



## IMPLEMENTACIÓN DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA.

Dr. Jorge Félix Rodríguez Ramos<sup>1</sup>, DrC. Guillermo Luis Herrera Miranda<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Especialista de 2 grado en MGI, Máster en Urgencias Médicas, Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Policlínico Turcios Lima. E-mail: [jorgefch@infomed.sld.cu](mailto:jorgefch@infomed.sld.cu)  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1595-7433>

<sup>2</sup> Doctor en ciencias pedagógicas. Especialista de 2 grado en Medicina Interna, Máster en Longevidad satisfactoria y en Educación médica, Profesor titular. Investigador Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. E-mail: [guillermol@infomed.sld.cu](mailto:guillermol@infomed.sld.cu)  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5366-3030>

### RESUMEN

**Introducción:** La enfermedad renal crónica constituye un problema de salud por su impacto sobre los individuos, la sociedad y la economía. **Objetivo:** Implementar una guía de práctica clínica para el manejo de la enfermedad renal crónica en la Atención Primaria de Salud. **Material y método:** Se realizó una investigación clínica epidemiológica entre los años 2019-2021, en el del Policlínico Luis Augusto Turcios Lima, del municipio de Pinar del Río. De un universo de usuarios de 128 médicos especialistas en Medicina General Integral, 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, 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  $\chi^2$  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:** Se implementó la guía que permite mejorar los conocimientos sobre la enfermedad renal crónica.

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

### I. 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 ERC está emergiendo como un problema de salud importante y creciente en Cuba.<sup>1-3</sup>

Las principales causas de la ERC son la diabetes mellitus, la HTA y las glomerulopatías, entre otras. La incidencia y la prevalencia global de la ERC están probablemente subestimadas. La ERC se relaciona con el riesgo elevado de: ERC terminal, enfermedad cardiovascular y muerte.<sup>3-6</sup>

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.<sup>7</sup>

En Cuba existe un Programa de Prevención de la Insuficiencia Renal Crónica (IRC)<sup>8</sup>, 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), que contribuye a disminuir el diagnóstico tardío de esta enfermedad, problema que se presenta universalmente, pues al efectuar un diagnóstico precoz se favorece la atención integral de estos pacientes.<sup>9,10</sup>

La mayoría de los países del mundo abordan la mejora de calidad en la práctica clínica poniendo a disposición de las profesionales herramientas adecuadas que faciliten la toma de decisiones clínicas como las Guías de Práctica Clínicas (GPC).<sup>9,10</sup>

Se han realizado y se han implementado varias GPC para el manejo de la ERC en varios países como: Inglaterra, México, Colombia, Ecuador, Chile, etc., pero hasta el presente con esta metodología, no se ha realizado ni se ha implementado en nuestro país para el manejo de esta enfermedad en la Atención Primaria de Salud (APS).<sup>1</sup>

Se realizó un estudio con el objetivo de implementar 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 APS.

## II. 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 Medicina General Integral (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. Pertenecer 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.<sup>9</sup>

La metodología empleada para la confección de estas GPC y particularmente para la elaboración de las recomendaciones fue el Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).<sup>11</sup> 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. En detalle se llevaron a cabo los siguientes pasos: Selección de los documentos, estudios y confección de las tablas de evidencia. Priorización de los estudios más apropiados para cada tipo de pregunta. Compilación de las tablas de evidencia y definición de la redacción de las recomendaciones finales. Discusión en grupo de las evidencias y recomendaciones. Para la evaluación de la calidad de la GPC, se utilizó el instrumento AGREE (Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe)<sup>9</sup>. Dichos estándares incluyen: Alcance y objetivos, participación de los implicados, rigor en la elaboración, calidad y presentación, aplicabilidad, independencia editorial y evaluación global. La clasificación de la evidencia y la graduación de las recomendaciones se han realizado con el sistema de SIGN<sup>11</sup>, el cual primeramente resume y clasifica la evidencia científica (utilizando los números del 1 al 4) y posteriormente formular las recomendaciones (utilizando las letras de la A a la D).

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, así como el sistémico – estructural para la elaboración de la guía.

Del nivel empírico, se utilizó la observación, la entrevista, la revisión documental: Programa de Prevención de la Insuficiencia Renal Crónica, 1996<sup>8</sup>. Programa de Trabajo del Médico y Enfermera de la Familia, 2011.<sup>10</sup>

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.

Para la recogida y procesamiento de la información se empleó el programa Microsoft Excel 2016. Para realizar las comparaciones cualitativas se utilizó la Prueba X<sup>2</sup> 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).

### III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### **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<sup>8</sup>.; Programa de Trabajo del Médico y Enfermera de la Familia, 2011.<sup>10</sup>

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 con estas enfermedades crónicas.

**Problemas:** Manejo y control inadecuados de estas enfermedades crónicas por los médicos especialistas en MGI. No identificación ni modificación positiva de la población en riesgo por los médicos especialistas en MGI. No participación interdisciplinaria e intersectorial en

la modificación de los riesgos por los médicos especialistas en MGI. Inadecuada educación a la población sobre el manejo de estas enfermedades crónicas por los médicos especialistas en MGI. Existe evidencia que las estrategias preventivas podrían reducir la magnitud de enfermedad y estas aún no están bien implementadas. No contar con una herramienta que les facilite el manejo de estas enfermedades crónicas en la APS.

### 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 Augusto 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 ( $\bar{x}$ )= 18,2; DS(S) = 1,1; Varianza ( $S^2$ ) = 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

### Resumen de los resultados de la encuesta:

**Potencialidades:** Los médicos especialistas en MGI que asisten a pacientes en el Policlínico Luis Augusto Turcios Lima, del municipio de Pinar del Río, se sienten motivados para perfeccionar sus conocimientos y contar con una herramienta que les facilite el manejo de la ERC.

**Problemas:** Los médicos especialistas en MGI tienen limitadas opciones para la superación en el manejo adecuado de la ERC en la APS. Inadecuada preparación de los médicos especialistas en MGI 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 ( $x= 18,4$ ;  $DS(S) = 1,3$ ; Varianza ( $S^2$ ) = 1,8; IC (16,9-19,8) (Tabla 2).

**Tabla 2. Resultados de la observación del manejo de la ERC en la APS por los especialistas en MGI y los desenlaces 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 factores de riesgo predisponentes, de inicio y progresión ERC	4	4,21	8	8,42	20	21,05	28	29,47	35	36,84
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

**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 de los pacientes con ERC desde la APS al nefrólogo.

**Problemas:** No se desarrolla en el quehacer cotidiano de los médicos especialistas en MGI 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 el manejo de la ERC.**

Conocimientos de los pacientes sobre el manejo 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

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.<sup>1</sup>

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, mediante su adecuada implementación.

Los aspectos que se abordan en la Guía de Práctica Clínica para el manejo de la Enfermedad Renal Crónica en la Atención Primaria de Salud son: 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. La evaluación y tratamiento de la anemia. La evaluación y tratamiento de los trastornos del metabolismo fosfocálcico. La evaluación y tratamiento de la dislipemia. La evaluación y tratamiento de los trastornos del estado nutricional. Los ajustes de los fármacos, el apoyo al autocuidado y familiar. Los malos hábitos, las complicaciones, el equipo multidisciplinario y la referencia de los pacientes.

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<sup>12</sup> en el 2011, 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. No cuentan con información para pacientes, solo para uso de los profesionales. No están adecuadamente implementadas. 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, para el trabajo de los grupos de autores y existen varios grupos multidisciplinarios que trabajan en la elaboración o adaptación de guías.<sup>12</sup>

Al comparar estos resultados con otros estudios realizados por otros autores con relación a la implementación de GPC, encontramos resultados muy similares los nuestros, como por ejemplo, en el estudio de Poblano-Verástegui O. y colaboradores de México<sup>13</sup>, 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 CS oscila entre 39 y 53.4%. Los profesionales muestran conocimiento desigual de GPC.

En el estudio de Rodríguez Moreno JH y colaboradores de Colombia<sup>14</sup>, 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. Las herramientas de mayor utilidad son las hojas de evidencia, los flujogramas y las recomendaciones.

Por último, en el estudio de Barea Mendoza JA y colaboradores de España<sup>15</sup>, se encontró que, 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% el sistema GRADE. Persistieron las recomendaciones según la graduación de 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 el presente estudio la GPC fue evaluada como “muy recomendable”, se realizaron 220 recomendaciones, empleado el sistema SIGN modificada, predominando las recomendaciones del tipo B (33 %) y del tipo A (27 %), así como se incluyó la guía para pacientes, contando con su participación, implementándose adecuadamente la GPC.

#### **IV. CONCLUSIONES**

Se implemento la guía que permite mejorar los conocimientos sobre la enfermedad renal crónica. Se recomienda realizar estudios clínicos que evalúen el impacto de la ERC en la APS e implementar estrategias de intervención multidisciplinar.

#### **V. 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 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. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Cuba. 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/](http://www.sld.cu/sitios/dne/)
5. Kaspar C.D.W., Bholah R., Bunchman T.E. A Review of Pediatric Chronic Kidney Disease. *BloodPurif* 2016[citado 2021 Jun 27]; 41:211–217. Disponible en: [www.karger.com/bpu](http://www.karger.com/bpu)
6. Aldrete-Velasco JA, et al. Mortalidad por enfermedad renal crónica y su relación con la diabetes en México. *MedIntMéx*. 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 [citado 2021 Jun 27] 6: 1–11. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31057803>
8. Ministerio de Salud Pública, Cuba. 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](http://portal.guiasalud.es/emanuales/elaboracion_2/Capitulos/completo.pdf)
10. MISAP, Cuba. 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 n° 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. PanamSalud 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: <https://fundaciongasparcasal.org/wp-content/uploads/2021/02/>