



Guía de práctica clínica para el manejo de la enfermedad renal crónica.

Dr. Rodríguez Ramos, Jorge Félix 1

Dr C. Herrera Miranda, Guillermo Luís 2

1 Policlínico Turcios Lima/GBT2, Pinar del Río, Cuba, E-mail: jorgefch@infomed.sld.cu

Teléfono celular: 56363066

2 Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río/Vicerrector académico, Pinar del Río, Cuba, E-mail: guillermol@infomed.sld.cu

RESUMEN: Introducción: La enfermedad renal crónica constituye un problema de salud por su impacto sobre los individuos, la sociedad y la economía. Objetivo: Diseñar una guía de práctica clínica (GPC) para el manejo de la enfermedad renal crónica (ERC) en la Atención Primaria de Salud (APS). Material y métodos: Se realizó una investigación clínica epidemiológica entre los años 2017-2019, en el del Policlínico Luís Augusto Turcios Lima, del municipio de Pinar del Río. De un universo de usuarios de 128 médicos especialistas en Medicina General Integral (MGI), la muestra fue de 95, mediante muestreo intencional. De un universo diana de 117 pacientes con enfermedad renal crónica, la muestra fue de 60, mediante muestreo aleatorio simple, según los criterios de inclusión y exclusión. La guía se elaboró por la medicina basada en la evidencia (MBE), por consenso y por opinión de expertos. Para la recogida y procesamiento de la información se empleó el programa Microsoft Excel 2016. Para el análisis estadístico la prueba de χ^2 de McNemar al 95%, la media, la varianza y la desviación estándar. La evaluación de calidad se realizó con el Instrumento AGREE (Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe). Resultados: En la encuesta realizada antes de la intervención, los médicos y los pacientes tenían un nivel de conocimientos y un manejo de la enfermedad en la APS inadecuados. Después de la intervención en ambos, se modificaron los conocimientos a adecuados. Conclusiones: La guía fue “Muy recomendada”. Se sistematizaron las prácticas preventivas y de detección precoz.

Palabras clave: Guía de práctica clínica, enfermedad renal crónica, atención primaria de salud, intervención.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC) se conoce cada vez más como un problema de salud pública de gran importancia y es reconocida como un conjunto de enfermedades heterogéneas que afectan la estructura y función renal. La variabilidad de su expresión clínica es debida, al menos en parte, a su etiopatogenia, la estructura del riñón afectada, su severidad y el grado de progresión. (1-3)

La ERC presenta un costo elevado del tratamiento de las terapias de reemplazo renal, una distribución no uniforme y una afectación a grupos definidos. No obstante existe evidencia que las estrategias preventivas podrían reducir la magnitud de enfermedad, las cuales aún no están bien implementadas. (4-7)

En Cuba existe un Programa de Prevención de la Insuficiencia Renal Crónica (8), que 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 para la diálisis y el trasplante renal).

Se han realizado varias GPC para el manejo de la ERC en varios países como: Inglaterra, México, Colombia, Ecuador, Chile, etc., pero hasta el presente no se ha realizado en nuestro país con esta metodología para el manejo de esta enfermedad en la APS. (1) Con la finalidad de confirmar las debilidades presentes en el proceso de atención al paciente con enfermedad renal crónica en la atención primaria de salud, desde el punto de vista empírico, se realizó un estudio exploratorio a este proceso en el Policlínico Luís Augusto Turcios Lima, del municipio de Pinar del Río, en el periodo 2019-2021, que junto a la experiencia del autor se pudo constatar limitaciones.

Estas debilidades, permiten la identificación de la situación problemática, dada por la existencia de una contradicción entre la realidad reflejada en las limitaciones de tipo teórico-práctico que inciden en el proceso de atención al paciente con enfermedad renal crónica en la atención primaria de salud y la necesidad de que estos pacientes gozen de una adecuada calidad de vida a partir de una atención de calidad, contextualizada a los escenarios de la atención primaria de salud.

Problema científico: ¿Cómo mejorar el proceso de atención al paciente con enfermedad renal crónica en la atención primaria de salud, en el Policlínico Luís Augusto Turcios Lima, del municipio de Pinar del Río, en el periodo 2019-2021?

La novedad científica radica en la elaboración de una guía de práctica clínica con recomendaciones específicas, fundamentadas en la medicina basada en la evidencia de alta calidad científica, la cual ofrece una herramienta de gestión clínica a los profesionales de la salud, para mejorar la atención de la enfermedad renal crónica en la atención primaria de salud.

Se realizó un estudio con el objetivo de diseñar una Guía de Práctica Clínica para el manejo de la enfermedad renal crónica que contribuya a perfeccionar el proceso de atención al paciente con ERC en la Atención Primaria de Salud y el mejoramiento de la calidad de vida de estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una investigación clínica epidemiológica, entre los años 2019 y 2021 en el Policlínico Luis Augusto Turcios Lima, del municipio de Pinar del Río. De un universo de usuarios de 128 médicos especialistas en MGI, la muestra quedó constituida por 95, mediante muestreo intencional. De un universo diana de 117 pacientes con ERC, la muestra finalmente fue de 60, seleccionados mediante muestreo aleatorio simple, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión: Pacientes mayores de 15 años de edad, de ambos sexos. Pertener o no a los grupos de riesgo para la ERC. Padecer la enfermedad en estadios precoces (I-III).Estar de acuerdo a participar en la investigación.

Criterios de exclusión: Pacientes en estadios avanzados de la ERC (IV-V).Pacientes que reciben diálisis o trasplantados. Embarazadas con ERC.

Para la determinación de los niveles de evidencia y formulación de recomendaciones, se tuvo en cuenta la metodología empleada que se recoge en el “Manual de elaboración de GPC” del Ministerio de Sanidad y Consumo de España, Catalunya y el País Vasco. (9)

La metodología empleada para la confección de estas GPC y particularmente para la elaboración de las recomendaciones fue el Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) modificada (9). Se realizaron recomendaciones basadas en la “evaluación formal” o “juicio razonado” de SIGN. Cada recomendación cuenta con la clasificación de la evidencia en la que se basa, considerando el nivel de evidencia y grado de recomendación. Como métodos de procesamiento y análisis de la información se utilizaron, del nivel teórico, el analítico – sintético, inductivo – deductivo, el histórico – lógico y el holístico – dialéctico. Del nivel empírico, se utilizó la observación, la encuesta y la revisión documental.

El criterio de expertos, permitió mejorar la calidad, evaluar la pertinencia y aplicabilidad de las recomendaciones, así como la claridad, congruencia e información subyacente de la guía.

Se realizó la valoración con la escala de decisión de los resultados en la medición de la variable. Las categorías asignadas responden a la escala cualitativa que expresa el nivel de comportamiento sobre el proceso de atención al paciente con ERC en la APS, según los indicadores; cada categoría se propone con su valoración cuantitativa.

Para la recogida y procesamiento de la información se empleó el programa Microsoft Excel 2016. Para realizar las comparaciones cualitativas se utilizó la Prueba X2 de Mc Nemar, y la media, la varianza y la desviación estándar en muestras pareadas, para realizar las comparaciones cuantitativas.

Se tuvo en cuenta el cumplimiento de los principios estipulados en el Código de Núremberg (1947) y la Declaración de Helsinki (1989), la cual contiene las Recomendaciones a los Médicos en la Investigación Biomédica en Seres Humanos.

RESULTADOS

Resultados del análisis documental.

Con el objetivo de constatar las orientaciones y el tratamiento que se le da en los documentos normativos y legales al manejo de la ERC, se realizó el análisis documental de los mismos. Programa de Prevención de la Insuficiencia Renal Crónica, 1996 (8); Programa de Trabajo del Médico y Enfermera de la Familia, 2011 (10).

Los resultados de la revisión documental pueden resumirse de la forma siguiente:

Potencialidades: Prevenir y controlar estas enfermedades crónicas, para reducir su morbilidad y mortalidad. Reducir la frecuencia y severidad de las complicaciones agudas y crónicas. Mejorar la calidad de la vida de las personas.

Problemas: Manejo y control inadecuados de estas enfermedades crónicas. No identificación ni modificación positiva de la población en riesgo. No participación interdisciplinaria e intersectorial en la modificación de los riesgos. Inadecuada educación a la población sobre el manejo de estas enfermedades crónicas.

Resultados de la encuesta:

Los resultados de la encuesta aplicada a los 128 médicos especialistas en MGI que asisten a pacientes en el Policlínico Luis A Turcios Lima, del municipio de Pinar del Río, con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos de los especialistas en MGI sobre el manejo de la ERC en la APS, en promedio 33 lo consideran inadecuado (34,73 %), y 28 lo consideró poco adecuado (29,47 %), Media (x)= 18,2; DS(S) = 1,1; Varianza (S2) = 1,3; IC (16,5- 19,9) (Tabla 1).

Tabla 1: Resultados de la encuesta aplicada sobre el nivel de conocimientos de los especialistas en MGI sobre el manejo de la ERC en la APS.

Preguntas	MA	BA	A	PA	I
-----------	----	----	---	----	---

	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
¿Cuál es la definición y los estadios de la ERC?	2	2,10	10	10,52	26	27,36	27	28,42	30	31,57
¿Cuáles son los factores de riesgos de la ERC?	3	3,15	9	9,47	20	21,05	28	29,47	35	36,84
¿Cuáles son las manifestaciones clínicas y las complicaciones de la ERC?	5	5,26	9	9,47	21	22,10	26	27,36	32	33,68
¿Cómo hace el diagnóstico de la ERC?	2	2,10	4	4,21	23	24,21	30	31,57	36	37,89
¿Cómo realiza la prevención y el tratamiento de la ERC?	5	5,26	8	8,42	20	21,05	30	31,57	32	33,68

Leyenda: MA: Muy adecuada, BA: Bastante adecuada, A: Adecuada, PA: Poco adecuada, I: Inadecuada.

Resumen de los resultados de la encuesta:

Potencialidades: Los médicos especialistas en MGI se sienten motivados para perfeccionar sus conocimientos y contar con una herramienta que les facilite el manejo de la ERC.

Problemas: Limitadas opciones para la superación en el manejo adecuado de la ERC en la APS. Inadecuada preparación para desarrollar un adecuado manejo de la ERC en la APS.

Resultados de la observación: La observación abierta del manejo de la ERC por los especialistas en MGI en la APS y los desenlaces con los pacientes, en promedio 33 se observa poco (34,73 %), y 28 lo observa muy poco (28,85 %), Media (\bar{x} = 18,4; DS(S) = 1,3; Varianza (S²) = 1,8; IC (16,9-19,8) (Tabla 2).

Tabla 2. Resultados de la observación de la atención de la ERC en la APS por los especialistas en MGI con los pacientes.

Aspectos a observar	S		Sc		Sr		Sp		Sm	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Valoración del estadio de la ERC	3	3,15	10	11,52	25	26,31	27	28,42	30	31,57
Realización de evaluaciones de la función renal para diagnóstico de ERC	4	4,21	7	7,36	18	18,94	30	31,57	36	37,89
Identificación de	4	4,21	8	8,42	20	21,05	28	29,47	35	36,84

factores de riesgo predisponentes, de inicio y progresión ERC										
Realización de las estrategias de nefroprotección en pacientes ERC	5	5,26	6	6,31	22	23,15	30	31,57	32	33,68
Realización de diagnósticos tempranos ERC	3	3,15	8	8,42	18	18,94	30	31,57	36	37,89
Valoración de la compensación de pacientes ERC	3	3,15	10	11,52	25	26,31	27	28,42	30	31,57
Realización de referencias de pacientes ERC desde la APS al nefrólogo	4	4,21	9	9,47	20	21,05	30	31,57	32	33,68

Leyenda: S: Se observa siempre, Sc: Se observa casi siempre, Sr: Se observa regularmente, Sp: Se observa poco, Sm: Se observa muy poco.

Resumen de los resultados de la observación:

Potencialidades: Los médicos especialistas en MGI se muestran ávidos de conocimientos específicos sobre el adecuado manejo de la ERC en la APS y están motivados por contar con opciones que se los facilite. Regularmente identifican los factores de riesgo predisponentes, de inicio y progresión de la ERC y realizan las referencias desde la atención primaria de salud al nefrólogo de ERC.

Problemas: No se desarrolla en el quehacer cotidiano el adecuado manejo de la ERC. Escasa valoración del estadio de la ERC, la realización de evaluaciones de la función renal para el diagnóstico de la ERC, la realización de las estrategias de nefroprotección en pacientes ERC y la valoración de la compensación de pacientes con ERC.

En la tabla 3 se reflejan los conocimientos de los pacientes sobre el manejo de la ERC antes y después de la aplicación de la guía, destacándose que antes de la intervención 40 (66,7%) pacientes tenían conocimientos inadecuados, luego de la intervención se modificaron los conocimientos a adecuados en 58 (96,6 %) pacientes, según prueba de hipótesis de McNemar ($X^2= 13, 14$ gdl=1, $p< 0.05$), siendo estadísticamente significativo.

Tabla 3. Conocimientos de los pacientes sobre la atención de la ERC.

Conocimientos de los pacientes sobre la atención de la ERC	Antes		Después	
	NO	%	No	%
SI	20	33,3	58	96,6
NO	40	66,7	2	3,4
TOTAL	60	100,0	60	100,0

DISCUSIÓN

La Guía de Práctica Clínica para el manejo de la Enfermedad Renal Crónica en la Atención Primaria de Salud está conformada por 11 aspectos, 40 preguntas clínicas concretas, según el esquema paciente-intervención-comparación-resultados (PICO) y 220 recomendaciones.

En un estudio realizado en Cuba sobre la calidad de las guías de práctica clínica cubanas por las distintas especialidades, por la Dra. Toledo Fernández AM y colaboradores en el 2011 (12), 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. No se tuvo en cuenta el punto de vista de los pacientes. No cuentan con información para pacientes.

Al comparar estos resultados con otros estudios realizados por otros autores con relación a la aplicación de GPC, encontramos resultados similares los nuestros, como por ejemplo, en el estudio de Poblano-Verástegui O. y colaboradores de México (13), se encontró que, la calidad formal promedio de las GPC fue media (57.2%); baja calificación en dominios: “Aplicabilidad” (<25%), “Participación de los implicados” media (43.5%) y “Rigor en la elaboración” media (55.0%). Su cumplimiento en consulta oscila entre 39 y 53.4%. Los profesionales muestran conocimiento desigual de GPC.

En el estudio de Rodríguez Moreno JH y colaboradores de Colombia (14), se encontró que, el 86% conocen la GPC, el 86% las recomendaciones trazadoras, el 79% los flujogramas interactivos, el 82% las hojas de evidencia. De los que han utilizado las herramientas, 55% lo hacen en el ordenador, mientras que 24% utiliza su teléfono.

Por último, en el estudio de Barea Mendoza JA y colaboradores de España (15), se encontró que, de las 61 GPC evaluadas tan sólo 10 fueron clasificadas como “recomendables” o “muy recomendables”. Persistieron las recomendaciones realizadas con el sistema de SIGN modificada del tipo “opinión de expertos” y del tipo B. Solo en un 43% incluyeron material para pacientes y un 36% contaron con su participación.

En opinión del autor, la implementación de la evidencia favorece una atención en salud más segura, efectiva, oportuna, centrada en el paciente, eficiente y equitativa.

CONCLUSIONES

Se diseñó de una GPC que permite mejorar la calidad de vida 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. Se recomienda realizar estudios clínicos que evalúen el impacto de la ERC en la APS e implementar estrategias de intervención multidisciplinar

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

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 2021 Jun 27]; 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 2021 Jun 27]; 8(1). Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/80/1480>
3. Cuba. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Enfermedades renales. Estadísticas mundiales. Factográfico de Salud [Internet]. 2016 Feb [citado 2021 Jun 27]; 2(2): [aprox. 17 p.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bmn/files/2016/02/factografico-de-salud-febrero-2016.pdf>
4. MINSAP. Anuario Estadístico de Salud, [Internet]. La Habana: Dirección Nacional de Estadísticas; 47 edición. 2019 [citado 2021 Jun 27]. Disponible en: www.sld.cu/sitios/dne/
5. Kaspar C.D.W., Bholah R., Bunchman T.E. A Review of Pediatric Chronic Kidney Disease. *Blood Purif* 2016[citado 2021 Jun 27]; 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 2021 Jun 27]; 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 6[citado 2021 Jun 27]: 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; [citado 2021 Jun 27]; 1996.
9. [Guía Salud] Grupo de trabajo para la actualización del Manual de Elaboración de GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Actualización del Manual Metodológico 2016 [Internet] [citado 2021 Jun 27]; 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 2021 Jun 27]; 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 2021 Jun 27]; 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 2021 Jun 27]; 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 Méx* 2017[citado 2021 Jun 27]; 59:165-175. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2017/sal172f.pdf>
14. 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 2021 Jun 27]; 41:e49. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34035>
15. Barea Mendoza JA, et al. Guías de Práctica Clínica: Clarificar y mejorar su implementación. 1ra Edición. Madrid. Editorial Fundación Gaspar Casal, 2017[citado 2021 Jun 27]; Disponible en: <http://www.fgcasal.org>