

**Guía de práctica clínica para el manejo de la enfermedad renal crónica en la atención primaria de salud.**

**Guide of practical clinic for the handling of the chronic kidney disease in the primary attention of health.**

Dr. Jorge Félix Rodríguez Ramos<sup>1</sup>, DrC. Guillermo Luís Herrera Miranda<sup>2</sup>, Dr. Julio Cesar Rodríguez Boffill<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Policlínico Turcios Lima. Pinar del Río. Cuba. Pinar del Río. Cuba. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1595-7433>

<sup>2</sup> Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Pinar del Río. Cuba. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5366-3030>

<sup>3</sup> Centro Provincial de Higiene y Epidemiología de Pinar del Río. Pinar del Río. Cuba. ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-5540-9769>

## **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 para el manejo de la enfermedad en la atención primaria. **Método:** Se realizó una investigación clínica epidemiológica, dirigida a 128 médicos especialistas en Medicina General Integral y 117 pacientes del Policlínico Luis A Turcios Lima. La guía se elaboró por la medicina basada en la evidencia, de consenso y la opinión de expertos. A partir de las 40 preguntas clínicas se establecieron las búsquedas de la bibliografía. Para la recogida y procesamiento de la información se empleó el programa Microsoft Excel 2016. Para realizar las comparaciones se utilizó la Prueba X<sup>2</sup> de Mc Nemar y la media, la varianza y la desviación estándar. La evaluación de la calidad se realizó con el Instrumento AGREE (Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe). **Resultados:** Se escogieron 490 artículos, se formularon 220 recomendaciones y se actualizó con 264 evidencias. En la encuesta realizada antes de la intervención, los médicos y los pacientes tenían un nivel de conocimientos inadecuado y se observó muy poco adecuado el manejo de la enfermedad en la atención primaria de salud. Después de la intervención se modificaron los conocimientos a adecuados en ambos. **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.

## **Abstract**

**Introduction:** The renal chronic disease constitutes a health problem for its impact on the individuals, the society and the economy. **Objective:** Designing a guideline of practical clinic for the handling of the disease in the primary attention. **Method:** A clinical epidemiologic investigation came true, directed to 128 specialists in Integral General Medicine and the 117 patients to Polyclinic Luìs A. Turcios Lima. The guide became elaborate for the based medicine in the evidence, of consent and the opinion of experts. From the 40 clinical questions, the searches of the bibliography became established. For the picking up and informational processing the Microsoft Excel used the program itself 2016. In order to accomplish comparisons was used the proof X2 of Mc Nemar and the stocking, the varianza and standard deviation. The evaluation of quality AGREE had total success with the Instrument (Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe). **Results:** They chose 490 goods, they formulated 220 recommendations and he got up to date with 264 evidences. In the opinion poll accomplished before intervention, the doctors and the patients had an unsuitable level of knowledge and the handling of the disease in the primary attention of health observed himself too little made suitable. After intervention, knowledge was modified to adequate in both. **Findings:** The guide was Very recommended. The practical yellow lights came under a system and of early detection.

**Passwords:** Guide of practical clinic, chronic kidney disease, primary attention of health, intervention.

## **INTRODUCCION**

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 el en Cuba. 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.<sup>1-3</sup>

Las causas principales de ERC son la diabetes, la hipertensión, infeccioso, tóxico o desconocido. Esta enfermedad puede progresar desde el grado I al V, se considera como insuficiencia renal crónica (IRC) a partir del grado III y requiere tratamiento sustitutivo renal (TSR) en el grado V.<sup>1-3</sup>

La incidencia y la prevalencia global de la ERC están probablemente subestimadas debido al uso de diferentes clasificaciones a lo largo del tiempo. La ERC se relaciona con el riesgo elevado de: ERC terminal, enfermedad cardiovascular y muerte.<sup>3-6</sup>

Con un costo elevado del tratamiento de las terapias de reemplazo renal (hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal), distribución no uniforme: afectación a grupos definidos. Existe evidencia que las estrategias preventivas podrían reducir la magnitud de enfermedad. Estas estrategias preventivas aún no están bien implementadas.<sup>7</sup>

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

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 GPC.<sup>1</sup>

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.<sup>1</sup>

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, durante los años 2019 y 2021 en el Policlínico Luis A. Turcios Lima del municipio y provincia Pinar del Río. La población de usuarios estuvo constituida por un universo de 128 médicos especialistas en MGI que asisten a pacientes en el Policlínico Luis A Turcios Lima, del municipio de Pinar del Río, la muestra quedó constituida por 95 profesionales, realizada mediante muestreo intencional y la población diana por un universo fue de 117 pacientes y la muestra de 60 pacientes con la ERC pertenecientes al Policlínico Luis A Turcios Lima del municipio de Pinar del Río, que cumplieron con 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) modificada<sup>11</sup>. Se formuló 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 modificada<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 para la fundamentación teórica que permita asumir los presupuestos teóricos necesarios para la elaboración de la guía, inductivo - deductivo para fundamentar las concepciones teóricas que se utilizan en la guía, el histórico - lógico para determinar los antecedentes históricos relacionados con el proceso formativo de la guía y el holístico - dialéctico para el diseño de la guía y de la lógica de la investigación, así como el sistémico - estructural para la elaboración de la guía.

Del nivel empírico, se utilizó la observación, con el propósito de constatar el manejo de la ERC por los especialistas en MGI y los desenlaces con los pacientes a partir de la percepción directa de la información, la entrevista para recoger los conocimientos de los de especialistas en MGI sobre el manejo de la enfermedad renal crónica en la atención primaria de salud previo consentimiento informado, la revisión documental que posibilitó la identificación de las exigencias en función del desarrollo de las de las recomendaciones de la guía que aparecen en: 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.

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 X<sup>2</sup> de Mc Nemar, y la media, la varianza y la desviación estándar en muestras pareadas, para realizar las comparaciones cuantitativas.

## **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<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 atención primaria de salud.

**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 ( $\bar{x}$ ) = 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 A Turcios Lima, del municipio de Pinar del Río, se sienten motivados para perfeccionar sus conocimientos y contar con una herramienta que les facilite el 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<sup>2</sup>) = 1,8; IC (16,9-19,8) (Tabla 2).

**Tabla 2. Resultados de la observación abierta 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	3	3,15	10	11,52	25	26,31	27	28,42	30	31,57

pacientes ERC											
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 desde la atención primaria de salud al nefrólogo de ERC.

**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 ( $\chi^2=13,14$  gdl=1,  $P < 0.05$ ), siendo estadísticamente significativo.

**Tabla 3. Conocimientos de los pacientes sobre el manejo de la ERC.**

Conoce la definición y estadios 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

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>.



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 2011<sup>12</sup>, 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.

El autor es del criterio que 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 de los especialistas sobre el tema de la GPC.

Al comparar estos resultados con otros estudios realizados por otros autores con relación a la aplicación 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%).

En el estudio de Gaudencio Gutiérrez-A y colaboradores de México<sup>14</sup>, 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.

En el estudio de Rodríguez Moreno JH y colaboradores de Colombia<sup>15</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 y el 41% nunca utilizó las herramientas de implementación. 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 y los flujogramas con 98% y las recomendaciones trazadoras con 92%.

En el estudio de Herrera P y colaboradores de Chile<sup>16</sup>, 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.

En el estudio de Paz-Ramosa MA y colaboradores de México<sup>17</sup>, 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 colaboradores de Cuba<sup>18</sup>, se pudieron determinar los principales problemas que dificultan el desarrollo de las Guías, 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.

En el estudio de Arcelay A, y colaboradores del País Vasco<sup>19</sup>, 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 (167%).

Por último, en el estudio de Barea Mendoza JA y colaboradores de España<sup>20</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 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 la GPC fue evaluada como “muy recomendable”, se proponen 40 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, 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.

Se concluye con el diseño 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”.

## 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 2020 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 2020 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 2020 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 2020 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. Blood Purif 2016[citado 2020 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. Med Int Méx. 2018 julio agosto[citado 2020 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 2020 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 2020 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 2020 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. Cuba, MISAP. Programa de Trabajo del Médico y Enfermera de la Familia, La Habana. 2011[citado 2020 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 2020 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 2020 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 Mex 2017[citado 2020 Jun 27]; 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 Cuernavaca nov. /dic. [citado 2020 Jun 27]; 57(6). Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342015000600013](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 2020 Jun 27]; 41:e49. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34035>
16. 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 2020 Jun 27]; 41:e67. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34036>
17. Paz-Ramos MA, et al. Registros médicos y apego a la Guía de Práctica Clínica en la atención prenatal. Med Gen Fam. 2017[citado 2020 Jun 27]; 6(6): 241-245. Disponible en: <http://mgvf.org/registros-medicos-apego-guia-practica-clinica-atencion-prenatal/>
18. 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 2020 Jun 27]; 31(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412017000100016](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412017000100016)
19. 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. Osakidetza y Osteba-Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. Departamento de Salud, Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz. 2013[citado 2020 Jun 27]; Informe Osteba D-13-08. Disponible en: <http://www.bibliotekak.euskadi.net/WebOpac>
20. Barea Mendoza JA, et al. Guías de Práctica Clínica: Clarificar y mejorar su implementación. 1ra Edición. Madrid. Editorial Fundación Gaspar Casal, 2017[citado 2020 Jun 27]; Disponible en: <http://www.fgcasal.org>

#### **Conflicto de interés**

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

#### **Contribuciones de los autores**

Dr. Jorge Félix Rodríguez Ramos: Conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, administración del proyecto, supervisión, validación, visualización, redacción y revisión del borrador original, redacción, revisión y edición de la versión final del manuscrito.

Dr.C Guillermo Luís Herrera Miranda: Conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, redacción y revisión del borrador original, redacción, revisión y edición de la versión final del manuscrito.

Dr. Julio Cesar Rodríguez Boffill: Conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, redacción y revisión del borrador original, redacción, revisión y edición de la versión final del manuscrito.

#### **Financiación del estudio**

El estudio no requirió ninguna financiación para su realización.