiovascular, independientemente del estadio y la presencia de síntomas.
B	La valoración de riesgo cardiovascular absoluta debe realizarse cada 2 años en todos los adultos mayores de 45 años en quienes no se conoce tener enfermedad cardiovascular o tener riesgo alto clínicamente determinado.
C	El manejo de la enfermedad coronaria en los pacientes con ERC debe ser igual que en la población general, debiendo recibir antiagregantes plaquetarios, betabloqueadores, nitratos, nitritos, IECA, ARA II, estatinas y calcio antagonista según las indicaciones.
C	En pacientes con ERC y obstrucción coronaria, tanto la angioplastia como la revascularización son la terapia adecuada según indicaciones.
C	Los pacientes con ERC deben ser evaluados para cardiomiopatía usando ecocardiograma; y tratados de la misma manera que la población general.
C	El manejo de la insuficiencia cardíaca en los pacientes con ERC debe ser igual que la población general, debiendo recibir diuréticos de asa, betabloqueadores, nitritos, IECA, ARA II, y digoxina según las indicaciones.
A	Se recomienda establecer unas cifras objetivo de presión arterial inferiores a 140/90 mm Hg en los pacientes con ERC.
D	Se sugiere no alterar el tratamiento anti-hipertensivo en pacientes con cifras de presión arterial inferiores a 140/90 mm Hg.
A	Se recomienda proporcionar información detallada sobre la adopción de hábitos y estilos de vida saludables, así como las medidas de autocuidado necesarias para mejorar el control de la hipertensión arterial y la progresión de la ERC.
D	Recomendar a las personas que coman una dieta del estilo Mediterráneo (más pan, fruta, verduras, y peces; menos carne; y reemplazar mantequilla y queso con productos basados en los aceites de la planta).
D	Recomendar a las personas que abandonen los hábitos tóxicos y realicen ejercicios físicos activos durante 20 a 30 minutos por día al punto de ahogo ligero.
A	En pacientes con ERC que requieren un tratamiento anti-hipertensivo, tanto los IECAs como los ARAs II son fármacos de primera elección.
D	En pacientes con ERC y proteinuria (>300 mg/24 h), se sugiere un tratamiento anti-hipertensivo basado en la inhibición del eje renina-angiotensina-aldosterona.
D	En pacientes con ERC, con o sin diabetes, que requieren un tratamiento anti-hipertensivo basado en la inhibición del eje renina-angiotensina-aldosterona, se sugiere iniciar

	tratamiento con IECA frente a los ARA II.
A	En los pacientes que presenten intolerancia al tratamiento con IECA II, se recomienda el uso de ARA II.
A	En pacientes con ERC no se recomienda la asociación de IECA y ARA II.
D	En pacientes con ERC que reciben tratamiento con ARA II, se sugiere no incrementar las dosis si presentan un buen control de las cifras de presión arterial.
C	En los niños con ERC, se recomienda que el tratamiento de la HTA se comience cuando la TA esté consistentemente superior al 90 percentil para la edad, sexo, y talla.
D	En los niños con ERC (particularmente aquellos con proteinuria), se sugiere que la TA se disminuya de forma consistente para lograr una TA menor o igual al 50 percentil para la edad, sexo, y talla, a menos que estos objetivos estén limitados por síntomas de hipotensión.
D	En los niños se sugiere que un IECA o un ARA II se utilice en la ERC en quienes el tratamiento con drogas hipotensoras esté indicado, independiente del nivel de proteinuria.

En esta guía se proponen 18 preguntas clínicas concretas formuladas, las que se realizaron según el esquema paciente-intervención-comparación-resultados (PICO) sobre el manejo de la ERC en la APS.

Las últimas GPC desarrolladas para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica son la de Inglaterra 2015, la de España 2016, la de Colombia 2016, la de Chile 2017, la de Ecuador 2018, y la de México 2019.¹

En un estudio realizado en Cuba sobre la calidad de las guías de práctica clínica cubanas por las distintas especialidades, en formato impreso y en la red telemática de salud, por la Dra. Toledo Fernández AM y colaboradores en el 2011¹², se revisaron 377 documentos, de ellos: Existe un importante grupo que no son GPC y aunque se publican con ese nombre son protocolos de actuación de los servicios elaborados por grupos de expertos o por consenso, donde no se utilizaron las mejores evidencias, sino las mejores experiencias. No están realizadas por equipos multidisciplinarios, sino sólo por un grupo de especialistas afines. No se tuvo en cuenta el punto de vista de los pacientes.

En la actualidad se trabaja en la construcción de las Directrices Metodológicas para la Elaboración y Adaptación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud.¹²

Es en este contexto en el que se enmarca la presente Guía de Práctica Clínica para el manejo de la ERC en la Atención Primaria de Salud, que va dirigida principalmente, a los profesionales que laboran en la APS con el objetivo de dotarles de las herramientas apropiadas para su detección y manejo, así como de facilitarles la coordinación entre el ámbito de Atención Primaria y Secundaria.

La aplicación de GPC no se realizan en la práctica médica de forma adecuada por los profesionales de la salud para lo que fueron creadas inicialmente, como por ejemplo, como por ejemplo, en el estudio de Poblano-Verástegui O. y colaboradores¹³ de México, donde se encontró que la calidad formal promedio de las GPC fue 57.2%; baja calificación en dominios: "Aplicabilidad" (<25%), "Participación de los implicados" (43.5%) y "Rigor en la elaboración" (55.0%). Su cumplimiento en consultas oscila entre 39 y 53.4%. Los profesionales muestran conocimiento desigual de GPC; de 44 a 45% (según GPC) declaran que no se utilizan e identifican como principales barreras la ausencia de capacitación y su difícil accesibilidad y manejo. Los profesionales entrevistados perciben que las barreras son "falta de tiempo durante la consulta" como principal motivo de no utilización de las guías, 30%; seguido del "desconocimiento del personal de salud" acerca de las guías, 24%.

En el estudio de Gaudencio Gutiérrez-A y colaboradores¹⁴ de México, se encontró que las principales barreras son ausencia de lineamientos, de capacitación, de recursos e incentivos. Los facilitadores se relacionan con las características de las GPC, percibidas con diseño adecuado, lenguaje sencillo y ventajas para mejorar el ambiente laboral. Se concluye que las barreras deberán resolverse para alcanzar el objetivo de homologar el proceso en todo el sector; además, la buena percepción de las GPC deberá promover investigaciones para promover la actualización continua de las evidencias y una visión sectorial desde su elaboración para su implantación en los heterogéneos contextos que caracterizan a las instituciones de salud.

En el estudio de Rodríguez Moreno JH y colaboradores¹⁵ de Colombia, se encontró que, del total de los encuestados, 86% conocen la GPC, 86% las recomendaciones trazadoras, 79% los flujogramas interactivos, 82% las hojas de evidencia y 41% nunca utilizó las herramientas de implementación. Las herramientas de mayor utilidad son las hojas de evidencia y los flujogramas con 98% y las recomendaciones trazadoras con 92%.

En el estudio de González Torrente S¹⁶ en España, se encontró que en cuanto a las barreras para la implementación de una MBE percibidas por las enfermeras destacan la falta de conocimientos, falta de apoyo, poca motivación y una distancia del conocimiento teórico vs. práctico que hace que consideren imprescindible una adaptación de la evidencia al entorno y al propio paciente, siempre bajo el juicio clínico de la enfermera. Se concluye que la MBE podría mejorar el prestigio de la profesión de enfermera tanto ante la sociedad como ante sí mismas afianzando su identidad como profesión autónoma con un cuerpo de conocimientos coherente y propio.

En el estudio de Herrera P y colaboradores¹⁷ de Chile, se encontró que el principal desafío de implementación de recomendaciones mencionado es la falta de un proceso explícito y estructurado. Los actores del sistema de salud reconocen dificultades dependientes del contexto al momento de usar las recomendaciones. Se concluye que al caracterizar el proceso de implementación, barreras y facilitadores se articuló un plan de implementación de recomendaciones que permitiría orientar y monitorizar dicho proceso.

En el estudio de Paz-Ramosa MA y colaboradores¹⁸ de México, se analizaron 173 expedientes y se obtuvo un apego del 73 %. Los rubros con menor porcentaje de apego fueron: diagnóstico (55,45 %), educación (60,33 %), referencia a segundo nivel (61,71 %) y solicitudes de análisis de laboratorio (62,45 %). Se obtuvo un apego a las acciones de la guía por debajo de lo recomendado.

En el estudio de Toledo Fernández AM y colaboradores¹⁹ de Cuba, se pudieron determinar los principales problemas que dificultan el desarrollo de las GPC basadas en evidencias en el SNS como el no haber tenido una política integral ni la jerarquización necesaria el tema; el insuficiente acceso, asequibilidad y uso de los servicios asociados a las TIC; la ausencia de un programa rector para el desarrollo de las Guías y el adolecer de un sistema coherente de gestión del capital humano para desarrollar el tema. Se concluyó identificándose y describiéndose los procesos claves de la actividad de GPC basadas en evidencias, lo que permitió constatar los principales problemas relacionados con los factores organizacionales.

En el estudio de Arcelay A, y colaboradores²⁰ del País Vasco, se encontró que el 72,2 % de los participantes refiere utilizar las GPC en su práctica habitual. El nivel de conocimiento específico sobre las diferentes guías varía entre el 12,4 % y el 35,4 %, y se realiza a través de las Sociedades científicas (49,3 %), las publicaciones (47,8 %), Internet (40,2 %), la presentación individualizada (10 %) y las circulares (67%).

Por último, en el estudio de Barea Mendoza JA y colaboradores²¹ de España, sobre GPC, de las 61 GPC evaluadas tan sólo 10 fueron clasificadas como "recomendables" o "muy recomendables". La media de recomendaciones por GPC fue 60, con una mediana de 38, de ellas un 68% emplearon el sistema SIGN, y un 32% emplearon el sistema GRADE. Persistieron las recomendaciones del tipo "opinión de expertos" y B. Solo en un 43% incluyeron material para pacientes y un 36% contaron con su participación.

En el presente estudio, esta GPC para la atención de la ERC en la APS, fue evaluada como "muy recomendable", se realizaron 220 recomendaciones, empleado el sistema SIGN, predominando las recomendaciones del tipo B (33 %) y A (27%), así como se incluyó la GPC para pacientes, contando con su participación.

CONCLUSIONES

Se concluye con el diseño de una propuesta de GPC que permite mejorar la atención de los pacientes con ERC en la APS. Se elaboraron recomendaciones, se generalizó y actualizó permanentemente con las nuevas evidencias médicas. Se sistematizaron las prácticas preventivas y de detección precoz de la ERC. La GPC fue finalmente evaluada por los expertos como "Muy recomendada".

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sistema Nacional de Salud Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC, 2019, (citado el 1/12/2021). Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-335-19/ER.pdf>
2. Romero N, et al. Causas de enfermedad renal entre los pacientes de una unidad de hemodiálisis. Revista Cubana de Urología 2019, (citado el 1/12/2021), 8(1). Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/80/1480>
3. MINSAP. Anuario Estadístico de Salud, [Internet]. La Habana: Dirección Nacional de Estadísticas; 47 edición. 2019, (citado el 1/12/2021). Disponible en: www.sld.cu/sitios/dne/
4. Díaz de León-Ponce MA, et al. Insuficiencia renal aguda (IRA) clasificación, fisiopatología, histopatología, cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento una versión lógica. Revista Mexicana de Anestesiología 2017, (citado el 1/12/2021), octubre-diciembre 40(4): 280-287. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/rma>
5. Kaspar C.D.W., Bholah R., Bunchman T.E. A Review of Pediatric Chronic Kidney Disease. Blood Purif 2016, (citado el 1/12/2021), 41:211-217. Disponible en: www.karger.com/bpu
6. Aldrete-Velasco JA, et al. Mortalidad por enfermedad renal crónica y su relación con la diabetes en México. Med Int Méx. 2018 julio agosto, (citado el 1/12/2021), 34(4):536-550. Disponible en: <https://10.24245/mim.v34i4.1877>
7. Manns B, et al. The Cost of Care for People with Chronic Kidney Disease. Canadian Journal of Kidney Health and Disease 2019, (citado el 1/12/2021)6: 1-11. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31057803>
8. Cuba, Ministerio de Salud Pública. Programa de Prevención de la Insuficiencia Renal Crónica. La Habana: MINSAP, 1996, (citado el 1/12/2021).
9. [Guía Salud]. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Actualización del Manual Metodológico 2016, (citado el 1/12/2021)[Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: http://portal.guiasalud.es/emanuales/elaboracion_2/Capitulos/completo.pdf
10. Cuba, MISAP. Programa de Trabajo del Médico y Enfermera de la Familia, La Habana. 2011, (citado el 1/12/2021). Disponible en: <https://files.sld.cu/sida/files/2012/01/programa-medico-y-enfermera-2011-vigente.pdf>
11. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. A guideline developers' handbook (Publication nº 50). Edinburgh: SIGN: 2004, (citado el 1/12/2021). Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/index.html>
12. Toledo Fernández AM, Cabrera Cruz N, Arteaga García A, Mejías Sánchez Y. Calidad de las guías de práctica clínica cubanas. Revista Cubana de Salud Pública. 2011, (citado el 1/12/2021), 37(3):349-358. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>

13. Poblano-Verástegui O, et al. Calidad y cumplimiento de guías de práctica clínica de enfermedades crónicas no transmisibles en el primer nivel. Salud Pública Mex 2017, (citado el 1/12/2021), 59:165-175. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2017/sal172f.pdf>
14. Gaudencio Gutiérrez A, González-Block MÁ, Reyes-Morales H. Desafíos en la implantación de guías de práctica clínica en instituciones públicas de México: estudio de casos múltiple. Salud pública Méx 2015, (citado el 1/12/2021), Cuernavaca nov. /dic. 57(6). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000600013
15. Rodríguez Moreno JH, et al. Evaluación de herramientas de implementación de la Guía de Práctica Clínica de infecciones de transmisión sexual. Rev Panam Salud Pública. 2017, (citado el 1/12/2021), 41:e49. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34035>
16. González Torrente S. Factores que influyen en la incorporación de la evidencia científica a la práctica diaria de las enfermeras de Atención Primaria. Tesis doctoral. Universitat de les Illes Balears. Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut (IUNICS). 2014. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/284437/tsqt1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
17. Herrera P, et al. Guías de práctica clínica: estudio cualitativo sobre su implementación en el sistema de salud de Chile. Rev Panam Salud Pública. 2017, (citado el 1/12/2021), 41:e67. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34036>
18. Paz-Ramos MA, et al. Registros médicos y apego a la Guía de Práctica Clínica en la atención prenatal. Med Gen Fam. 2017, (citado el 1/12/2021), 6(6): 241-245. Disponible en: <http://mgyf.org/registros-medicos-apego-guia-practica-clinica-atencion-prenatal/>
19. Toledo Fernández AM, et al. Propuesta de acciones para el desarrollo de guías de prácticas clínicas basadas en evidencia en el sistema nacional de salud. Educación Médica Superior. 2017, (citado el 1/12/2021), 31(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412017000100016
20. Arcelay A, Iruretagoyena ML, Reviriego E. Estudio sobre la utilización de las Guías de Práctica Clínica en Atención Especializada. Exploración de barreras y facilitadores para su implementación. Departamento de Salud, Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz. 2013, (citado el 1/12/2021). Informe Osteba D-13-08. Disponible en: <http://www.bibliotekak.euskadi.net/WebOpac>
21. Barea Mendoza JA, et al. Guías de Práctica Clínica: Clarificar y mejorar su implementación. 1ra Edición. Madrid. Editorial Fundación Gaspar Casal, 2017. (citado el 1/12/2021). Disponible en: <http://www.fgcasal.org>