



MINISTERIO
DE SALUD

ANEXOS

Guía de manejo de enfermedad renal crónica
estadios 1 al 3a para la atención de la población
mayor de 18 años en establecimientos de salud
del primer nivel de atención de El Salvador

2020

Contenido

ANEXOS	1
ANEXO 1. GRUPO DESARROLLADOR	1
ANEXO 2. RESUMEN DEL ANÁLISIS DE CONFLICTO DE INTERESES.....	4
ANEXO 3. MÉTODOS	5
ANEXO 4 . PREGUNTAS AVANZADAS (PICO)	7
ANEXO 5 . ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA Y DIAGRAMA PRISMA	13
123ANEXO 6. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD METODOLÓGICA DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS.....	143
ANEXO 7. PERFILES DE EVIDENCIA (GRADE)	215
ANEXO 8. RESUMEN DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS	292
ANEXO 9. TABLAS ETD	335

ANEXOS

ANEXO 1. GRUPO DESARROLLADOR

Para el desarrollo de la adaptación de la Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia para ERC se conformó un equipo multidisciplinario que apoyó el desarrollo de las recomendaciones de acuerdo a los más altos estándares metodológicos.

1. Líder

- Dra. Xochitl Sandoval, directora del Instituto Nacional de Salud

2. Equipo temático

- Dra. Zulma de Trujillo, nefrólogo, Hospital Nacional Rosales
- Dr. Luis Trujillo, nefrólogo, Hospital Nacional Rosales
- Dr. Eliseo Antonio Guzmán Cisneros, nefrólogo, vocal de actividades científica de la asociación de nefrología e hipertensión arterial de El Salvador.
- Dr. Cristian Romero Castro, intensivista, técnico Dpto. de Gobernanza y Gestión del Conocimiento INS
- Mayra Sáenz, Doctora en medicina, técnico en Dirección de Regulación del Ministerio de Salud
- Dr. Matías Villatoro, maestro en Salud Publica y Epidemiología, coordinador de la oficina de enfermedades no transmisibles, Ministerio de Salud.
- Lic. Moisés N. Diaz, licenciado en estadística, ISSS.
- Lic. Ana Isabel Rauda de Abarca, enfermera de Hospital Nacional Benjamín Bloom

3. Equipo metodológico

- Rocío Cajar, gineco obstetra, técnico en el departamento de gobernanza y gestión del conocimiento del INS.
- Lic. Hídalía de Sánchez, maestra en gestión hospitalaria, técnico en departamento de gobernanza y gestión del conocimiento del INS.
- Dr. Ricardo Ruano Arévalo, salubrista, director de tecnologías sanitarias, Ministerio de Salud.
- Dra. Evelyn Castellanos, internista y maestra en Salud Pública. Departamento de Investigación del Instituto Nacional de Salud.

4. Representantes de pacientes

- Reina Elizabeth Martínez
- Herbert Eduardo Schneider
- Ana Lorena De Schneider (familiar de paciente)

5. Revisores pares

- Carlos Barrientos, nefrólogo, ISSS Regional de Sonsonate
- Ana Herlinda Castillo López, nefróloga, Hospital Nacional de Santa Ana.

2. Panel de expertos

Nombre	Especialidad	Cargo	Afiliación
Dra. Ana Verónica Colorado	Nefróloga	Jefe de dpto. De Nefrología	Hospital General del ISSS
Dr. Otto Meléndez	Nefróloga	Coordinador nacional de medicina interna	Hospital General del ISSS
Dra. Máyla Leiva Garcilazo	Nefróloga	Jefe del servicio de nefrología	Hospital Regional del ISSS, San Miguel
Dra. Laura Rauda	Médico de Familia, Epidemióloga	Técnico	DPNA
Dr. Ricardo Alberto Leiva	Nefrólogo	Jefe depto. de nefrología	Hospital Nacional Rosales
Lic. Sofia Abrego	Lic. en enfermería y Maestra en Investigación	Enfermera supervisora	Unidad Nacional de Enfermería del Ministerio de Salud
Dra. Aurora Beatriz Moreno	Médico	Coordinadora del programa de bienestar magisterial	Hospital Nacional Rosales
Dr. Carlos Alberto Salinas	Nefrólogo	Jefe de la unidad de diálisis	Hospital Nacional de Santa Ana
Lic. María Dolores Aguilar Saravia	Lic. en Enfermería	Servicio de diálisis peritoneal	Hospital Nacional Benjamín Bloom
Dr. Juan Francisco Villatoro	Nefrólogo	Jefe del servicio de nefrología	Hospital Nacional “San Juan de Dios de San Miguel
Lic. María Elena Martínez de Alas	Lic. en Enfermería	Enfermera del servicio de nefrología	Enfermera de Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel
Dra. Ana Lidia Benítez de Cruz	Nefróloga		Clínica Privada
Dra. Glenda Alixon de Rivas	Médico General	Directora	UCSFE de Jiquilisco, Monseñor Oscar Arnulfo Romero
Lic. Norma Cecilia Sánchez de Campos	Lic. en Enfermería	UDP	Hospital Nacional Rosales
Herbert Eduardo Schneider	Paciente		
Lorena de Schneider	Familiar de paciente		
Reina Elizabeth Martínez	Paciente		

ANEXO 2. RESUMEN DEL ANÁLISIS DE CONFLICTO DE INTERESES

A continuación, se presenta el análisis del formato de intereses que cada miembro del grupo desarrollador diligenció, así como la decisión de los líderes:

Nombre	Rol en la Guía	A. Interés económico personal específico o no específico	B. Interés económico no personal específico o no específico	C. Interés no económico personal	D. Interés económico personal específico o no específico de un familiar	¿Alguna otra circunstancia que pudieran afectar su objetividad o independencia en el proceso?
Xochitl Sandoval	Coordinadora	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Luis Trujillo	Miembro grupo temático	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Eliseo Guzmán	Miembro grupo temático	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Cristian Romero	Miembro grupo temático	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Zulma de Trujillo	Miembro grupo temático	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Mayra Sáenz	Miembro grupo temático	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Matías Villatoro	Miembro grupo temático	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Moisés Díaz	Miembro grupo temático	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Ana Rauda	Miembro grupo temático	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Hidalía de Sánchez	Miembro grupo metodológico	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Ricardo Ruano	Miembro grupo metodológico	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Evelin Castellanos	Miembro grupo metodológico	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Rocío Cajar	Miembro grupo metodológico	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno

ANEXO 3. MÉTODOS

Siguiendo los lineamientos propuestos internacionalmente, a continuación, se presentan los métodos utilizados en esta fase.

Con base en la Guía de Diagnóstico y Manejo de la ERC para el Primer Nivel de Atención en Salud (Panamá, 2018) ⁽¹⁰⁾, se realizó una actualización de la información científica pertinente a las preguntas PICO ahí planteadas.

Las búsquedas electrónicas se realizaron en las bases de datos MEDLINE, Embase, Center for Reviews and Dissemination (CRD) y Epistemonikos con términos estandarizados y texto libre para cada pregunta PICO. Para la actualización de las preguntas de intervención, etiología, diagnóstico y pronóstico, se tomaron como base las RS seleccionadas en la GPC de ERC de Panamá ⁽¹⁰⁾ y una búsqueda sistemática en las bases de datos mencionadas desde 2014 hasta 2019. En el caso de las preguntas de intervención se realizó una búsqueda de estudios experimentales desde la fecha de la búsqueda de las RS seleccionadas. Una nueva búsqueda Google Académico se utilizó para complementar la selección en cada pregunta PICO para así evitar los falsos negativos.

Una vez se obtuvieran las referencias de las búsquedas, se crearon archivos tipo RIS que se transfirieron a la plataforma Rayyan® para la preselección por título y resumen de acuerdo a los criterios de inclusión de la guía. De esta preselección, se realizó la consecución del texto completo para determinar su inclusión definitiva. La ruta de selección de los estudios se registró con el flujograma PRISMA para cada una de las preguntas. Los motivos de exclusión se señalaron en tablas específicas para tal propósito.

Cada RS se evaluó con la herramienta AMSTAR-2 ⁽¹¹⁾ para determinar su calidad metodológica y se consignaron los datos más relevantes en un cuadro resumen. La extracción de los resultados se registró de forma narrativa en el resumen de evidencias de cada pregunta. Para las preguntas clínicas en las que se seleccionaron nuevos estudios primarios, se actualizaron los metanálisis de base cuando fue posible. Éstos fueron evaluados con la herramienta de riesgo de sesgo de Cochrane ⁽¹²⁾. La información se sintetizó en los cuadros de evidencias del sistema GRADE ⁽¹³⁾. Mediante este mismo sistema, se obtuvo para cada desenlace una calificación de la certeza en la evidencia que tiene como criterios el riesgo de sesgo de los estudios primarios incluidos, la inconsistencia de los mismos; la pertinencia de los resultados con la pregunta clínica; su precisión; el riesgo de sesgo de publicación; la

presencia de gradiente biológico; la magnitud del efecto y la posibilidad de que la confusión haya minimizado dicha magnitud. La interpretación de la certeza en la evidencia se explica en la siguiente tabla:

Certeza en la evidencia	Interpretación
Alta ⊕⊕⊕⊕	Es muy poco probable que nuevos estudios cambien la confianza que se tiene en el resultado estimado.
Moderada ⊕⊕⊕○	Es probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que se tiene en el resultado estimado y que estos puedan modificar el resultado.
Baja ⊕⊕○○	Es muy probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que se tiene en el resultado estimado y que estos puedan modificar el resultado.
Muy Baja ⊕○○○	Cualquier resultado estimado es muy incierto.

Las recomendaciones se formularon con base en el sistema GRADE ⁽¹³⁾ teniendo como criterios de evaluación la certeza en la evidencia, el balance entre riesgos y beneficios, los costos de implementación, las preferencias y valores de los pacientes y la aceptación que tendría la recomendación en la población diana y los usuarios de la guía.

La graduación de las recomendaciones las realizó un panel de expertos conformado por médicos nefrólogos, internistas entre otros que asegurara la diversidad de opinión y la representara a los actores relevantes para la guía.

A continuación, la interpretación de la fuerza de las recomendaciones de acuerdo al sistema GRADE ⁽¹³⁾:

Fuerza de la Recomendación	Interpretación
Fuerte a Favor	Las consecuencias deseables claramente sobrepasan las consecuencias indeseables. SE RECOMIENDA HACERLO
Débil a Favor	Las consecuencias deseables probablemente sobrepasan las consecuencias indeseables. SE SUGIERE HACERLO
Débil en Contra	Las consecuencias indeseables probablemente sobrepasan las consecuencias deseables. SE SUGIERE NO HACERLO

Fuerza de la Recomendación	Interpretación
Fuerte en Contra	Las consecuencias indeseables claramente sobrepasan las consecuencias deseables. SE RECOMIENDA NO HACERLO

La guía fue evaluada por pares temáticos y metodológicos. Todos los participantes del panel y del grupo desarrollador firmaron un formato de conflicto de intereses que fue analizado por la coordinación de la guía.

ANEXO 4. PREGUNTAS AVANZADAS (PICO)

Pregunta de factor de riesgo (etiología).

P: ¿Cuáles son los factores de riesgo que predicen la aparición de ERC?		
Población	Factores de riesgo	Desenlaces
Adultos ≥ 18 años.	Insuficiencia renal aguda.	- ERC incidente. - Progresión de ERC: ocurrencia de ERC estadio final.

Pregunta de diagnóstico.

P: ¿Cuál es la exactitud diagnóstica de las ecuaciones de estimación de la tasa de filtración glomerular (TFG) como medida de función renal?		
Población	Técnica diagnóstica (prueba índice)	Desenlaces
Adultos mayores de 18 años con sospecha de ERC.	- Ecuaciones con creatinina sérica (CKD-EPI). - Ecuaciones con cistatina C. - Ecuaciones con creatinina sérica y cistatina C (combinadas).	Patrón de oro: Tasa de filtración glomerular mediante aclaramiento de inulina urinario o plasmático, iohexol, iotalamato, PAH, DTPA, EDTA.

Preguntas de tratamiento no farmacológico.

P: ¿Las dietas bajas en sodio reducen la progresión de la enfermedad en pacientes con ERC?

Población	Intervención / Control	Desenlaces
Adultos ≥ 18 años con enfermedad renal crónica.	Dietas restrictivas en sodio (hiposódica) <2.3 g/día, con o sin RAAS.	- Reducción de la progresión de la enfermedad. - Diferencia en TFGe. - Proteinuria - Eventos adversos. - Hipotensión - Hipercolesterolemia

P: ¿Son las dietas con bajo aporte proteico efectivas para el manejo de pacientes con ERC?

Población	Intervención / Comparador	Desenlaces
Adultos ≥ 18 años con ERC. (Subgrupo diabéticos y no diabéticos)	Dieta baja en proteínas (0.6 - 0.8g/kg) vs. Dieta alta en proteínas (> 0.8 g/kg, dieta libre o sin restricciones).	Mortalidad Progresión de ERC: - Cambio en eTFG. - Progresión a estadio final. Malnutrición.

P: ¿El ejercicio físico reduce la progresión de la enfermedad en pacientes con enfermedad renal crónica?

Población	Intervención / Comparador	Desenlaces
Adultos ≥ 18 años con ERC.	Ejercicio físico vs. No realizar ejercicio físico.	- Reducción de la progresión de la enfermedad. - Estadio final de ERC. - TFGe. - Calidad de vida. - Eventos adversos. - Lesiones osteomusculares - Eventos cardiovasculares

P: ¿Cuál es la efectividad clínica de los sistemas de apoyo al autocuidado en los pacientes con ERC?		
Población	Intervención / Comparador	Desenlaces
Adultos ≥ 18 años con ERC.	Sistemas de apoyo al autocuidado - Manejo remoto en casa - Estrategias educativas - Servicios de cuidado en casa vs. Cuidado usual.	1. Progresión de ERC: a. Cambio en TFGe b. Ocurrencia de estadio final de ERC. 2. Mortalidad por todas las causas. a. Calidad de vida

Pregunta de Referencia a especialista

P: ¿Los adultos con ERC se benefician de una referencia temprana a atención especializada?		
Población	Intervención / Comparador	Desenlaces
Adultos ≥ 18 años con enfermedad renal crónica.	Referencia temprana vs. Referencia tardía a atención especializada.	1. Mortalidad. 2. Hospitalizaciones. 3. Calidad de vida.

Pregunta de Tratamiento Farmacológico

P: ¿Cuál es la efectividad y la seguridad de las estatinas en la reducción de la progresión de la enfermedad y el daño vascular en pacientes con ERC?		
Población	Intervención / Comparador	Desenlaces
Adultos ≥ 18 años con ERC.	1. Estatinas a dosis altas vs. Estatinas a dosis bajas 2. Estatinas a cualquier dosis vs. Placebo o control menos intenso.	1. Reducción de la progresión de la enfermedad. a. Cambio en la TFGe b. Estadio final ERC (trasplante o diálisis). 2. Mortalidad por cualquier causa. 3. Eventos vasculares mayores. 4. Eventos adversos a. Miopatía

P: ¿Cuál es la efectividad y seguridad de los agentes reductores del ácido úrico para retrasar la progresión de la enfermedad en pacientes con enfermedad renal crónica e hiperuricemia sintomática o asintomática?

Población	Intervención / Comparador	Desenlaces
Pacientes con enfermedad renal crónica e hiperuricemia sintomática o asintomática.	Agentes que reducen la concentración en suero de ácido úrico: 1. Alopurinol 2. Rasburicasa 3. Febuxostat Vs. Placebo o no tratamiento con agentes reductores de ácido úrico.	1. Progresión de ERC: cambio en eTFG 2. Progresión de ERC: ocurrencia de ERC estadio final. 3. Eventos adversos. a. Hipersensibilidad b. Síntomas gastrointestinales c. Eventos cardiovasculares

P: ¿Cuál es la efectividad clínica y la seguridad de los antagonistas del sistema renina-angiotensina-aldosterona en pacientes con ERC?

Población	Intervención / Comparador	Desenlaces
Adultos ≥ 18 años con ERC.	· IECA · Bloqueadores de ARA-II. · Antagonistas de aldosterona: espironolactona, eplerenona. · Inhibidores directos de la renina: aliskiren. vs. Placebo o comparaciones cabeza a cabeza.	1. Progresión de ERC: a. Cambio en TFGe b. Estadio final ERC. 2. Mortalidad (por cualquier causa). 3. Eventos cardiovasculares. 4. Eventos adversos mayores. a. Hipercalemia b. Tos c. Angioedema d. Ginecomastia e. Hipotensión

P: ¿Cuál es la efectividad clínica de los antiagregantes orales o la terapia anticoagulante en la reducción de la enfermedad cardiovascular en pacientes con ERC?

Población	Intervención / Comparador	Desenlaces
Adultos ≥ 18 años con ERC.	Antiagregantes plaquetarios ▪ Aspirina ▪ Ticagrelor ▪ Clopidogrel ▪ Prasugrel Anticoagulantes orales ▪ Dabigatran ▪ Apixaban ▪ Rivaroxaban ▪ Warfarina vs. Placebo o comparaciones cabeza a cabeza.	1. Mortalidad (por cualquier causa y cardiovascular). 2. Eventos cardiovasculares o cerebrovasculares. 3. Hospitalizaciones. 4. Sangrado mayor.

Preguntas de pronóstico.

P: ¿La utilización de AINEs aumenta la progresión de la enfermedad en pacientes con ERC?

Población	Factor pronóstico	Desenlaces
Adultos ≥ 18 años con ERC.	AINEs a dosis altas vs. AINEs a dosis bajas o placebo	1. Progresión de ERC: cambio en eTFG 2. Progresión de ERC: ocurrencia de ERC estadio final. 3. Riesgo de IRA.

P: ¿Cómo se clasifica la ERC según los valores de TFG y albuminuria en el riesgo de progresión de la ERC?

Población	Factor pronóstico	Desenlaces
Adultos ≥ 18 años con ERC	▪ TFG ▪ Albuminuria	1. Progresión de ERC: cambio en eTFG 2. Progresión de ERC: ocurrencia de ERC estadio final. 3. Mortalidad por cualquier causa.

P: ¿El diagnóstico de hipertensión arterial es un factor que modifica el efecto de la progresión de ERC en las categorías de TFGe y razón A/C?

Población	Factor pronóstico	Desenlaces
Adultos con ERC	Estado hipertensivo	1. Progresión de ERC: cambio en eTFG 2. Progresión de ERC: ocurrencia de ERC estadio final. 3. Mortalidad por cualquier causa. 4. Eventos cardiovasculares

P: ¿El diagnóstico de diabetes mellitus es un factor que modifica el efecto de la progresión de ERC en las categorías de TFGe y razón A/C?

Población	Factor pronóstico	Desenlaces
Adultos con ERC	Diabetes	Progresión de ERC.

ANEXO 5. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA Y DIAGRAMA PRISMA

Pregunta. Ecuaciones

Estrategias de Búsqueda de las Revisiones Sistemáticas

Reporte de búsqueda #1	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Medline Embase
Plataforma	Embase
Fecha de búsqueda	14/09/2019
Rango de fecha de búsqueda	2017-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	('chronic kidney failure'/mj OR 'chronic kidney disease':ab,ti OR 'chronic renal insufficienc*':ab,ti OR 'chronic kidney insufficienc*':ab,ti OR 'chronic renal disease*':ab,ti OR 'ckd*':ab,ti OR 'chronic nephropathy*':ab,ti) NOT 'renal replacement therapy'/mj AND (sensitiv*:ab,ti OR 'predictive value':ab,ti OR accurac*:ab,ti OR 'diagnosis'/de OR 'diagnostic procedure'/de) AND ([cochrane review]/lim OR [systematic review]/lim OR [meta-analysis]/lim OR 'systematic review':ti OR 'meta-analys?s':ti) AND ('kidney function test'/de OR 'glomerulus filtration rate'/de OR 'glomerular filtration rate':ab,ti OR gfre:ab,ti OR gfr:ab,ti OR 'creatinine blood level'/de OR 'serum creatinine':ab,ti OR 'cystatin c blood level':ab,ti OR 'cystatin c':ab,ti) AND (formula\$:ab,ti OR equation\$:ab,ti) NOT (letter:it OR 'letter'/de OR editorial:it OR note:it OR 'case report'/de OR 'case study'/de OR letter:ti OR comment*:ti) AND [2017-2019]/py
# de referencias identificadas	7

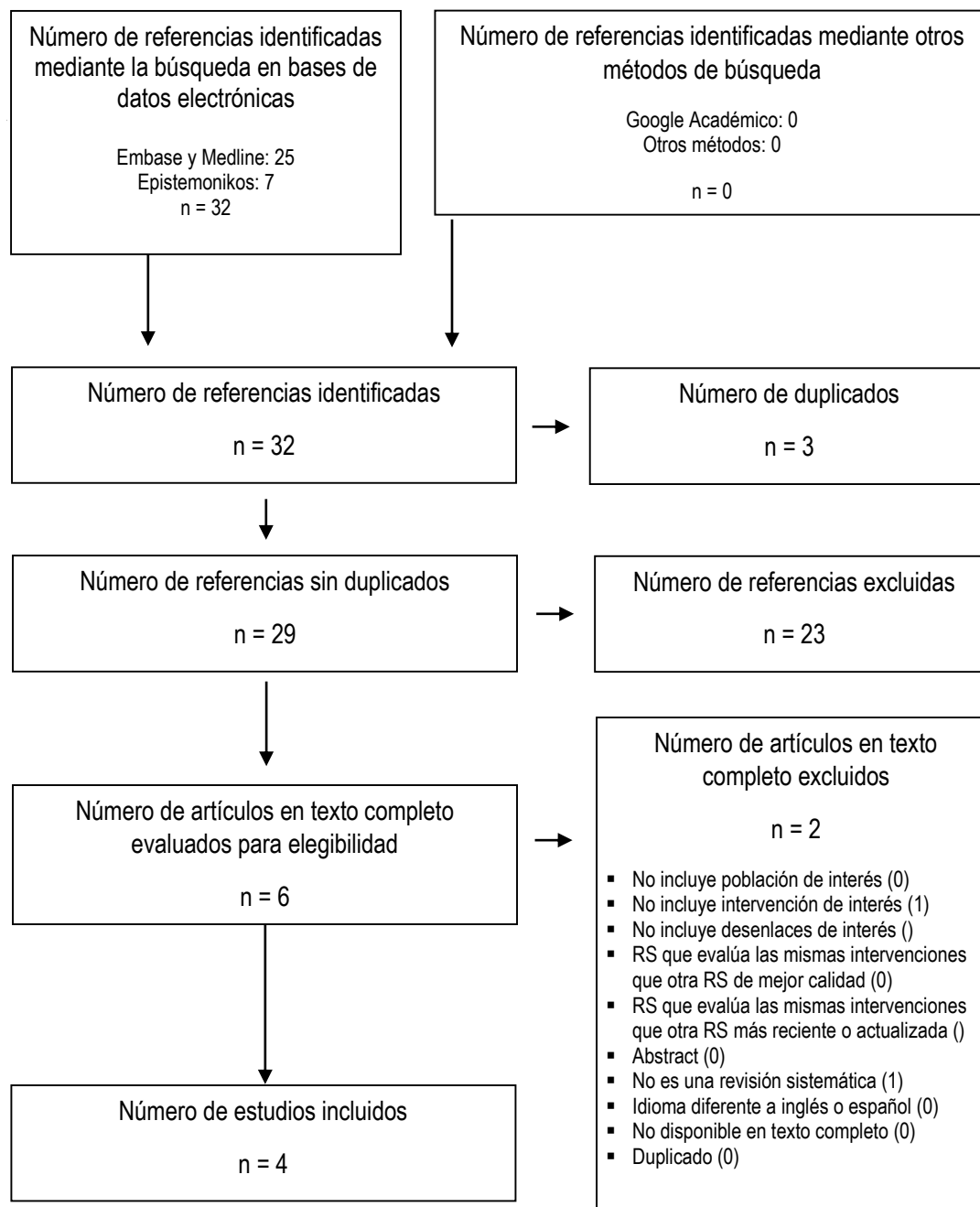
Reporte de búsqueda #2	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	- Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) Last searched: Apr 4, 2019. - Pubmed Last searched: May 19, 2019. - EMBASE Last searched: May 17, 2019. - CINAHL (The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) Last searched: May 17, 2019. - PsycINFO Last searched: May 17, 2019.

	- LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud) Last searched: May 17, 2019. - Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) Last searched: Aug 24, 2017 - No new records have been added to DARE after 2015. - The Campbell Collaboration online library Last searched: May 19, 2019. - JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports Last searched: May 19, 2019. - EPPI-Centre Evidence Library Last searched: Apr 24, 2018.
Plataforma	Epistemonikos
Fecha de búsqueda	14/09/2019
Rango de fecha de búsqueda	2017 – 2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	‘Systematic review’
Estrategia de búsqueda	(title:((title:("chronic kidney disease") OR abstract:("chronic kidney disease"))) OR (title:("chronic kidney failure") OR abstract:("chronic kidney failure"))) OR (title:(chronic renal insufficienc*) OR abstract:(chronic renal insufficienc*)) OR (title:(chronic renal disease*) OR abstract:(chronic renal disease*)) OR (title:(chronic nephropath*) OR abstract:(chronic nephropath*)) OR (title:(ckd) OR abstract:(ckd)) OR (title:(chronic kidney insufficienc*) OR abstract:(chronic kidney insufficienc*))) OR abstract:(((title:("chronic kidney disease") OR abstract:("chronic kidney disease"))) OR (title:("chronic kidney failure") OR abstract:("chronic kidney failure"))) OR (title:(chronic renal insufficienc*)))) NOT (title:(renal replacement therap*) OR abstract:(renal replacement therap*)) AND (title:("kidney function test*") OR abstract:("kidney function test*")) OR (title:(creatinine) OR abstract:(creatinine)) OR (title:(cystatin c) OR abstract:(cystatin c)) OR (title:(glomerul* filtration rate) OR abstract:(glomerul* filtration rate)) OR (title:(GFR) OR abstract:(GFR)) AND (title:(formula*) OR abstract:(formula*)) OR (title:(equation*) OR abstract:(equation*))
# de referencias identificadas	25

Reporte de búsqueda #3	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	NHS EED HTA
Plataforma	Centre for Reviews and Dissemination (CRD)
Fecha de búsqueda	14/09/2019
Rango de fecha de búsqueda	2017-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	1 ((chronic kidney disease) OR (chronic renal insufficiency): TI OR (chronic kidney failure):AU) and (Full publication record: ZDT) IN NHSEED FROM 2017 TO 2019 2 ((glomerular filtration rate): TI OR (creatinine): TI OR (cystatin c): TI) and (Full publication record: ZDT) IN NHSEED FROM 2017 TO 2019 3 ((formula): TI OR (equation): TI) and (Full publication record: ZDT) IN NHSEED FROM 2017 TO 2019 4 #1 AND #2 AND #3
# de referencias identificadas	0

Reporte de búsqueda #4	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Google Académico
Plataforma	Google Académico
Fecha de búsqueda	14/09/2019
Rango de fecha de búsqueda	2017-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Primeros 50 resultados
Estrategia de búsqueda	chronic kidney disease (cystatin C OR creatinine) (equation OR formula) “systematic review”
# de referencias identificadas	0

Diagrama PRISMA de las Revisiones Sistemáticas – Ecuaciones



Estudios excluidos en la fase de por texto completo selección de revisiones sistemáticas y razones para su exclusión

Referencia	Razón
Pottel H, Hoste L, Yayo E, Delanaye P. Glomerular Filtration Rate in Healthy Living Potential Kidney Donors: A Meta-Analysis Supporting the Construction of the Full Age Spectrum Equation. Nephron [Internet]. 2017;135(2):105–19.	No evalúa exactitud diagnóstica.
Noormohamed NZ, Gao W, Rizk ML. A Systematic Review of Renal Function Estimation Equations. Curr Pharmacol Reports [Internet]. 2019;5(5):359–76.	Es una revisión narrativa.

Pregunta. Clasificación

Estrategias de Búsqueda de las Revisiones Sistemáticas

Reporte de búsqueda #1	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Medline Embase
Plataforma	Embase
Fecha de búsqueda	15/09/2019
Rango de fecha de búsqueda	2017-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	('chronic kidney failure'/mj OR 'chronic kidney disease':ab,ti OR 'chronic renal insufficienc*':ab,ti OR 'chronic kidney insufficienc*':ab,ti OR 'chronic renal disease*':ab,ti OR 'ckd*':ab,ti OR 'chronic nephropathy*':ab,ti) AND ('glomerulus filtration rate'/de OR 'glomerular filtration rate':ab,ti OR 'gfr\$':ab,ti OR 'albuminuria'/de) AND ('classification':ab,ti OR 'classification'/de OR 'disease exacerbation'/de OR 'disease progression':ab,ti OR 'prognosis':ab,ti OR 'prognosis'/de) AND ([cochrane review]/lim OR [systematic review]/lim OR [meta analysis]/lim OR 'systematic review':ti OR 'meta-analys?s':ti) NOT (letter:it OR 'letter'/de OR editorial:it OR note:it OR 'case report'/de OR 'case study'/de OR letter:ti OR comment*:ti) AND [2017-2019]/py
# de referencias identificadas	32

Reporte de búsqueda #2	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	- Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) Last searched: Apr 4, 2019. - Pubmed Last searched: May 19, 2019. - EMBASE Last searched: May 17, 2019. - CINAHL (The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) Last searched: May 17, 2019. - PsycINFO Last searched: May 17, 2019. - LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud) Last searched: May 17, 2019. - Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) Last searched: Aug 24, 2017 - No new records have been added to DARE after 2015. - The Campbell Collaboration online library Last searched: May 19, 2019.

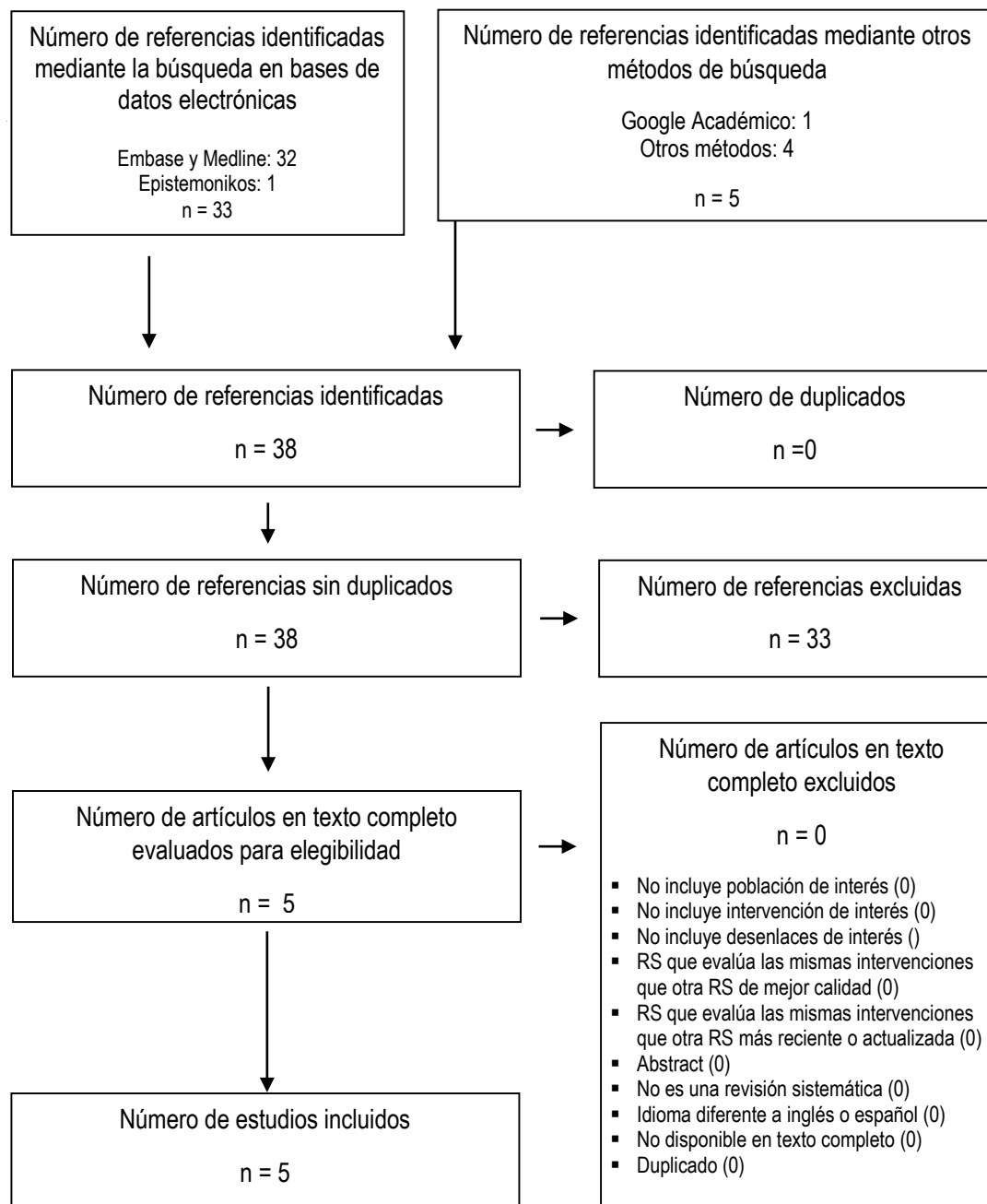
	- JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports Last searched: May 19, 2019. - EPPI-Centre Evidence Library Last searched: Apr 24, 2018.
Plataforma	Epistemonikos
Fecha de búsqueda	15/09/2019
Rango de fecha de búsqueda	2017 – 2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	'Systematic review'
Estrategia de búsqueda	(title:("chronic kidney disease") OR abstract:("chronic kidney disease")) OR (title:("chronic kidney failure") OR abstract:("chronic kidney failure")) OR (title:(chronic renal insufficienc*) OR abstract:(chronic renal insufficienc*)) OR (title:(chronic renal disease*) OR abstract:(chronic renal disease*)) OR (title:(chronic nephropath*) OR abstract:(chronic nephropath*)) OR (title:(ckd) OR abstract:(ckd)) OR (title:(chronic kidney insufficienc*) OR abstract:(chronic kidney insufficienc*)) AND (title:(glomerular filtration rate) OR abstract:(glomerular filtration rate)) OR (title:(glomerulus filtration rate) OR abstract:(glomerulus filtration rate)) OR (title:(GFR) OR abstract:(GFR)) OR (title:(albuminuria) OR abstract:(albuminuria)) AND (title:(prognosis) OR abstract:(prognosis)) OR (title:(disease progression) OR abstract:(disease progression)) OR (title:(disease exacerbation) OR abstract:(disease exacerbation))
# de referencias identificadas	1

Reporte de búsqueda #3	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	NHS EED HTA
Plataforma	Centre for Reviews and Dissemination (CRD)
Fecha de búsqueda	15/09/2019
Rango de fecha de búsqueda	2017-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	1 ((chronic kidney disease) OR (chronic renal insufficiency) OR (chronic kidney failure)) and (Full publication record: ZDT) IN NHSEED, HTA FROM 2017 TO 2019

	2 ((glomerular filtration rate) OR (GFR) OR (albuminuria)) and (Full publication record: ZDT) IN NHSEED, HTA FROM 2017 TO 2019
	3 ((prognosis) OR (classification) OR (disease progression)) and (Full publication record: ZDT) IN NHSEED, HTA FROM 2017 TO 2019
	4 #1 AND #2 AND #3
# de referencias identificadas	0

Reporte de búsqueda #4	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Google Académico
Plataforma	Google Académico
Fecha de búsqueda	15/09/2019
Rango de fecha de búsqueda	2017-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Primeros 50 resultados
Estrategia de búsqueda	chronic kidney disease (GFR OR estimated glomerular filtration rate OR albuminuria) (kidney end point OR disease progression OR end-stage renal disease) “systematic review”
# de referencias identificadas	1

Diagrama PRISMA de las Revisiones Sistemáticas – Clasificación



Pregunta. Dieta hiposódica

Estrategias de Búsqueda de las Revisiones Sistemáticas

Reporte de búsqueda #1	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Medline Embase
Plataforma	Embase
Fecha de búsqueda	19/05/2019
Rango de fecha de búsqueda	2014-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	1 'chronic kidney failure'/mj 2 'chronic kidney disease':ab,ti 3 'chronic renal insufficienc*':ab,ti 4 'chronic kidney insufficienc*':ab,ti 5 'chronic renal disease*':ab,ti 6 'ckd*':ab,ti 7 'chronic nephropathy*':ab,ti 8 #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 9 'renal replacement therapy'/mj 10 #8 NOT #9 11 'sodium restriction'/mj 12 'low-sodium diet*': ab, ti 13 'salt-free diet*': ab, ti 14 'low-salt diet*':ab,ti 15 'sodium-restricted diet*':ab,ti 16 'sodium reduction diet*':ab,ti 17 #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 18 [cochrane review]/lim OR [systematic review]/lim OR [meta analysis]/lim 19 'systematic review': ti OR 'meta-analys?s': ti OR 'review': ti OR review:it 20 #18 OR #19 21 letter:it OR 'letter'/de 22 editorial:it 23 note:it 24 'case report'/de OR 'case study'/de 25 letter: ti OR comment*: ti 26 #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 27 #20 NOT #26 28 #10 AND #17 AND #27 29 ([embase]/lim OR [medline]/lim) AND [2014- 2019]/py 30 #28 AND #29
# de referencias identificadas	13

Reporte de búsqueda #2	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	- Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) Last searched: Apr 4, 2019. - Pubmed Last searched: May 19, 2019. - EMBASE Last searched: May 17, 2019. - CINAHL (The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) Last searched: May 17, 2019. - PsycINFO Last searched: May 17, 2019. - LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud) Last searched: May 17, 2019. - Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) Last searched: Aug 24, 2017 - No new records have been added to DARE after 2015. - The Campbell Collaboration online library Last searched: May 19, 2019. - JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports Last searched: May 19, 2019. - EPPI-Centre Evidence Library Last searched: Apr 24, 2018.
Plataforma	Epistemonikos
Fecha de búsqueda	19/05/2019
Rango de fecha de búsqueda	Últimos cinco años
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	'Systematic review'
Estrategia de búsqueda	<pre>(title:((title:('sodium restriction) OR abstract:('sodium restriction)) OR (title:(low-sodium diet*) OR abstract:(low-sodium diet*)) OR (title:(salt-free diet*) OR abstract:(salt-free diet*)) OR (title:('low-salt diet*) OR abstract:('low-salt diet*)) OR (title:(sodium-restricted diet*) OR abstract:(sodium-restricted diet*)) OR (title:(sodium reduction diet*) OR abstract:(sodium reduction diet*)) OR abstract:((title:('sodium restriction) OR abstract:('sodium restriction)) OR (title:(low-sodium diet*) OR abstract:(low-sodium diet*)) OR (title:(salt-free diet*) OR abstract:(salt-free diet*)) OR (title:('low-salt diet*) OR abstract:('low-salt diet*)) OR (title:(sodium-restricted diet*) OR abstract:(sodium-restricted diet*)) OR (title:(sodium reduction diet*) OR abstract:(sodium reduction diet*))))) AND (title:((title:((title:(chronic kidney disease) OR abstract:(chronic kidney disease)) OR (title:(chronic</pre>

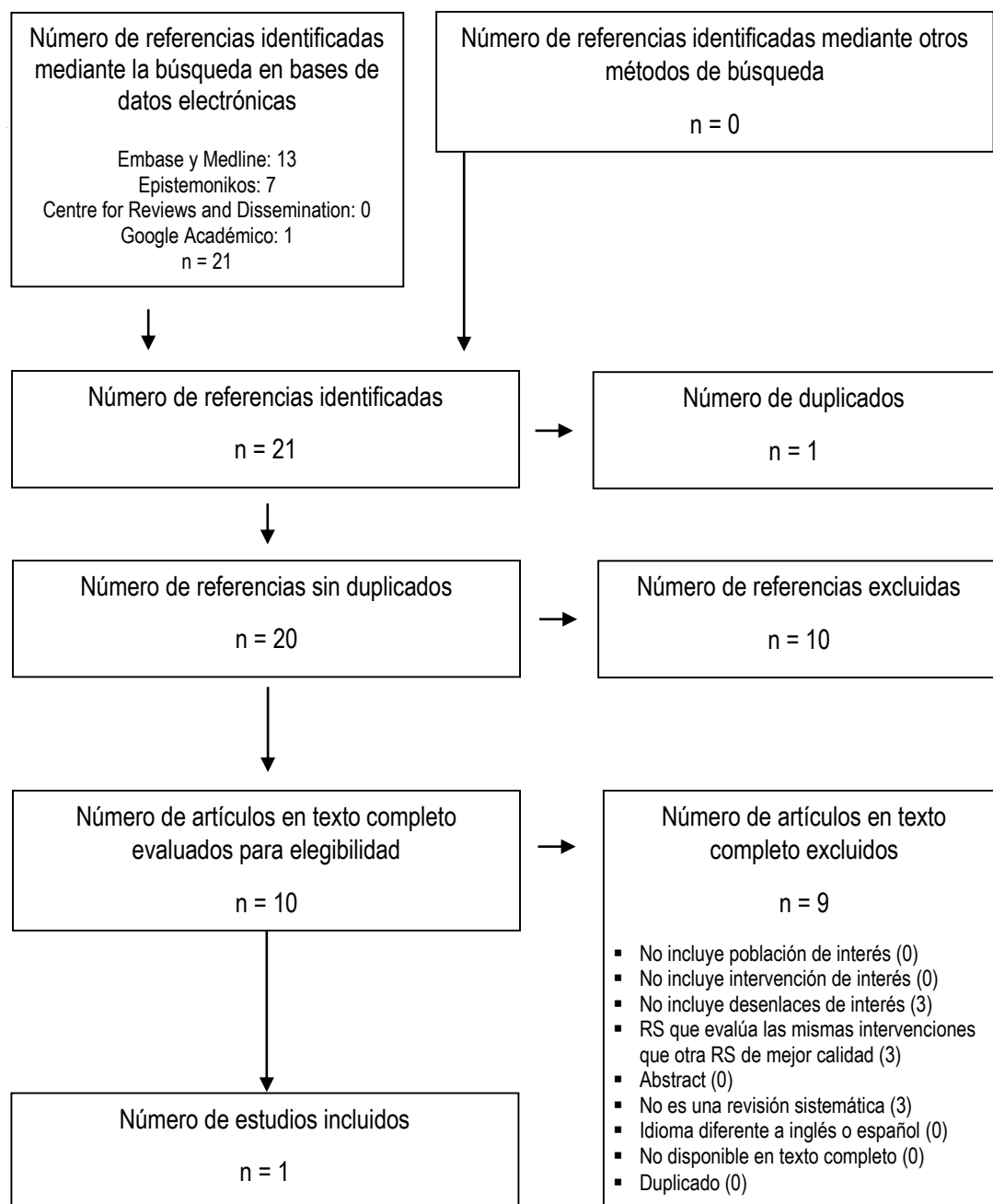
	kidney failure) OR abstract:(chronic kidney failure)) OR (title:(chronic renal insufficienc*) OR abstract:(chronic renal insufficienc*)) OR (title:(chronic kidney insufficienc*) OR abstract:(chronic kidney insufficienc*)) OR (title:(chronic renal disease*) OR abstract:(chronic renal disease*)) OR (title:(ckd*) OR abstract:(ckd*)) OR (title:(chronic nephropathy*) OR abstract:(chronic nephropathy*)) NOT (title:(renal replacement therap*) OR abstract:(renal replacement therap*)) OR abstract:((title:(chronic kidney disease) OR abstract:(chronic kidney disease)) OR (title:(chronic kidney failure) OR abstract:(chronic kidney failure)) OR (title:(chronic renal insufficienc*) OR abstract:(chronic renal insufficienc*)) OR (title:(chronic kidney insufficienc*) OR abstract:(chronic kidney insufficienc*)) OR (title:(chronic renal disease*) OR abstract:(chronic renal disease*)) OR (title:(ckd*) OR abstract:(ckd*)) OR (title:(chronic nephropathy*) OR abstract:(chronic nephropathy*)) NOT (title:(renal replacement therap*) OR abstract:(renal replacement therap*)) NOT (title:(renal replacement therapy) OR abstract:(renal replacement therapy)) OR abstract:((title:((title:(chronic kidney disease) OR abstract:(chronic kidney disease)) OR (title:(chronic kidney failure) OR abstract:(chronic kidney failure)) OR (title:(chronic renal insufficienc*) OR abstract:(chronic renal insufficienc*)) OR (title:(chronic kidney insufficienc*) OR abstract:(chronic kidney insufficienc*)) OR (title:(chronic renal disease*) OR abstract:(chronic renal disease*)) OR (title:(ckd*) OR abstract:(ckd*)) OR (title:(chronic nephropathy*) OR abstract:(chronic nephropathy*)) NOT (title:(renal replacement therap*) OR abstract:(renal replacement therap*)) OR abstract:((title:(chronic kidney disease) OR abstract:(chronic kidney disease)) OR (title:(chronic kidney failure) OR abstract:(chronic kidney failure)) OR (title:(chronic renal insufficienc*) OR abstract:(chronic renal insufficienc*)) OR (title:(chronic kidney insufficienc*) OR abstract:(chronic kidney insufficienc*)) OR (title:(chronic renal disease*) OR abstract:(chronic renal disease*)) OR (title:(ckd*) OR abstract:(ckd*)) OR (title:(chronic nephropathy*) OR abstract:(chronic nephropathy*)) NOT (title:(renal replacement therap*)
--	---

	OR abstract:(renal replacement therap*)) NOT (title:(renal replacement therapy) OR abstract:(renal replacement therapy)))
# de referencias identificadas	7

Reporte de búsqueda #3	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	NHS EED HTA
Plataforma	Centre for Reviews and Dissemination (CRD)
Fecha de búsqueda	19/05/2019
Rango de fecha de búsqueda	2014-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	1 (chronic kidney disease):TI OR (chronic kidney failure):TI OR (chronic renal insufficiency): TI IN NHSEED, HTA FROM 2014 TO 2019 2 (low-sodium diet):TI OR (salt-free diet):TI OR (sodium restriction):TI IN NHSEED, HTA FROM 2014 TO 2019 3 #1 AND #2
# de referencias identificadas	0

Reporte de búsqueda #4	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Google Académico
Plataforma	Google Académico
Fecha de búsqueda	31/05/2019
Rango de fecha de búsqueda	2014-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Primeros 50 resultados
Estrategia de búsqueda	(chronic kidney disease OR chronic kidney failure OR chronic renal insufficiency) (low-sodium diet OR salt-free diet OR sodium restriction) “systematic review”
# de referencias identificadas	1

Diagrama PRISMA de las Revisiones Sistemáticas – Dieta Hiposódica



Estudios excluidos en la fase de por texto completo selección de revisiones sistemáticas y razones para su exclusión

Referencia	Razón
Petersen KS, Rae S, Venos E, Malta D, Trieu K, Santos JA, et al. Paucity of high-quality studies reporting on salt and health outcomes from the science of salt: A regularly updated systematic review of salt and health outcomes (April 2017 to March 2018). J Clin Hypertens [Internet]. 2019;21(2):307–23.	Evalúa desenlaces intermedios.
Petrykiv SI, Laverman GD, Persson F, Vogt L, Rossing P, de Borst MH, et al. Pooled analysis of multiple crossover trials to optimize individual therapy response to renin-angiotensin-aldosterone system intervention. Clin J Am Soc Nephrol [Internet]. 2017;12(11):1804–13.	El desenlace es de correlación entre variables bioquímicas.
Newberry SJ, Chung M, Anderson CAM, Chen C, Fu Z, Tang A, et al. Effects of Dietary Sodium and Potassium Intake on Chronic Disease Outcomes and Related Risk Factors [Internet]. AHRQ Comparative Effectiveness Reviews. 2018.	Evalúa desenlaces intermedios. Poca población con ERC.
Whelton PK. Dietary sodium intake: Scientific basis for public policy. Blood Purif [Internet]. 2015;39(1–3):16–20.	Revisión narrativa.
Humalda JK, Navis G. Dietary sodium restriction: A neglected therapeutic opportunity in chronic kidney disease. Curr Opin Nephrol Hypertens [Internet]. 2014;23(6):533–40.	Revisión narrativa.
Low Sodium Diet, Vitamin D, or Both for RAASi-Resistant, Residual, Proteinuria in Goldsmith D, Thadhani RI. Low Sodium Diet, Vitamin D, or Both for RAASi-Resistant, Residual, Proteinuria in CKD? The ViRTUE Trial Points the Way Forward but Is Not the Last Word. J Am Soc Nephrol [Internet]. 2017;28(4):1016–9.	Editorial.
D’Elia L, Rossi G, Di Cola MS, Savino I, Galletti F, Strazzullo P. Meta-analysis of the effect of dietary sodium restriction with or without concomitant renin-angiotensin-aldosterone system–inhibiting treatment on albuminuria. Clin J Am Soc Nephrol [Internet]. 2015;10(9):1542–52.	RS con muy alto riesgo de sesgo.
Garofalo C, Borrelli S, Provenzano M, De Stefano T, Vita C, Chiodini P, et al. Dietary salt restriction in chronic kidney disease: A meta-analysis of randomized clinical trials. Nutrients [Internet]. 2018;10(6).	RS con muy alto riesgo de sesgo.
Ash S, Campbell KL, Bogard J, Millichamp A. Nutrition prescription to achieve positive outcomes in Chronic Kidney Disease: A systematic review. Nutrients. 2014;6(1):416–51.	RS con muy alto riesgo de sesgo.

Reporte de búsqueda #5	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Medline Embase
Plataforma	Embase
Fecha de búsqueda	31/05/2019
Rango de fecha de búsqueda	2014-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	1 'chronic kidney failure'/mj 2 'chronic kidney disease':ab,ti 3 'chronic renal insufficienc*':ab,ti 4 'chronic kidney insufficienc*':ab,ti 5 'chronic renal disease*':ab,ti 6 'ckd*':ab,ti 7 'chronic nephropathy*':ab,ti 8 #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 9 'renal replacement therapy'/mj 10 #8 NOT #9 11 'sodium restriction'/mj 12 'low-sodium diet*':ab,ti 13 'salt-free diet*':ab,ti 14 'low-salt diet*':ab,ti 15 'sodium-restricted diet*':ab,ti 16 'sodium reduction diet*':ab,ti 17 #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 18 'letter':it OR 'letter to the editor' 19 'note':it 20 'editorial':it OR 'editorials' OR 'editorial':ti 21 'case report':ti OR 'case study' OR 'case report' 22 letter: ti OR comment*:ti 23 #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 24 'systematic review':ti OR 'meta-analys?s':ti OR 'review':ti OR review:it 25 'animal' NOT 'human' 26 'nonhuman' 27 'animal experiment'/exp 28 'experimental animal'/exp 29 'animal model' 30 'rodent'/exp 31 rat:ti OR rats:ti OR mouse:ti OR mice:ti 32 #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 33 #23 OR #24 OR #32

	34 'crossover procedure':de OR 'double-blind procedure':de OR 'randomized controlled trial':de OR 'single-blind procedure':de OR random*:de,ab,ti OR factorial*:de,ab,ti OR crossover*:de,ab,ti OR ((cross NEXT/1 over*):de,ab,ti) OR placebo*:de,ab,ti OR ((doubl* NEAR/1 blind*):de,ab,ti) OR ((singl* NEAR/1 blind*):de,ab,ti) OR assign*:de,ab,ti OR allocat*:de,ab,ti OR volunteer*:de,ab,ti 35 #10 AND #17 AND #34 36 #35 NOT #33 37 #36 AND [2014-2019]/py
# de referencias identificadas	13

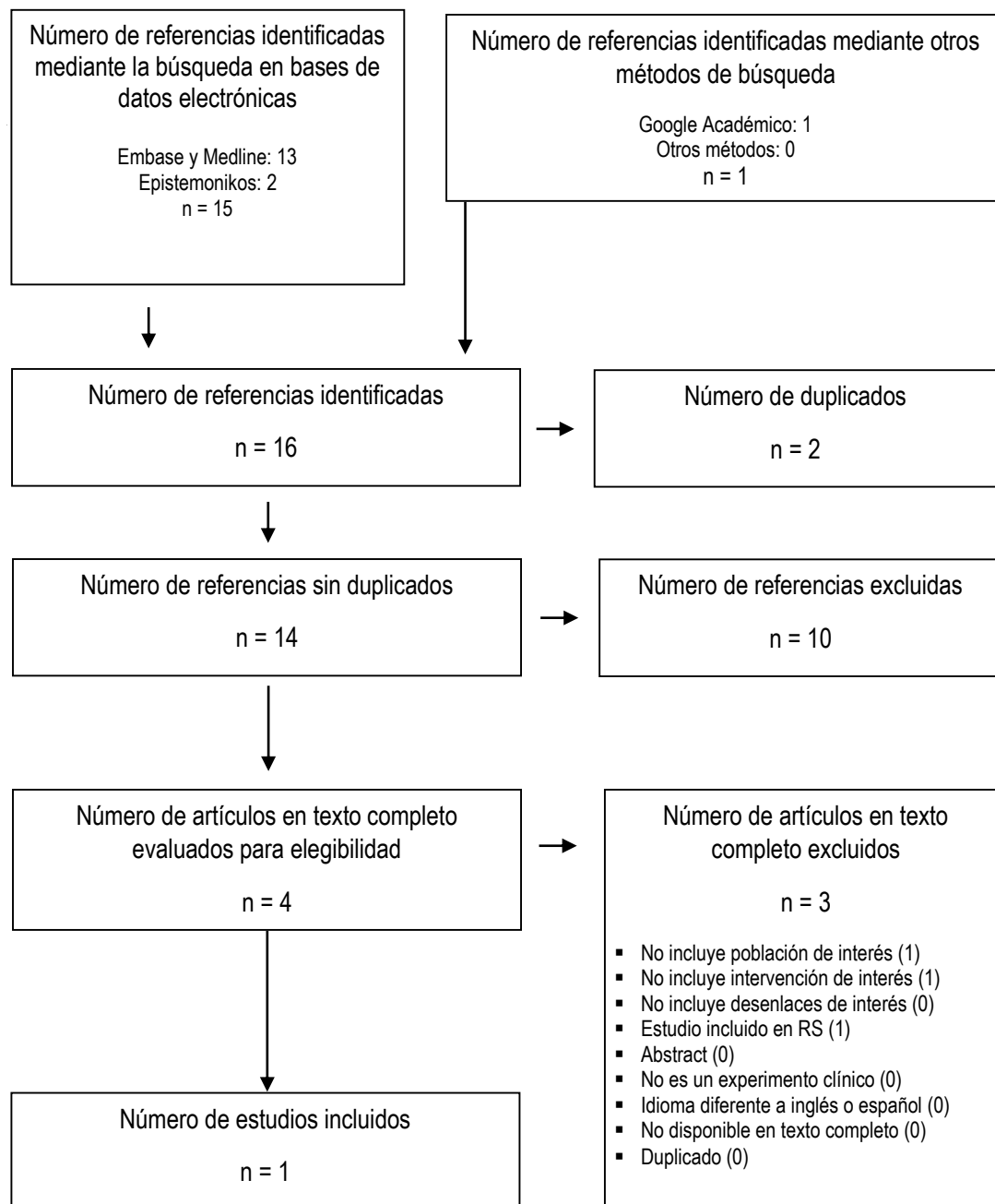
Reporte de búsqueda #6	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	- Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) Last searched: Apr 4, 2019. - Pubmed Last searched: May 19, 2019. - EMBASE Last searched: May 17, 2019. - CINAHL (The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) Last searched: May 17, 2019. - PsycINFO Last searched: May 17, 2019. - LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud) Last searched: May 17, 2019. - Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) Last searched: Aug 24, 2017 - No new records have been added to DARE after 2015. - The Campbell Collaboration online library Last searched: May 19, 2019. - JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports Last searched: May 19, 2019. - EPPI-Centre Evidence Library Last searched: Apr 24, 2018.
Plataforma	Epistemonikos
Fecha de búsqueda	31/05/2019
Rango de fecha de búsqueda	Últimos cinco años
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	'Primary study'
Estrategia de búsqueda	(title:((title:(sodium restriction) OR abstract:(sodium restriction)) OR (title:(low-sodium diet*) OR abstract:(low-sodium diet*)) OR (title:(salt-free diet*) OR abstract:(salt-free diet*)) OR (title:(low-salt diet*) OR abstract:(low-salt diet*)) OR (title:(sodium-

	restricted diet*) OR abstract:(sodium-restricted diet*)) OR (title:(sodium reduction diet*) OR abstract:(sodium reduction diet*)) OR abstract:((title:(sodium restriction) OR abstract:(sodium restriction)) OR (title:(low-sodium diet*) OR abstract:(low-sodium diet*)) OR (title:(salt-free diet*) OR abstract:(salt-free diet*)) OR (title:(low-salt diet*) OR abstract:(low-salt diet*)) OR (title:(sodium-restricted diet*) OR abstract:(sodium-restricted diet*)) OR (title:(sodium reduction diet*) OR abstract:(sodium reduction diet*)) AND (title:((title:(chronic kidney disease) OR abstract:(chronic kidney disease)) OR (title:(chronic kidney failure) OR abstract:(chronic kidney failure)) OR (title:(chronic renal insufficienc*) OR abstract:(chronic renal insufficienc*)) OR (title:(chronic kidney insufficienc*) OR abstract:(chronic kidney insufficienc*)) OR (title:(chronic renal disease*) OR abstract:(chronic renal disease*)) OR (title:(ckd*) OR abstract:(ckd*)) OR (title:(chronic nephropathy*) OR abstract:(chronic nephropathy*)) NOT (title:(renal replacement therap*) OR abstract:(renal replacement therap*)) OR abstract:((title:(chronic kidney disease) OR abstract:(chronic kidney disease)) OR (title:(chronic kidney failure) OR abstract:(chronic kidney failure)) OR (title:(chronic renal insufficienc*) OR abstract:(chronic renal insufficienc*)) OR (title:(chronic kidney insufficienc*) OR abstract:(chronic kidney insufficienc*)) OR (title:(chronic renal disease*) OR abstract:(chronic renal disease*)) OR (title:(ckd*) OR abstract:(ckd*)) OR (title:(chronic nephropathy*) OR abstract:(chronic nephropathy*)) NOT (title:(renal replacement therap*) OR abstract:(renal replacement therap*)) NOT (title:(renal replacement therapy) OR abstract:(renal replacement therapy)) OR abstract:((title:(chronic kidney disease) OR abstract:(chronic kidney disease)) OR (title:(chronic kidney failure) OR abstract:(chronic kidney failure)) OR (title:(chronic renal insufficienc*) OR abstract:(chronic renal insufficienc*)) OR (title:(chronic kidney insufficienc*) OR abstract:(chronic kidney insufficienc*)) OR (title:(chronic renal disease*) OR abstract:(chronic renal disease*)) OR (title:(ckd*) OR abstract:(ckd*)) OR (title:(chronic nephropathy*) OR abstract:(chronic nephropathy*))
--	--

	nephropathy*)) NOT (title:(renal replacement therap*) OR abstract:(renal replacement therap*)) OR abstract:((title:(chronic kidney disease) OR abstract:(chronic kidney disease)) OR (title:(chronic kidney failure) OR abstract:(chronic kidney failure)) OR (title:(chronic renal insufficienc*) OR abstract:(chronic renal insufficienc*)) OR (title:(chronic kidney insufficienc*) OR abstract:(chronic kidney insufficienc*)) OR (title:(chronic renal disease*) OR abstract:(chronic renal disease*)) OR (title:(ckd*) OR abstract:(ckd*)) OR (title:(chronic nephropathy*) OR abstract:(chronic nephropathy*)) NOT (title:(renal replacement therap*) OR abstract:(renal replacement therap*)) NOT (title:(renal replacement therapy) OR abstract:(renal replacement therapy))))
# de referencias identificadas	2

Reporte de búsqueda #7	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Google Académico
Plataforma	Google Académico
Fecha de búsqueda	31/05/2019
Rango de fecha de búsqueda	2014-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Primeros 20 resultados
Estrategia de búsqueda	chronic kidney disease OR chronic kidney failure OR chronic renal insufficiency) (low-sodium diet OR salt-free diet OR sodium restriction) “randomized”
# de referencias identificadas	1

Diagrama PRISMA de los Estudios Primarios – Dieta hiposódica



Estudios excluidos en la fase de por texto completo selección de estudios primarios y razones para su exclusión

Referencia	Razón
Campbell KL, Johnson DW, Bauer JD, Hawley CM, Isbel NM, Stowasser M, et al. A randomized trial of sodium-restriction on kidney function, fluid volume and adipokines in CKD patients [Internet]. Vol. 15, BMC Nephrology. 2014. p. 57.	Estudio incluido en la RS seleccionada (Mc Mahon 2015).
De Vries L V., Dobrowolski LC, Van Den Bosch JJON, Riphagen IJ, Krediet CTP, Bemelman FJ, et al. Effects of dietary sodium restriction in kidney transplant recipients treated with renin-angiotensin-aldosterone system blockade: A randomized clinical trial. Am J Kidney Dis [Internet]. 2016;67(6):936–44.	Pacientes con trasplante renal.
Meuleman Y, Hoekstra T, Dekker FW, Navis G, Vogt L, van der Boog PJM, et al. Sodium Restriction in Patients With CKD: A Randomized Controlled Trial of Self-management Support. Am J Kidney Dis [Internet]. 2017;69(5):576–86.	No pone a prueba la dieta con restricción de sodio sino la estrategia de autocuidado.

Pregunta. Dieta hipoproteica.

Estrategias de Búsqueda de las Revisiones Sistemáticas

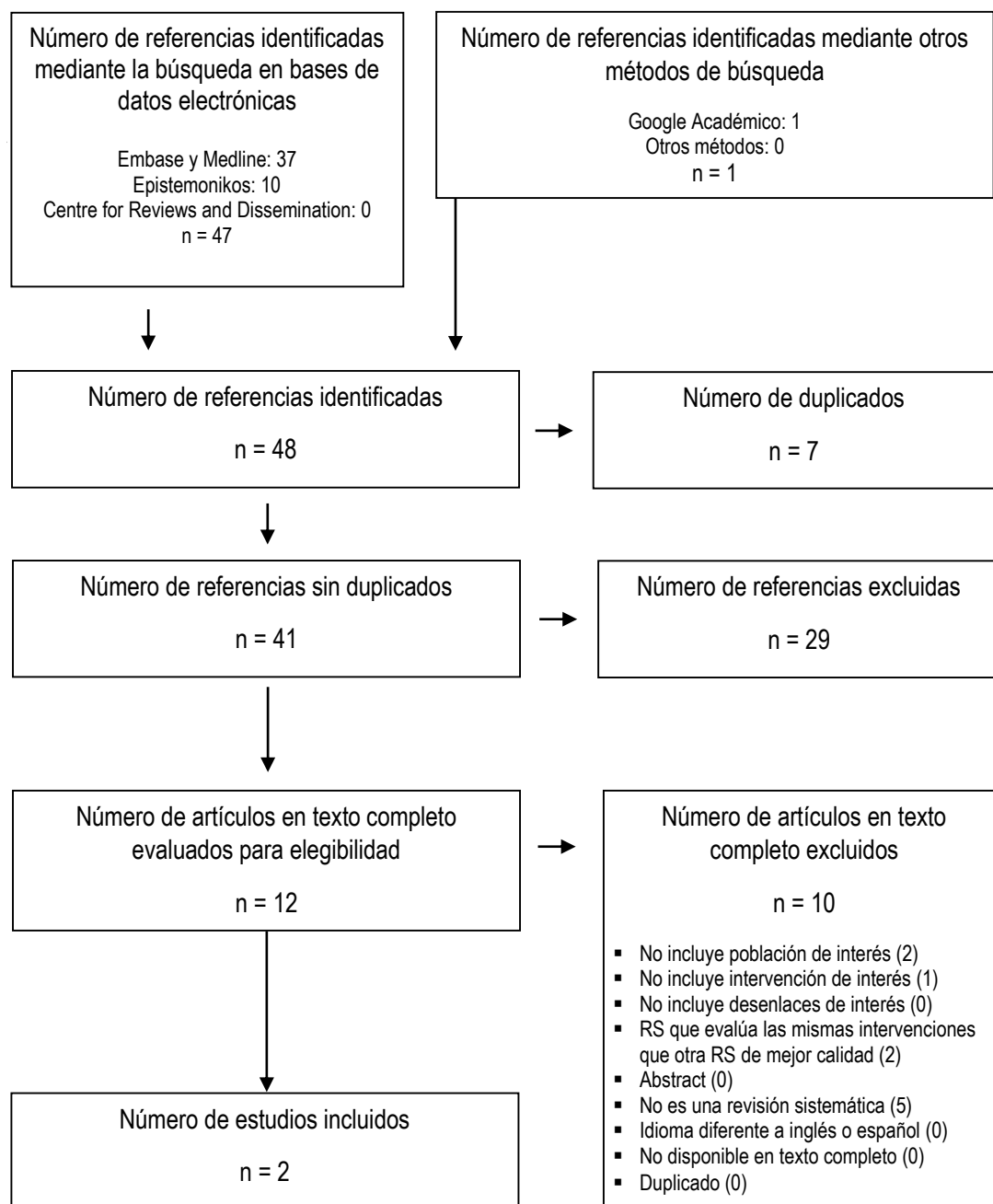
Reporte de búsqueda #1	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Medline Embase
Plataforma	Embase
Fecha de búsqueda	31/05/2019
Rango de fecha de búsqueda	2014-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	1 'chronic kidney failure'/mj 2 'chronic kidney disease':ab,ti 3 'chronic renal insufficienc*':ab,ti 4 'chronic kidney insufficienc*':ab,ti 5 'chronic renal disease*':ab,ti 6 'ckd*':ab,ti 7 'chronic nephropathy*':ab,ti 8 #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 9 'renal replacement therapy'/mj 10 #8 NOT #9 11 'protein diet'/mj 12 'protein diet?':ab,ti 13 'protein intake'/mj 14 'protein restriction':ab,ti 15 #11 OR #12 OR #13 OR #14 16 [cochrane review]/lim OR [systematic review]/lim OR [meta analysis]/lim 17 'systematic review':ti OR 'meta-analys?s':ti OR 'review':ti OR review:it 18 #16 OR #17 19 letter:it OR 'letter'/de 20 editorial:it 21 note:it 22 'case report'/de OR 'case study'/de 23 letter:ti OR comment*:ti 24 #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 25 #10 AND #15 AND #18 26 #25 NOT #24 27 #26 AND [2014-2019]/py
# de referencias identificadas	37

	kidney failure")) OR (title:(chronic renal insufficienc*) OR abstract:(chronic renal insufficienc*) OR (title:(chronic renal disease*) OR abstract:(chronic renal disease*)) OR (title:(chronic nephropath*) OR abstract:(chronic nephropath*)) OR (title:(ckd) OR abstract:(ckd)) OR (title:(chronic kidney insufficienc*) OR abstract:(chronic kidney insufficienc*)) OR abstract:(((title:("chronic kidney disease") OR abstract:("chronic kidney disease")) OR (title:("chronic kidney failure") OR abstract:("chronic kidney failure")) OR (title:(chronic renal insufficienc*)) NOT (title:(renal replacement therap*) OR abstract:(renal replacement therap*)))) AND (title:(((title:("protein diet*") OR abstract:("protein diet*")) OR (title:("protein intake") OR abstract:("protein intake")) OR (title:("protein restriction") OR abstract:("protein restriction")) OR abstract:(((title:("protein diet*") OR abstract:("protein diet*")) OR (title:("protein intake") OR abstract:("protein intake")) OR (title:("protein restriction") OR abstract:("protein restriction")))))
# de referencias identificadas	10

Reporte de búsqueda #3	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	NHS EED HTA
Plataforma	Centre for Reviews and Dissemination (CRD)
Fecha de búsqueda	19/05/2019
Rango de fecha de búsqueda	2014-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	1 ((chronic kidney disease): TI OR (chronic renal insufficiency): TI OR (chronic kidney failure): TI) and (Full publication record: ZDT) IN NHSEED, HTA FROM 2014 TO 2019 2 ((protein diet?): TI OR (protein intake): TI OR (protein restriction): TI) and (Full publication record: ZDT) IN NHSEED, HTA FROM 2014 TO 2019 3 #1 AND #2
# de referencias identificadas	0

Reporte de búsqueda #4	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Google Académico
Plataforma	Google Académico
Fecha de búsqueda	
Rango de fecha de búsqueda	2014-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Primeros 50 resultados
Estrategia de búsqueda	chronic kidney disease OR chronic kidney failure OR chronic renal insufficiency) (protein diet OR protein intake OR protein restriction) “systematic review”
# de referencias identificadas	1

Diagrama PRISMA de las Revisiones Sistemáticas – Dieta Hipoproteica



Estudios excluidos en la fase de por texto completo selección de revisiones sistemáticas y razones para su exclusión

Referencia	Razón
Mihalache A, Garneata L, Mircescu G. Nutritional patterns in chronic kidney disease. Arch Balk Med Union [Internet]. 2018;53(3):427–33.	Revisión narrativa.
Sarav M, McKnight CL, Newberry CA. Protein Intake in Chronic Kidney Disease. Curr Nutr Rep [Internet]. 2017;6(3):257–60.	Revisión narrativa.
Kamper A-L, Strandgaard S. Long-Term Effects of High-Protein Diets on Renal Function [Internet]. Vol. 37, Annual Review of Nutrition. 2017. p. 347–69.	Revisión narrativa. Narrativa.
Clase CM, Smyth A. Chronic Kidney Disease. BMJ Clin Evid [Internet]. 2015	Es un <i>overview</i> .
Yan B, Su X, Xu B, Qiao X, Wang L. Effect of diet protein restriction on progression of chronic kidney disease: A systematic review and meta-analysis [Internet]. Vol. 13, PLoS ONE. 2018. p. e0206134.	Primarios incluidos en una RS de mejor calidad.
Rhee CM, Ahmadi SF, Kovesdy CP, Kalantar-Zadeh K. Low-protein diet for conservative management of chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis of controlled trials. J Cachexia Sarcopenia Muscle [Internet]. 2018;9(2):235–45.	Primarios incluidos en una RS de mejor calidad.
Schwingshackl L, Hoffmann G. Comparison of high vs. normal/low protein diets on renal function in subjects without chronic kidney disease: A systematic review and meta-analysis. PLoS One [Internet]. 2014;9(5).	Pacientes sin enfermedad renal crónica.
van Elswyk ME, Weatherford CA, McNeill SH. A systematic review of renal health in healthy individuals associated with protein intake above the US recommended daily allowance in randomized controlled trials and observational studies. Adv Nutr [Internet]. 2018;9(4):404–18.	Pacientes sanos.
Jiang Z, Zhang X, Yang L, Li Z, Qin W. Effect of restricted protein diet supplemented with keto analogues in chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis. Int Urol Nephrol. 2016;48(3):409–18.	No es la intervención. Incluye análogos keto.
Ash S, Campbell KL, Bogard J, Millichamp A. Nutrition prescription to achieve positive outcomes in chronic kidney disease: a systematic review. Nutrients. 2014 Jan 22;6(1):416-51. (Google Scholar).	Es un <i>overview</i> .

Estrategias de Búsqueda de los Estudios Primarios – Dieta hipoproteica

Reporte de búsqueda #5	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Medline Embase
Plataforma	Embase
Fecha de búsqueda	02/08/2019
Rango de fecha de búsqueda	02/03/2019 – 03/08/2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	('chronic kidney failure'/mj OR 'chronic kidney disease':ab,ti OR 'chronic renal insufficienc*':ab,ti OR 'chronic kidney insufficienc*':ab,ti OR 'chronic renal disease*':ab,ti OR 'ckd*':ab,ti OR 'chronic nephropathy*':ab,ti) NOT 'renal replacement therapy'/mj AND ('protein diet'/mj OR 'protein diet?':ab,ti OR 'protein intake'/mj OR 'protein restriction':ab,ti) AND ('crossover procedure':de OR 'double-blind procedure':de OR 'randomized controlled trial':de OR 'single-blind procedure':de OR random*:de,ab,ti OR factorial*:de,ab,ti OR crossover*:de,ab,ti OR ((cross NEXT/1 over*):de,ab,ti) OR placebo*:de,ab,ti OR ((doubl* NEAR/1 blind*):de,ab,ti) OR ((singl* NEAR/1 blind*):de,ab,ti) OR assign*:de,ab,ti OR allocat*:de,ab,ti OR volunteer*:de,ab,ti) NOT ('letter':it OR 'letter to the editor' OR 'note':it OR 'editorial':it OR 'editorials' OR 'editorial':ti OR 'case report':ti OR 'case study' OR 'case report' OR letter:ti OR comment*:ti OR 'systematic review':ti OR 'meta-analys?s':ti OR 'review':ti OR review:it OR 'nonhuman' OR ('animal' NOT 'human') OR 'animal experiment'/exp OR 'experimental animal'/exp OR 'rodent'/exp OR rat:ti OR rats:ti OR mouse:ti OR mice:ti) AND [2-3-2018]/sd NOT [4-8-2019]/sd
# de referencias identificadas	9

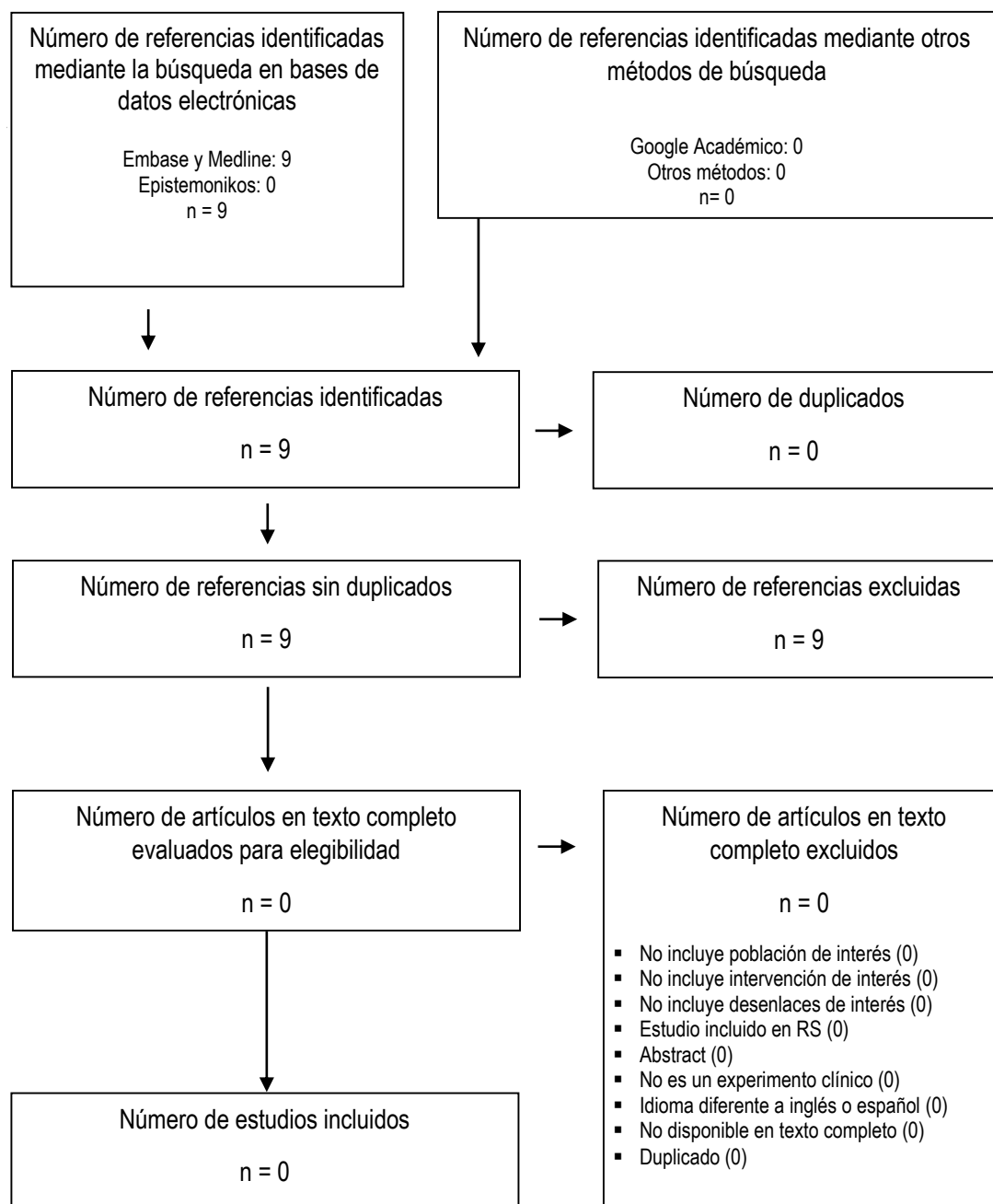
Reporte de búsqueda #6	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	- Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) Last searched: Apr 4, 2019. - Pubmed Last searched: May 19, 2019. - EMBASE Last searched: May 17, 2019. - CINAHL (The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) Last searched: May 17, 2019.

	- PsycINFO Last searched: May 17, 2019. - LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud) Last searched: May 17, 2019. - Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) Last searched: Aug 24, 2017 - No new records have been added to DARE after 2015. - The Campbell Collaboration online library Last searched: May 19, 2019. - JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports Last searched: May 19, 2019. - EPPI-Centre Evidence Library Last searched: Apr 24, 2018.
Plataforma	Epistemonikos
Fecha de búsqueda	02/08/2019
Rango de fecha de búsqueda	2018 – 2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	‘Primary study’ ‘RCT’
Estrategia de búsqueda	(title:((title:((title:("chronic kidney disease") OR abstract:("chronic kidney disease")) OR (title:("chronic kidney failure") OR abstract:("chronic kidney failure")) OR (title:(chronic renal insufficienc*) OR abstract:(chronic renal insufficienc*)) OR (title:(chronic renal disease*) OR abstract:(chronic renal disease*)) OR (title:(chronic nephropath*) OR abstract:(chronic nephropath*)) OR (title:(ckd) OR abstract:(ckd)) OR (title:(chronic kidney insufficienc*) OR abstract:(chronic kidney insufficienc*)) OR abstract:(((title:("chronic kidney disease") OR abstract:("chronic kidney disease")) OR (title:("chronic kidney failure") OR abstract:("chronic kidney failure")) OR (title:(chronic renal insufficienc*))))) NOT (title:(renal replacement therap*) OR abstract:(renal replacement therap*)) OR abstract:(((title:((title:("chronic kidney disease") OR abstract:("chronic kidney disease")) OR (title:("chronic kidney failure") OR abstract:("chronic kidney failure")) OR (title:(chronic renal insufficienc*) OR abstract:(chronic renal insufficienc*)) OR (title:(chronic renal disease*) OR abstract:(chronic renal disease*)) OR (title:(chronic nephropath*) OR abstract:(chronic nephropath*)) OR (title:(ckd) OR abstract:(ckd)) OR (title:(chronic kidney insufficienc*) OR abstract:(chronic kidney insufficienc*)) OR abstract:(((title:("chronic kidney disease") OR abstract:("chronic kidney disease")) OR

	(title:("chronic kidney failure") OR abstract:("chronic kidney failure")) OR (title:(chronic renal insufficienc*)) OR NOT (title:(renal replacement therap*) OR abstract:(renal replacement therap*)) AND (title:((title:("protein diet*") OR abstract:("protein diet*")) OR (title:("protein intake") OR abstract:("protein intake")) OR (title:("protein restriction") OR abstract:("protein restriction"))) OR abstract:((title:("protein diet*") OR abstract:("protein diet*")) OR (title:("protein intake") OR abstract:("protein intake")) OR (title:("protein restriction") OR abstract:("protein restriction"))))
# de referencias identificadas	0

Reporte de búsqueda #7	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Google Académico
Plataforma	Google Académico
Fecha de búsqueda	03/08/2019
Rango de fecha de búsqueda	2014-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Primeros 20 resultados
Estrategia de búsqueda	chronic kidney disease OR chronic kidney failure OR chronic renal insufficiency) (protein diet OR protein intake OR protein restriction) “randomized”
# de referencias identificadas	0

Diagrama PRISMA de los Estudios Primarios – Dieta hipoproteica



Reporte de búsqueda #1	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Medline Embase
Plataforma	Embase
Fecha de búsqueda	31/05/2019
Rango de fecha de búsqueda	2014-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	1 'chronic kidney failure'/mj 2 'chronic kidney disease':ab,ti 3 'chronic renal insufficienc*':ab,ti 4 'chronic kidney insufficienc*':ab,ti 5 'chronic renal disease*':ab,ti 6 'ckd*': ab, ti 7 'chronic nephropathy*': ab, ti 8 #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 9 'renal replacement therapy'/mj 10 #8 NOT #9 11 'physical activity'/mj 12 'exercise'/mj 13 'aerobic exercise'/mj 14 'physical exertion': ab,ti 15 'exercise training': ab,ti 16 'exercise therapy': ab,ti 17 'kinesiotherapy'/mj 18 'resistance training'/mj 19 'resistance program':ab,ti 20 'resistance exercise':ab,ti 21 'endurance training'/mj 22 #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 23 [cochrane review]/lim OR [systematic review]/lim OR [meta analysis]/lim 24 'systematic review':ti OR 'meta-analys?s':ti OR 'review':ti OR review:it 25 #23 OR #24 26 letter:it OR 'letter'/de 27 editorial:it 28 note:it 29 'case report'/de OR 'case study'/de 30 letter:ti OR comment*:ti 31 #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30

	32 #25 NOT #31
	33 #10 AND #22 AND #32
	34 #33 AND [2014-2019]/py
# de referencias identificadas	56

Reporte de búsqueda #2	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	- Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) Last searched: Apr 4, 2019. - Pubmed Last searched: May 19, 2019. - EMBASE Last searched: May 17, 2019. - CINAHL (The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) Last searched: May 17, 2019. - PsycINFO Last searched: May 17, 2019. - LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud) Last searched: May 17, 2019. - Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) Last searched: Aug 24, 2017 - No new records have been added to DARE after 2015. - The Campbell Collaboration online library Last searched: May 19, 2019. - JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports Last searched: May 19, 2019. - EPPI-Centre Evidence Library Last searched: Apr 24, 2018.
Plataforma	Epistemonikos.
Fecha de búsqueda	31/05/2019
Rango de fecha de búsqueda	Últimos cinco años.
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	'Systematic review'
Estrategia de búsqueda	<pre>(title:((title:((title:(chronic kidney disease) OR abstract:(chronic kidney disease)) OR (title:(chronic kidney failure) OR abstract:(chronic kidney failure)) OR (title:(chronic renal insufficienc*) OR abstract:(chronic renal insufficienc*)) OR (title:(chronic kidney insufficienc*) OR abstract:(chronic kidney insufficienc*)) OR (title:(chronic renal disease*) OR abstract:(chronic renal disease*)) OR (title:(ckd*) OR abstract:(ckd*)) OR (title:(chronic nephropathy*) OR abstract:(chronic nephropathy*)) NOT (title:(renal replacement therap*) OR abstract:(renal replacement therap*)) OR abstract:((title:(chronic kidney disease) OR abstract:(chronic kidney disease)) OR (title:(chronic</pre>

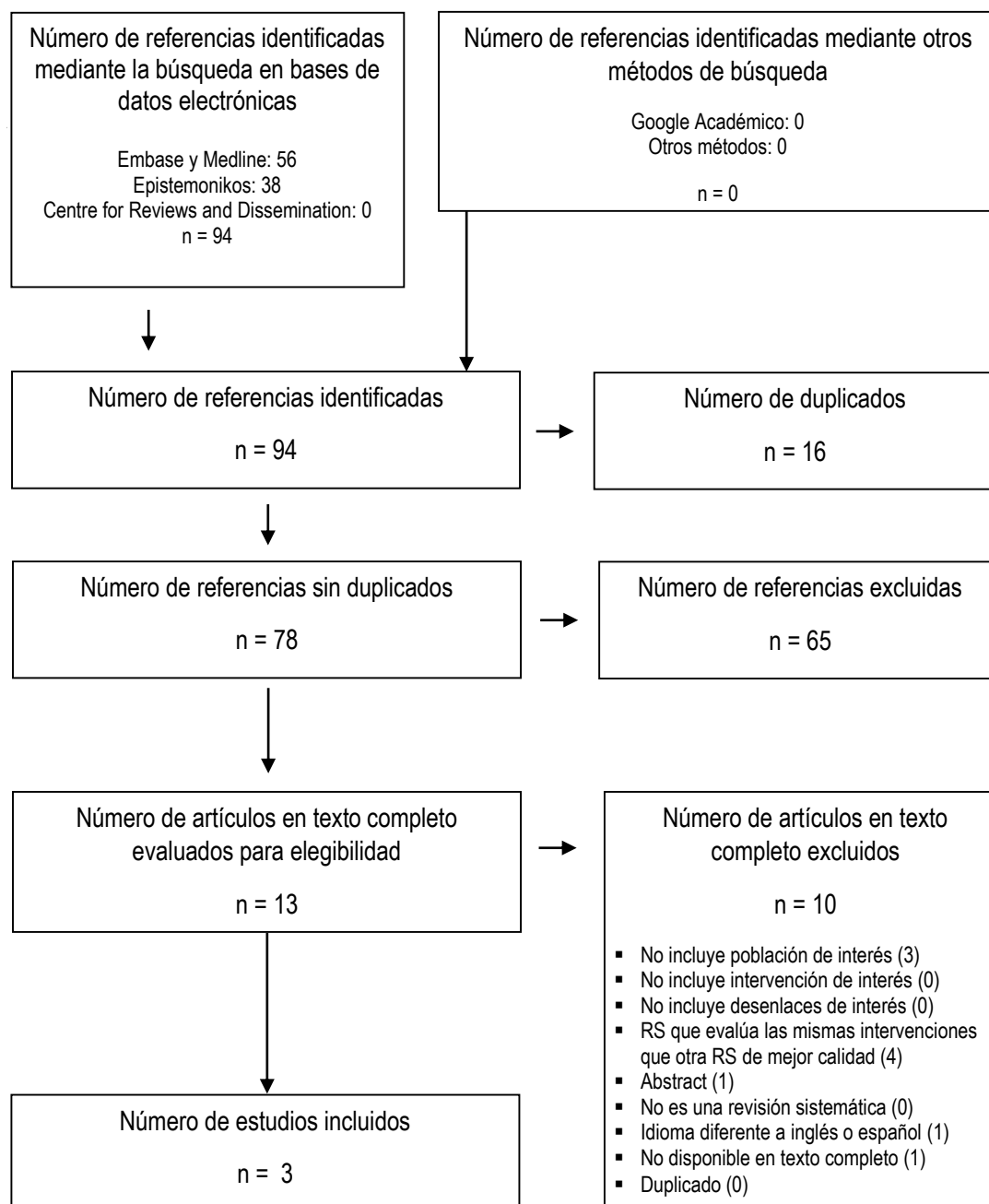
	kidney failure) OR abstract:(chronic kidney failure)) OR (title:(chronic renal insufficienc*) OR abstract:(chronic renal insufficienc*)) OR (title:(chronic kidney insufficienc*) OR abstract:(chronic kidney insufficienc*)) OR (title:(chronic renal disease*) OR abstract:(chronic renal disease*)) OR (title:(ckd*) OR abstract:(ckd*)) OR (title:(chronic nephropathy*) OR abstract:(chronic nephropathy*)) NOT (title:(renal replacement therap*) OR abstract:(renal replacement therap*)) NOT (title:(renal replacement therapy) OR abstract:(renal replacement therapy))) OR abstract:((title:((title:(chronic kidney disease) OR abstract:(chronic kidney disease)) OR (title:(chronic kidney failure) OR abstract:(chronic kidney failure)) OR (title:(chronic renal insufficienc*) OR abstract:(chronic renal insufficienc*)) OR (title:(chronic kidney insufficienc*) OR abstract:(chronic kidney insufficienc*)) OR (title:(chronic renal disease*) OR abstract:(chronic renal disease*)) OR (title:(ckd*) OR abstract:(ckd*)) OR (title:(chronic nephropathy*) OR abstract:(chronic nephropathy*)) NOT (title:(renal replacement therap*) OR abstract:(renal replacement therap*)) OR abstract:((title:(chronic kidney disease) OR abstract:(chronic kidney disease)) OR (title:(chronic kidney failure) OR abstract:(chronic kidney failure)) OR (title:(chronic renal insufficienc*) OR abstract:(chronic renal insufficienc*)) OR (title:(chronic kidney insufficienc*) OR abstract:(chronic kidney insufficienc*)) OR (title:(chronic renal disease*) OR abstract:(chronic renal disease*)) OR (title:(ckd*) OR abstract:(ckd*)) OR (title:(chronic nephropathy*) OR abstract:(chronic nephropathy*)) NOT (title:(renal replacement therap*) OR abstract:(renal replacement therap*)) NOT (title:(renal replacement therapy) OR abstract:(renal replacement therapy)))) AND (title:((title:("physical exertion") OR abstract:("physical exertion")) OR (title:("physical activity") OR abstract:("physical activity")) OR (title:(exercise) OR abstract:(exercise)) OR (title:("aerobic exercise") OR abstract:("aerobic exercise")) OR (title:("endurance training") OR abstract:("endurance training")) OR (title:("resistance training") OR abstract:("resistance training")) OR (title:("resistance program") OR abstract:("resistance program")) OR (title:("exercise therapy") OR
--	--

	abstract:("exercise therapy")) OR abstract:((title:("physical exertion") OR abstract:("physical exertion")) OR (title:("physical activity") OR abstract:("physical activity")) OR (title:(exercise) OR abstract:(exercise)) OR (title:("aerobic exercise") OR abstract:("aerobic exercise")) OR (title:("endurance training") OR abstract:("endurance training")) OR (title:("resistance training") OR abstract:("resistance training")) OR (title:("resistance program") OR abstract:("resistance program")) OR (title:("exercise therapy") OR abstract:("exercise therapy"))))
# de referencias identificadas	38

Reporte de búsqueda #3	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	NHS EED HTA
Plataforma	Centre for Reviews and Dissemination (CRD)
Fecha de búsqueda	19/05/2019
Rango de fecha de búsqueda	2014-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	1 ((chronic kidney disease): TI OR (chronic renal insufficiency): TI OR (chronic kidney failure): TI) and (Full publication record: ZDT) IN NHSEED, HTA FROM 2014 TO 2019. 2 ((exercise): TI OR (physical activity): TI OR (resistance training): TI) and (Full publication record: ZDT) IN NHSEED, HTA FROM 2014 TO 2019. 3 #1 AND #2
# de referencias identificadas	0

Reporte de búsqueda #4	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Google Académico
Plataforma	Google Académico
Fecha de búsqueda	03/8/2019
Rango de fecha de búsqueda	2014-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Primeros 50 resultados
Estrategia de búsqueda	chronic kidney disease OR chronic kidney failure OR chronic renal insufficiency) (physical exertion OR physical activity OR exercise OR aerobic exercise) “systematic review”.
# de referencias identificadas	0

Diagrama PRISMA de las Revisiones Sistemáticas – Ejercicio



Estudios excluidos en la fase de por texto completo selección de revisiones sistemáticas y razones para su exclusión

Referencia	Razón
Afsar B, Siriopol D, Aslan G, Eren OC, Dagele T, Kilic U, et al. The impact of exercise on physical function, cardiovascular outcomes and quality of life in chronic kidney disease patients: a systematic review. <i>Int Urol Nephrol</i> [Internet]. 2018;50(5):885–904.	Población de hemodiálisis.
Fujii N, Toda S, Koike K, Yamanouchi M, Hasegawa J, Hoshino J, et al. Effect of Exercise Intervention on Exercise Tolerance in Patients With Non-Dialysis-Dependent Chronic Kidney Disease: a Systematic Review. <i>Nephrol Dial Transplant</i> [Internet]. 2018;33(suppl_1):i29–i29.	Es un <i>abstract</i> .
Heiwe S, Jacobson SH. Exercise training in adults with CKD: A systematic review and meta-analysis. <i>Am J Kidney Dis</i> [Internet]. 2014;64(3):383–93.	Primarios incluidos en RS de mejor calidad (Wyngaert 2018).
Izumi A, Kitamura M, Izawa KP. Effects of Exercise Training on Delaying Disease Progression in Patients with Chronic Kidney Disease: a Review of the Literature. [Internet]. Vol. 11, Reviews on recent clinical trials. 2016. p. 333–41.	No está disponible en texto completo.
MacKinnon HJ, Wilkinson TJ, Clarke AL, Gould DW, O’Sullivan TF, Xenophontos S, et al. The association of physical function and physical activity with all-cause mortality and adverse clinical outcomes in nondialysis chronic kidney disease: a systematic review.	Primarios son observacionales.
Phan K, Jia F, Kamper SJ. Effects of regular physical exercise training in adults with chronic kidney disease (PEDro synthesis). <i>Br J Sports Med</i> [Internet]. 2016;50(5):317–8.	Primarios incluidos en RS de mejor calidad (Wyngaert 2018).
Sah S, Siddiqui M, Darain H. Effect of progressive resistive exercise training in improving mobility and functional ability of middle adulthood patients with chronic kidney disease. <i>Saudi J Kidney Dis Transplant</i> [Internet]. 2015;26(5):912.	Primarios incluidos en RS de mejor calidad (Wyngaert 2018).
Qiu Z, Zheng K, Zhang H, Feng J, Wang L, Zhou H. Physical Exercise and Patients with Chronic Renal Failure: A Meta-Analysis. <i>Biomed Res Int</i> [Internet]. 2017;2017:1–8.	Población en diálisis.
Tsekoura M, Billis E. Benefits of exercise in adult patients with chronic kidney disease. <i>Ep Klin Farmakol kai Farmakokinet</i> [Internet]. 2015;33(3):265–75.	En griego.
Van Huffel L, Tomson CRV, Ruige J, Nistor I, Van Biesen W, Bolignano D. Dietary restriction and exercise for diabetic patients with chronic kidney disease: A systematic review. In: <i>PLoS ONE</i> [Internet]. 2014. p. e113667.	Primarios incluidos en RS de mejor calidad (Wyngaert 2018).

Estrategias de Búsqueda de los Estudios Primarios – Ejercicio

Reporte de búsqueda #5	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Medline Embase
Plataforma	Embase
Fecha de búsqueda	02/08/2019
Rango de fecha de búsqueda	01/02/2019 – 03/08/2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	('chronic kidney failure'/mj OR 'chronic kidney disease':ab,ti OR 'chronic renal insufficienc*':ab,ti OR 'chronic kidney insufficienc*':ab,ti OR 'chronic renal disease*':ab,ti OR 'ckd*':ab,ti OR 'chronic nephropathy*':ab,ti) NOT 'renal replacement therapy'/mj AND ('physical activity'/mj OR 'exercise'/mj OR 'aerobic exercise'/mj OR 'physical exertion':ab,ti OR 'exercise training':ab,ti OR 'exercise therapy':ab,ti OR 'kinesiotherapy'/mj OR 'resistance training'/mj OR 'resistance program':ab,ti OR 'resistance exercise':ab,ti OR 'endurance training'/mj) AND ('crossover procedure':de OR 'double-blind procedure':de OR 'randomized controlled trial':de OR 'single-blind procedure':de OR random*:de,ab,ti OR factorial*:de,ab,ti OR crossover*:de,ab,ti OR ((cross NEXT/1 over*):de,ab,ti) OR placebo*:de,ab,ti OR ((doubl* NEAR/1 blind*):de,ab,ti) OR ((singl* NEAR/1 blind*):de,ab,ti) OR assign*:de,ab,ti OR allocat*:de,ab,ti OR volunteer*:de,ab,ti) NOT ('letter':it OR 'letter to the editor' OR 'note':it OR 'editorial':it OR 'editorials' OR 'editorial':ti OR 'case report':ti OR 'case study' OR 'case report' OR letter:ti OR comment*:ti OR 'systematic review':ti OR 'meta-analys?s':ti OR 'review':ti OR review:it OR 'nonhuman' OR ('animal' NOT 'human') OR 'animal experiment'/exp OR 'experimental animal'/exp OR 'rodent'/exp OR rat:ti OR rats:ti OR mouse:ti OR mice:ti) AND [1-2-2018]/sd NOT [4-8-2019]/sd
# de referencias identificadas	29

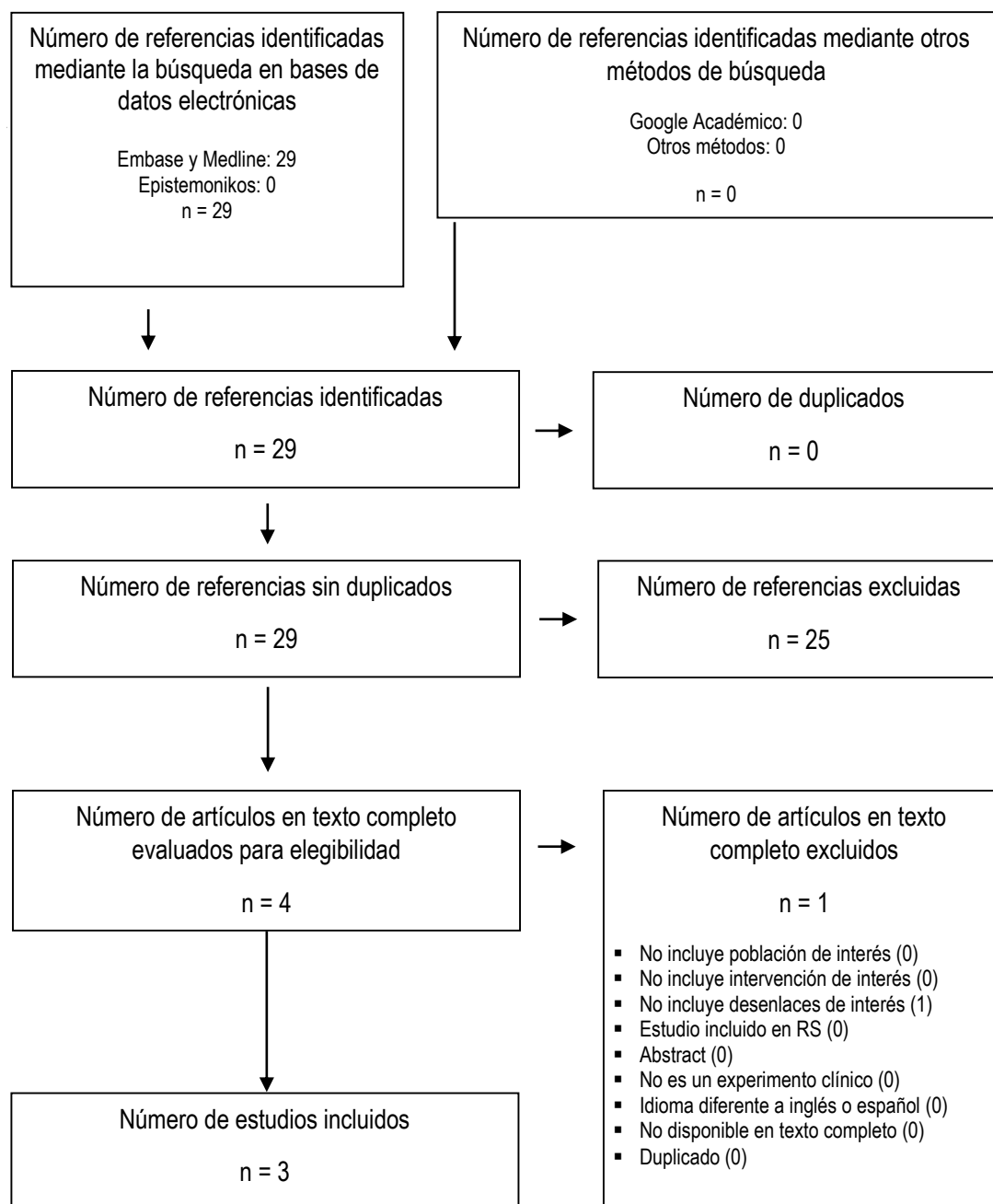
Reporte de búsqueda #6	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	- Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) Last searched: Apr 4, 2019. - Pubmed Last searched: May 19, 2019. - EMBASE Last searched: May 17, 2019.

	- CINAHL (The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) Last searched: May 17, 2019. - PsycINFO Last searched: May 17, 2019. - LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud) Last searched: May 17, 2019. - Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) Last searched: Aug 24, 2017 - No new records have been added to DARE after 2015. - The Campbell Collaboration online library Last searched: May 19, 2019. - JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports Last searched: May 19, 2019. - EPPI-Centre Evidence Library Last searched: Apr 24, 2018.
Plataforma	Epistemonikos
Fecha de búsqueda	02/08/2019
Rango de fecha de búsqueda	2018 – 2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	‘Primary study’ ‘RCT’
Estrategia de búsqueda	(title:((title:((title:("chronic kidney disease") OR abstract:("chronic kidney disease"))) OR (title:("chronic kidney failure") OR abstract:("chronic kidney failure"))) OR (title:(chronic renal insufficienc*) OR abstract:(chronic renal insufficienc*)) OR (title:(chronic renal disease*) OR abstract:(chronic renal disease*)) OR (title:(chronic nephropath*) OR abstract:(chronic nephropath*)) OR (title:(ckd) OR abstract:(ckd)) OR (title:(chronic kidney insufficienc*) OR abstract:(chronic kidney insufficienc*))) OR abstract:(((title:("chronic kidney disease") OR abstract:("chronic kidney disease")) OR (title:("chronic kidney failure") OR abstract:("chronic kidney failure"))) OR (title:(chronic renal insufficienc*)))) NOT (title:(renal replacement therap*) OR abstract:(renal replacement therap*)) OR abstract:(((title:((title:("chronic kidney disease") OR abstract:("chronic kidney disease")) OR (title:("chronic kidney failure") OR abstract:("chronic kidney failure"))) OR (title:(chronic renal insufficienc*) OR abstract:(chronic renal insufficienc*)) OR (title:(chronic renal disease*) OR abstract:(chronic renal disease*)) OR (title:(chronic nephropath*) OR abstract:(chronic nephropath*)) OR (title:(ckd) OR abstract:(ckd)) OR (title:(chronic kidney insufficienc*)

	OR abstract:(chronic kidney insufficienc*)) OR abstract:((title:("chronic kidney disease") OR abstract:("chronic kidney disease")) OR (title:("chronic kidney failure") OR abstract:("chronic kidney failure")) OR (title:(chronic renal insufficienc*))) NOT (title:(renal replacement therap*) OR abstract:(renal replacement therap*))) AND (title:((title:("physical exertion") OR abstract:("physical exertion")) OR (title:("physical activity") OR abstract:("physical activity")) OR (title:(exercise) OR abstract:(exercise)) OR (title:("aerobic exercise") OR abstract:("aerobic exercise")) OR (title:("endurance training") OR abstract:("endurance training")) OR (title:("resistance training") OR abstract:("resistance training")) OR (title:("resistance program") OR abstract:("resistance program")) OR (title:("exercise therapy") OR abstract:("exercise therapy")) OR abstract:((title:("physical exertion") OR abstract:("physical exertion")) OR (title:("physical activity") OR abstract:("physical activity")) OR (title:(exercise) OR abstract:(exercise)) OR (title:("aerobic exercise") OR abstract:("aerobic exercise")) OR (title:("endurance training") OR abstract:("endurance training")) OR (title:("resistance training") OR abstract:("resistance training")) OR (title:("resistance program") OR abstract:("resistance program")) OR (title:("exercise therapy") OR abstract:("exercise therapy")))))
# de referencias identificadas	0

Reporte de búsqueda #7	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Google Académico
Plataforma	Google Académico
Fecha de búsqueda	03/08/2019
Rango de fecha de búsqueda	2014-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Primeros 20 resultados
Estrategia de búsqueda	chronic kidney disease OR chronic kidney failure OR chronic renal insufficiency) (physical exertion OR physical activity OR exercise OR aerobic exercise) “randomized”
# de referencias identificadas	0

Diagrama PRISMA de los Estudios Primarios – Ejercicio



Estudios excluidos en la fase de por texto completo selección de estudios primarios y razones para su exclusión

Referencia	Razón
Watson EL, Gould DW, Wilkinson TJ, Xenophontos S, Clarke AL, Vogt BP, Viana JL, Smith AC. Twelve-week combined resistance and aerobic training confers greater benefits than aerobic training alone in nondialysis CKD. Am J Physiol Renal Physiol. 2018 Jun 1;314(6):F1188-F1196.	Evalúa desenlaces fisiológicos.

Pregunta. Sistemas de apoyo al autocuidado

Estrategias de Búsqueda de las Revisiones Sistemáticas

Reporte de búsqueda #1	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Medline Embase
Plataforma	Embase
Fecha de búsqueda	15/06/2019
Rango de fecha de búsqueda	2014-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	1 'chronic kidney failure'/mj 2 'chronic kidney disease': ab,ti 3 'chronic renal insuficienc*': ab,ti 4 'chronic kidney insuficienc*': ab,ti 5 'chronic renal disease*': ab,ti 6 'ckd*': ab,ti 7 'chronic nephropathy*': ab,ti 8 #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 9 'renal replacement therapy'/mj 10 #8 NOT #9 11 (('self management' OR 'self-management' OR 'self-care' OR 'self care' OR 'patient-management' OR 'patient management' OR 'health- management' OR 'health management' OR 'disease-management' OR 'disease management') NEAR/3 (intervention OR 'program\$' OR 'educat*' OR session OR training OR system)):ab,ti 12 'self care'/mj 13 #11 OR #12 14 [cochrane review]/lim OR [systematic review]/lim OR [meta analysis]/lim 15 'systematic review': ti OR 'meta-analys?s': ti OR 'review': ti OR review:it 16 #14 OR #15 17 letter:it OR 'letter'/de 18 editorial:it 19 note:it 20 'case report'/de OR 'case study'/de 21 letter: ti OR comment*: ti 22 #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 23 #10 AND #13 AND #16 AND ([embase]/lim OR [medline]/lim) AND [2014-2019]/py 24 #23 NOT #22
# de referencias identificadas	30

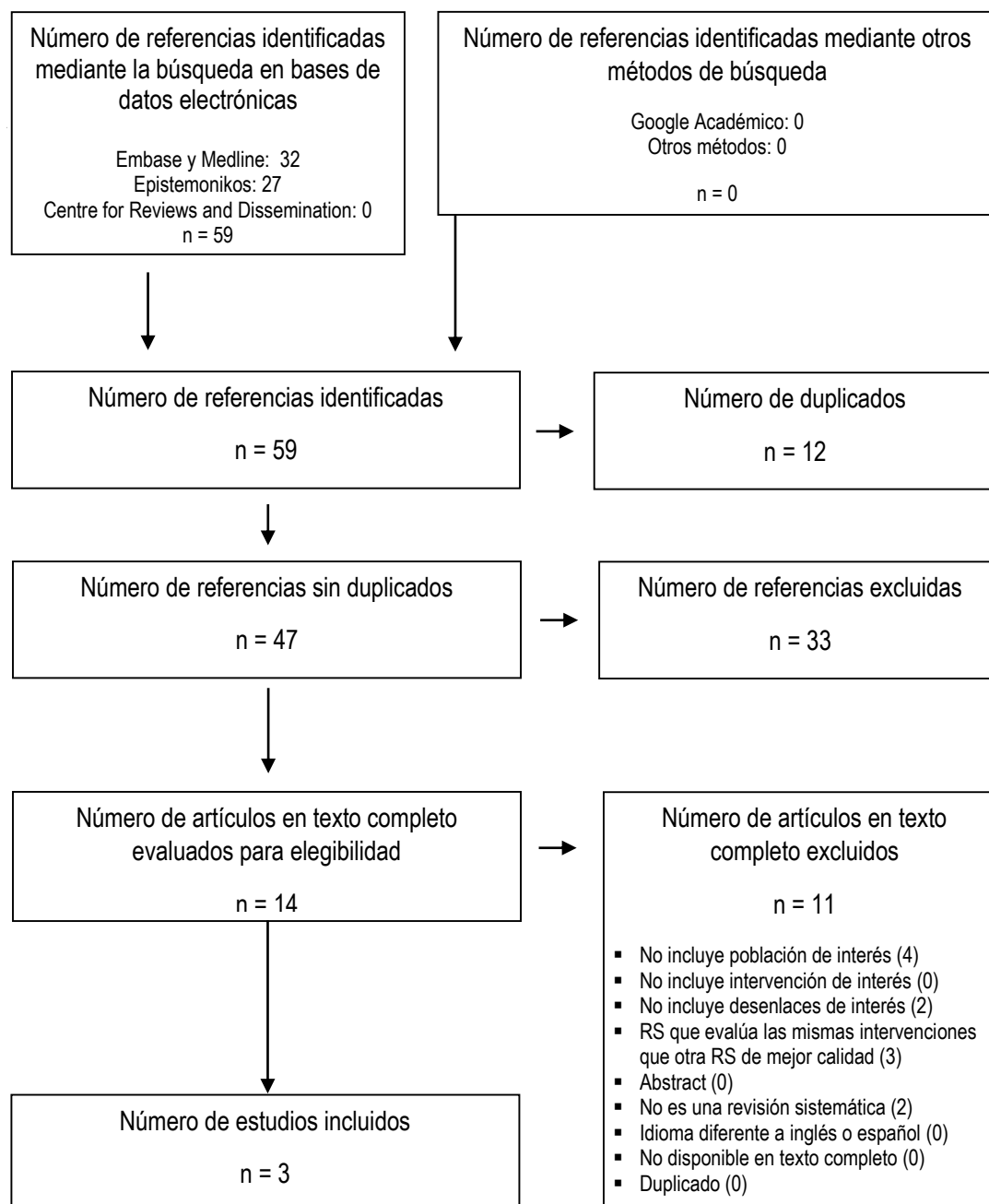
	kidney failure")) OR (title:(chronic renal insufficienc*) OR abstract:(chronic renal insufficienc*)) OR (title:(chronic renal disease*) OR abstract:(chronic renal disease*)) OR (title:(chronic nephropath*) OR abstract:(chronic nephropath*)) OR (title:(ckd) OR abstract:(ckd)) OR (title:(chronic kidney insufficienc*) OR abstract:(chronic kidney insufficienc*)) OR abstract:(((title:("chronic kidney disease") OR abstract:("chronic kidney disease")) OR (title:("chronic kidney failure") OR abstract:("chronic kidney failure")) OR (title:(chronic renal insufficienc*)))) NOT (title:(renal replacement therap*) OR abstract:(renal replacement therap*))) AND (title:((title:(intervention) OR abstract:(intervention)) OR (title:(program*) OR abstract:(program*)) OR (title:(educat*) OR abstract:(educat*)) OR (title:(session) OR abstract:(session)) OR (title:(training) OR abstract:(training)) OR (title:(system) OR abstract:(system)))) OR abstract:((title:(intervention) OR abstract:(intervention)) OR (title:(program*) OR abstract:(program*)) OR (title:(educat*) OR abstract:(educat*)) OR (title:(session) OR abstract:(session)) OR (title:(training) OR abstract:(training)) OR (title:(system) OR abstract:(system)))) AND (title:((title:("self management") OR abstract:("self management")) OR (title:(self-management) OR abstract:(self-management)) OR (title:(self-care) OR abstract:(self-care)) OR (title:('self care') OR abstract:('self care')) OR (title:(patient-management) OR abstract:(patient-management)) OR (title:('patient management') OR abstract:('patient management')) OR (title:(health-management) OR abstract:(health-management)) OR (title:('health management') OR abstract:('health management')) OR (title:(disease-management) OR abstract:(disease-management)) OR (title:('disease management') OR abstract:('disease management')) OR abstract:((title:("self management") OR abstract:("self management")) OR (title:(self-management) OR abstract:(self-management)) OR (title:(self-care) OR abstract:(self-care)) OR (title:('self care') OR abstract:('self care')) OR (title:(patient-management) OR abstract:(patient-management)) OR (title:('patient management') OR abstract:('patient management')) OR (title:(health-management) OR abstract:(health-management)) OR (title:('health
--	--

	management') OR abstract:('health management')) OR (title:(disease-management) OR abstract:(disease-management)) OR (title:('disease management') OR abstract:('disease management'))))
# de referencias identificadas	0

Reporte de búsqueda #3	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	NHS EED HTA
Plataforma	Centre for Reviews and Dissemination (CRD)
Fecha de búsqueda	19/05/2019
Rango de fecha de búsqueda	2014-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	1 ((chronic kidney disease): TI OR (chronic renal insufficiency):TI OR (chronic kidney failure): TI) and (Full publication record :ZDT) IN NHSEED, HTA FROM 2014 TO 2019 2 ((self-management) OR (self-care): TI) and (Full publication record: ZDT) IN NHSEED, HTA FROM 2014 TO 2019 3 #1 AND #2
# de referencias identificadas	0

Reporte de búsqueda #4	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Google Académico
Plataforma	Google Académico
Fecha de búsqueda	03/08/2013
Rango de fecha de búsqueda	2014-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Primeros 50 resultados
Estrategia de búsqueda	chronic kidney disease OR chronic kidney failure OR chronic renal insufficiency) (self-management OR self-care) “systematic review”
# de referencias identificadas	0

Diagrama PRISMA de las Revisiones Sistemáticas – Sistemas de apoyo al autocuidado



Estudios excluidos en la fase de por texto completo selección de revisiones sistemáticas y razones para su exclusión.

Referencia	Razón
Diamantidis CJ, Becker S. Health information technology (IT) to improve the care of patients with chronic kidney disease (CKD). BMC Nephrol [Internet]. 2014;15(1).	Es una revisión narrativa
Díaz-González de Ferris ME, Del Villar-Vilchis M, Guerrero R, Barajas-Valencia VM, Vander-Schaaf EB, de Pomposo A, et al. Self-Management and Health Care Transition Among Adolescents and Young Adults With Chronic Kidney Disease: Medical and Psychosocial Considerations. Adv Chronic Kidney Dis [Internet]. 2017;24(6):405–9.	Es una revisión narrativa
Reilly R, Evans K, Gomersall J, Gorham G, Warren S, O'Shea R, et al. Effectiveness, cost effectiveness, acceptability and implementation barriers/facilitators of chronic kidney disease management programs and models of care for Aboriginal and Torres Strait Islander Australians: a mixed methods systematic review protocol. JBI database Syst Rev Implement reports [Internet]. 2015;13(4):65–86.	Los autores incluyen primordialmente estudios observacionales (sólo un experimental). La población es diferente de la Latinoamericana (indígenas australianos).
Chen CC, Chen Y, Liu X, Wen Y, Ma DY, Huang YY, et al. The efficacy of a nurse-led disease management program in improving the quality of life for patients with chronic kidney disease: A meta-analysis. PLoS One [Internet]. 2016;11(5).	Mayoría de estudios incluidos en población con terapia de remplazo renal.
Lin MY, Liu MF, Hsu LF, Tsai PS. Effects of self-management on chronic kidney disease: A meta-analysis. Int J Nurs Stud [Internet]. 2017;74:128–37.	Mayoría de estudios incluidos en población con terapia de remplazo renal.
Jeddi FR, Nabovati E, Amirazodi S. Features and Effects of Information Technology-Based Interventions to Improve Self-Management in Chronic Kidney Disease Patients: a Systematic Review of the Literature. J Med Syst [Internet]. 2017;41(11)	No incluye los desenlaces de la pregunta clínica.
Helou N, Dwyer A, Shaha M, Zanchi A. Multidisciplinary management of diabetic kidney disease: a systematic review and meta-analysis. JBI database Syst Rev Implement reports [Internet]. 2016;14(7):169–207.	Estudios incluidos en Peng y cols. (2019).
He T, Liu X, Li Y, Wu Q, Liu M, Yuan H. Remote home management for chronic kidney disease: A systematic review. J Telemed Telecare [Internet]. 2017;23(1):3–13.	Mayoría de estudios incluidos en población con terapia de remplazo renal.
Lopez-Vargas PA, Tong A, Howell M, Craig JC. Educational Interventions for Patients With CKD: A	Incluida en RS con metanálisis

Systematic Review. Am J Kidney Dis [Internet]. 2016;68(3):353–70.	
Havas K, Bonner A, Douglas C. Self-management support for people with chronic kidney disease: Patient perspectives. J Ren Care [Internet]. 2016;42(1):7–14.	No incluye los desenlaces de la pregunta
Bonner A, Havas K, Douglas C, Thepha T, Bennett P, Clark R, et al. Self-management programmes in stages 1-4 chronic kidney disease: A literature review. J Ren Care [Internet]. 2014;40(3):194–204.	Primarios incluidos en RS de Peng y cols. (2019).

Reporte de búsqueda #5	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Medline Embase
Plataforma	Embase
Fecha de búsqueda	04/08/2019
Rango de fecha de búsqueda	12/05/2018 – 04/08/2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	(('chronic kidney failure'/mj OR 'chronic kidney disease':ab,ti OR 'chronic renal insufficienc*':ab,ti OR 'chronic kidney insufficienc*':ab,ti OR 'chronic renal disease*':ab,ti OR 'ckd*':ab,ti OR 'chronic nephropathy*':ab,ti) AND (((('self management' OR 'self management' OR 'self-care' OR 'self care' OR 'patient-management' OR 'patient management' OR 'health-management' OR 'health management' OR 'disease-management' OR 'disease management') NEAR/3 (intervention OR 'program\$' OR 'educat*' OR session OR training OR system)):ab,ti) OR 'self care'/mj) AND ('crossover procedure':de OR 'double-blind procedure':de OR 'randomized controlled trial':de OR 'single-blind procedure':de OR random*:de,ab,ti OR factorial*:de,ab,ti OR crossover*:de,ab,ti OR ((cross NEXT/1 over*):de,ab,ti) OR placebo*:de,ab,ti OR ((doubl* NEAR/1 blind*):de,ab,ti) OR ((singl* NEAR/1 blind*):de,ab,ti) OR assign*:de,ab,ti OR allocat*:de,ab,ti OR volunteer*:de,ab,ti) NOT ('letter':it OR 'letter to the editor' OR 'note':it OR 'editorial':it OR 'editorials' OR 'editorial':ti OR 'case report':ti OR 'case study' OR 'case report' OR letter:ti OR comment*:ti OR 'systematic review':ti OR 'meta-analys?s':ti OR 'review':ti OR review:it OR 'nonhuman' OR ('animal' NOT 'human') OR 'animal experiment'/exp OR 'experimental animal'/exp OR 'rodent'/exp OR rat:ti OR rats:ti OR mouse:ti OR mice:ti) AND [12-5-2018]/sd
# de referencias identificadas	9

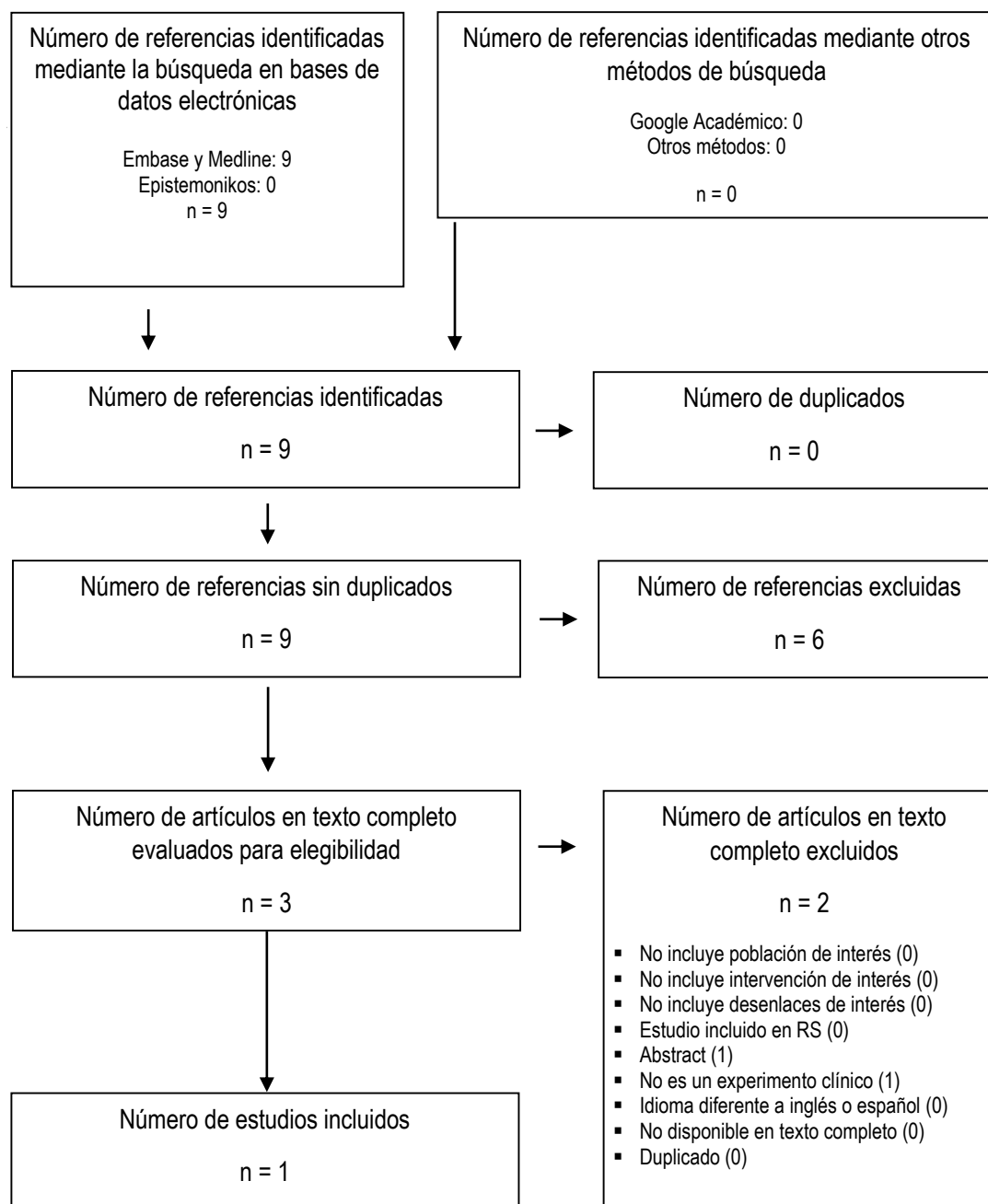
Reporte de búsqueda #6	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	- Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) Last searched: Apr 4, 2019. - Pubmed Last searched: May 19, 2019. - EMBASE Last searched: May 17, 2019.

	- CINAHL (The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) Last searched: May 17, 2019. - PsycINFO Last searched: May 17, 2019. - LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud) Last searched: May 17, 2019. - Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) Last searched: Aug 24, 2017 - No new records have been added to DARE after 2015. - The Campbell Collaboration online library Last searched: May 19, 2019. - JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports Last searched: May 19, 2019. - EPPI-Centre Evidence Library Last searched: Apr 24, 2018.
Plataforma	Epistemonikos
Fecha de búsqueda	04/08/2019
Rango de fecha de búsqueda	2018 – 2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	'Primary study' 'RCT'
Estrategia de búsqueda	(title:((title:((title:("chronic kidney disease") OR abstract:("chronic kidney disease"))) OR (title:("chronic kidney failure") OR abstract:("chronic kidney failure"))) OR (title:(chronic renal insufficienc*) OR abstract:(chronic renal insufficienc*)) OR (title:(chronic renal disease*) OR abstract:(chronic renal disease*)) OR (title:(chronic nephropath*) OR abstract:(chronic nephropath*)) OR (title:(ckd) OR abstract:(ckd)) OR (title:(chronic kidney insufficienc*) OR abstract:(chronic kidney insufficienc*))) OR abstract:(((title:("chronic kidney disease") OR abstract:("chronic kidney disease")) OR (title:("chronic kidney failure") OR abstract:("chronic kidney failure"))) OR (title:(chronic renal insufficienc*)))) NOT (title:(renal replacement therap*) OR abstract:(renal replacement therap*)) OR abstract:(((title:((title:("chronic kidney disease") OR abstract:("chronic kidney disease")) OR (title:("chronic kidney failure") OR abstract:("chronic kidney failure"))) OR (title:(chronic renal insufficienc*) OR abstract:(chronic renal insufficienc*)) OR (title:(chronic renal disease*) OR abstract:(chronic renal disease*)) OR (title:(chronic nephropath*) OR abstract:(chronic nephropath*)) OR (title:(ckd) OR abstract:(ckd)) OR (title:(chronic kidney insufficienc*)

	OR abstract:(chronic kidney insufficienc*)) OR abstract:((title:("chronic kidney disease") OR abstract:("chronic kidney disease")) OR (title:("chronic kidney failure") OR abstract:("chronic kidney failure")) OR (title:(chronic renal insufficienc*))) NOT (title:(renal replacement therap*) OR abstract:(renal replacement therap*))) AND (title:((title:("self management") OR abstract:("self management")) OR (title:(self-management) OR abstract:(self-management)) OR (title:(self-care) OR abstract:(self-care)) OR (title:('self care') OR abstract:('self care')) OR (title:(patient-management) OR abstract:(patient-management)) OR (title:('patient management') OR abstract:('patient management')) OR (title:(health-management) OR abstract:(health-management)) OR (title:('health management') OR abstract:('health management')) OR (title:(disease-management) OR abstract:(disease-management)) OR (title:('disease management') OR abstract:('disease management')))) OR abstract:((title:("self management") OR abstract:("self management")) OR (title:(self-management) OR abstract:(self-management)) OR (title:(self-care) OR abstract:(self-care)) OR (title:('self care') OR abstract:('self care')) OR (title:(patient-management) OR abstract:(patient-management)) OR (title:('patient management') OR abstract:('patient management')) OR (title:(health-management) OR abstract:(health-management)) OR (title:('health management') OR abstract:('health management')) OR (title:(disease-management) OR abstract:(disease-management)) OR (title:('disease management') OR abstract:('disease management')))) AND (title:((title:(intervention) OR abstract:(intervention)) OR (title:(program*) OR abstract:(program*)) OR (title:(educat*) OR abstract:(educat*)) OR (title:(session) OR abstract:(session)) OR (title:(training) OR abstract:(training)) OR (title:(system) OR abstract:(system))) OR abstract:((title:(intervention) OR abstract:(intervention)) OR (title:(program*) OR abstract:(program*)) OR (title:(educat*) OR abstract:(educat*)) OR (title:(session) OR abstract:(session)) OR (title:(training) OR abstract:(training)) OR (title:(system) OR abstract:(system)))))
# de referencias identificadas	0

Reporte de búsqueda #7	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Google Académico
Plataforma	Google Académico
Fecha de búsqueda	04/08/2019
Rango de fecha de búsqueda	2018-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Primeros 20 resultados
Estrategia de búsqueda	chronic kidney disease OR chronic kidney failure OR chronic renal insufficiency) (self management OR self-care) “randomized”.
# de referencias identificadas	0

Diagrama PRISMA de los Estudios Primarios – Sistemas de apoyo al autocuidado



Estudios excluidos en la fase de por texto completo selección de estudios primarios y razones para su exclusión

Referencia	Razón
Timmerman GM, Tahir MJ, Lewis RM, Samoson D, Temple H, Forman MR. Quality of Life after Dietary Self-Management Intervention for Persons with Early Stage CKD. Nephrol Nurs J [Internet]. 2019;46(1):23–47.	Es un estudio cuasiexperimental.
Schwartz C, Koshiares C, Bray E, Greenfield S, Haque M, Hobbs R, et al. Self-Monitoring Is Not Just for a Study, Self-Monitoring Is for Life. J Hypertens [Internet]. 2018;36:e263.	<i>Abstract.</i>

Pregunta. Referencia temprana

Estrategias de Búsqueda de las Revisiones Sistemáticas

Reporte de búsqueda #1	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Medline Embase
Plataforma	Embase
Fecha de búsqueda	15/06/2019
Rango de fecha de búsqueda	2014-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	1 'chronic kidney failure'/mj 2 'chronic kidney disease': ab,ti 3 'chronic renal insufficienc*':ab,ti 4 'chronic kidney insufficienc* ': ab,ti 5 'chronic renal disease*': ab,ti 6 'ckd*': ab,ti 7 'chronic nephropathy*': ab,ti 8 #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 9 'patient referral'/mj 10 'consultation'/mj 11 ((early OR timely) NEAR/3 (refer OR referral* OR referred)): ab,ti 12 #9 OR #10 OR #11 13 [cochrane review]/lim OR [systematic review]/lim OR [meta analysis]/lim 14 'systematic review': ti OR 'meta-analys?s': ti OR 'review':ti OR review:it 15 #13 OR #14 16 letter:it OR 'letter'/de 17 editorial:it 18 note:it 19 'case report'/de OR 'case study'/de 20 letter: ti OR comment*: ti 21 #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 22 #8 AND #12 AND #15 23 #22 NOT #21 24 ([embase]/lim OR [medline]/lim) AND [2014-2019]/py 25 #23 AND #24
# de referencias identificadas	17

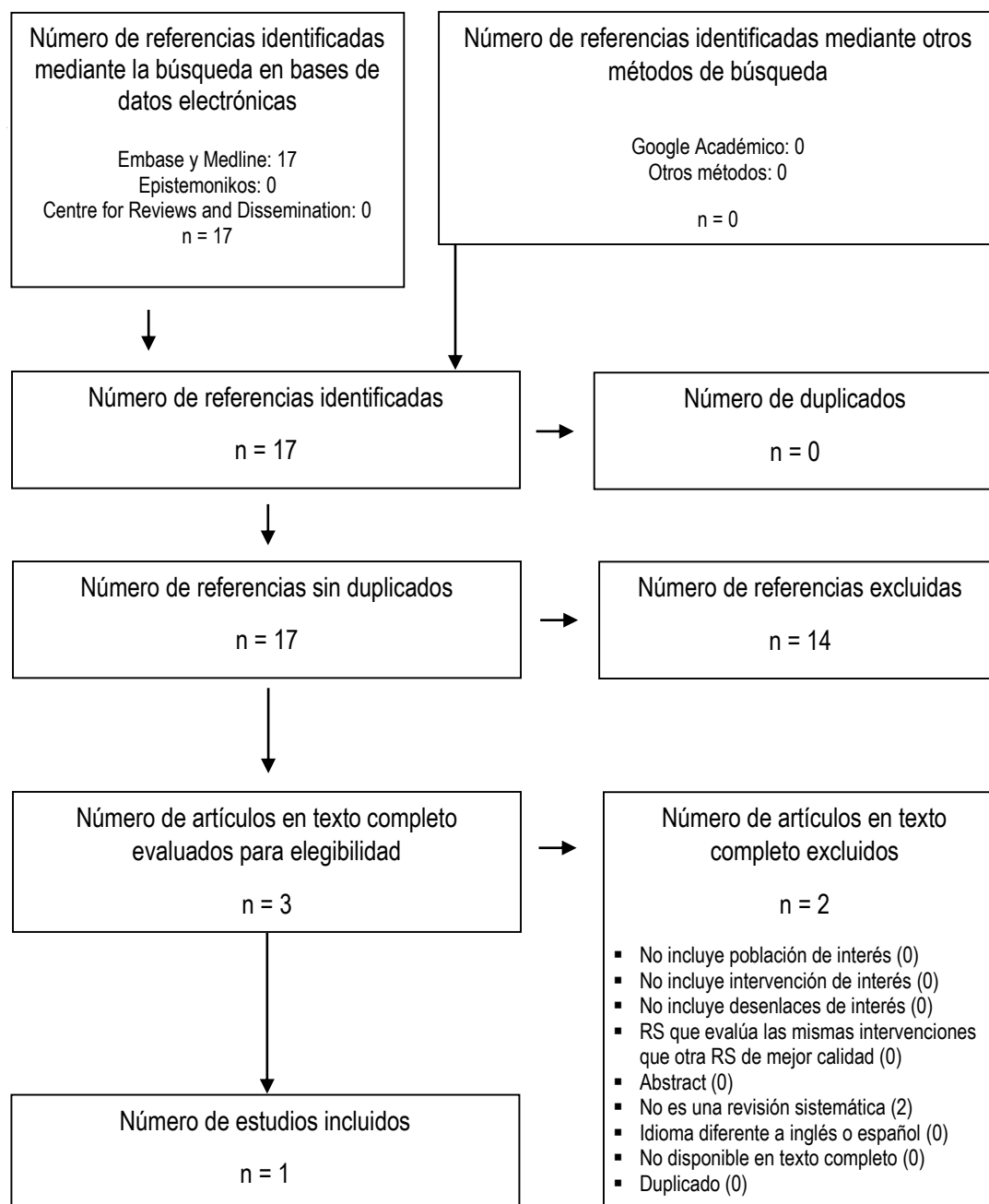
Reporte de búsqueda #2	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	- Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) Last searched: Apr 4, 2019. - Pubmed Last searched: May 19, 2019. - EMBASE Last searched: May 17, 2019. - CINAHL (The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) Last searched: May 17, 2019. - PsycINFO Last searched: May 17, 2019. - LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud) Last searched: May 17, 2019. - Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) Last searched: Aug 24, 2017 - No new records have been added to DARE after 2015. - The Campbell Collaboration online library Last searched: May 19, 2019. - JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports Last searched: May 19, 2019. - EPPI-Centre Evidence Library Last searched: Apr 24, 2018.
Plataforma	Epistemonikos
Fecha de búsqueda	15/06/2019
Rango de fecha de búsqueda	Últimos cinco años
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	'Systematic review'
Estrategia de búsqueda	(title:((title:((title:(chronic kidney disease) OR abstract:(chronic kidney disease)) OR (title:(chronic kidney failure) OR abstract:(chronic kidney failure)) OR (title:(chronic renal insufficienc*) OR abstract:(chronic renal insufficienc*)) OR (title:(chronic kidney insufficienc*) OR abstract:(chronic kidney insufficienc*)) OR (title:(chronic renal disease*) OR abstract:(chronic renal disease*)) OR (title:(ckd*) OR abstract:(ckd*)) OR (title:(chronic nephropathy*) OR abstract:(chronic nephropathy*)) NOT (title:(renal replacement therap*) OR abstract:(renal replacement therap*)) OR abstract:(((title:(chronic kidney disease) OR abstract:(chronic kidney disease)) OR (title:(chronic kidney failure) OR abstract:(chronic kidney failure)) OR (title:(chronic renal insufficienc*) OR abstract:(chronic renal insufficienc*)) OR (title:(chronic kidney insufficienc*) OR abstract:(chronic kidney insufficienc*)) OR (title:(chronic renal disease*) OR abstract:(chronic renal disease*)) OR (title:(ckd*) OR abstract:(ckd*)) OR (title:(chronic nephropathy*) OR abstract:(chronic nephropathy*)) NOT (title:(renal replacement therap*)

	OR abstract:(renal replacement therap*)) NOT (title:(renal replacement therapy) OR abstract:(renal replacement therapy)) OR abstract:((title:(title:(chronic kidney disease) OR abstract:(chronic kidney disease)) OR (title:(chronic kidney failure) OR abstract:(chronic kidney failure)) OR (title:(chronic renal insufficienc*) OR abstract:(chronic renal insufficienc*)) OR (title:(chronic kidney insufficienc*) OR abstract:(chronic kidney insufficienc*)) OR (title:(chronic renal disease*) OR abstract:(chronic renal disease*)) OR (title:(ckd*) OR abstract:(ckd*)) OR (title:(chronic nephropathy*) OR abstract:(chronic nephropathy*)) NOT (title:(renal replacement therap*) OR abstract:(renal replacement therap*)) OR abstract:((title:(chronic kidney disease) OR abstract:(chronic kidney disease)) OR (title:(chronic kidney failure) OR abstract:(chronic kidney failure)) OR (title:(chronic renal insufficienc*) OR abstract:(chronic renal insufficienc*)) OR (title:(chronic kidney insufficienc*) OR abstract:(chronic kidney insufficienc*)) OR (title:(chronic renal disease*) OR abstract:(chronic renal disease*)) OR (title:(ckd*) OR abstract:(ckd*)) OR (title:(chronic nephropathy*) OR abstract:(chronic nephropathy*)) NOT (title:(renal replacement therap*) OR abstract:(renal replacement therap*)) NOT (title:(renal replacement therapy) OR abstract:(renal replacement therapy)))) AND (title:(title:(patient referral) OR abstract:(patient referral)) OR (title:(early referral) OR abstract:(early referral)) OR (title:(timely referral) OR abstract:(timely referral)) OR abstract:((title:(patient referral) OR abstract:(patient referral)) OR (title:(early referral) OR abstract:(early referral)) OR (title:(timely referral) OR abstract:(timely referral))))
# de referencias identificadas	0

Reporte de búsqueda #3	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	NHS EED HTA
Plataforma	Centre for Reviews and Dissemination (CRD)
Fecha de búsqueda	19/05/2019
Rango de fecha de búsqueda	2014-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	1 ((chronic kidney disease): TI OR (chronic renal insufficiency): TI OR (chronic kidney failure): TI) and (Full publication record: ZDT) IN NHSEED, HTA FROM 2014 TO 2019 2 ((patient referral): TI OR (early referral): TI OR (timely referral): TI) and ((Economic evaluation: ZDT and Bibliographic: ZPS)) IN NHSEED, HTA FROM 2014 TO 2019 3 #1 AND #2
# de referencias identificadas	0

Reporte de búsqueda #4	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Google Académico
Plataforma	Google Académico
Fecha de búsqueda	7/08/2019
Rango de fecha de búsqueda	2014-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Primeros 50 resultados
Estrategia de búsqueda	chronic kidney disease OR chronic kidney failure OR chronic renal insufficiency) (early referral OR timely referral OR patient referral) “systematic review”
# de referencias identificadas	0

Diagrama PRISMA de las Revisiones Sistemáticas – Referencia temprana



Estudios excluidos en la fase de por texto completo selección de revisiones sistemáticas y razones para su exclusión

Referencia	Razón
Meschi M, Degli Esposti E, Degli Esposti L, Spagnoli F, Giuri PG, Fiaccadori E, et al. Referral to sub-specialists: Who have the most to gain from early specialist intervention among patients with markers of renal disease? Ital J Med [Internet]. 2014;8(3):161–8.	Revisión narrativa.
Scherpbier-de Haan ND, de Grauw WJC. [Timely referral for predialysis; multiple players in the field]. Ned Tijdschr Geneeskd [Internet]. 2015;159(32):A9333.	Carta al editor (holandés).

Estrategias de Búsqueda de los Estudios Primarios – Referencia temprana

Reporte de búsqueda #5	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Medline Embase
Plataforma	Embase
Fecha de búsqueda	07/08/2019
Rango de fecha de búsqueda	08/02/2012 – 07/08/2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	('chronic kidney failure'/mj OR 'chronic kidney disease':ab,ti OR 'chronic renal insufficienc*':ab,ti OR 'chronic kidney insufficienc*':ab,ti OR 'chronic renal disease*':ab,ti OR 'ckd*':ab,ti OR 'chronic nephropathy*':ab,ti) AND ('patient referral'/mj OR 'consultation'/mj OR (((early OR timely) NEAR/3 (refer OR referral* OR referred)):ab,ti)) AND ('crossover procedure':de OR 'double-blind procedure':de OR 'randomized controlled trial':de OR 'single-blind procedure':de OR random*:de,ab,ti OR factorial*:de,ab,ti OR crossover*:de,ab,ti OR ((cross NEXT/1 over*):de,ab,ti) OR placebo*:de,ab,ti OR ((doubl* NEAR/1 blind*):de,ab,ti) OR ((singl* NEAR/1 blind*):de,ab,ti) OR assign*:de,ab,ti OR allocat*:de,ab,ti OR volunteer*:de,ab,ti) NOT ('systematic review':ti OR 'meta-analys?s':ti OR 'review':ti OR review:it OR 'nonhuman' OR ('animal' NOT 'human') OR 'animal experiment'/exp OR 'experimental animal'/exp OR 'rodent'/exp OR rat:ti OR rats:ti OR mouse:ti OR mice:ti) AND [7-8-2019]/sd
# de referencias identificadas	0

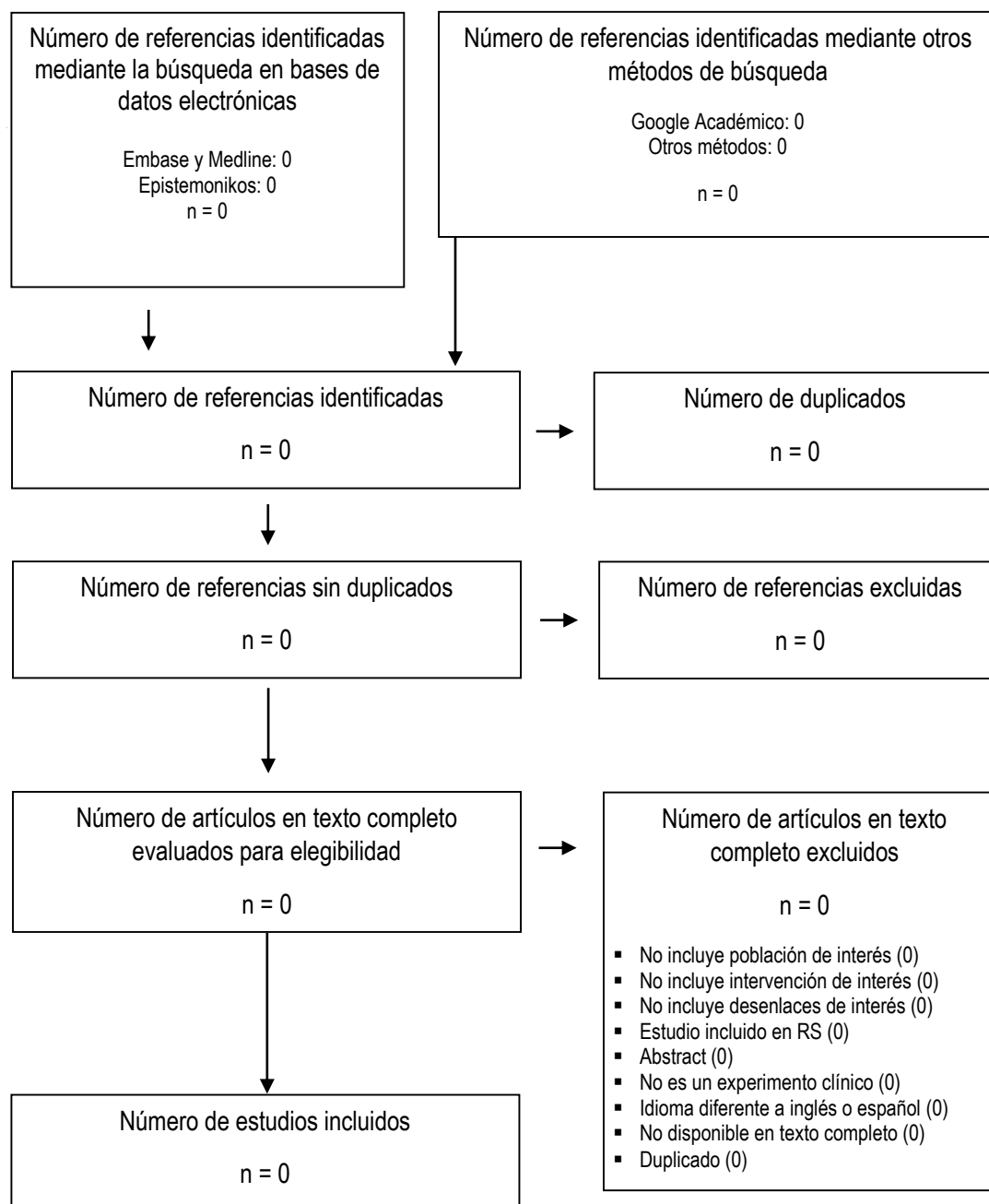
Reporte de búsqueda #6	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	- Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) Last searched: Apr 4, 2019. - Pubmed Last searched: May 19, 2019. - EMBASE Last searched: May 17, 2019. - CINAHL (The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) Last searched: May 17, 2019. - PsycINFO Last searched: May 17, 2019. - LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud) Last searched: May 17, 2019.

	- Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) Last searched: Aug 24, 2017 - No new records have been added to DARE after 2015. - The Campbell Collaboration online library Last searched: May 19, 2019. - JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports Last searched: May 19, 2019. - EPPI-Centre Evidence Library Last searched: Apr 24, 2018.
Plataforma	Epistemonikos
Fecha de búsqueda	07/08/2019
Rango de fecha de búsqueda	2012 – 2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	‘Primary study’ ‘RCT’
Estrategia de búsqueda	(title:((title:((title:("chronic kidney disease") OR abstract:("chronic kidney disease"))) OR (title:("chronic kidney failure") OR abstract:("chronic kidney failure"))) OR (title:(chronic renal insufficienc*) OR abstract:(chronic renal insufficienc*)) OR (title:(chronic renal disease*) OR abstract:(chronic renal disease*)) OR (title:(chronic nephropath*) OR abstract:(chronic nephropath*)) OR (title:(ckd) OR abstract:(ckd)) OR (title:(chronic kidney insufficienc*) OR abstract:(chronic kidney insufficienc*))) OR abstract:(((title:("chronic kidney disease") OR abstract:("chronic kidney disease")) OR (title:("chronic kidney failure") OR abstract:("chronic kidney failure"))) OR (title:(chronic renal insufficienc*)))) NOT (title:(renal replacement therap*) OR abstract:(renal replacement therap*)) OR abstract:(((title:((title:("chronic kidney disease") OR abstract:("chronic kidney disease")) OR (title:("chronic kidney failure") OR abstract:("chronic kidney failure"))) OR (title:(chronic renal insufficienc*) OR abstract:(chronic renal insufficienc*)) OR (title:(chronic renal disease*) OR abstract:(chronic renal disease*)) OR (title:(chronic nephropath*) OR abstract:(chronic nephropath*)) OR (title:(ckd) OR abstract:(ckd)) OR (title:(chronic kidney insufficienc*) OR abstract:(chronic kidney insufficienc*))) OR abstract:(((title:("chronic kidney disease") OR abstract:("chronic kidney disease")) OR (title:("chronic kidney failure") OR abstract:("chronic kidney failure"))) OR (title:(chronic renal insufficienc*)))) NOT (title:(renal replacement

	therap*) OR abstract:(renal replacement therap*)))) AND (title:((title:("self management") OR abstract:("self management")) OR (title:(self- management) OR abstract:(self-management)) OR (title:(self-care) OR abstract:(self-care)) OR (title:('self care') OR abstract:('self care')) OR (title:(patient- management) OR abstract:(patient-management)) OR (title:('patient management') OR abstract:('patient management')) OR (title:(health-management) OR abstract:(health-management)) OR (title:('health management') OR abstract:('health management')) OR (title:(disease-management) OR abstract:(disease- management)) OR (title:('disease management') OR abstract:('disease management')))) OR abstract:((title:("self management") OR abstract:("self management")) OR (title:(self-management) OR abstract:(self-management)) OR (title:(self-care) OR abstract:(self-care)) OR (title:('self care') OR abstract:('self care')) OR (title:(patient-management) OR abstract:(patient-management)) OR (title:('patient management') OR abstract:('patient management')) OR (title:(health-management) OR abstract:(health- management)) OR (title:('health management') OR abstract:('health management')) OR (title:(disease- management) OR abstract:(disease-management)) OR (title:('disease management') OR abstract:('disease management')))) AND (title:((title:(intervention) OR abstract:(intervention)) OR (title:(program*) OR abstract:(program*)) OR (title:(educat*) OR abstract:(educat*)) OR (title:(session) OR abstract:(session)) OR (title:(training) OR abstract:(training)) OR (title:(system) OR abstract:(system)))) OR abstract:((title:(intervention) OR abstract:(intervention)) OR (title:(program*) OR abstract:(program*)) OR (title:(educat*) OR abstract:(educat*)) OR (title:(session) OR abstract:(session)) OR (title:(training) OR abstract:(training)) OR (title:(system) OR abstract:(system))))
# de referencias identificadas	0

Reporte de búsqueda #7	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Google Académico
Plataforma	Google Académico
Fecha de búsqueda	07/08/2019
Rango de fecha de búsqueda	2018-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Primeros 20 resultados
Estrategia de búsqueda	chronic kidney disease OR chronic kidney failure OR chronic renal insufficiency) (early referral OR timely referral OR patient referral) “randomized”
# de referencias identificadas	0

Diagrama PRISMA de los Estudios Primarios – Referencia temprana



Pregunta. Estatinas

Estrategias de Búsqueda de las Revisiones Sistemáticas

Reporte de búsqueda #1	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Medline Embase
Plataforma	Embase
Fecha de búsqueda	16/06/2019
Rango de fecha de búsqueda	2014-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	1 'chronic kidney failure'/mj 2 'chronic kidney disease': ab,ti 3 'chronic renal insufficienc*':ab,ti 4 'chronic kidney insufficienc*': ab,ti 5 'chronic renal disease*': ab,ti 6 'ckd*': ab,ti 7 'chronic nephropathy*':ab,ti 8 #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 9 'renal replacement therapy'/mj 10 #8 NOT #9 11 'hydroxymethylglutaryl coenzyme a reductase inhibitor'/exp 12 statin\$: ti 13 'pravastatin'/mj OR 'atorvastatin'/mj OR 'simvastatin'/mj OR 'mevinolin'/mj OR 'fluindostatin'/mj OR 'rosuvastatin'/mj 14 'hmg coa reductase inhibitor\$': ab,ti 15 #11 OR #12 OR #13 OR #14 16 [cochrane review]/lim OR [systematic review]/lim OR [meta analysis]/lim 17 'systematic review': ti OR 'meta-analys?s':ti 18 #16 OR #17 19 letter:it OR 'letter'/de 20 editorial:it 21 note:it 22 'case report'/de OR 'case study'/de 23 letter: ti OR comment*:ti 24 #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 25 #10 AND #15 AND #18 26 #25 NOT #24 27 #26 AND [2014-2019]/py
# de referencias identificadas	56

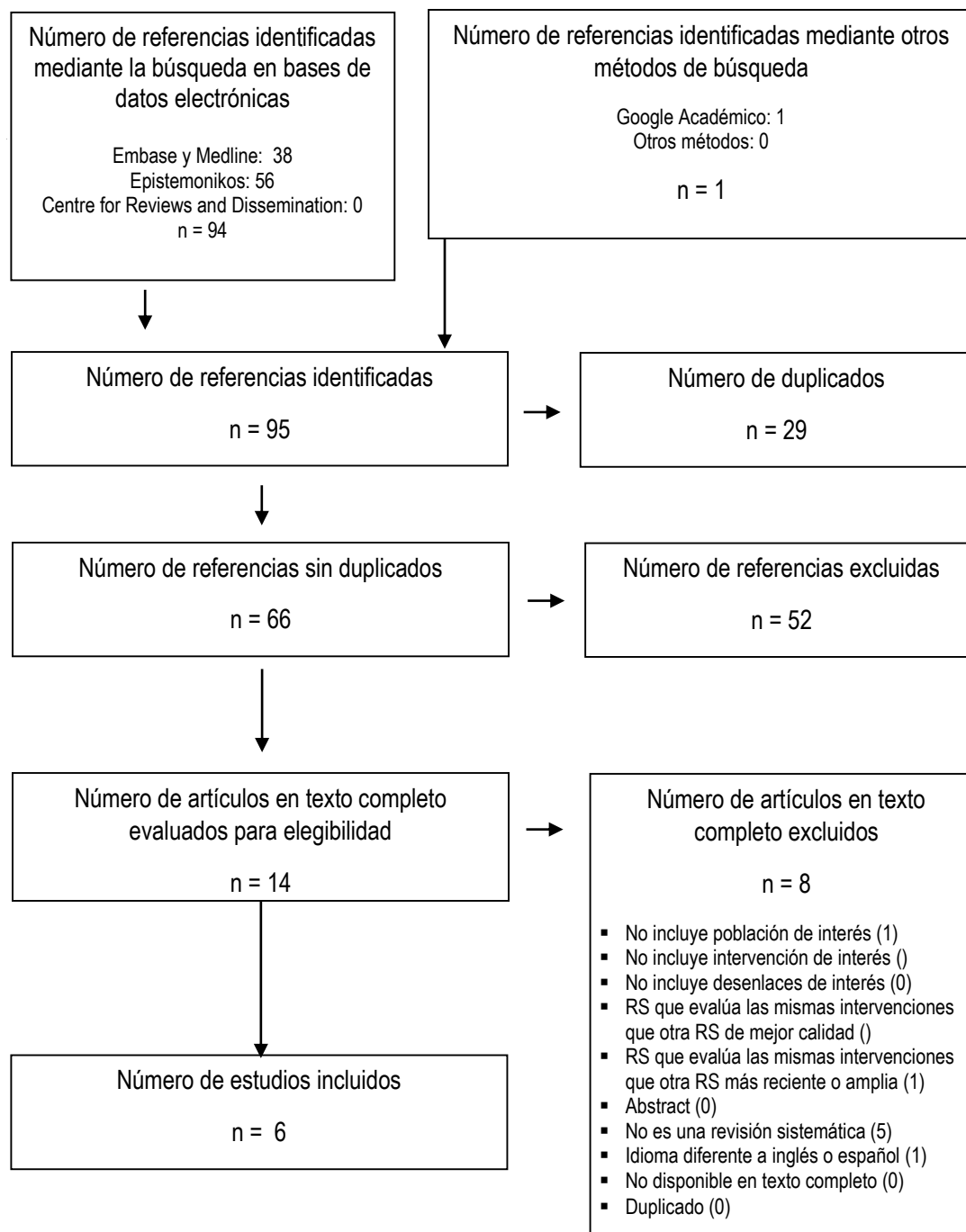
Reporte de búsqueda #2	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	- Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) Last searched: Apr 4, 2019. - Pubmed Last searched: May 19, 2019. - EMBASE Last searched: May 17, 2019. - CINAHL (The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) Last searched: May 17, 2019. - PsycINFO Last searched: May 17, 2019. - LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud) Last searched: May 17, 2019. - Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) Last searched: Aug 24, 2017 - No new records have been added to DARE after 2015. - The Campbell Collaboration online library Last searched: May 19, 2019. - JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports Last searched: May 19, 2019. - EPPI-Centre Evidence Library Last searched: Apr 24, 2018.
Plataforma	Epistemonikos
Fecha de búsqueda	16/06/2019
Rango de fecha de búsqueda	Últimos cinco años
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	'Systematic review'
Estrategia de búsqueda	<pre>(title:((title:("chronic kidney disease") OR abstract:("chronic kidney disease"))) OR (title:("chronic kidney failure") OR abstract:("chronic kidney failure"))) OR (title:(chronic renal insufficienc*) OR abstract:(chronic renal insufficienc*)) OR (title:(chronic renal disease*) OR abstract:(chronic renal disease*)) OR (title:(chronic nephropath*) OR abstract:(chronic nephropath*)) OR (title:(ckd) OR abstract:(ckd)) OR (title:(chronic kidney insufficienc*) OR abstract:(chronic kidney insufficienc*))) OR abstract:(((title:("chronic kidney disease") OR abstract:("chronic kidney disease"))) OR (title:("chronic kidney failure") OR abstract:("chronic kidney failure"))) OR (title:(chronic renal insufficienc*)))) NOT (title:(renal replacement therap*) OR abstract:(renal replacement therap*)) OR abstract:(((title:((title:("chronic kidney disease") OR abstract:("chronic kidney disease"))) OR (title:("chronic kidney failure") OR abstract:("chronic kidney failure"))) OR (title:(chronic renal insufficienc*) OR abstract:(chronic renal insufficienc*)) OR (title:(chronic renal disease*) OR abstract:(chronic renal disease*)) OR (title:(chronic nephropath*) OR</pre>

	abstract:(chronic nephropath*) OR (title:(ckd) OR abstract:(ckd)) OR (title:(chronic kidney insufficienc*) OR abstract:(chronic kidney insufficienc*)) OR abstract:(((title:("chronic kidney disease") OR abstract:("chronic kidney disease")) OR (title:("chronic kidney failure") OR abstract:("chronic kidney failure")) OR (title:(chronic renal insufficienc*)))) NOT (title:(renal replacement therap*) OR abstract:(renal replacement therap*))) AND (title:(((title:(statin*) OR abstract:(statin*)) OR (title:('HMG CoA reductase inhibitor*') OR abstract:('HMG CoA reductase inhibitor*')) OR (title:('hydroxymethylglutaryl coenzyme a reductase inhibitor') OR abstract:('hydroxymethylglutaryl coenzyme a reductase inhibitor')))) OR abstract:(((title:(statin*) OR abstract:(statin*)) OR (title:('HMG CoA reductase inhibitor*') OR abstract:('HMG CoA reductase inhibitor*')) OR (title:('hydroxymethylglutaryl coenzyme a reductase inhibitor') OR abstract:('hydroxymethylglutaryl coenzyme a reductase inhibitor')))))
# de referencias identificadas	38

Reporte de búsqueda #3	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	NHS EED HTA
Plataforma	Centre for Reviews and Dissemination (CRD)
Fecha de búsqueda	19/05/2019
Rango de fecha de búsqueda	2014-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	1 ((chronic kidney disease): TI OR (chronic renal insufficiency): TI OR (chronic kidney failure): TI) and (Full publication record: ZDT) IN NHSEED, HTA FROM 2014 TO 2019 2 ((statin) OR (HMG CoA reductase inhibitors): TI OR ('hydroxymethylglutaryl coenzyme a reductase inhibitor): TI) and (Full publication record: ZDT) IN NHSEED, HTA FROM 2014 TO 2019 3 #1 AND #2
# de referencias identificadas	0

Reporte de búsqueda #4	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Google Académico
Plataforma	Google Académico
Fecha de búsqueda	7/08/2019
Rango de fecha de búsqueda	2014-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Primeros 50 resultados
Estrategia de búsqueda	chronic kidney disease OR chronic kidney failure OR chronic renal insufficiency) ('hydroxymethylglutaryl coenzyme a reductase inhibitor OR statin OR 'HMG CoA reductase inhibitor) “systematic review”
# de referencias identificadas	1

Diagrama PRISMA de las Revisiones Sistemáticas – Estatinas



Estudios excluidos en la fase de por texto completo selección de revisiones sistemáticas y razones para su exclusión

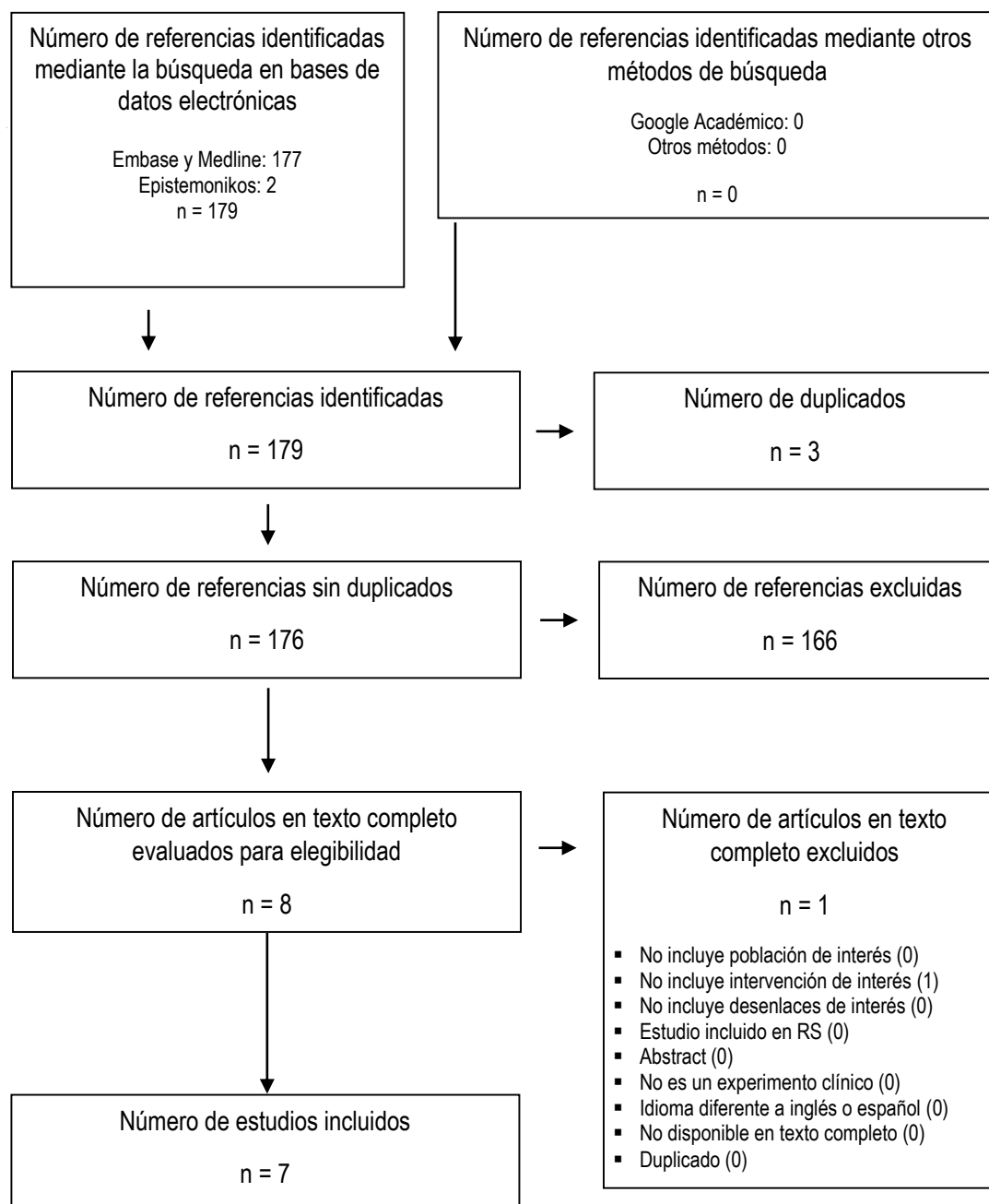
Referencia	Razón
Athyros VG, Katsiki N, Karagiannis A, Mikhailidis DP. Statins can improve proteinuria and glomerular filtration rate loss in chronic kidney disease patients, further reducing cardiovascular risk. Fact or fiction? Expert Opin Pharmacother [Internet]. 2015;16(10):1449–61.	Revisión narrativa
Liu Z-R, Zhao H, Chen Y-R, Tang D-D. Effects of statins on delaying progression of chronic kidney disease: a meta-analysis. Nan fang yi ke da xue xue bao (Journal South Med Univ [Internet]. 2016;36(4):445–54.	Artículo en chino.
Rysz J, Gluba-Brzózka A, Banach M, Więcek A. Should we use statins in all patients with chronic kidney disease without dialysis therapy? The current state of knowledge. Int Urol Nephrol [Internet]. 2015;47(5):805–13.	Revisión narrativa
Messow CM, Isles C. Meta-analysis of statins in chronic kidney disease: Who benefits? Qjm [Internet]. 2017;110(8):493–500.	No es una revisión sistemática. No evalúa riesgo de sesgo y tampoco realiza búsqueda sistemática.
Zheng-Lin B Bin, Ortiz A. Lipid Management in Chronic Kidney Disease: Systematic Review of PCSK9 Targeting. Drugs [Internet]. 2018;78(2):215–29.	Revisión narrativa.
Su X, Zhang L, Lv J, Wang J, Hou W, Xie X, et al. Effect of statins on kidney disease outcomes: A systematic review and meta-analysis. Am J Kidney Dis [Internet]. 2016;67(6):881–92.	No demarca poblaciones con y sin ERC.
Rodríguez CJ. HMG CoA reductase inhibitors (statins) for people with chronic kidney disease not requiring dialysis. Sao Paulo Med J. 2015 Nov-Dec;133(6):541-2.	Síntesis de la RS de Palmer (2014).
Zhang X, Xiang C, Zhou YH, Jiang A, Qin YY, He J. Effect of statins on cardiovascular events in patients with mild to moderate chronic kidney disease: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. BMC Cardiovasc Disord [Internet]. 2014;14(1):19.	Desenlaces cardiovasculares se toman del metanálisis de Herrington y cols. (2016).

Reporte de búsqueda #5	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Medline Embase
Plataforma	Embase
Fecha de búsqueda	04/08/2019
Rango de fecha de búsqueda	12/05/2018 – 04/08/2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	('chronic kidney failure'/mj OR 'chronic kidney disease':ab,ti OR 'chronic renal insufficienc*':ab,ti OR 'chronic kidney insufficienc*':ab,ti OR 'chronic renal disease*':ab,ti OR 'ckd*':ab,ti OR 'chronic nephropathy*':ab,ti) NOT 'renal replacement therapy'/mj AND ('hydroxymethylglutaryl coenzyme a reductase inhibitor'/exp OR statin\$:ti OR 'hmg coa reductase inhibitor\$':ab,ti OR 'pravastatin'/mj OR 'atorvastatin'/mj OR 'simvastatin'/mj OR 'mevinolin'/mj OR 'fluindostatin'/mj OR 'rosuvastatin'/mj) AND ('crossover procedure':de OR 'double-blind procedure':de OR 'randomized controlled trial':de OR 'single-blind procedure':de OR random*:de,ab,ti OR factorial*:de,ab,ti OR crossover*:de,ab,ti OR ((cross NEXT/1 over*):de,ab,ti) OR placebo*:de,ab,ti OR ((doubl* NEAR/1 blind*):de,ab,ti) OR ((singl* NEAR/1 blind*):de,ab,ti) OR assign*:de,ab,ti OR allocat*:de,ab,ti OR volunteer*:de,ab,ti) NOT ('letter':it OR 'letter to the editor' OR 'note':it OR 'editorial':it OR 'editorials' OR 'editorial':ti OR 'case report':ti OR 'case study' OR 'case report' OR letter:ti OR comment*:ti OR 'systematic review':ti OR 'meta-analys?s':ti OR 'review':ti OR review:it OR 'nonhuman' OR ('animal' NOT 'human') OR 'animal experiment'/exp OR 'experimental animal'/exp OR 'rodent'/exp OR rat:ti OR rats:ti OR mouse:ti OR mice:ti) AND [5-5-2015]/sd
# de referencias identificadas	177

	kidney failure")) OR (title:(chronic renal insufficienc*) OR abstract:(chronic renal insufficienc*)) OR (title:(chronic renal disease*) OR abstract:(chronic renal disease*)) OR (title:(chronic nephropath*) OR abstract:(chronic nephropath*)) OR (title:(ckd) OR abstract:(ckd)) OR (title:(chronic kidney insufficienc*) OR abstract:(chronic kidney insufficienc*)) OR abstract:(((title:("chronic kidney disease") OR abstract:("chronic kidney disease")) OR (title:("chronic kidney failure") OR abstract:("chronic kidney failure")) OR (title:(chronic renal insufficienc*)) NOT (title:(renal replacement therap*) OR abstract:(renal replacement therap*))) AND (title:(((title:(statin*) OR abstract:(statin*)) OR (title:('HMG CoA reductase inhibitor*') OR abstract:('HMG CoA reductase inhibitor*')) OR (title:('hydroxymethylglutaryl coenzyme a reductase inhibitor') OR abstract:('hydroxymethylglutaryl coenzyme a reductase inhibitor')) OR abstract:(((title:(statin*) OR abstract:(statin*)) OR (title:('HMG CoA reductase inhibitor*') OR abstract:('HMG CoA reductase inhibitor*')) OR (title:('hydroxymethylglutaryl coenzyme a reductase inhibitor') OR abstract:('hydroxymethylglutaryl coenzyme a reductase inhibitor')))))
# de referencias identificadas	2

Reporte de búsqueda #7	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Google Académico
Plataforma	Google Académico
Fecha de búsqueda	17/08/2019
Rango de fecha de búsqueda	2018-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Primeros 20 resultados
Estrategia de búsqueda	(chronic kidney disease OR chronic kidney failure OR chronic renal insufficiency) ('hydroxymethylglutaryl coenzyme a reductase inhibitor' OR statin OR 'HMG CoA reductase inhibitor') “randomized”
# de referencias identificadas	0

Diagrama PRISMA de los Estudios Primarios – Estatinas



Estudios excluidos en la fase de por texto completo selección de estudios primarios y razones para su exclusión.

Referencia	Razón
Mose FH, Larsen T, Jensen JM, Hansen AB, Bech JN, Pedersen EB. Effects of atorvastatin on systemic and renal NO dependency in patients with non-diabetic stage II-III chronic kidney disease. Br J Clin Pharmacol [Internet]. 2014;78(4):789–99.	La intervención es L-NG-monometil arginina (L-NMMA).

Pregunta. Agentes reductores de ácido úrico.

Estrategias de Búsqueda de las Revisiones Sistemáticas.

Reporte de búsqueda #1	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Medline Embase
Plataforma	Embase
Fecha de búsqueda	16/06/2019
Rango de fecha de búsqueda	2014-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	1 'chronic kidney failure'/mj 2 'chronic kidney disease':ab,ti 3 'chronic renal insufficienc*':ab,ti 4 'chronic kidney insufficienc*':ab,ti 5 'chronic renal disease*':ab,ti 6 'ckd*':ab,ti 7 'chronic nephropathy*':ab,ti 8 #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 9 'renal replacement therapy'/mj 10 #8 NOT #9 11 'uricosuric agent'/mj 12 'antigout agent'/mj 13 'xanthine oxidase inhibitor'/mj 14 'allopurinol'/mj OR 'rasburicase'/mj OR 'febuxostat'/mj 15 'urate lowering therap*':ab,ti 16 #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 17 [cochrane review]/lim OR [systematic review]/lim OR [meta analysis]/lim 18 'systematic review':ti OR 'meta-analys?s':ti 19 #17 OR #18 20 letter:it OR 'letter'/de 21 editorial:it 22 note:it 23 'case report'/de OR 'case study'/de 24 letter:ti OR comment*:ti 25 #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 26 #10 AND #16 AND #19 27 #26 NOT #25 28 #27 AND [2014-2019]/py
# de referencias identificadas	17

Reporte de búsqueda #2	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	- Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) Last searched: Apr 4, 2019. - Pubmed Last searched: May 19, 2019. - EMBASE Last searched: May 17, 2019. - CINAHL (The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) Last searched: May 17, 2019. - PsycINFO Last searched: May 17, 2019. - LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud) Last searched: May 17, 2019. - Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) Last searched: Aug 24, 2017 - No new records have been added to DARE after 2015. - The Campbell Collaboration online library Last searched: May 19, 2019. - JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports Last searched: May 19, 2019. - EPPI-Centre Evidence Library Last searched: Apr 24, 2018.
Plataforma	Epistemonikos
Fecha de búsqueda	16/06/2019
Rango de fecha de búsqueda	Últimos cinco años
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	'Systematic review'
Estrategia de búsqueda	(title:((title:((title:("chronic kidney disease") OR abstract:("chronic kidney disease"))) OR (title:("chronic kidney failure") OR abstract:("chronic kidney failure"))) OR (title:(chronic renal insufficienc*) OR abstract:(chronic renal insufficienc*)) OR (title:(chronic renal disease*) OR abstract:(chronic renal disease*)) OR (title:(chronic nephropath*) OR abstract:(chronic nephropath*)) OR (title:(ckd) OR abstract:(ckd)) OR (title:(chronic kidney insufficienc*) OR abstract:(chronic kidney insufficienc*))) OR abstract:(((title:("chronic kidney disease") OR abstract:("chronic kidney disease")) OR (title:("chronic kidney failure") OR abstract:("chronic kidney failure"))) OR (title:(chronic renal insufficienc*)))) NOT (title:(renal replacement therap*) OR abstract:(renal replacement therap*)) OR abstract:(((title:((title:("chronic kidney disease") OR abstract:("chronic kidney disease")) OR (title:("chronic kidney failure") OR abstract:("chronic kidney failure")))))

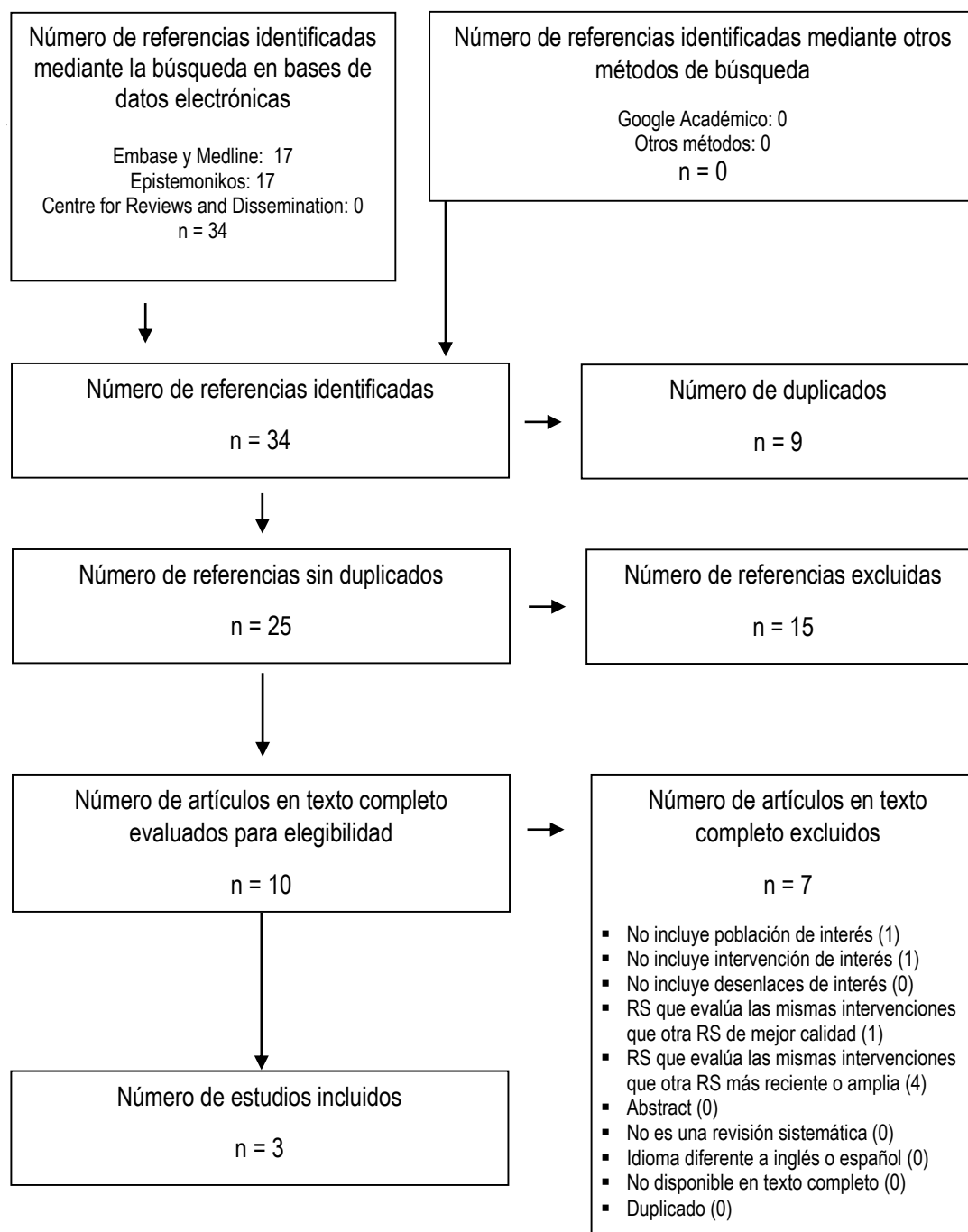
	kidney failure")) OR (title:(chronic renal insufficienc*) OR abstract:(chronic renal insufficienc*)) OR (title:(chronic renal disease*) OR abstract:(chronic renal disease*)) OR (title:(chronic nephropath*) OR abstract:(chronic nephropath*)) OR (title:(ckd) OR abstract:(ckd)) OR (title:(chronic kidney insufficienc*) OR abstract:(chronic kidney insufficienc*)) OR abstract:(((title:("chronic kidney disease") OR abstract:("chronic kidney disease")) OR (title:("chronic kidney failure") OR abstract:("chronic kidney failure")) OR (title:(chronic renal insufficienc*)) NOT (title:(renal replacement therap*) OR abstract:(renal replacement therap*)))) AND (title:(((title:(allopurinol) OR abstract:(allopurinol)) OR (title:(rasburicase) OR abstract:(rasburicase)) OR (title:(febuxostat) OR abstract:(febuxostat)) OR (title:(uricosuric agent') OR abstract:(uricosuric agent')) OR (title:(antigout agent') OR abstract:(antigout agent')) OR (title:(xanthine oxidase inhibitor') OR abstract:(xanthine oxidase inhibitor')) OR (title:(urate lowering therap*) OR abstract:(urate lowering therap*)))) OR abstract:(((title:(allopurinol) OR abstract:(allopurinol)) OR (title:(rasburicase) OR abstract:(rasburicase)) OR (title:(febuxostat) OR abstract:(febuxostat)) OR (title:(uricosuric agent') OR abstract:(uricosuric agent')) OR (title:(antigout agent') OR abstract:(antigout agent')) OR (title:(xanthine oxidase inhibitor') OR abstract:(xanthine oxidase inhibitor')) OR (title:(urate lowering therap*) OR abstract:(urate lowering therap*))))))
# de referencias identificadas	17

Reporte de búsqueda #3	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	NHS EED HTA
Plataforma	Centre for Reviews and Dissemination (CRD)
Fecha de búsqueda	19/05/2019
Rango de fecha de búsqueda	2014-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	1 ((chronic kidney disease):TI OR (chronic renal insufficiency):TI OR (chronic kidney failure):TI) and (Full publication record:ZDT) IN NHSEED, HTA FROM 2014 TO 2019

	2 ((antigout agent) OR (xanthine oxidase inhibitor):TI OR (urate lowering therapy):TI) and (Full publication record: ZDT) IN NHSEED, HTA FROM 2014 TO 2019
	3 #1 AND #2
# de referencias identificadas	0

Reporte de búsqueda #4	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Google Académico
Plataforma	Google Académico
Fecha de búsqueda	24/08/2019
Rango de fecha de búsqueda	2014-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Primeros 50 resultados
Estrategia de búsqueda	chronic kidney disease OR chronic kidney failure OR chronic renal insufficiency) ('uricosuric agent' OR 'antigout agent' OR 'xanthine oxidase inhibitor') “systematic review”
# de referencias identificadas	0

Diagrama PRISMA de las Revisiones Sistemáticas – Reductores del ácido úrico



Estudios excluidos en la fase de por texto completo selección de revisiones sistemáticas y razones para su exclusión

Referencia	Razón
Zeng XX, Tang Y, Hu K, Zhou X, Wang J, Zhu L, et al. Efficacy of febuxostat in hyperuricemic patients with mild-to-moderate chronic kidney disease. <i>Medicine (Baltimore)</i> [Internet]. 2018;97(13):e0161.	Compara el efecto antes y después de febuxostat.
Kim S, Kim H-J, Ahn H-S, Oh SW, Han KH, Um T-H, et al. Renoprotective effects of febuxostat compared with allopurinol in patients with hyperuricemia: A systematic review and meta-analysis. <i>Kidney Res Clin Pract</i> [Internet]. 2017;36(3):274–81.	Incluye pacientes sin ERC.
Liu X, Liu K, Sun Q, Wang Y, Meng J, Xu Z, et al. Efficacy and safety of febuxostat for treating hyperuricemia in patients with chronic kidney disease and in renal transplant recipients: A systematic review and meta-analysis. <i>Exp Ther Med</i> [Internet]. 2018;16(3):1859–65.	Primarios incluidos en una RS de mejor calidad.
Pisano A, Cernaro V, Gembillo G, D'Arrigo G, Buemi M, Bolignano D. Xanthine oxidase inhibitors for improving renal function in chronic kidney disease patients: An updated systematic review and meta-analysis. <i>Int J Mol Sci</i> [Internet]. 2017;18(11).	Primarios incluidos en una RS más amplia.
Kanji T, Gandhi M, Clase CM, Yang R. Urate lowering therapy to improve renal outcomes in patients with chronic kidney disease: Systematic review and meta-analysis. <i>BMC Nephrol</i> [Internet]. 2015;16(1).	Primarios incluidos en una RS de más reciente.
Fleeman N, Pilkington G, Dundar Y, Dwan K, Boland A, Dickson R, et al. Allopurinol for the treatment of chronic kidney disease: A systematic review. <i>Health Technol Assess (Rockv)</i> . 2014;18(40).	Primarios incluidos en una RS de más reciente.
Bose B, Badve S V., Hiremath SS, Boudville N, Brown FG, Cass A, et al. Effects of uric acid-lowering therapy on renal outcomes: A systematic review and meta-analysis. <i>Nephrol Dial Transplant</i> . 2014;29(2):406–13.	Primarios incluidos en una RS de más reciente.

Estrategias de Búsqueda de los Estudios Primarios – Agentes reductores de ácido úrico

Reporte de búsqueda #5	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Medline Embase
Plataforma	Embase
Fecha de búsqueda	24/08/2019
Rango de fecha de búsqueda	2016 – 2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	('chronic kidney failure'/mj OR 'chronic kidney disease':ab,ti OR 'chronic renal insufficienc*':ab,ti OR 'chronic kidney insufficienc*':ab,ti OR 'chronic renal disease*':ab,ti OR 'ckd*':ab,ti OR 'chronic nephropathy*':ab,ti) NOT 'renal replacement therapy'/mj AND ('uricosuric agent'/mj OR 'xanthine oxidase inhibitor'/mj OR 'antigout agent'/mj OR 'allopurinol'/mj OR 'rasburicase'/mj OR 'febuxostat'/mj OR 'urate lowering therap*':ab,ti) AND ('crossover procedure':de OR 'double-blind procedure':de OR 'randomized controlled trial':de OR 'single-blind procedure':de OR random*:de,ab,ti OR factorial*:de,ab,ti OR crossover*:de,ab,ti OR ((cross NEXT/1 over*):de,ab,ti) OR placebo*:de,ab,ti OR ((doubl* NEAR/1 blind*):de,ab,ti) OR ((singl* NEAR/1 blind*):de,ab,ti) OR assign*:de,ab,ti OR allocat*:de,ab,ti OR volunteer*:de,ab,ti) NOT ('letter':it OR 'letter to the editor' OR 'note':it OR 'editorial':it OR 'editorials' OR 'editorial':ti OR 'case report':ti OR 'case study' OR 'case report' OR letter:ti OR comment*:ti OR 'systematic review':ti OR 'meta-analys?s':ti OR 'review':ti OR review:it OR 'nonhuman' OR ('animal' NOT 'human') OR 'animal experiment'/exp OR 'experimental animal'/exp OR 'rodent'/exp OR rat:ti OR rats:ti OR mouse:ti OR mice:ti) AND [2016-2019]/py
# de referencias identificadas	41

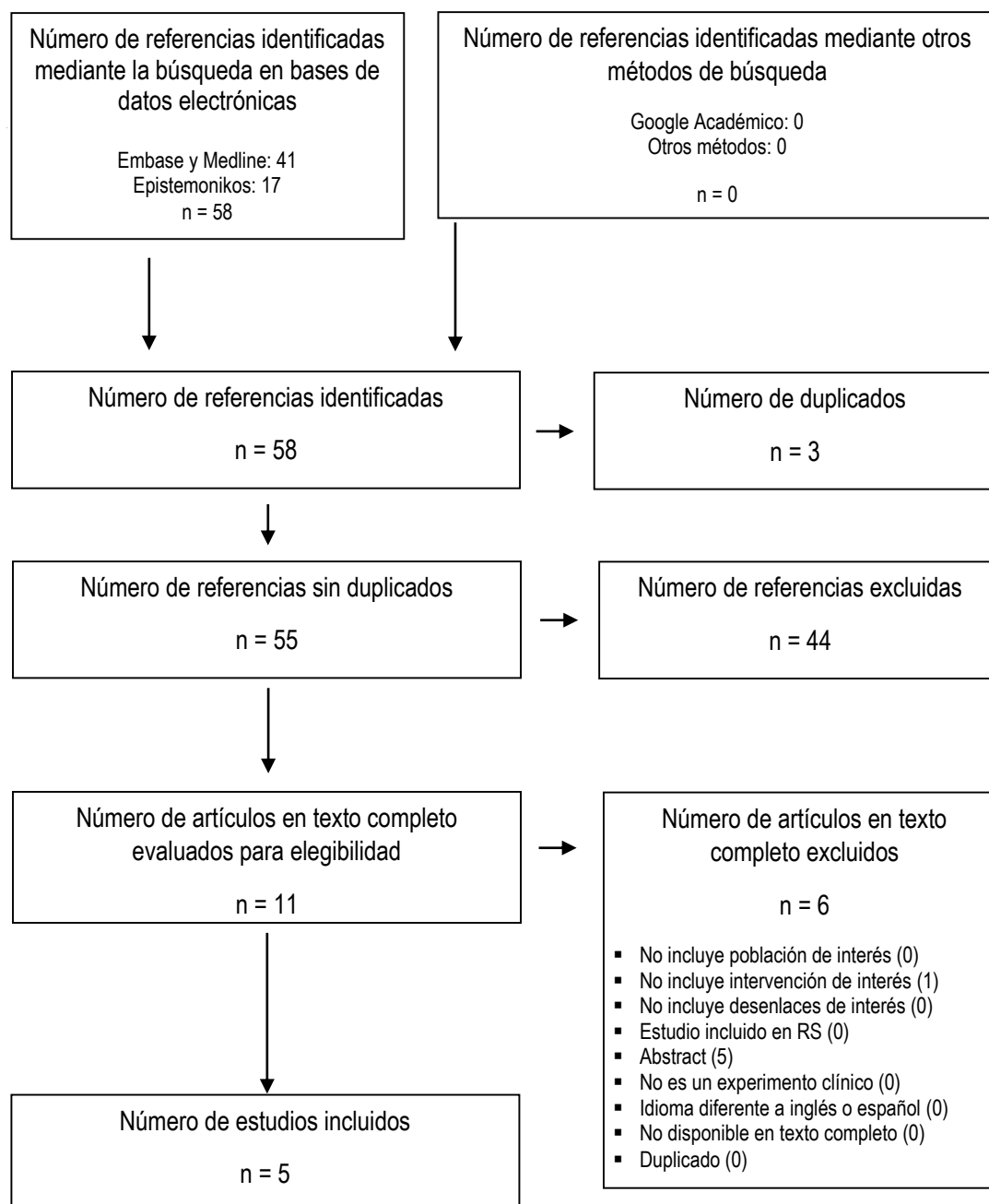
Reporte de búsqueda #6	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	- Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) Last searched: Apr 4, 2019. - Pubmed Last searched: May 19, 2019. - EMBASE Last searched: May 17, 2019.

	- CINAHL (The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) Last searched: May 17, 2019. - PsycINFO Last searched: May 17, 2019. - LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud) Last searched: May 17, 2019. - Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) Last searched: Aug 24, 2017 - No new records have been added to DARE after 2015. - The Campbell Collaboration online library Last searched: May 19, 2019. - JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports Last searched: May 19, 2019. - EPPI-Centre Evidence Library Last searched: Apr 24, 2018.
Plataforma	Epistemonikos
Fecha de búsqueda	24/08/2019
Rango de fecha de búsqueda	2016 – 2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	'Primary study' 'RCT'
Estrategia de búsqueda	(title:((title:((title:("chronic kidney disease") OR abstract:("chronic kidney disease")) OR (title:("chronic kidney failure") OR abstract:("chronic kidney failure"))) OR (title:(chronic renal insufficienc*) OR abstract:(chronic renal insufficienc*)) OR (title:(chronic renal disease*) OR abstract:(chronic renal disease*)) OR (title:(chronic nephropath*) OR abstract:(chronic nephropath*)) OR (title:(ckd) OR abstract:(ckd)) OR (title:(chronic kidney insufficienc*) OR abstract:(chronic kidney insufficienc*))) OR abstract:(((title:("chronic kidney disease") OR abstract:("chronic kidney disease")) OR (title:("chronic kidney failure") OR abstract:("chronic kidney failure"))) OR (title:(chronic renal insufficienc*)))) NOT (title:(renal replacement therap*) OR abstract:(renal replacement therap*)) OR abstract:(((title:((title:("chronic kidney disease") OR abstract:("chronic kidney disease")) OR (title:("chronic kidney failure") OR abstract:("chronic kidney failure"))) OR (title:(chronic renal insufficienc*) OR abstract:(chronic renal insufficienc*)) OR (title:(chronic renal disease*) OR abstract:(chronic renal disease*)) OR (title:(chronic nephropath*) OR abstract:(chronic nephropath*)) OR (title:(ckd) OR abstract:(ckd)) OR (title:(chronic kidney insufficienc*)

	OR abstract:(chronic kidney insufficienc*)) OR abstract:((title:("chronic kidney disease") OR abstract:("chronic kidney disease")) OR (title:("chronic kidney failure") OR abstract:("chronic kidney failure")) OR (title:(chronic renal insufficienc*))) NOT (title:(renal replacement therap*) OR abstract:(renal replacement therap*))) OR (title:((title:(allopurinol) OR abstract:(allopurinol)) OR (title:(rasburicase) OR abstract:(rasburicase)) OR (title:(febuxostat) OR abstract:(febuxostat)) OR (title:('uricosuric agent') OR abstract:('uricosuric agent')) OR (title:('antigout agent') OR abstract:('antigout agent')) OR (title:('xanthine oxidase inhibitor') OR abstract:('xanthine oxidase inhibitor')) OR (title:('urate lowering therap*') OR abstract:('urate lowering therap*')) OR abstract:((title:(allopurinol) OR abstract:(allopurinol)) OR (title:(rasburicase) OR abstract:(rasburicase)) OR (title:(febuxostat) OR abstract:(febuxostat)) OR (title:('uricosuric agent') OR abstract:('uricosuric agent')) OR (title:('antigout agent') OR abstract:('antigout agent')) OR (title:('xanthine oxidase inhibitor') OR abstract:('xanthine oxidase inhibitor')) OR (title:('urate lowering therap*') OR abstract:('urate lowering therap*'))))
# de referencias identificadas	17

Reporte de búsqueda #7	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Google Académico
Plataforma	Google Académico
Fecha de búsqueda	25/08/2019
Rango de fecha de búsqueda	2016-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Primeros 20 resultados
Estrategia de búsqueda	chronic kidney disease OR chronic kidney failure OR chronic renal insufficiency) ('uricosuric agent' OR 'antigout agent' OR 'xanthine oxidase inhibitor') "randomized"
# de referencias identificadas	0

Diagrama PRISMA de los Estudios Primarios – Agentes reductores de ácido úrico



Estudios excluidos en la fase de por texto completo selección de estudios primarios y razones para su exclusión

Referencia	Razón
Pendon-Ruiz De Mier V, Vergara N, Santamaria R, Buendia P, Martinez-Moreno J, Jimenez-Moral M, et al. Effect of Allopurinol on Endothelial Function, Blood Pressure, Arterial Stiffness and Renal Damage in Patients With Chronic Kidney Disease and Asymptomatic Hyperuricemia. J Hypertens [Internet]. 2018;36:e184.	Abstract.
Ivanov DD, Sinjchenko OV, Golovach IY, Bevzenko TB, Ivanova MD. THU0687 The impact of urate-lowering therapy on kidney function (IMPULSKF): preliminary results. Ann Rheum Dis [Internet]. 2018;77:537.1-537.	Abstract.
Santamari R, Buendia P, Pendon-Ruiz De Mier V, Martinez-Moreno J, Vergara N, Jimenez-Moral M, Muñoz-Castañeda J, Rodriguez J, Aljama P. Effect of treatment with allopurinol on markers of microinflammation and vascular damage and repair in patients with chronic kidney disease and asymptomatic hyperuricemia. J Hypertens. 201;36(0):e121	Abstract.
Ivanov D, Ivanova M, Bevzenko T. SuO025 Febuxostat improves GFR and BP in non-diabetic adults with CKD 2-3: 6 years treatment and follow-up. Nephrol Dial Transplant [Internet]. 2018;33(suppl_1):i626–i626.	Abstract.
Beddhu S, Filipowicz R, Wang B, Wei G, Chen X, AC R, et al. A Randomized Controlled Trial of the Effects of Febuxostat Therapy on Adipokines and Markers of Kidney Fibrosis in Asymptomatic Hyperuricemic Patients With Diabetic Nephropathy. Can J kidney Heal Dis [Internet]. 2016;3:2054358116675343.	Abstract.
Stamp LK, Chapman PT, Barclay ML, Horne A, Frampton C, Tan P, Drake J, Dalbeth N. A randomised controlled trial of the efficacy and safety of allopurinol dose escalation to achieve target serum urate in people with gout. Ann Rheum Dis. 2017 Sep;76(9):1522-1528.	Compara dos esquemas de alopurinol. No es la comparación de la pregunta.

Pregunta. RAAS (antagonistas del sistema renina-angiotensina-aldosterona)

Estrategias de Búsqueda de las Revisiones Sistemáticas

Reporte de búsqueda #1	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Medline Embase
Plataforma	Embase
Fecha de búsqueda	16/06/2019
Rango de fecha de búsqueda	2014-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	1 'chronic kidney failure'/mj 2 'chronic kidney disease':ab,ti 3 'chronic renal insufficienc*':ab,ti 4 'chronic kidney insufficienc*':ab,ti 5 'chronic renal disease*':ab,ti 6 'ckd*':ab,ti 7 'chronic nephropathy*':ab,ti 8 #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 9 'renal replacement therapy'/mj 10 #8 NOT #9 11 'aldosterone antagonist'/mj 12 'mineralocorticoid receptor antagonist':ab,ti 13 'angiotensin receptor antagonist'/mj 14 'dipeptidyl carboxypeptidase inhibitor'/mj 15 'aliskiren'/mj 16 'direct renin inhibitor':ab,ti 17 ((blockade OR inhibitor\$) NEAR/3 ('renin-angiotensin-aldosterone system' OR 'renin-angiotensin system')):ab,ti 18 #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 19 [cochrane review]/lim OR [systematic review]/lim OR [meta analysis]/lim 20 'systematic review':ti OR 'meta-analys?s':ti 21 #19 OR #20 22 letter:it OR 'letter'/de 23 editorial:it 24 note:it 25 'case report'/de OR 'case study'/de 26 letter:ti OR comment*:ti 27 #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 28 #10 AND #18 AND #21 29 #28 NOT #27 30 #29 AND [2014-2019]/py
# de referencias identificadas	47

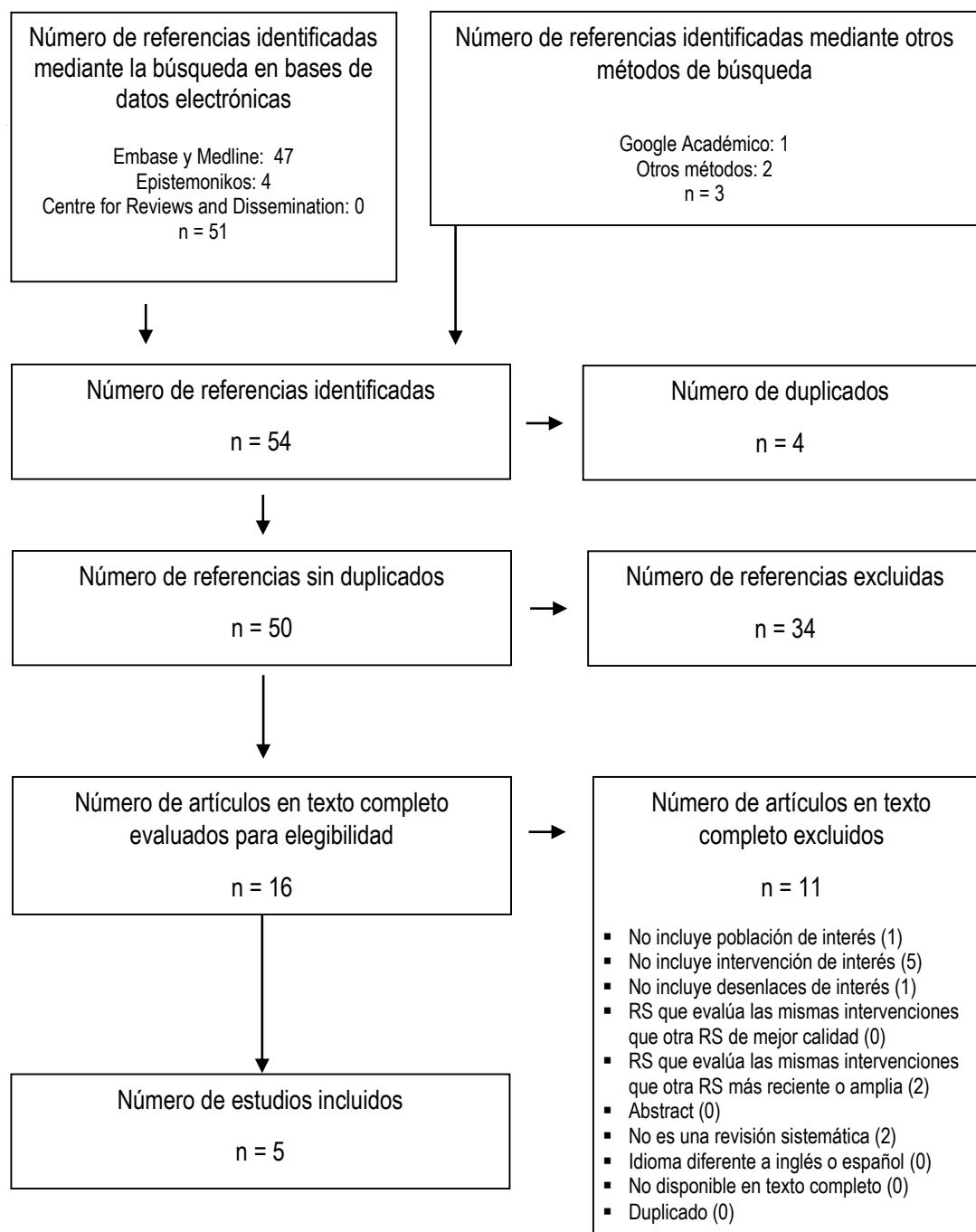
Reporte de búsqueda #2	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	- Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) Last searched: Apr 4, 2019. - Pubmed Last searched: May 19, 2019. - EMBASE Last searched: May 17, 2019. - CINAHL (The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) Last searched: May 17, 2019. - PsycINFO Last searched: May 17, 2019. - LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud) Last searched: May 17, 2019. - Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) Last searched: Aug 24, 2017 - No new records have been added to DARE after 2015. - The Campbell Collaboration online library Last searched: May 19, 2019. - JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports Last searched: May 19, 2019. - EPPI-Centre Evidence Library Last searched: Apr 24, 2018.
Plataforma	Epistemonikos
Fecha de búsqueda	16/06/2019
Rango de fecha de búsqueda	Últimos cinco años
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	'Systematic review'
Estrategia de búsqueda	(title:((title:(aldosterone antagonist) OR abstract:(aldosterone antagonist)) OR (title:(mineralocorticoid receptor antagonist) OR abstract:(mineralocorticoid receptor antagonist)) OR (title:(angiotensin receptor antagonist) OR abstract:(angiotensin receptor antagonist)) OR (title:(dipeptidyl carboxypeptidase inhibitor) OR abstract:(dipeptidyl carboxypeptidase inhibitor)) OR (title:(angiotensin-converting enzyme inhibitor) OR abstract:(angiotensin-converting enzyme inhibitor)) OR (title:(direct renin inhibitor) OR abstract:(direct renin inhibitor)))) OR abstract:((title:(aldosterone antagonist) OR abstract:(aldosterone antagonist)) OR (title:(mineralocorticoid receptor antagonist) OR abstract:(mineralocorticoid receptor antagonist)) OR (title:(angiotensin receptor antagonist) OR abstract:(angiotensin receptor antagonist)) OR (title:(dipeptidyl carboxypeptidase inhibitor) OR abstract:(dipeptidyl carboxypeptidase inhibitor)) OR (title:(angiotensin-converting enzyme inhibitor) OR abstract:(angiotensin-converting enzyme inhibitor)) OR (title:(direct renin inhibitor) OR abstract:(direct renin inhibitor)))) AND (title:((title:("chronic

	kidney disease") OR abstract:("chronic kidney disease")) OR (title:("chronic kidney failure") OR abstract:("chronic kidney failure")) OR (title:(chronic renal insufficienc*) OR abstract:(chronic renal insufficienc*)) OR (title:(chronic renal disease*) OR abstract:(chronic renal disease*)) OR (title:(chronic nephropath*) OR abstract:(chronic nephropath*)) OR (title:(ckd) OR abstract:(ckd)) OR (title:(chronic kidney insufficienc*) OR abstract:(chronic kidney insufficienc*)) OR abstract:((title:("chronic kidney disease") OR abstract:("chronic kidney disease")) OR (title:("chronic kidney failure") OR abstract:("chronic kidney failure")) OR (title:(chronic renal insufficienc*)))) NOT (title:(renal replacement therap*) OR abstract:(renal replacement therap*)) OR abstract:((title:((title:("chronic kidney disease") OR abstract:("chronic kidney disease")) OR (title:("chronic kidney failure") OR abstract:("chronic kidney failure")) OR (title:(chronic renal insufficienc*) OR abstract:(chronic renal insufficienc*)) OR (title:(chronic renal disease*) OR abstract:(chronic renal disease*)) OR (title:(chronic nephropath*) OR abstract:(chronic nephropath*)) OR (title:(ckd) OR abstract:(ckd)) OR (title:(chronic kidney insufficienc*) OR abstract:(chronic kidney insufficienc*)) OR abstract:((title:("chronic kidney disease") OR abstract:("chronic kidney disease")) OR (title:("chronic kidney failure") OR abstract:("chronic kidney failure")) OR (title:(chronic renal insufficienc*)))) NOT (title:(renal replacement therap*) OR abstract:(renal replacement therap*)))))
# de referencias identificadas	4

Reporte de búsqueda #3	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	NHS EED HTA
Plataforma	Centre for Reviews and Dissemination (CRD)
Fecha de búsqueda	19/05/2019
Rango de fecha de búsqueda	2014-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	1 ((chronic kidney disease):TI OR (chronic renal insufficiency):TI OR (chronic kidney failure):TI) and (Full publication record:ZDT) IN NHSEED, HTA FROM 2014 TO 2019 2 ((aldosterone antagonist) OR (mineralocorticoid receptor antagonist):TI) and (Full publication record:ZDT) IN NHSEED, HTA FROM 2014 TO 2019 3 (('dipeptidyl carboxypeptidase inhibitor) OR (angiotensin? converting enzyme inhibitor):TI) and (Full publication record:ZDT) IN NHSEED, HTA FROM 2014 TO 2019 4 ((direct renin inhibitor)) and (Full publication record:ZDT) IN NHSEED, HTA FROM 2014 TO 2019 5 ((angiotensin receptor antagonist) OR (angiotensin receptor blocker):TI) and (Full publication record:ZDT) IN NHSEED, HTA FROM 2014 TO 2019 6 #2 OR #3 OR #4 OR #5 7 #1 AND #7
# de referencias identificadas	0

Reporte de búsqueda #4	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Google Académico
Plataforma	Google Académico
Fecha de búsqueda	31/08/2019
Rango de fecha de búsqueda	2014-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Primeros 50 resultados
Estrategia de búsqueda	chronic kidney disease OR chronic kidney failure OR chronic renal insufficiency) (aldosterone antagonist OR mineralocorticoid receptor antagonist OR direct renin inhibitor OR angiotensin receptor antagonist OR angiotensin-converting enzyme inhibitor) “systematic review”
# de referencias identificadas	1

Diagrama PRISMA de las Revisiones Sistemáticas – RAAS



Estudios excluidos en la fase de por texto completo selección de revisiones sistemáticas y razones para su exclusión

Referencia	Razón
Feng YH, Fu P. Dual blockade of the renin-angiotensin-aldosterone system in type 2 diabetic kidney disease. Chin Med J (Engl) [Internet]. 2016;129(1):81–7.	No es una revisión sistemática.
Kovesdy CP, Matsushita K, Sang Y, Brunskill NJ, Carrero JJ, Chodick G, et al. Serum potassium and adverse outcomes across the range of kidney function: A CKD Prognosis Consortium meta-analysis. Eur Heart J [Internet]. 2018;39(17):1535–42.	Investigan los niveles de potasio como predictores de desenlaces cardiovasculares y renales.
Silver SA, Bell CM, Chertow GM, Shah PS, Shojania K, Wald R, et al. Effectiveness of quality improvement strategies for the management of CKD: A meta-analysis. Clin J Am Soc Nephrol [Internet]. 2017;12(10):1601–14.	Investigan estrategias de mejoramiento de la calidad.
Zheng SL, Roddick AJ, Ayis S. Effects of aliskiren on mortality, cardiovascular outcomes and adverse events in patients with diabetes and cardiovascular disease or risk: A systematic review and meta-analysis of 13,395 patients. Diabetes Vasc Dis Res [Internet]. 2017;14(5):400–6.	No incluye estudios con ERC.
Aomatsu A, Ookawara S, Ishibashi K, Morishita Y. Protective Effects of Diuretics Against the Development of Cardiovascular Disease in Patients with Chronic Kidney Disease: A Systematic Review. Cardiovasc Hematol Agents Med Chem [Internet]. 2018;16(1):12–9.	Es una revisión narrativa.
Lin YC, Lin JW, Wu MS, Chen KC, Peng CC, Kang YN. Effects of calcium channel blockers comparing to angiotensin-converting enzyme inhibitors and angiotensin receptor blockers in patients with hypertension and chronic kidney disease stage 3 to 5 and dialysis: A systematic review and meta-analysis. PLoS One [Internet]. 2017;12(12).	RS que evalúa desenlaces fisiológicos.
Huang RS, Cheng YM, Zeng XX, Kim S, Fu P. Renoprotective effect of the combination of renin-angiotensin system inhibitor and calcium channel blocker in patients with hypertension and chronic kidney disease. Chin Med J (Engl) [Internet]. 2016;129(5):562–9.	La intervención son los calcio antagonistas.

Referencia	Razón
Zhao HJ, Li Y, Liu SM, Sun XG, Li M, Hao Y, et al. Effect of calcium channels blockers and inhibitors of the renin-angiotensin system on renal outcomes and mortality in patients suffering from chronic kidney disease: systematic review and meta-analysis. Ren Fail [Internet]. 2016;38(6):849–56.	La intervención son los calcio antagonistas.
Nistor I, De Sutter J, Drechsler C, Goldsmith D, Soler MJ, Tomson C, et al. Effect of renin-angiotensin-aldosterone system blockade in adults with diabetes mellitus and advanced chronic kidney disease not on dialysis: A systematic review and meta-analysis. Nephrol Dial Transplant [Internet]. 2018;33(1):12–22.	Población con ERC avanzada.
Bolignano D, Palmer SC, Navaneethan SD, Strippoli GFM. Aldosterone antagonists for preventing the progression of chronic kidney disease. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2014;2014(4).	Primarios en RS de Currie y cols. 2015.
Mavrakanas TA, Gariani K, Martin PY. Mineralocorticoid receptor blockade in addition to angiotensin converting enzyme inhibitor or angiotensin II receptor blocker treatment: An emerging paradigm in diabetic nephropathy: A systematic review. Eur J Intern Med [Internet]. 2014;25(2):173–6.	Primarios en RS de Currie y cols. 2016.

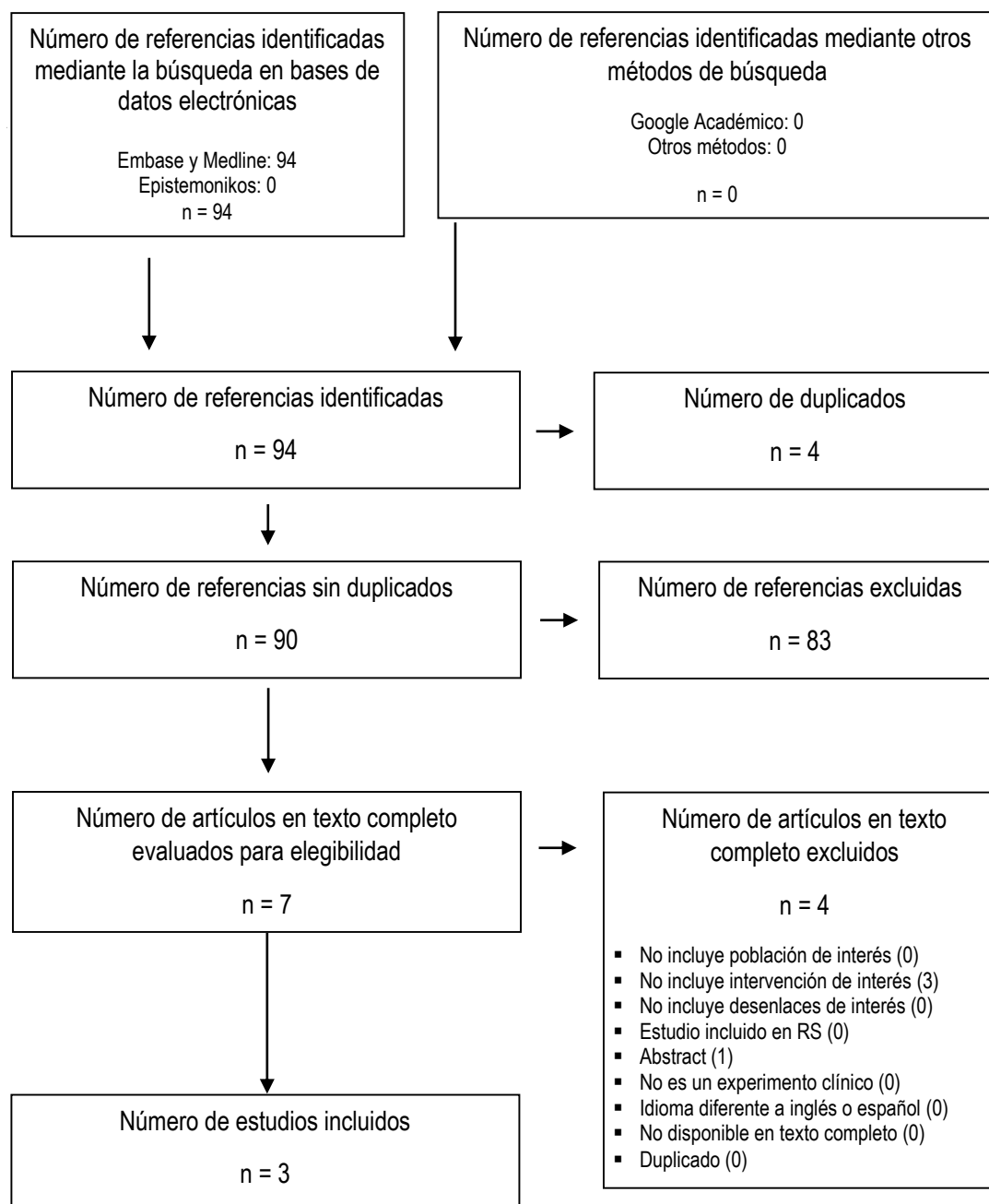
Reporte de búsqueda #5	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Medline Embase
Plataforma	Embase
Fecha de búsqueda	31/08/2019
Rango de fecha de búsqueda	2015 – 2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	('chronic kidney failure'/mj OR 'chronic kidney disease':ab,ti OR 'chronic renal insufficienc*':ab,ti OR 'chronic kidney insufficienc*':ab,ti OR 'chronic renal disease*':ab,ti OR 'ckd*':ab,ti OR 'chronic nephropathy*':ab,ti) NOT 'renal replacement therapy'/mj AND ('aldosterone antagonist'/mj OR 'mineralocorticoid receptor antagonist':ab,ti OR 'angiotensin receptor antagonist'/mj OR 'dipeptidyl carboxypeptidase inhibitor'/mj OR 'aliskiren'/mj OR 'direct renin inhibitor':ab,ti OR (((blockade OR inhibitor\$) NEAR/3 ('renin-angiotensin-aldosterone system' OR 'renin-angiotensin system')):ab,ti)) AND ('crossover procedure':de OR 'double-blind procedure':de OR 'randomized controlled trial':de OR 'single-blind procedure':de OR random*:de,ab,ti OR factorial*:de,ab,ti OR crossover*:de,ab,ti OR ((cross NEXT/1 over*):de,ab,ti) OR placebo*:de,ab,ti OR ((doubl* NEAR/1 blind*):de,ab,ti) OR ((singl* NEAR/1 blind*):de,ab,ti) OR assign*:de,ab,ti OR allocat*:de,ab,ti OR volunteer*:de,ab,ti) NOT ('letter':it OR 'letter to the editor' OR 'note':it OR 'editorial':it OR 'editorials' OR 'editorial':ti OR 'case report':ti OR 'case study' OR 'case report' OR letter:ti OR comment*:ti OR 'systematic review':ti OR 'meta-analys?s':ti OR 'review':ti OR review:it OR 'nonhuman' OR ('animal' NOT 'human') OR 'animal experiment'/exp OR 'experimental animal'/exp OR 'rodent'/exp OR rat:ti OR rats:ti OR mouse:ti OR mice:ti) AND [2015-2019]/py
# de referencias identificadas	94

Reporte de búsqueda #6	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	- Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) Last searched: Apr 4, 2019. - Pubmed Last searched: May 19, 2019. - EMBASE Last searched: May 17, 2019. - CINAHL (The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) Last searched: May 17, 2019. - PsycINFO Last searched: May 17, 2019. - LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud) Last searched: May 17, 2019. - Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) Last searched: Aug 24, 2017 - No new records have been added to DARE after 2015. - The Campbell Collaboration online library Last searched: May 19, 2019. - JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports Last searched: May 19, 2019. - EPPI-Centre Evidence Library Last searched: Apr 24, 2018.
Plataforma	Epistemonikos
Fecha de búsqueda	31/08/2019
Rango de fecha de búsqueda	2015 – 2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	'Primary study' 'RCT'
Estrategia de búsqueda	(title:((title:("chronic kidney disease") OR abstract:("chronic kidney disease"))) OR (title:("chronic kidney failure") OR abstract:("chronic kidney failure"))) OR (title:(chronic renal insufficienc*) OR abstract:(chronic renal insufficienc*)) OR (title:(chronic renal disease*) OR abstract:(chronic renal disease*)) OR (title:(chronic nephropath*) OR abstract:(chronic nephropath*)) OR (title:(ckd) OR abstract:(ckd)) OR (title:(chronic kidney insufficienc*) OR abstract:(chronic kidney insufficienc*))) OR abstract:((title:("chronic kidney disease") OR abstract:("chronic kidney disease"))) OR (title:("chronic kidney failure") OR abstract:("chronic kidney failure"))) OR (title:(chronic renal insufficienc*) OR abstract:(chronic renal insufficienc*)) OR (title:(chronic renal disease*) OR abstract:(chronic renal disease*)) OR (title:(chronic nephropath*) OR abstract:(chronic nephropath*)) OR (title:(ckd) OR abstract:(ckd)) OR (title:(chronic kidney insufficienc*) OR abstract:(chronic kidney insufficienc*))) AND (title:((title:(aldosterone antagonist) OR abstract:(aldosterone antagonist)) OR

	(title:(mineralocorticoid receptor antagonist) OR abstract:(mineralocorticoid receptor antagonist)) OR (title:(angiotensin receptor antagonist) OR abstract:(angiotensin receptor antagonist)) OR (title:(dipeptidyl carboxypeptidase inhibitor) OR abstract:(dipeptidyl carboxypeptidase inhibitor)) OR (title:(angiotensin-converting enzyme inhibitor) OR abstract:(angiotensin-converting enzyme inhibitor)) OR (title:(direct renin inhibitor) OR abstract:(direct renin inhibitor))) OR abstract:((title:(aldosterone antagonist) OR abstract:(aldosterone antagonist)) OR (title:(mineralocorticoid receptor antagonist) OR abstract:(mineralocorticoid receptor antagonist)) OR (title:(angiotensin receptor antagonist) OR abstract:(angiotensin receptor antagonist)) OR (title:(dipeptidyl carboxypeptidase inhibitor) OR abstract:(dipeptidyl carboxypeptidase inhibitor)) OR (title:(angiotensin-converting enzyme inhibitor) OR abstract:(angiotensin-converting enzyme inhibitor)) OR (title:(direct renin inhibitor) OR abstract:(direct renin inhibitor))))
# de referencias identificadas	0

Reporte de búsqueda #7	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Google Académico
Plataforma	Google Académico
Fecha de búsqueda	31/08/2019
Rango de fecha de búsqueda	2015-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Primeros 20 resultados
Estrategia de búsqueda	chronic kidney disease OR chronic kidney failure OR chronic renal insufficiency) (aldosterone antagonist OR mineralocorticoid receptor antagonist OR direct renin inhibitor OR angiotensin receptor antagonist OR angiotensin-converting enzyme inhibitor) “randomized”
# de referencias identificadas	0

Diagrama PRISMA de los Estudios Primarios – RAAS



Estudios excluidos en la fase de por texto completo selección de estudios primarios y razones para su exclusión

Referencia	Razón
Tang S, Chan KW, Ip KM, Yap DYH, Ma MMK, Mok MMY, et al. Fp130a Randomized Controlled Trial of the Direct Renin Inhibitor Aliskiren in Non-Diabetic Ckd. Nephrol Dial Transplant [Internet]. 2018;33(suppl_1):i21–i21.	Abstract.
Petrykiv SI, Laverman GD, Persson F, Vogt L, Rossing P, de Borst MH, et al. Pooled analysis of multiple crossover trials to optimize individual therapy response to renin-angiotensin-aldosterone system intervention. Clin J Am Soc Nephrol [Internet]. 2017;12(11):1804–13.	No incluye los desenlaces de la pregunta.
Filippatos G, Anker SD, Böhm M, Gheorghiadu M, Køber L, Krum H, et al. A randomized controlled study of finerenone vs. eplerenone in patients with worsening chronic heart failure and diabetes mellitus and/or chronic kidney disease. Eur Heart J [Internet]. 2016;37(27):2105–14.	No es la intervención (finerenone).
Sato N, Ajioka M, Yamada T, Kato M, Myoishi M, Yamada T, et al. A randomized controlled study of finerenone vs. eplerenone in Japanese patients with worsening chronic heart failure and diabetes and/or chronic kidney disease. Circ J [Internet]. 2016;80(5):1113–22.	No es la intervención (finerenone).
Bakris GL, Agarwal R, Chan JC, Cooper ME, Gansevoort RT, Haller H, et al. Effect of finerenone on albuminuria in patients with diabetic nephropathy a randomized clinical trial. JAMA - J Am Med Assoc [Internet]. 2015;314(9):884–94.	No es la intervención (finerenone).

Reporte de búsqueda #1	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Medline Embase
Plataforma	Embase
Fecha de búsqueda	16/06/2019
Rango de fecha de búsqueda	2014-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	('chronic kidney failure'/mj OR 'chronic kidney disease':ab,ti OR 'chronic renal insufficienc*':ab,ti OR 'chronic kidney insufficienc*':ab,ti OR 'chronic renal disease*':ab,ti OR 'ckd*':ab,ti OR 'chronic nephropathy*':ab,ti) NOT 'renal replacement therapy'/mj AND ('antithrombocytic agent'/mj OR 'antivitamin k' OR (((antiplatelet OR antithrombotic) NEXT/2 (drug\$ OR agent\$ OR therap*)):ab,ti) OR 'acetylsalicylic acid'/mj OR 'ticagrelor'/mj OR 'clopidogrel'/mj OR 'prasugrel'/mj OR 'anticoagulant agent'/mj OR doac:ab,ti OR 'dabigatran'/mj OR 'apixaban'/mj OR 'rivaroxaban'/mj OR 'warfarin'/mj OR coumadin\$:ab,ti) AND ([cochrane review]/lim OR [systematic review]/lim OR [meta analysis]/lim OR 'systematic review':ti OR 'meta-analys?s':ti) NOT (letter:it OR 'letter'/de OR editorial:it OR note:it OR 'case report'/de OR 'case study'/de OR letter:ti OR comment*:ti)
# de referencias identificadas	39

Reporte de búsqueda #2	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	- Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) Last searched: Apr 4, 2019. - Pubmed Last searched: May 19, 2019. - EMBASE Last searched: May 17, 2019. - CINAHL (The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) Last searched: May 17, 2019. - PsycINFO Last searched: May 17, 2019. - LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud) Last searched: May 17, 2019. - Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) Last searched: Aug 24, 2017 - No new records have been added to DARE after 2015.

	- The Campbell Collaboration online library Last searched: May 19, 2019. - JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports Last searched: May 19, 2019. - EPPI-Centre Evidence Library Last searched: Apr 24, 2018.
Plataforma	Epistemonikos
Fecha de búsqueda	16/06/2019
Rango de fecha de búsqueda	Últimos cinco años
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	'Systematic review'
Estrategia de búsqueda	(title:((title:("chronic kidney disease") OR abstract:("chronic kidney disease"))) OR (title:("chronic kidney failure") OR abstract:("chronic kidney failure"))) OR (title:(chronic renal insufficienc*) OR abstract:(chronic renal insufficienc*)) OR (title:(chronic renal disease*) OR abstract:(chronic renal disease*)) OR (title:(chronic nephropath*) OR abstract:(chronic nephropath*)) OR (title:(ckd) OR abstract:(ckd)) OR (title:(chronic kidney insufficienc*) OR abstract:(chronic kidney insufficienc*))) OR abstract:((title:("chronic kidney disease") OR abstract:("chronic kidney disease"))) OR (title:("chronic kidney failure") OR abstract:("chronic kidney failure"))) OR (title:(chronic renal insufficienc*))) NOT (title:(renal replacement therap*) OR abstract:(renal replacement therap*)) OR abstract:((title:((title:("chronic kidney disease") OR abstract:("chronic kidney disease"))) OR (title:("chronic kidney failure") OR abstract:("chronic kidney failure"))) OR (title:(chronic renal insufficienc*) OR abstract:(chronic renal insufficienc*)) OR (title:(chronic renal disease*) OR abstract:(chronic renal disease*)) OR (title:(chronic nephropath*) OR abstract:(chronic nephropath*)) OR (title:(ckd) OR abstract:(ckd)) OR (title:(chronic kidney insufficienc*) OR abstract:(chronic kidney insufficienc*))) OR abstract:((title:("chronic kidney disease") OR abstract:("chronic kidney disease"))) OR (title:("chronic kidney failure") OR abstract:("chronic kidney failure"))) OR (title:(chronic renal insufficienc*))) NOT (title:(renal replacement therap*) OR abstract:(renal replacement therap*)) AND (title:((title:(antithrombocytic) OR abstract:(antithrombocytic)) OR (title:(antivitamin k) OR abstract:(antivitamin k)) OR (title:(acetylsalicylic acid) OR abstract:(acetylsalicylic acid)) OR (title:(antiplatelet) OR abstract:(antiplatelet)) OR (title:(aspirin) OR abstract:(aspirin)) OR (title:(acetylsalicylic acid) OR abstract:(acetylsalicylic acid)) OR (title:(ticagrelor) OR abstract:(ticagrelor)) OR (title:(clopidogrel) OR abstract:(clopidogrel)) OR (title:(prasugrel) OR abstract:(prasugrel)) OR (title:(anticoagulant agent) OR

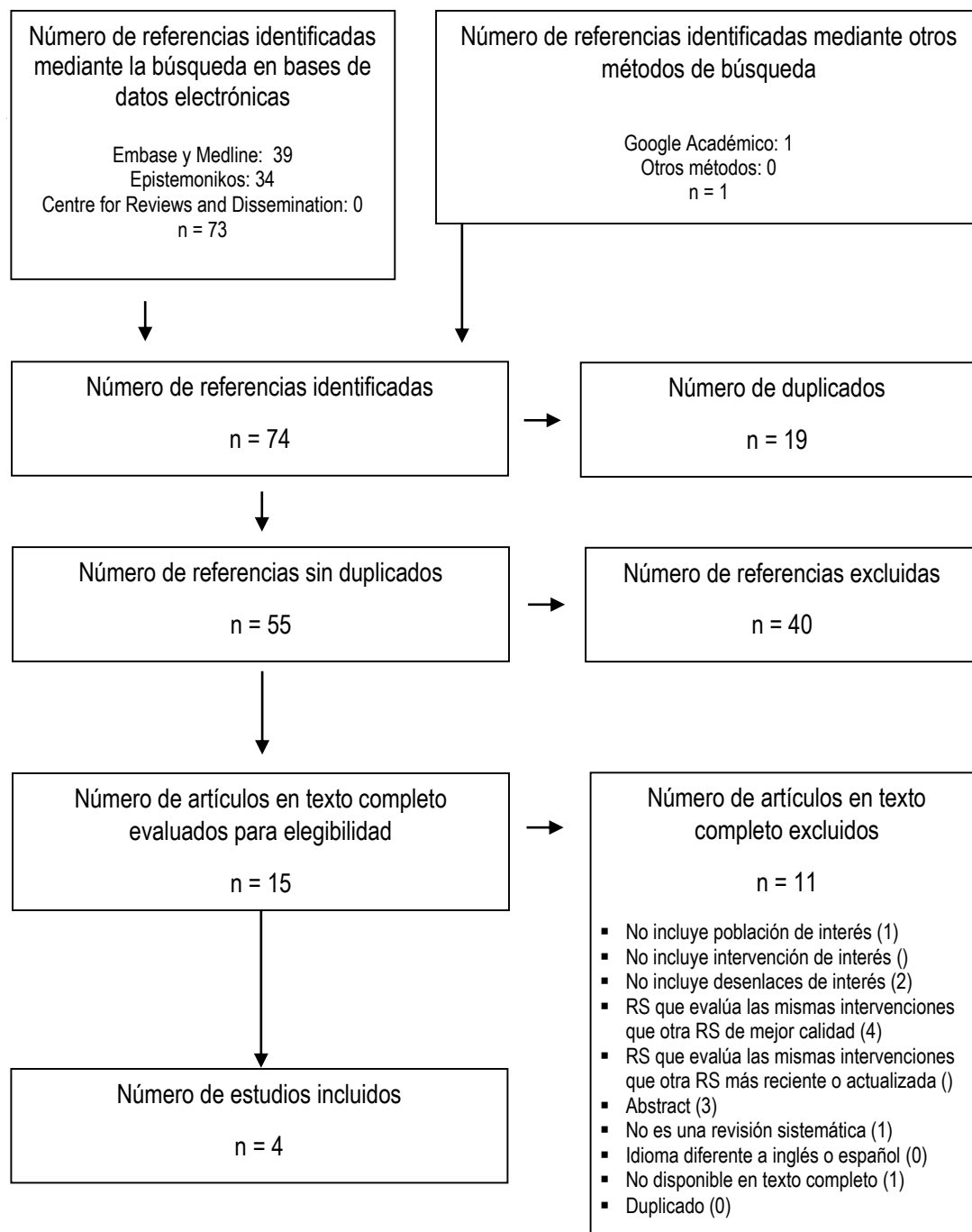
	abstract:(anticoagulant agent)) OR (title:(doac*) OR abstract:(doac*)) OR (title:(dabigatran) OR abstract:(dabigatran)) OR (title:(apixaban) OR abstract:(apixaban)) OR (title:(rivaroxaban) OR abstract:(rivaroxaban)) OR (title:(warfarin) OR abstract:(warfarin)) OR (title:(coumadin*) OR abstract:(coumadin*))) OR abstract:((title:(antithrombocytic) OR abstract:(antithrombocytic)) OR (title:(antivitamin k) OR abstract:(antivitamin k)) OR (title:(acetylsalicylic acid) OR abstract:(acetylsalicylic acid)) OR (title:(antiplatelet) OR abstract:(antiplatelet)) OR (title:(aspirin) OR abstract:(aspirin)) OR (title:(acetylsalicylic acid) OR abstract:(acetylsalicylic acid)) OR (title:(ticagrelor) OR abstract:(ticagrelor)) OR (title:(clopidogrel) OR abstract:(clopidogrel)) OR (title:(prasugrel) OR abstract:(prasugrel)) OR (title:(anticoagulant agent) OR abstract:(anticoagulant agent)) OR (title:(doac*) OR abstract:(doac*)) OR (title:(dabigatran) OR abstract:(dabigatran)) OR (title:(apixaban) OR abstract:(apixaban)) OR (title:(rivaroxaban) OR abstract:(rivaroxaban)) OR (title:(warfarin) OR abstract:(warfarin)) OR (title:(coumadin*) OR abstract:(coumadin*))))
# de referencias identificadas	34

Reporte de búsqueda #3	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	NHS EED HTA
Plataforma	Centre for Reviews and Dissemination (CRD)
Fecha de búsqueda	19/05/2019
Rango de fecha de búsqueda	2014-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	1 ((chronic kidney disease):TI OR (chronic renal insufficiency):TI OR (chronic kidney failure):TI) and (Full publication record:ZDT) IN NHSEED, HTA FROM 2014 TO 2019 2 ((antithrombocytic) OR (antivitamin k):TI OR (antiplatelet):TI) and (Full publication record: ZDT) IN NHSEED, HTA FROM 2014 TO 2019 3 ((aspirin) OR (acetylsalicylic acid): TI) and (Full publication record: ZDT) IN NHSEED, HTA FROM 2014 TO 2019 4 ((ticagrelor) OR (clopidogrel): TI OR (prasugrel): TI) and (Full publication record: ZDT) IN NHSEED, HTA FROM 2014 TO 2019

	5 #6 OR #7 OR #8 OR #9
	6 ((oral anticoagulant) OR (doac):TI) and (Full publication record: ZDT) IN NHSEED, HTA FROM 2014 TO 2019
	7 ((dabigatran) OR (apixaban):TI OR (rivaroxaban):TI) and (Full publication record:ZDT) IN NHSEED, HTA FROM 2014 TO 2019
	8 ((warfarin) OR (coumadin):TI) and (Full publication record: ZDT) IN NHSEED, HTA FROM 2014 TO 2019
	9 #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8
	10 #1 AND #2
# de referencias identificadas	0

Reporte de búsqueda #4	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Google Académico
Plataforma	Google Académico
Fecha de búsqueda	31/08/2019
Rango de fecha de búsqueda	2014-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Primeros 50 resultados
Estrategia de búsqueda	chronic kidney disease (antithrombotic OR antivitamin K OR antiplatelet OR ticagrelor OR clopidogrel OR prasugrel OR aspirin OR oral anticoagulant OR dabigatran OR apixaban OR rivaroxaban OR warfarin) “systematic review”
# de referencias identificadas	1

Diagrama PRISMA de las Revisiones Sistemáticas – Antiagregantes y anticoagulantes



Estudios excluidos en la fase de por texto completo selección de revisiones sistemáticas y razones para su exclusión

Referencia	Razón
Uppal D, Wats K, Chang BSF, Uppal NN. 380 Direct Oral Anticoagulants (DOACs) and the Kidney. Am J Kidney Dis [Internet]. 2019;73(5):743.	Abstract.
Patel T, Patel V. Review: DOACs reduce intracranial hemorrhage more than warfarin in AF with chronic kidney disease. Ann Intern Med [Internet]. 2018;168(4):JC18.	Es una sinopsis de la RS de Kimachi.
Sundararajan S, Poongkunran M, Poongkunran C, Kannan A, Balamuthusamy S. Efficacy and Bleeding Risk of Newer Anticoagulants Compared to Conventional Treatment in Patients with Chronic Kidney Disease- a Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Blood [Internet]. 2015;126(23):2325–2325.	Abstract.
Bonello L, Laine M, Lemesle G, Puymirat E, Dabry T, Thuny F, et al. Meta-Analysis of Potent P2Y12-ADP Receptor Antagonist Therapy Compared to Clopidogrel Therapy in Acute Coronary Syndrome Patients with Chronic Kidney Disease. Thromb Haemost [Internet]. 2018;118(10):1839–46.	Población con síndrome coronario agudo (no ambulatoria).
Feldberg J, Patel P, Farrell A, Sivarajahkumar S, Cameron K, Ma J, et al. A systematic review of direct oral anticoagulant use in chronic kidney disease and dialysis patients with atrial fibrillation. Nephrol Dial Transplant [Internet]. 2019;34(2):265–77.	Primarios incluidos en RS de Kimachi (2017) y Malhotra (2019).
Providência R, Marijon E, Boveda S, Barra S, Narayanan K, Le Heuzey JY, et al. Meta-analysis of the influence of chronic kidney disease on the risk of thromboembolism among patients with nonvalvular atrial fibrillation. Am J Cardiol [Internet]. 2014;114(4):646–53.	Primarios incluidos en RS de Kimachi (2017) y Malhotra (2019).
Zhang C, Gu ZC, Ding Z, Shen L, Pan MM, Zheng YL, et al. Decreased risk of renal impairment in atrial fibrillation patients receiving non-vitamin K antagonist oral anticoagulants: A pooled analysis of randomized controlled trials and real-world studies. Thromb Res [Internet]. 2019;174:16–23.	No discrimina si la población tiene ERC. No es el desenlace (daño renal).
Andò G, Capranzano P. Non-vitamin K antagonist oral anticoagulants in atrial fibrillation patients with chronic kidney disease: A systematic review and network meta-analysis. Int J Cardiol [Internet]. 2017;231:162–9.	Primarios incluidos en RS de Kimachi (2017) y Malhotra (2019).

Referencia	Razón
Harel Z, Harel S, Wald R, Perl J, Sholzberg M, Pavenski K, et al. Comparisons between novel oral anticoagulants and vitamin K antagonists in patients with CKD.	Primarios incluidos en RS de Kimachi (2017) y Malhotra (2019). Otro desenlace (trombosis venosa profunda) no es del ámbito ambulatorio.
Prudhvi K, Sundararajan S. Tuesday 30 August 2016. Eur Heart J [Internet]. 2016;37(suppl 1):985–1393.	Abstract.
Ha JT, Neuen BL, Cheng LP, Jun M, Toyama T, Gallagher MP, Jardine MJ, Sood MM, Garg AX, Palmer SC, Mark PB, Wheeler DC, Jha V, Freedman B, Johnson DW, Perkovic V, Badve SV. Benefits and Harms of Oral Anticoagulant Therapy in Chronic Kidney Disease: A Systematic Review and Meta-analysis. Ann Intern Med. 2019 Aug 6;171(3):181-189.	No disponible en texto completo.

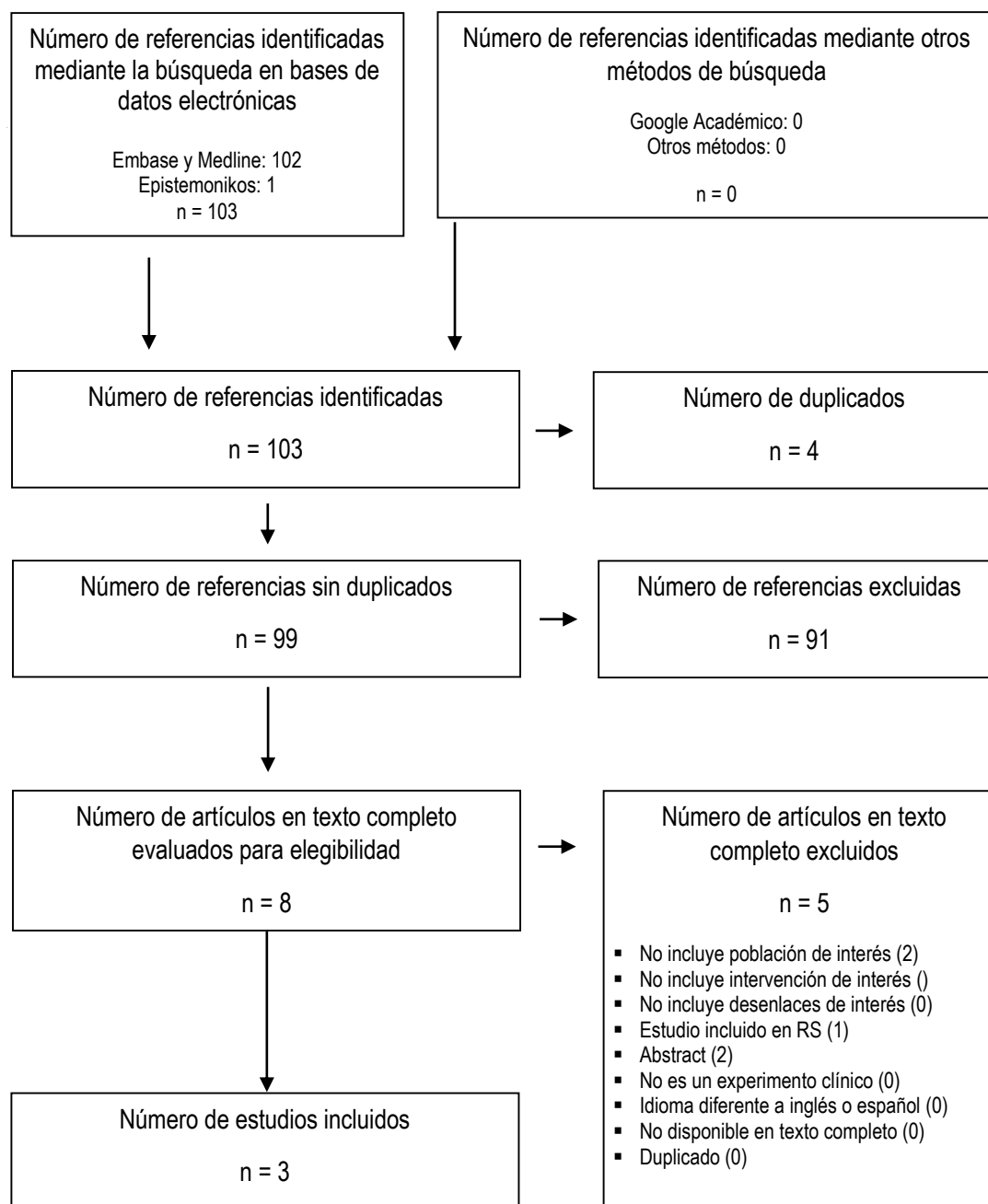
Reporte de búsqueda #5	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Medline Embase
Plataforma	Embase
Fecha de búsqueda	31/08/2019
Rango de fecha de búsqueda	2015 – 2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	('chronic kidney failure'/mj OR 'chronic kidney disease':ab,ti OR 'chronic renal insufficienc*':ab,ti OR 'chronic kidney insufficienc*':ab,ti OR 'chronic renal disease*':ab,ti OR 'ckd*':ab,ti OR 'chronic nephropathy*':ab,ti) NOT 'renal replacement therapy'/mj AND ('crossover procedure':de OR 'double-blind procedure':de OR 'randomized controlled trial':de OR 'single-blind procedure':de OR random*:de,ab,ti OR factorial*:de,ab,ti OR crossover*:de,ab,ti OR ((cross NEXT/1 over*):de,ab,ti) OR placebo*:de,ab,ti OR ((doubl* NEAR/1 blind*):de,ab,ti) OR ((singl* NEAR/1 blind*):de,ab,ti) OR assign*:de,ab,ti OR allocat*:de,ab,ti OR volunteer*:de,ab,ti) AND ('antithrombocytic agent'/mj OR 'antivitamin k' OR (((antiplatelet OR antithrombotic) NEXT/2 (drug\$ OR agent\$ OR therap*)):ab,ti) OR 'acetylsalicylic acid'/mj OR 'ticagrelor'/mj OR 'clopidogrel'/mj OR 'prasugrel'/mj OR 'anticoagulant agent'/mj OR doac:ab,ti OR 'dabigatran'/mj OR 'apixaban'/mj OR 'rivaroxaban'/mj OR 'warfarin'/mj OR coumadin\$:ab,ti) NOT ('letter':it OR 'letter to the editor' OR 'note':it OR 'editorial':it OR 'editorials' OR 'editorial':ti OR 'case report':ti OR 'case study' OR 'case report' OR 'case-control':ti OR letter:ti OR comment*:ti OR 'systematic review':ti OR 'meta-analys?s':ti OR 'review':ti OR review:it OR 'nonhuman' OR ('animal' NOT 'human') OR 'animal experiment'/exp OR 'experimental animal'/exp OR 'rodent'/exp OR rat:ti OR rats:ti OR mouse:ti OR mice:ti) AND [2015-2019]/py
# de referencias identificadas	102

Reporte de búsqueda #6	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) Last searched: Apr 4, 2019. Pubmed Last searched: May 19, 2019. EMBASE Last searched: May 17, 2019. CINAHL (The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) Last searched: May 17, 2019. PsycINFO Last searched: May 17, 2019. LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud) Last searched: May 17, 2019. Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) Last searched: Aug 24, 2017 - No new records have been added to DARE after 2015. The Campbell Collaboration online library Last searched: May 19, 2019. JBIR Database of Systematic Reviews and Implementation Reports Last searched: May 19, 2019. EPPI-Centre Evidence Library Last searched: Apr 24, 2018.
Plataforma	Epistemonikos
Fecha de búsqueda	31/08/2019
Rango de fecha de búsqueda	2015 – 2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	‘Primary study’ ‘RCT’
Estrategia de búsqueda	(title:(("chronic kidney disease")) OR abstract:(("chronic kidney disease"))) OR (title:(("chronic kidney failure")) OR abstract:(("chronic kidney failure"))) OR (title:(chronic renal insufficienc*) OR abstract:(chronic renal insufficienc*)) OR (title:(chronic renal disease*) OR abstract:(chronic renal disease*)) OR (title:(chronic nephropath*) OR abstract:(chronic nephropath*)) OR (title:(ckd) OR abstract:(ckd)) OR (title:(chronic kidney insufficienc*) OR abstract:(chronic kidney insufficienc*)) OR abstract:(("chronic kidney disease")) OR abstract:(("chronic kidney disease")) OR (title:(("chronic kidney failure")) OR abstract:(("chronic kidney failure"))) OR (title:(chronic renal insufficienc*) OR abstract:(chronic renal insufficienc*)) OR (title:(chronic renal disease*) OR abstract:(chronic renal disease*)) OR (title:(chronic nephropath*) OR abstract:(chronic nephropath*)) OR (title:(ckd) OR abstract:(ckd)) OR (title:(chronic kidney insufficienc*) OR abstract:(chronic kidney insufficienc*)) AND (title:(("antithrombocytic")) OR abstract:(antithrombocytic)) OR (title:(antivitamin k) OR abstract:(antivitamin k)) OR (title:(acetylsalicylic acid))

	OR abstract:(acetylsalicylic acid)) OR (title:(antiplatelet) OR abstract:(antiplatelet)) OR (title:(aspirin) OR abstract:(aspirin)) OR (title:(acetylsalicylic acid) OR abstract:(acetylsalicylic acid)) OR (title:(ticagrelor) OR abstract:(ticagrelor)) OR (title:(clopidogrel) OR abstract:(clopidogrel)) OR (title:(prasugrel) OR abstract:(prasugrel)) OR (title:(anticoagulant agent) OR abstract:(anticoagulant agent)) OR (title:(doac*) OR abstract:(doac*)) OR (title:(dabigatran) OR abstract:(dabigatran)) OR (title:(apixaban) OR abstract:(apixaban)) OR (title:(rivaroxaban) OR abstract:(rivaroxaban)) OR (title:(warfarin) OR abstract:(warfarin)) OR (title:(coumadin*) OR abstract:(coumadin*)) OR abstract:((title:(antithrombocytic) OR abstract:(antithrombocytic)) OR (title:(antivitamin k) OR abstract:(antivitamin k)) OR (title:(acetylsalicylic acid) OR abstract:(acetylsalicylic acid)) OR (title:(antiplatelet) OR abstract:(antiplatelet)) OR (title:(aspirin) OR abstract:(aspirin)) OR (title:(acetylsalicylic acid) OR abstract:(acetylsalicylic acid)) OR (title:(ticagrelor) OR abstract:(ticagrelor)) OR (title:(clopidogrel) OR abstract:(clopidogrel)) OR (title:(prasugrel) OR abstract:(prasugrel)) OR (title:(anticoagulant agent) OR abstract:(anticoagulant agent)) OR (title:(doac*) OR abstract:(doac*)) OR (title:(dabigatran) OR abstract:(dabigatran)) OR (title:(apixaban) OR abstract:(apixaban)) OR (title:(rivaroxaban) OR abstract:(rivaroxaban)) OR (title:(warfarin) OR abstract:(warfarin)) OR (title:(coumadin*) OR abstract:(coumadin*)))))
# de referencias identificadas	1

Reporte de búsqueda #7	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Google Académico
Plataforma	Google Académico
Fecha de búsqueda	07/09/2019
Rango de fecha de búsqueda	2015-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Primeros 20 resultados
Estrategia de búsqueda	chronic kidney disease (antithrombotic OR antivitamin K OR antiplatelet OR ticagrelor OR clopidogrel OR prasugrel OR aspirin OR oral anticoagulant OR dabigatran OR apixaban OR rivaroxaban OR warfarin) “randomized”
# de referencias identificadas	0

Diagrama PRISMA de los Estudios Primarios – Antiagregantes y anticoagulantes



Estudios excluidos en la fase de por texto completo selección de estudios primarios y razones para su exclusión

Referencia	Razón
Kruger PC, Guzik TJ, Eikelboom JW. How can the results of the COMPASS trial benefit patients with coronary or peripheral artery disease in Poland. <i>Kardiol Pol</i> [Internet]. 2019.	Abstract.
Goldhaber SZ, Schulman S, Eriksson H, Feuring M, Fraessdorf M, Kreuzer J, et al. Dabigatran versus warfarin for acute venous thromboembolism in elderly or impaired renal function patients: Pooled analysis of RE-COVER and RE-COVER II. <i>Thromb Haemost</i> [Internet]. 2017;117(11):2045–52.	Es población de atención en urgencias (tromboembolismo agudo).
Zhou Y, Pan Y, Wu Y, Zhao X, Li H, Wang D, et al. Effect of estimated glomerular filtration rate decline on the efficacy and safety of clopidogrel with aspirin in minor stroke or transient ischemic attack: CHANCE substudy (Clopidogrel in High-Risk Patients With Acute Nondisabling Cerebrovascular Events). <i>Stroke</i> [Internet]. 2016;47(11):2791–6.	Es población de atención en urgencias (apoplejía).
Hijazi Z, Hohnloser SH, Andersson U, Alexander JH, Hanna M, Keltai M, et al. Efficacy and safety of apixaban compared with warfarin in patients with atrial fibrillation in relation to renal function over time: Insights from the Aristotle randomized clinical trial. <i>JAMA Cardiol</i> [Internet]. <i>Circ J</i> [Internet]. 2016;80(5):1113–22.	Incluida en la RS de Malhotra y cols. (2019).
Hijazi Z, Hohnloser SH, Andersson U, Alexander JH, Granger CB, Hanna M, et al. Efficacy and safety of apixaban compared with warfarin in relation to renal function over time in patients with atrial fibrillation: Insights from the ARISTOTLE trial. <i>Eur Heart J</i> [Internet]. 2015;36(suppl 1):163–508.	Abstract.

Pregunta. Insuficiencia renal aguda.

Estrategias de Búsqueda de las Revisiones Sistemáticas

Reporte de búsqueda #1	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Medline Embase
Plataforma	Embase
Fecha de búsqueda	14/09/2019
Rango de fecha de búsqueda	2017-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	('chronic kidney failure'/mj OR 'chronic kidney disease':ab,ti OR 'chronic renal insufficienc*':ab,ti OR 'chronic kidney insufficienc*':ab,ti OR 'chronic renal disease*':ab,ti OR 'ckd*':ab,ti OR 'chronic nephropathy*':ab,ti) NOT 'renal replacement therapy'/mj AND ('acute kidney failure'/de OR (((failure\$ OR injur* OR insufficienc*) NEAR/2 'acute renal'):ab,ti) OR (((failure\$ OR injur* OR insufficienc*) NEAR/2 'acute kidney'):ab,ti) OR aki:ab,ti) AND ([cochrane review]/lim OR [systematic review]/lim OR [meta analysis]/lim OR 'systematic review':ti OR 'meta-analys?s':ti) NOT (letter:it OR 'letter'/de OR editorial:it OR note:it OR 'case report'/de OR 'case study'/de OR letter:ti OR comment*:ti) AND [2017-2019]/py
# de referencias identificadas	66

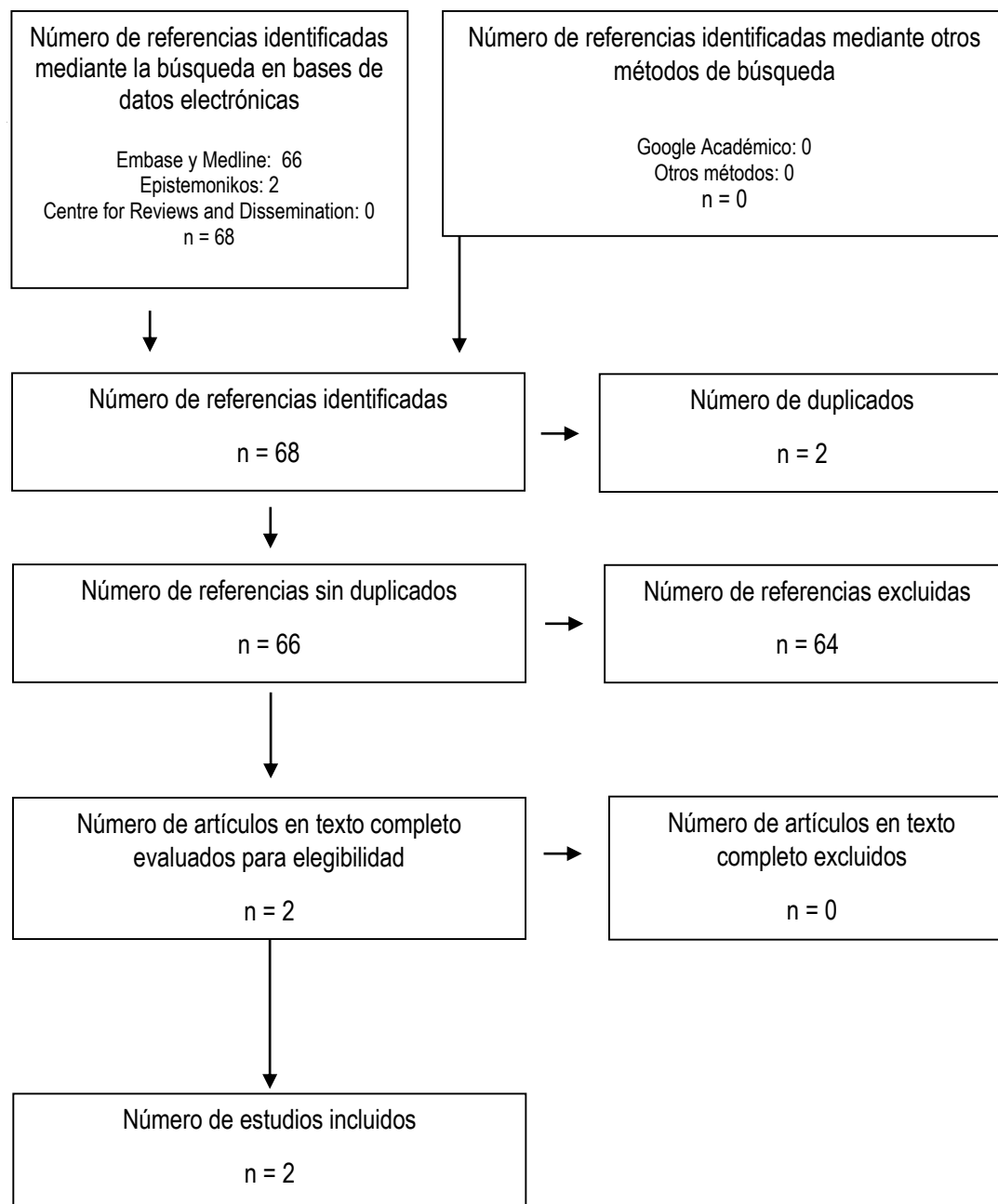
Reporte de búsqueda #2	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	- Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) Last searched: Apr 4, 2019. - Pubmed Last searched: May 19, 2019. - EMBASE Last searched: May 17, 2019. - CINAHL (The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) Last searched: May 17, 2019. - PsycINFO Last searched: May 17, 2019. - LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud) Last searched: May 17, 2019. - Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) Last searched: Aug 24, 2017 - No new records have been added to DARE after 2015. - The Campbell Collaboration online library Last searched: May 19, 2019. - JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports Last searched: May 19, 2019.

	- EPPI-Centre Evidence Library Last searched: Apr 24, 2018.
Plataforma	Epistemonikos
Fecha de búsqueda	14/09/2019
Rango de fecha de búsqueda	2017 – 2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	‘Systematic review’
Estrategia de búsqueda	(title:((title:("chronic kidney disease") OR abstract:("chronic kidney disease"))) OR (title:("chronic kidney failure") OR abstract:("chronic kidney failure"))) OR (title:(chronic renal insufficienc*) OR abstract:(chronic renal insufficienc*)) OR (title:(chronic renal disease*) OR abstract:(chronic renal disease*)) OR (title:(chronic nephropath*) OR abstract:(chronic nephropath*)) OR (title:(ckd) OR abstract:(ckd)) OR (title:(chronic kidney insufficienc*) OR abstract:(chronic kidney insufficienc*))) OR abstract:(((title:("chronic kidney disease") OR abstract:("chronic kidney disease"))) OR (title:("chronic kidney failure") OR abstract:("chronic kidney failure"))) OR (title:(chronic renal insufficienc*)))) NOT (title:(renal replacement therap*) OR abstract:(renal replacement therap*)) AND title:("acute kidney injury") OR title:("acute renal injury") OR title:("acute kidney insufficiency") OR title:("acute renal insufficiency") OR title:("acute kidney failure") OR title:("acute renal failure") OR title:(AKI) AND (title:(risk) OR abstract:(risk)) OR (title:("risk factor") OR abstract:("risk factor")) OR (title:(etiology) OR abstract:(etiology)) OR (title:(causation) OR abstract:(causation))
# de referencias identificadas	2

Reporte de búsqueda #3	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	NHS EED HTA
Plataforma	Centre for Reviews and Dissemination (CRD)
Fecha de búsqueda	14/09/2019
Rango de fecha de búsqueda	2017-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	1 ((chronic kidney disease) OR (chronic renal insufficiency):TI OR (chronic kidney failure):AU) and (Full publication record:ZDT) IN NHSEED FROM 2017 TO 2019 2 ((acute kidney injury):TI OR (acute renal insufficiency):TI OR (acute kidney failure):TI) and (Full publication record:ZDT) IN NHSEED FROM 2017 TO 2019 3 #1 AND #2
# de referencias identificadas	0

Reporte de búsqueda #4	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Google Académico
Plataforma	Google Académico
Fecha de búsqueda	15/09/2019
Rango de fecha de búsqueda	2017-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Primeros 50 resultados
Estrategia de búsqueda	'chronic kidney disease' (acute kidney injury OR acute renal insufficiency OR acute renal failure) 'disease progression' "systematic review"
# de referencias identificadas	0

Diagrama PRISMA de las Revisiones Sistemáticas – Insuficiencia renal aguda



Pregunta. AINEs

Estrategias de Búsqueda de las Revisiones Sistemáticas

Reporte de búsqueda #1	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Medline Embase
Plataforma	Embase
Fecha de búsqueda	15/09/2019
Rango de fecha de búsqueda	2017-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	('chronic kidney failure'/mj OR 'chronic kidney disease':ab,ti OR 'chronic renal insufficienc*':ab,ti OR 'chronic kidney insufficienc*':ab,ti OR 'chronic renal disease*':ab,ti OR 'ckd*':ab,ti OR 'chronic nephropathy*':ab,ti) NOT 'renal replacement therapy'/mj AND ('nonsteroid antiinflammatory agent'/de OR 'non-steroidal anti-inflammatory agents':ab,ti OR 'nsaids':ab,ti) AND ([cochrane review]/lim OR [systematic review]/lim OR [meta analysis]/lim OR 'systematic review':ti OR 'meta-analys?s':ti) NOT (letter:it OR 'letter'/de OR editorial:it OR note:it OR 'case report'/de OR 'case study'/de OR letter:ti OR comment*:ti) AND [2017-2019]/py
# de referencias identificadas	8

Reporte de búsqueda #2	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	- Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) Last searched: Apr 4, 2019. - Pubmed Last searched: May 19, 2019. - EMBASE Last searched: May 17, 2019. - CINAHL (The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) Last searched: May 17, 2019. - PsycINFO Last searched: May 17, 2019. - LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud) Last searched: May 17, 2019. - Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) Last searched: Aug 24, 2017 - No new records have been added to DARE after 2015. - The Campbell Collaboration online library Last searched: May 19, 2019. - JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports Last searched: May 19, 2019. - EPPI-Centre Evidence Library Last searched: Apr 24, 2018.

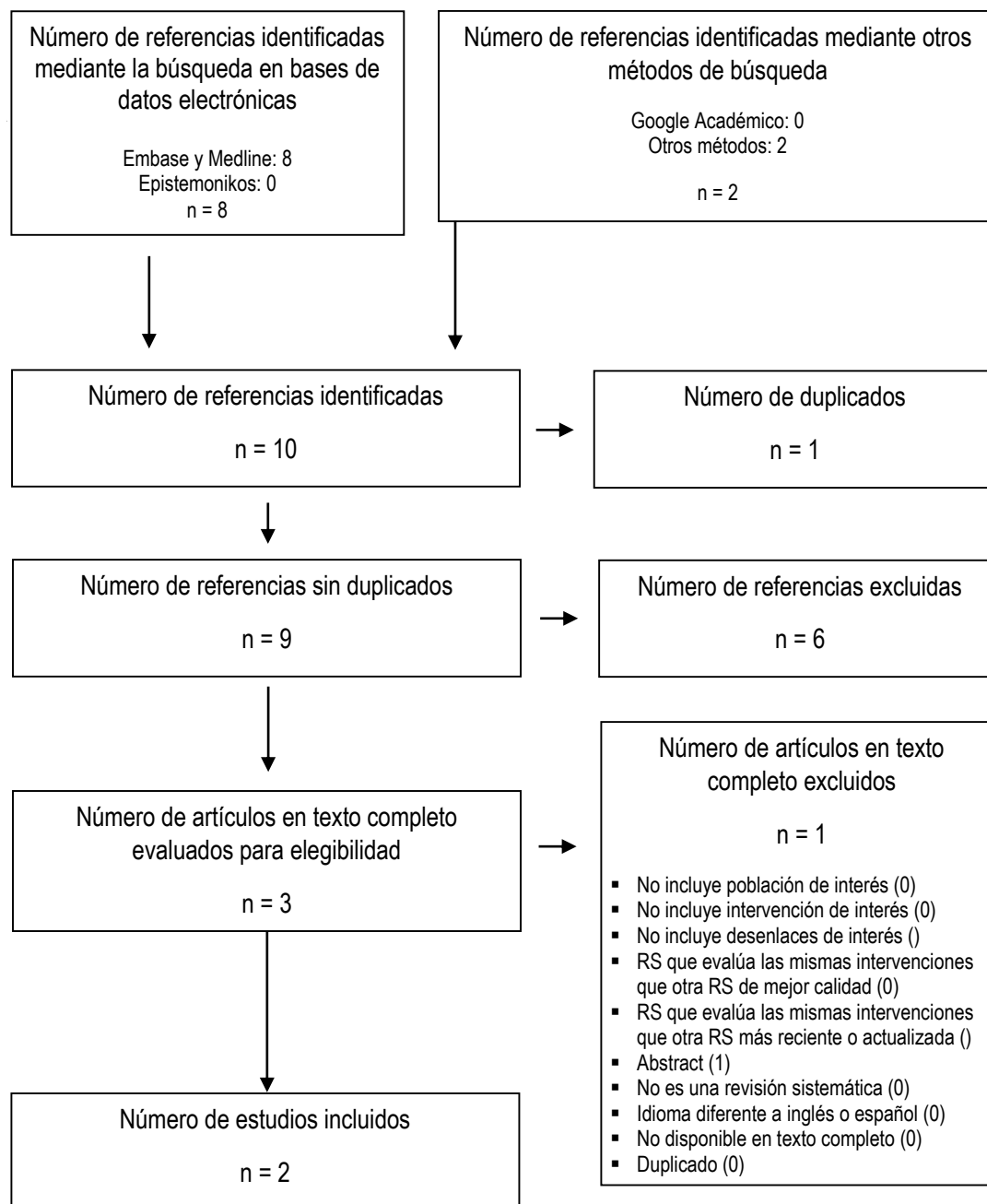
Plataforma	Epistemonikos
Fecha de búsqueda	15/09/2019
Rango de fecha de búsqueda	2017 – 2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	‘Systematic review’
Estrategia de búsqueda	(title:("chronic kidney disease") OR abstract:("chronic kidney disease")) OR (title:("chronic kidney failure") OR abstract:("chronic kidney failure")) OR (title:(chronic renal insufficienc*) OR abstract:(chronic renal insufficienc*)) OR (title:(chronic renal disease*) OR abstract:(chronic renal disease*)) OR (title:(chronic nephropath*) OR abstract:(chronic nephropath*)) OR (title:(ckd) OR abstract:(ckd)) OR (title:(chronic kidney insufficienc*) OR abstract:(chronic kidney insufficienc*)) AND (title:(NSAIDs) OR title:(Non-Steroidal Anti-Inflammatory) OR title:(Non Steroidal Anti Inflammatory) OR title:(Nonsteroidal Antiinflammatory) OR title:(Anti-Inflammatory Analgesics)) AND (title:(disease progression) OR abstract:(disease progression)) OR (title:(disease exacerbation) OR abstract:(disease exacerbation)) OR (title:(acute kidney injury) OR abstract:(acute kidney injury)) OR (title:(acute renal failure) OR abstract:(acute renal failure)) OR (title:(acute renal insufficiency) OR abstract:(acute renal insufficiency))
# de referencias identificadas	0

Reporte de búsqueda #3	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	NHS EED HTA
Plataforma	Centre for Reviews and Dissemination (CRD)
Fecha de búsqueda	15/09/2019
Rango de fecha de búsqueda	2017-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	1 ((chronic kidney disease) OR (chronic renal insufficiency) OR (chronic kidney failure)) and (Full publication record:ZDT) IN NHSEED, HTA FROM 2017 TO 2019 2 ((NSAIDs) OR (Non Steroidal Anti Inflammatory) OR (Anti-Inflammatory Analgesics)) and (Full publication record:ZDT) IN NHSEED, HTA FROM 2017 TO 2019

	3 ((Disease progression) OR (Acute kidney injury) OR (Acute renal failure)) and (Full publication record:ZDT) IN NHSEED, HTA FROM 2017 TO 2019 4 #1 AND #2 AND #3
# de referencias identificadas	0

Reporte de búsqueda #4	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Google Académico
Plataforma	Google Académico
Fecha de búsqueda	19/09/2019
Rango de fecha de búsqueda	2017-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Primeros 50 resultados
Estrategia de búsqueda	chronic kidney disease (NSAIDs OR Non Steroidal Anti Inflammatory OR Anti-Inflammatory Analgesics) “systematic review”
# de referencias identificadas	0

Diagrama PRISMA de las Revisiones Sistemáticas – AINEs



Estudios excluidos en la fase de por texto completo selección de revisiones sistemáticas y razones para su exclusión

Referencia	Razón
Venning B, Terrill M, Soden M. The impact of topical NSAIDs on renal function: A review of the literature. Int J Rheum Dis [Internet]. 2019;22:208–9.	Abstract.

Pregunta. Hipertensión

Estrategias de Búsqueda de las Revisiones Sistemáticas

Reporte de búsqueda #1	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Medline Embase
Plataforma	Embase
Fecha de búsqueda	15/09/2019
Rango de fecha de búsqueda	2017-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	('chronic kidney failure'/mj OR 'chronic kidney disease':ab,ti OR 'chronic renal insufficienc*':ab,ti OR 'chronic kidney insufficienc*':ab,ti OR 'chronic renal disease*':ab,ti OR 'ckd*':ab,ti OR 'chronic nephropathy*':ab,ti) NOT 'renal replacement therapy'/mj AND ('hypertension'/de OR 'high blood pressure':ab,ti OR 'arterial hypertension':ab,ti OR 'essential hypertension':ab,ti OR 'hypertensive state':ab,ti) AND (prognosis:ab,ti OR 'prognosis'/de) AND ([cochrane review]/lim OR [systematic review]/lim OR [meta analysis]/lim OR 'systematic review':ti OR 'meta-analys?s':ti) NOT (letter:it OR 'letter'/de OR editorial:it OR note:it OR 'case report'/de OR 'case study'/de OR letter:ti OR comment*:ti) AND [2017-2019]/py
# de referencias identificadas	5

Reporte de búsqueda #2	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	- Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) Last searched: Apr 4, 2019. - Pubmed Last searched: May 19, 2019. - EMBASE Last searched: May 17, 2019. - CINAHL (The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) Last searched: May 17, 2019. - PsycINFO Last searched: May 17, 2019. - LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud) Last searched: May 17, 2019. - Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) Last searched: Aug 24, 2017 - No new records have been added to DARE after 2015. - The Campbell Collaboration online library Last searched: May 19, 2019. - JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports Last searched: May 19, 2019.

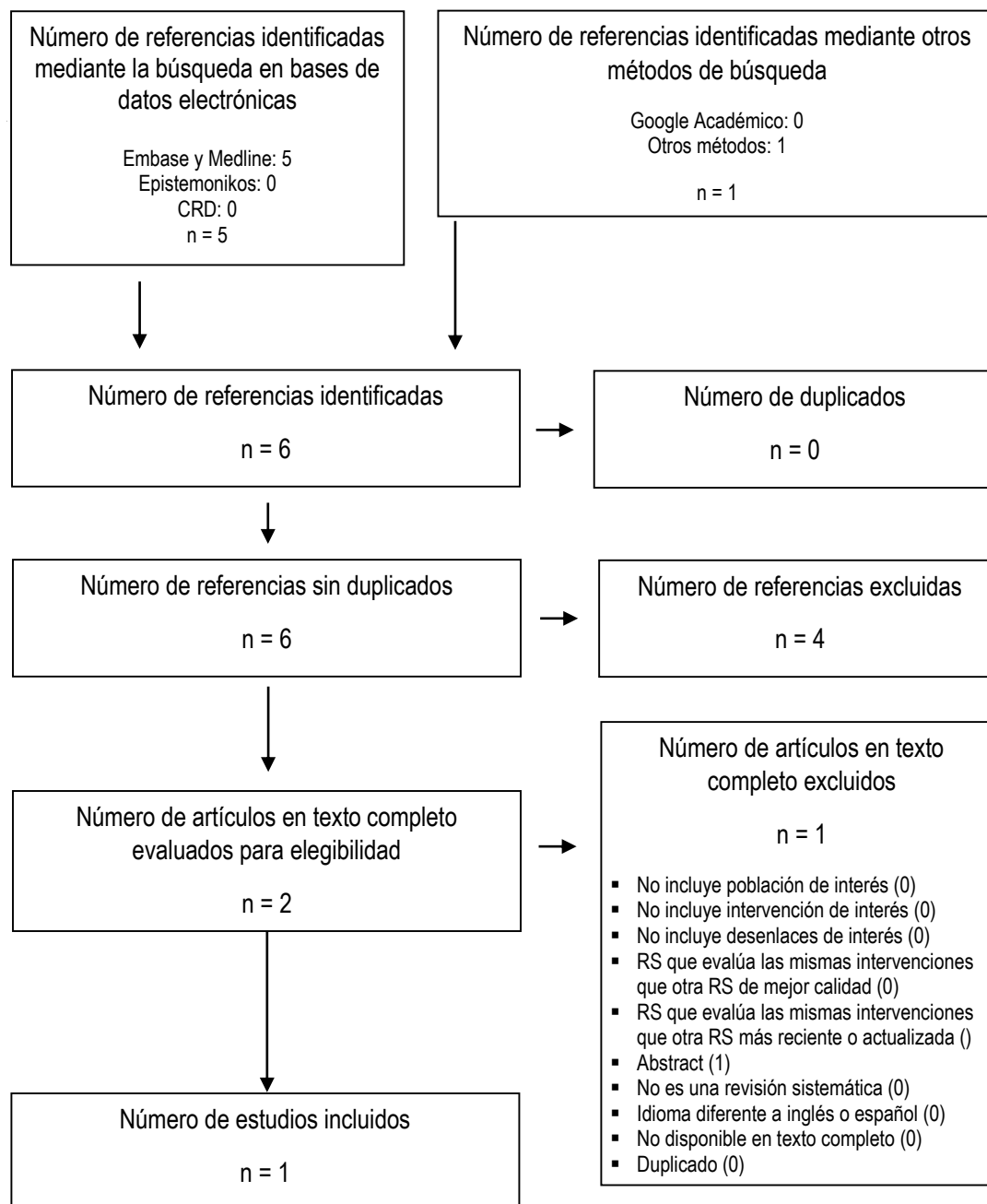
	- EPPI-Centre Evidence Library Last searched: Apr 24, 2018.
Plataforma	Epistemonikos
Fecha de búsqueda	15/09/2019
Rango de fecha de búsqueda	2017 – 2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	‘Systematic review’
Estrategia de búsqueda	(title:("chronic kidney disease") OR abstract:("chronic kidney disease")) OR (title:("chronic kidney failure") OR abstract:("chronic kidney failure")) OR (title:(chronic renal insufficienc*) OR abstract:(chronic renal insufficienc*)) OR (title:(chronic renal disease*) OR abstract:(chronic renal disease*)) OR (title:(chronic nephropath*) OR abstract:(chronic nephropath*)) OR (title:(ckd) OR abstract:(ckd)) OR (title:(chronic kidney insufficienc*) OR abstract:(chronic kidney insufficienc*)) AND (title:(hypertension) OR abstract:(hypertension)) OR (title:(high blood pressure) OR abstract:(high blood pressure)) OR (title:(‘essential hypertension’) OR abstract:(‘essential hypertension’)) AND (title:(prognosis) OR abstract:(prognosis)) OR (title:(disease progression) OR abstract:(disease progression)) OR (title:(disease exacerbation) OR abstract:(disease exacerbation))
# de referencias identificadas	0

Reporte de búsqueda #3	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	NHS EED HTA
Plataforma	Centre for Reviews and Dissemination (CRD)
Fecha de búsqueda	15/09/2019
Rango de fecha de búsqueda	2017-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	1 ((chronic kidney disease) OR (chronic renal insufficiency) OR (chronic kidney failure)) and (Full publication record: ZDT) IN NHSEED, HTA FROM 2017 TO 2019 2 ((hypertension) OR (high blood pressure) OR (essential hypertension)) and (Full publication record: ZDT) IN NHSEED, HTA FROM 2017 TO 2019

	3 ((prognosis) OR (disease progression) OR (disease exacerbation)) and (Full publication record: ZDT) IN NHSEED, HTA FROM 2017 TO 2019
	4 #1 AND #2 AND #3
# de referencias identificadas	0

Reporte de búsqueda #4	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Google Académico
Plataforma	Google Académico
Fecha de búsqueda	16/09/2019
Rango de fecha de búsqueda	2017-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Primeros 50 resultados
Estrategia de búsqueda	chronic kidney disease (hypertensive status OR high blood pressure OR hypertension OR disease progression OR mortality) “systematic review”
# de referencias identificadas	0

Diagrama PRISMA de las Revisiones Sistemáticas – Hipertensión



Estudios excluidos en la fase de por texto completo selección de revisiones sistemáticas y razones para su exclusión

Referencia	Razón
Nagai K, Saito C, Asahi K, Iseki K, Moriyama T, Tsuruya K, et al. Antihypertensive treatment and risk of cardiovascular mortality in patients with chronic kidney disease. Nephrol Dial Transplant [Internet]. 2017;32:iii575.	Resumen.

Pregunta. Diabetes

Estrategias de Búsqueda de las Revisiones Sistemáticas

Reporte de búsqueda #1	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Medline Embase
Plataforma	Embase
Fecha de búsqueda	15/09/2019
Rango de fecha de búsqueda	2017-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	('chronic kidney failure'/mj OR 'chronic kidney disease':ab,ti OR 'chronic renal insufficienc*':ab,ti OR 'chronic kidney insufficienc*':ab,ti OR 'chronic renal disease*':ab,ti OR 'ckd*':ab,ti OR 'chronic nephropathy*':ab,ti) NOT 'renal replacement therapy'/mj AND ('diabetes mellitus'/de OR diabetes:ti) AND ('disease exacerbation'/de OR 'disease progression':ab,ti OR prognosis:ab,ti OR 'prognosis'/de) AND ([cochrane review]/lim OR [systematic review]/lim OR [meta analysis]/lim OR 'systematic review':ti OR 'meta-analys?s':ti) NOT (letter:it OR 'letter'/de OR editorial:it OR note:it OR 'case report'/de OR 'case study'/de OR letter:ti OR comment*:ti) AND [2017-2019]/py
# de referencias identificadas	16

Reporte de búsqueda #2	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	- Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) Last searched: Apr 4, 2019. - Pubmed Last searched: May 19, 2019. - EMBASE Last searched: May 17, 2019. - CINAHL (The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) Last searched: May 17, 2019. - PsycINFO Last searched: May 17, 2019. - LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud) Last searched: May 17, 2019. - Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) Last searched: Aug 24, 2017 - No new records have been added to DARE after 2015. - The Campbell Collaboration online library Last searched: May 19, 2019.

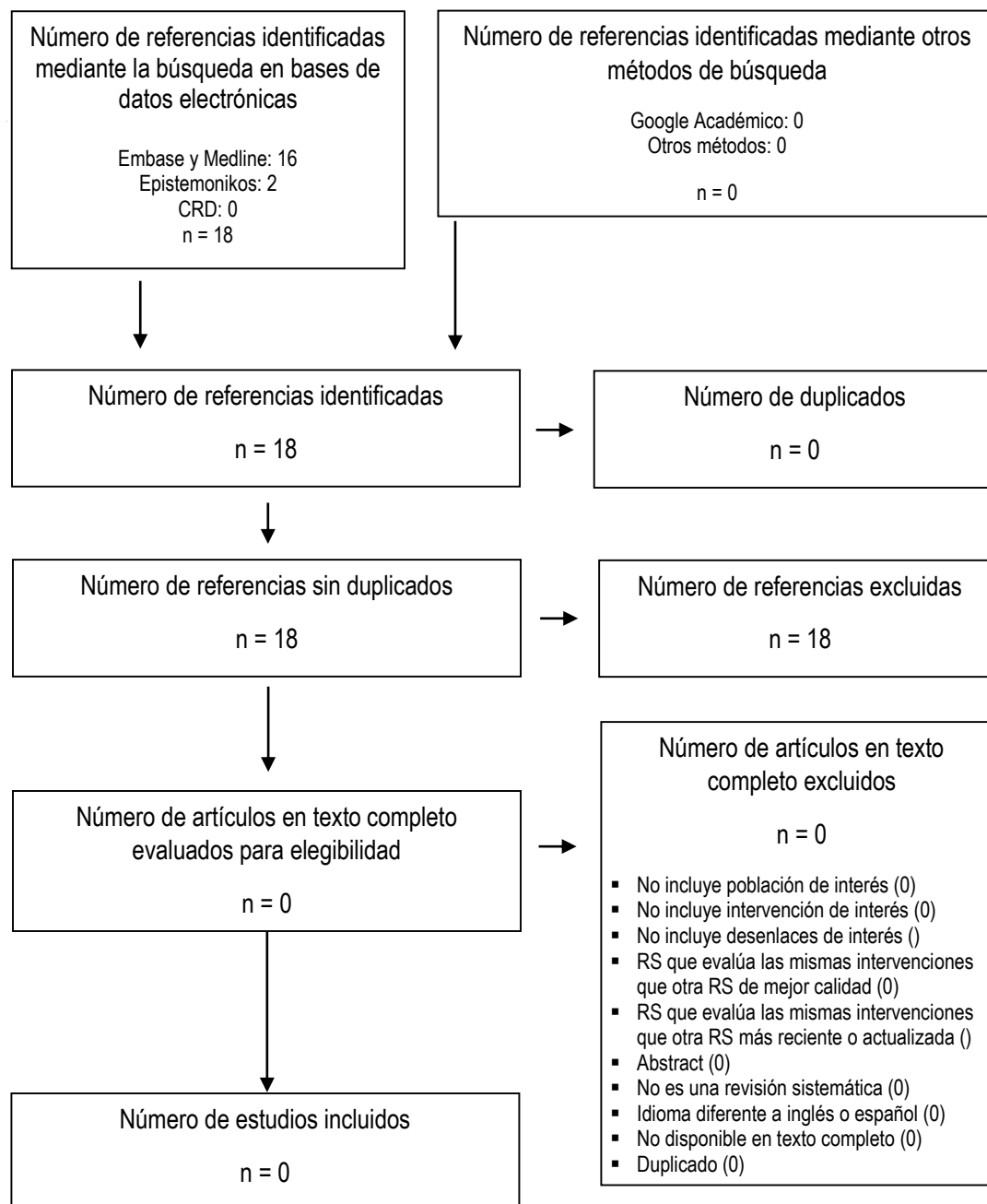
	- JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports Last searched: May 19, 2019. - EPPI-Centre Evidence Library Last searched: Apr 24, 2018.
Plataforma	- Epistemonikos
Fecha de búsqueda	15/09/2019
Rango de fecha de búsqueda	2017 – 2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	'Systematic review'
Estrategia de búsqueda	(title:("chronic kidney disease") OR abstract:("chronic kidney disease")) OR (title:("chronic kidney failure") OR abstract:("chronic kidney failure")) OR (title:(chronic renal insufficienc*) OR abstract:(chronic renal insufficienc*)) OR (title:(chronic renal disease*) OR abstract:(chronic renal disease*)) OR (title:(chronic nephropath*) OR abstract:(chronic nephropath*)) OR (title:(ckd) OR abstract:(ckd)) OR (title:(chronic kidney insufficienc*) OR abstract:(chronic kidney insufficienc*)) AND (title:(diabetes) OR abstract:(diabetes)) OR (title:(diabetes mellitus) OR abstract:(diabetes mellitus)) AND (title:(disease progression) OR abstract:(disease progression)) OR (title:(disease exacerbation) OR abstract:(disease exacerbation))
# de referencias identificadas	2

Reporte de búsqueda #3	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	NHS EED HTA
Plataforma	Centre for Reviews and Dissemination (CRD)
Fecha de búsqueda	15/09/2019
Rango de fecha de búsqueda	2017-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	1 ((chronic kidney disease) OR (chronic renal insufficiency) OR (chronic kidney failure)) and (Full publication record: ZDT) IN NHSEED, HTA FROM 2017 TO 2019 2 ((diabetes mellitus) OR (diabetes):TI) and (Full publication record:ZDT) IN NHSEED, HTA FROM 2017 TO 2019 3 ((prognosis) OR (disease progression) OR (disease exacerbation)) and (Full publication record: ZDT) IN NHSEED, HTA FROM 2017 TO 2019

	4 #1 AND #2 AND #3
# de referencias identificadas	0

Reporte de búsqueda #4	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Google Académico
Plataforma	Google Académico
Fecha de búsqueda	16/09/2019
Rango de fecha de búsqueda	2017-2019
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Primeros 50 resultados
Estrategia de búsqueda	chronic kidney disease (diabetes OR disease progression OR mortality) “systematic review”
# de referencias identificadas	0

Diagrama PRISMA de las Revisiones Sistemáticas – Diabetes



ANEXO 6. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD METODOLÓGICA DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS

Pregunta. Ecuaciones

No.	Pregunta	Criterios	Qiu 2017		McFadden 2018		Cheuiche 2019		Oscanoa 2018	
1	¿La revisión incluye los componentes de la PICO en la pregunta de investigación y los criterios de selección?	Para «Sí»: Población Intervención Control Desenlace Opcional: Tiempo de seguimiento	Si	No está explícito en el objetivo, pero se infiere de los métodos.	Si	No está explícito en el objetivo, pero se infiere de los métodos.	Si	No está explícito en el objetivo, pero se infiere de los métodos.	Si	No está explícito en el objetivo, pero se infiere de los métodos.
2	¿El reporte de la revisión contiene un enunciado explícito que dice si los métodos de la revisión se establecieron previo a la realización de la revisión y si el reporte justifica cualquier desviación significativa del protocolo?	Para «Sí» parcial: Los autores indican que escribieron un protocolo o guía con <i>todos</i> los siguientes: 1) Pregunta, 2) estrategia de búsqueda, 3) criterios de selección y 4) evaluación de riesgo de sesgo. Para «Sí» categórico además debe incluir <i>todos</i> los siguientes: 5) plan de síntesis, 6) plan de investigación de causas de heterogeneidad y 7) justificación para cualquier desviación del protocolo.	No		No	Reportan protocolo interno que no fue publicado.	Si	PROSPERO.	No	

3	¿Los autores de la revisión explicaron la selección de los diseños del estudio para inclusión en la revisión?	Para «Si» debe satisfacer <i>una</i> de las siguientes: 1. Explicación para incluir solo ECA. 2. Explicación para incluir estudios cuasiexperimentales. 3. Explicación para incluir ambos tipos de estudios.	Si	Poblacionales y transversales.	No	No mencionan el diseño de los estudios incluidos.	No	No mencionan el diseño de los estudios incluidos.	No	
No.	Pregunta	Criterios		Qiu 2017		McFadden 2018		Cheuiche 2019		Oscanoa 2018
4	¿Los autores de la revisión utilizaron una estrategia de búsqueda de literatura completa?	Para «Si» parcial debe satisfacer <i>todas</i> las siguientes: 1) Búsqueda en al menos dos bases de datos relevantes, 2) provee palabras clave o la estrategia de búsqueda o 3) justifica restricciones de publicación. Para «Si» categorico además debe incluir: revisión de listas de referencias de estudios incluidos, búsqueda en registros de estudios, consultó a expertos en el tema, buscó literatura gris (si es relevante), realizó la búsqueda dentro de los 24 meses a la terminación de la revisión.	Si	MEDLINE (via PubMed), the Cochrane Library, EmBase, Chinese National Knowledge Infrastructure, Chinese Biomedical Literature Database y búsqueda complementaria.	Si parcial	MEDLINE, EMBASE, Cochrane Library.	Si parcial	No realizaron búsqueda exhaustiva de literatura gris.	Si	MEDLINE, EMBASE y Central. Realizan búsqueda complementaria.

5	¿Los autores de la revisión realizaron una selección pareada de los estudios?	Para «Si» debe satisfacer <i>una</i> de las siguientes: 1. Al menos dos revisores acordaron independientemente la selección de los estudios elegibles y lograron un consenso sobre cuáles incluir. 2. Dos revisores seleccionaron una muestra de estudios elegibles y lograron llegar a un buen acuerdo (al menos 80 %), con los restantes seleccionados por un solo revisor.	Si		Si		Si		No	Sin información.
No.	Pregunta	Criterios		Qiu 2017		McFadden 2018		Cheuiche 2019		Oscanoa 2018
6	¿Los autores de la revisión realizaron una extracción de datos pareada?	Para «Si» debe satisfacer <i>una</i> de las siguientes: 1. Al menos dos revisores lograron un consenso sobre cuáles datos extraer de los estudios incluidos. 2. Dos revisores extrajeron datos de una muestra de estudios elegibles y llegaron a un buen acuerdo (al menos 80 %), con los restantes extraídos por un solo revisor.	Si		Si	Se asumen que lo realizan de forma independiente.	Si		No	Sin información.

7	¿Los autores proveyeron una lista de estudios excluidos y justificaron su exclusión?	Para «Sí» parcial: Proveyeron un listado de todos los estudios potencialmente relevantes que fueron leídos en texto completo, pero excluidos del reporte. Para «Sí» categorico además debe incluir: justificaron la exclusión de la revisión de cada estudio potencialmente relevante.	No	No reportan las referencias.	No	No reportan las referencias.	No	No	
8	¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	Para «Sí» parcial debe satisfacer <i>todas</i> las siguientes: Describieron la 1) población, 2) intervenciones, 3) controles, 4) desenlaces y 5) diseño de los estudios. Para «Sí» categorico además debe incluir <i>todas</i> las siguientes: Describieron 1) la población, en detalle, 2) intervenciones y controles en detalle (dosis, si son relevantes), 4) escenario 5) tiempo de seguimiento.	Sí		Sí parcial	No mencionan el patrón de oro utilizado.	Si	Si	

No.	Pregunta	Criterios		Qiu 2017		McFadden 2018		Cheuiche 2019		Oscanoa 2018
9	¿Los autores de la revisión utilizaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo en los estudios individuales incluidos?	ECA «Sí» parcial si completaron la evaluación de riesgo de sesgo: 1) ocultamiento de la asignación y 2) cegamiento de pacientes y evaluadores al momento de la determinación del desenlace. «Sí» categorico si además evaluaron que 1) la secuencia de aleatorización no fue verdaderamente al azar y 2) selección del resultado reportado de múltiples mediciones o análisis de un desenlace especificado.	Si	QUADAS	Si	QUADAS-2	Si	QUADAS-2	Si	QUADAS-2.
10	¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación para los estudios incluidos?	Deben haber reportado las fuentes de financiación para los estudios individuales incluidos en la revisión. El reporte de que los revisores buscaron la información, pero no estaba disponible, también califica.	No	No reportan fuentes de financiación para estudios individuales.	No	No reportan fuentes de financiación para estudios individuales.	No	No reportan fuentes de financiación para estudios individuales.	No	

11	Si se realizó metanálisis, ¿los autores de la revisión utilizaron métodos estadísticos apropiados para combinar los resultados?	ECA Para «Si», los autores justificaron la combinación de datos en un metanálisis y 1) utilizaron la técnica de ponderación adecuada y ajustaron por la heterogeneidad presente e 2) investigaron las causas de heterogeneidad Cuasiexperimentales Para «Si», los autores justificaron la combinación de datos en un metanálisis y 1) utilizaron la técnica de ponderación adecuada y ajustaron por la heterogeneidad presente y 2) combinaron estadísticamente los efectos estimados de estudios cuasiexperimentales que ajustaron por confusión, en vez de combinar datos crudos, o justificaron la combinación de datos crudos cuando no estuvo disponible el efecto ajustado y 3) reportaron los estimadores de los ECA y cuasiexperimentales por separado.	Si		Si		Si		No se realizó metanálisis	
----	---	--	----	--	----	--	----	--	---------------------------	--

12	Si se realizó metanálisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo de los estudios individuales en los resultados del metanálisis o en otra síntesis de evidencia?	Para «Sí»: 1) incluyó sólo ECA con bajo riesgo de sesgo o 2) si el resultado combinado se basó en ECA o cuasiexperimentales en niveles variados de riesgo de sesgo, los autores investigaron el posible impacto de riesgo de sesgo	No	No investigaron el impacto de riesgo de sesgo.	No		No		No se realizó metanálisis	
13	¿Los autores de la revisión tienen en cuenta el riesgo de sesgo en los estudios individuales cuando interpretan o discuten los resultados de la revisión?	Para «Sí»: 1) incluyó sólo ECA con bajo riesgo de sesgo o 2) si los ECA fueron de riesgo moderado o alto, o los cuasiexperimentales fueron incluidos, la revisión provee una discusión del impacto posible del riesgo de sesgo en los resultados.	No	No hay evaluación por subgrupos de estudios de mejor calidad metodológica.	Si		No		No	
No.	Pregunta	Criterios		Qiu 2017		McFadden 2018		Cheuiche 2019		Oscanoa 2018
14	¿Los autores de la revisión proveen una explicación y discusión satisfactorias de la heterogeneidad observada en los estudios, si la hubo?	Para «Sí»: 1) no hubo heterogeneidad significativa en los resultados o 2) si la heterogeneidad estuvo presente, los autores realizaron una investigación de las fuentes de la heterogeneidad en los resultados y discutieron el impacto de esto en los resultados del estudio.	No	No realizan análisis de heterogeneidad estadística.	Si		No		Si	

15	Si realizaron una síntesis cuantitativa, ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada evaluación del sesgo de publicación (sesgo de estudios pequeños) y discutieron su posible impacto en los resultados?	Para «Sí»: Realizaron pruebas gráficas o estadísticas para sesgo de publicación y discutieron la posibilidad de la magnitud del impacto de ese sesgo.	Si		Si	Parcial: excluyeron estudios de menos de 100 pacientes.	No		No se realizó metanálisis	
16	¿Los autores de la revisión reportaron posibles fuentes de conflictos de interés, incluida la financiación recibida para realizar la revisión?	Para «Sí»: 1) los autores reportan que no hubo conflicto de intereses o 2) describen cuáles fueron las fuentes de financiación y cómo manejaron los potenciales conflictos de intereses.	Si		Si		Si		No	
CALIFICACIÓN <i>Alto:</i> Máximo una debilidad no crítica <i>Moderado:</i> Más de una debilidad no crítica <i>Bajo:</i> Una debilidad crítica <i>Muy bajo:</i> Más de una debilidad crítica			Muy bajo		Muy bajo		Muy bajo		Muy bajo	

Pregunta. Dieta hiposódica

No.	Pregunta	McMahon 2015	D'Elia 2015	Garofalo 2018	Ash 2014
1	¿La revisión incluye los componentes de PICO en la pregunta de investigación y los criterios de selección?	Si No está explícito en el objetivo, pero se infiere de los métodos.	Si No está explícito en el objetivo, pero se infiere de los métodos.	Si No está explícito en el objetivo, pero se infiere de los métodos.	No La pregunta no tiene componentes PICO.
2	¿El reporte de la revisión contiene un enunciado explícito que dice si los métodos de la revisión se establecieron previo a la realización de la revisión y si el reporte justifica cualquier desviación significativa del protocolo?	Si Mencionan protocolo y cambios al protocolo.	No En el informe PRISMA no aparece marcada la opción de protocolo.	No	No
3	¿Los autores de la revisión explicaron la selección de los diseños del estudio para inclusión en la revisión?	No	No	Si	No
4	¿Los autores de la revisión utilizaron una estrategia de búsqueda de literatura completa?	Si CENTRAL, MEDLINE, EMBASE. Además, búsqueda en memorias de congresos, listas de referencia y correos a investigadores del tema.	Si parcial No realizaron búsqueda complementaria.	Si PubMed, ISI más listas de referencias.	No No justifica restricciones de idioma.
5	¿Los autores de la revisión realizaron una selección pareada de los estudios?	Si	No	Si	No Sin información.
6	¿Los autores de la revisión realizaron una extracción de datos pareada?	Si	Si	Si	No Sin información.
7	¿Los autores proveyeron una lista de estudios excluidos y justificaron su exclusión?	Si	No	No	No Sin listado de estudios excluidos.
8	¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	Si	Si	Si	Si
9	¿Los autores de la revisión utilizaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo en los estudios individuales incluidos?	Si Herramienta de riesgo de sesgo de Cochrane.	Si Herramienta de riesgo de sesgo de Cochrane.	Si Herramienta de riesgo de sesgo de Cochrane, con algunas modificaciones,	No
10	¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación para los estudios incluidos?	Si	No	No	No No reportan fuentes de financiación para estudios individuales.
11	Si se realizó metanálisis, ¿los autores de la revisión utilizaron métodos estadísticos apropiados para combinar los resultados?	Si	Si	Si	No se realizó metanálisis
12	Si se realizó metanálisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo de los estudios individuales en los resultados del metanálisis o en otra síntesis de evidencia?	Si	No	No	No se realizó metanálisis
13	¿Los autores de la revisión tienen en cuenta el riesgo de sesgo en los estudios individuales cuando interpretan o discuten los resultados de la revisión?	Si Análisis de sensibilidad según riesgo de sesgo.	No	No No hay evaluación por subgrupos de estudios de mejor calidad metodológica.	No

No.	Pregunta		McMahon 2015		D'Elia 2015		Garofalo 2018		Ash 2014
14	¿Los autores de la revisión proveen una explicación y discusión satisfactorias de la heterogeneidad observada en los estudios, si la hubo?	Si		Si		Si		No	
15	Si realizaron una síntesis cuantitativa, ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada evaluación del sesgo de publicación (sesgo de estudios pequeños) y discutieron su posible impacto en los resultados?	Si	No aplica. Menos de 10 estudios por técnica.	Si		Si		No se realizó metanálisis	
16	¿Los autores de la revisión reportaron posibles fuentes de conflictos de interés, incluida la financiación recibida para realizar la revisión?	Si		Si		Si		No	Reportan el conflicto de intereses y no la financiación.
Calificación			Alto		Bajo		Muy bajo		Muy bajo

Pregunta. Dieta hipoproteica

No.	Pregunta	Criterios	Hahn 2018		Rughooputh 2015	
1	¿La revisión incluye los componentes de PICO en la pregunta de investigación y los criterios de selección?	Para «Sí»: Población Intervención Control Desenlace Opcional: Tiempo de seguimiento	Sí	No está explícito en el objetivo, pero se infiere de los métodos.	Sí	No está explícito en el objetivo, pero se infiere de los métodos.
2	¿El reporte de la revisión contiene un enunciado explícito que dice si los métodos de la revisión se establecieron previo a la realización de la revisión y si el reporte justifica cualquier desviación significativa del protocolo?	Para «Sí» parcial: Los autores indican que escribieron un protocolo o guía con todos los siguientes: 1) Pregunta, 2) estrategia de búsqueda, 3) criterios de selección y 4) evaluación de riesgo de sesgo. Para «Sí» categórico además debe incluir todos los siguientes: 5) plan de síntesis, 6) plan de investigación de causas de heterogeneidad y 7) justificación para cualquier desviación del protocolo.	Sí	Mencionan protocolo y cambios al protocolo en 'Historia'.	Sí	
3	¿Los autores de la revisión explicaron la selección de los diseños del estudio para inclusión en la revisión?	Para «Sí» debe satisfacer una de las siguientes: 1. Explicación para incluir solo ECA. 2. Explicación para incluir estudios cuasiexperimentales. 3. Explicación para incluir ambos tipos de estudios.	Sí		No	
4	¿Los autores de la revisión utilizaron una estrategia de búsqueda de literatura completa?	Para «Sí» parcial debe satisfacer todas las siguientes: 1) Búsqueda en al menos dos bases de datos relevantes, 2) provee palabras clave o la estrategia de búsqueda o 3) justifica restricciones de publicación. Para «Sí» categórico además debe incluir: revisión de listas de referencias de estudios incluidos, búsqueda en registros de estudios, consultó a expertos en el tema, buscó literatura gris (si es relevante), realizó la búsqueda dentro de los 24 meses a la terminación de la revisión.	Sí	CENTRAL, MEDLINE, EMBASE. Además, búsqueda en memorias de congresos, listas de referencia y correos a investigadores del tema.	Sí	CENTRAL, MEDLINE, EMBASE. Además de otros métodos de búsqueda.
5	¿Los autores de la revisión realizaron una selección pareada de los estudios?	Para «Sí» debe satisfacer una de las siguientes: 1. Al menos dos revisores acordaron independientemente la selección de los estudios elegibles y lograron un consenso sobre cuáles incluir. 2. Dos revisores seleccionaron una muestra de estudios elegibles y lograron llegar a un buen acuerdo (al menos 80 %), con los restantes seleccionados por un solo revisor.	Sí	No son explícitos en cuanto a la independencia.	Sí	

No.	Pregunta	Criterios		Hahn 2018		Rughooputh 2015
6	¿Los autores de la revisión realizaron una extracción de datos pareada?	Para «Sí» debe satisfacer una de las siguientes: 1. Al menos dos revisores lograron un consenso sobre cuáles datos extraer de los estudios incluidos. 2. Dos revisores extrajeron datos de una muestra de estudios elegibles y llegaron a un buen acuerdo (al menos 80 %), con los restantes extraídos por un solo revisor.	Sí		No	Sin información.
7	¿Los autores proveyeron una lista de estudios excluidos y justificaron su exclusión?	Para «Sí» parcial: Proveyeron un listado de todos los estudios potencialmente relevantes que fueron leídos en texto completo, pero excluidos del reporte. Para «Sí» categórico además debe incluir: justificaron la exclusión de la revisión de cada estudio potencialmente relevante.	Sí	En características de estudios excluidos.	No	
8	¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	Para «Sí» parcial debe satisfacer todas las siguientes: Describieron la 1) población, 2) intervenciones, 3) controles, 4) desenlaces y 5) diseño de los estudios. Para «Sí» categórico además debe incluir todas las siguientes: Describieron 1) la población, en detalle, 2) intervenciones y controles en detalle (dosis, si son relevantes), 4) escenario 5) tiempo de seguimiento.	Sí		Sí	
9	¿Los autores de la revisión utilizaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo en los estudios individuales incluidos?	ECA «Sí» parcial si completaron la evaluación de riesgo de sesgo: 1) ocultamiento de la asignación y 2) cegamiento de pacientes y evaluadores al momento de la determinación del desenlace. «Sí» categórico si además evaluaron que 1) la secuencia de aleatorización no fue verdaderamente al azar y 2) selección del resultado reportado de múltiples mediciones o análisis de un desenlace especificado.	Sí	Herramienta de riesgo de sesgo de Cochrane.	Sí	Herramienta de riesgo de sesgo de Cochrane.
10	¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación para los estudios incluidos?	Deben haber reportado las fuentes de financiación para los estudios individuales incluidos en la revisión. El reporte de que los revisores buscaron la información, pero no estaba disponible, también califica.	Sí		No	No reportan fuentes de financiación para estudios individuales.
11	Si se realizó metanálisis, ¿los autores de la revisión utilizaron métodos estadísticos apropiados para combinar los resultados?	ECA Para «Sí», los autores justificaron la combinación de datos en un metanálisis y 1) utilizaron la técnica de ponderación adecuada y ajustaron por la heterogeneidad presente e 2) investigaron las causas de heterogeneidad	Sí	En el resumen de cada estudio.	Sí	En el resumen de cada estudio.

		Cuasiexperimentales Para «Sí», los autores justificaron la combinación de datos en un metanálisis y 1) utilizaron la técnica de ponderación adecuada y ajustaron por la heterogeneidad presente y 2) combinaron estadísticamente los efectos estimados de estudios cuasiexperimentales que ajustaron por confusión, en vez de combinar datos crudos, o justificaron la combinación de datos crudos cuando no estuvo disponible el efecto ajustado y 3) reportaron los estimadores de los ECA y cuasiexperimentales por separado.				
12	Si se realizó metanálisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo de los estudios individuales en los resultados del metanálisis o en otra síntesis de evidencia?	Para «Sí»: 1) incluyó sólo ECA con bajo riesgo de sesgo o 2) si el resultado combinado se basó en ECA o cuasiexperimentales en niveles variados de riesgo de sesgo, los autores investigaron el posible impacto de riesgo de sesgo	Sí		No	No investigaron el impacto de riesgo de sesgo.
13	¿Los autores de la revisión tienen en cuenta el riesgo de sesgo en los estudios individuales cuando interpretan o discuten los resultados de la revisión?	Para «Sí»: 1) incluyó sólo ECA con bajo riesgo de sesgo o 2) si los ECA fueron de riesgo moderado o alto, o los cuasiexperimentales fueron incluidos, la revisión provee una discusión del impacto posible del riesgo de sesgo en los resultados.	Sí		Sí	Análisis de sensibilidad por tamaño de muestra, tipo de análisis.
14	¿Los autores de la revisión proveen una explicación y discusión satisfactorias de la heterogeneidad observada en los estudios, si la hubo?	Para «Sí»: 1) no hubo heterogeneidad significativa en los resultados o 2) si la heterogeneidad estuvo presente, los autores realizaron una investigación de las fuentes de la heterogeneidad en los resultados y discutieron el impacto de esto en los resultados del estudio.	Sí		Sí	
15	Si realizaron una síntesis cuantitativa, ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada evaluación del sesgo de publicación (sesgo de estudios pequeños) y discutieron su posible impacto en los resultados?	Para «Sí»: Realizaron pruebas gráficas o estadísticas para sesgo de publicación y discutieron la posibilidad de la magnitud del impacto de ese sesgo.	No		Sí	
16	¿Los autores de la revisión reportaron posibles fuentes de conflictos de interés, incluida la financiación recibida para realizar la revisión?	Para «Sí»: 1) los autores reportan que no hubo conflicto de intereses o 2) describen cuáles fueron las fuentes de financiación y cómo manejaron los potenciales conflictos de intereses.	Sí		Sí	
		CALIFICACIÓN				
		Alto: Máximo una debilidad no crítica Moderado: Más de una debilidad no crítica Bajo: Una debilidad crítica Muy bajo: Más de una debilidad crítica	Alto		Bajo	

Pregunta. Ejercicio

No.	Pregunta	Criterios	Cheema 2014		Barcellos 2015		Wyngaert 2018	
1	¿La revisión incluye los componentes de PICO en la pregunta de investigación y los criterios de selección?	Para «Sí»: Población Intervención Control Desenlace Opcional: Tiempo de seguimiento	Sí	No está explícito en el objetivo, pero se infiere de los métodos.	Sí	No está explícito en el objetivo, pero se infiere de los métodos.	Sí	No está explícito en el objetivo, pero se infiere de los métodos.
2	¿El reporte de la revisión contiene un enunciado explícito que dice si los métodos de la revisión se establecieron previo a la realización de la revisión y si el reporte justifica cualquier desviación significativa del protocolo?	Para «Sí» parcial: Los autores indican que escribieron un protocolo o guía con todos los siguientes: 1) Pregunta, 2) estrategia de búsqueda, 3) criterios de selección y 4) evaluación de riesgo de sesgo. Para «Sí» categórico además debe incluir todos los siguientes: 5) plan de síntesis, 6) plan de investigación de causas de heterogeneidad y 7) justificación para cualquier desviación del protocolo.	No		No		No	Registraron el protocolo luego de presentar resultados. PROSPERO: CRD42018103223
3	¿Los autores de la revisión explicaron la selección de los diseños del estudio para inclusión en la revisión?	Para «Sí» debe satisfacer una de las siguientes: 1. Explicación para incluir solo ECA. 2. Explicación para incluir estudios cuasiexperimentales. 3. Explicación para incluir ambos tipos de estudios.	Sí		Sí	Experimentales.	Sí	
4	¿Los autores de la revisión utilizaron una estrategia de búsqueda de literatura completa?	Para «Sí» parcial debe satisfacer todas las siguientes: 1) Búsqueda en al menos dos bases de datos relevantes, 2) provee palabras clave o la estrategia de búsqueda o 3) justifica restricciones de publicación. Para «Sí» categórico además debe incluir: revisión de listas de referencias de estudios incluidos, búsqueda en registros de estudios, consultó a expertos en el tema, buscó literatura gris (si es relevante), realizó la búsqueda dentro de los 24 meses a la terminación de la revisión.	Sí	PubMed, ScienceDirect, SPORTDiscus, Scopus, Web of Science, the Cochrane Library, EMBASE, CINAHL, Google Scholar. Revisión de listas de referencia.	Sí	CENTRAL, MEDLINE, EMBASE. Además de revisión de resúmenes de congresos.	No	Web of Science, PubMed and Embase, clinicaltrials.gov y listado de referencias. Estudios en idiomas inglés, holandés, alemán y francés.

No.	Pregunta	Criterios		Cheema 2014		Barcellos 2015		Wyngaert 2018
5	¿Los autores de la revisión realizaron una selección pareada de los estudios?	Para «Sí» debe satisfacer una de las siguientes: 1. Al menos dos revisores acordaron independientemente la selección de los estudios elegibles y lograron un consenso sobre cuáles incluir. 2. Dos revisores seleccionaron una muestra de estudios elegibles y lograron llegar a un buen acuerdo (al menos 80 %), con los restantes seleccionados por un solo revisor.	Sí		Sí		Sí	
6	¿Los autores de la revisión realizaron una extracción de datos pareada?	Para «Sí» debe satisfacer una de las siguientes: 1. Al menos dos revisores lograron un consenso sobre cuáles datos extraer de los estudios incluidos. 2. Dos revisores extrajeron datos de una muestra de estudios elegibles y llegaron a un buen acuerdo (al menos 80 %), con los restantes extraídos por un solo revisor.	Sí		Sí		Sí	
7	¿Los autores proveyeron una lista de estudios excluidos y justificaron su exclusión?	Para «Sí» parcial: Proveyeron un listado de todos los estudios potencialmente relevantes que fueron leídos en texto completo, pero excluidos del reporte. Para «Sí» categórico además debe incluir: justificaron la exclusión de la revisión de cada estudio potencialmente relevante.	Sí	Suplemento (apéndice 2).	No		No	
8	¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	Para «Sí» parcial debe satisfacer todas las siguientes: Describieron la 1) población, 2) intervenciones, 3) controles, 4) desenlaces y 5) diseño de los estudios. Para «Sí» categórico además debe incluir todas las siguientes: Describieron 1) la población, en detalle, 2) intervenciones y controles en detalle (dosis, si son relevantes), 4) escenario 5) tiempo de seguimiento.	Sí		Sí		Sí	
9	¿Los autores de la revisión utilizaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo en los estudios individuales incluidos?	ECA «Sí» parcial si completaron la evaluación de riesgo de sesgo: 1) ocultamiento de la asignación y 2) cegamiento de pacientes y evaluadores al momento de la determinación del desenlace. «Sí» categórico si además evaluaron que 1) la secuencia de aleatorización no fue verdaderamente al azar y 2) selección del resultado reportado de múltiples mediciones o análisis de un desenlace especificado.	Sí	Herramienta de los autores que incluyó diez puntos de evaluación de sesgos.	Sí	Herramienta de riesgo de sesgo de Cochrane.	Sí	Herramienta de riesgo de sesgo de Cochrane.

No.	Pregunta	Criterios		Cheema 2014		Barcellos 2015		Wyngaert 2018
10	¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación para los estudios incluidos?	Deben haber reportado las fuentes de financiación para los estudios individuales incluidos en la revisión. El reporte de que los revisores buscaron la información, pero no estaba disponible, también califica.	No		No		No	
11	Si se realizó metanálisis, ¿los autores de la revisión utilizaron métodos estadísticos apropiados para combinar los resultados?	ECA Para «Sí», los autores justificaron la combinación de datos en un metanálisis y 1) utilizaron la técnica de ponderación adecuada y ajustaron por la heterogeneidad presente e 2) investigaron las causas de heterogeneidad Cuasiexperimentales Para «Sí», los autores justificaron la combinación de datos en un metanálisis y 1) utilizaron la técnica de ponderación adecuada y ajustaron por la heterogeneidad presente y 2) combinaron estadísticamente los efectos estimados de estudios cuasiexperimentales que ajustaron por confusión, en vez de combinar datos crudos, o justificaron la combinación de datos crudos cuando no estuvo disponible el efecto ajustado y 3) reportaron los estimadores de los ECA y cuasiexperimentales por separado.	Sí	En el resumen de cada estudio.	Sí	En el resumen de cada estudio.	Sí	En el resumen de cada estudio.
12	Si se realizó metanálisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo de los estudios individuales en los resultados del metanálisis o en otra síntesis de evidencia?	Para «Sí»: 1) incluyó sólo ECA con bajo riesgo de sesgo o 2) si el resultado combinado se basó en ECA o cuasiexperimentales en niveles variados de riesgo de sesgo, los autores investigaron el posible impacto de riesgo de sesgo	No		No		No	
13	¿Los autores de la revisión tienen en cuenta el riesgo de sesgo en los estudios individuales cuando interpretan o discuten los resultados de la revisión?	Para «Sí»: 1) incluyó sólo ECA con bajo riesgo de sesgo o 2) si los ECA fueron de riesgo moderado o alto, o los cuasiexperimentales fueron incluidos, la revisión provee una discusión del impacto posible del riesgo de sesgo en los resultados.	No		Sí		Sí	
14	¿Los autores de la revisión proveen una explicación y discusión satisfactorias de la heterogeneidad observada en los estudios, si la hubo?	Para «Sí»: 1) no hubo heterogeneidad significativa en los resultados o 2) si la heterogeneidad estuvo presente, los autores realizaron una investigación de las fuentes de la heterogeneidad en los	Sí		Sí		Sí	

		resultados y discutieron el impacto de esto en los resultados del estudio.					
No.	Pregunta	Criterios		Cheema 2014		Barcellos 2015	Wyngaert 2018
15	Si realizaron una síntesis cuantitativa, ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada evaluación del sesgo de publicación (sesgo de estudios pequeños) y discutieron su posible impacto en los resultados?	Para «Sí»: Realizaron pruebas gráficas o estadísticas para sesgo de publicación y discutieron la posibilidad de la magnitud del impacto de ese sesgo.	Sí	Gráficos de embudo invertido.	Sí	Sí	Gráficos de embudo invertido.
16	¿Los autores de la revisión reportaron posibles fuentes de conflictos de interés, incluida la financiación recibida para realizar la revisión?	Para «Sí»: 1) los autores reportan que no hubo conflicto de intereses o 2) describen cuáles fueron las fuentes de financiación y cómo manejaron los potenciales conflictos de intereses.	Sí		No	Sí	
CALIFICACIÓN							
Alto: Máximo una debilidad no crítica Moderado: Más de una debilidad no crítica Bajo: Una debilidad crítica Muy bajo: Más de una debilidad crítica			Muy bajo		Muy bajo	Muy bajo	

Pregunta. Sistemas de apoyo al autocuidado

No.	Pregunta	Criterios	Peng 2019		Zimbudzi 2018		Lee 2016	
1	¿La revisión incluye los componentes de PICO en la pregunta de investigación y los criterios de selección?	Para «Sí»: Población Intervención Control Desenlace Opcional: Tiempo de seguimiento	Sí	No está explícito en el objetivo, pero se infiere de los métodos.	Sí	No está explícito en el objetivo, pero se infiere de los métodos.	Sí	No está explícito en el objetivo, pero se infiere de los métodos.
2	¿El reporte de la revisión contiene un enunciado explícito que dice si los métodos de la revisión se establecieron previo a la realización de la revisión y si el reporte justifica cualquier desviación significativa del protocolo?	Para «Sí» parcial: Los autores indican que escribieron un protocolo o guía con todos los siguientes: 1) Pregunta, 2) estrategia de búsqueda, 3) criterios de selección y 4) evaluación de riesgo de sesgo. Para «Sí» categórico además debe incluir todos los siguientes: 5) plan de síntesis, 6) plan de investigación de causas de heterogeneidad y 7) justificación para cualquier desviación del protocolo.	Sí	PROSPERO No. CRD42017059870	Sí	PROSPERO No. CRD42015017316	No	
3	¿Los autores de la revisión explicaron la selección de los diseños del estudio para inclusión en la revisión?	Para «Sí» debe satisfacer una de las siguientes: 1. Explicación para incluir solo ECA. 2. Explicación para incluir estudios cuasiexperimentales. 3. Explicación para incluir ambos tipos de estudios.	Sí		Sí	Experimentales.	Sí	Experimentales y cuasiexperimentales
4	¿Los autores de la revisión utilizaron una estrategia de búsqueda de literatura completa?	Para «Sí» parcial debe satisfacer todas las siguientes: 1) Búsqueda en al menos dos bases de datos relevantes, 2) provee palabras clave o la estrategia de búsqueda o 3) justifica restricciones de publicación. Para «Sí» categórico además debe incluir: revisión de listas de referencias de estudios incluidos, búsqueda en registros de estudios, consultó a expertos en el tema, buscó literatura gris (si es relevante), realizó la búsqueda dentro de los 24 meses a la terminación de la revisión.	Sí parcial	PubMed, MEDLINE, EMBASE, CINAHL, Cochrane Library database, Chinese Biomedicine Database (CBM), Chinese National Knowledge Infrastructure (CNKI) y Wanfang Database Revisión de listas de referencia.	Sí parcial	Medline, EMBASE, CINAHL y revisiones de MBE. Revisión de listas de referencia. Publicaciones sólo en inglés.	No	CINAHL, Cochrane Library, MEDLINE. Estudios en inglés.

No.	Pregunta	Criterios		Peng 2019		Zimbudzi 2018		Lee 2016
5	¿Los autores de la revisión realizaron una selección pareada de los estudios?	Para «Sí» debe satisfacer una de las siguientes: 1. Al menos dos revisores acordaron independientemente la selección de los estudios elegibles y lograron un consenso sobre cuáles incluir. 2. Dos revisores seleccionaron una muestra de estudios elegibles y lograron llegar a un buen acuerdo (al menos 80 %), con los restantes seleccionados por un solo revisor.	Sí		Sí		No	No hay información.
6	¿Los autores de la revisión realizaron una extracción de datos pareada?	Para «Sí» debe satisfacer una de las siguientes: 1. Al menos dos revisores lograron un consenso sobre cuáles datos extraer de los estudios incluidos. 2. Dos revisores extrajeron datos de una muestra de estudios elegibles y llegaron a un buen acuerdo (al menos 80 %), con los restantes extraídos por un solo revisor.	No	No hay información.	Sí		No	No hay información.
7	¿Los autores proveyeron una lista de estudios excluidos y justificaron su exclusión?	Para «Sí» parcial: Proveyeron un listado de todos los estudios potencialmente relevantes que fueron leídos en texto completo, pero excluidos del reporte. Para «Sí» categórico además debe incluir: justificaron la exclusión de la revisión de cada estudio potencialmente relevante.	No		Sí		No	
8	¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	Para «Sí» parcial debe satisfacer todas las siguientes: Describieron la 1) población, 2) intervenciones, 3) controles, 4) desenlaces y 5) diseño de los estudios. Para «Sí» categórico además debe incluir todas las siguientes: Describieron 1) la población, en detalle, 2) intervenciones y controles en detalle (dosis, si son relevantes), 4) escenario 5) tiempo de seguimiento.	Sí		Sí		Sí	
9	¿Los autores de la revisión utilizaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo en los estudios individuales incluidos?	ECA «Sí» parcial si completaron la evaluación de riesgo de sesgo: 1) ocultamiento de la asignación y 2) cegamiento de pacientes y evaluadores al momento	Sí	Herramienta de riesgo de sesgo de Cochrane.	Sí	Herramienta de riesgo de sesgo de Cochrane. Monash Centre for Health Research and Implementation (MCHRI).	Sí	Escala del Instituto Joanna Briggs.

No.	Pregunta	Criterios		Peng 2019		Zimbudzi 2018		Lee 2016
		de la determinación del desenlace. «Sí» categórico si además evaluaron que 1) la secuencia de aleatorización no fue verdaderamente al azar y 2) selección del resultado reportado de múltiples mediciones o análisis de un desenlace especificado.						
10	¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación para los estudios incluidos?	Deben haber reportado las fuentes de financiación para los estudios individuales incluidos en la revisión. El reporte de que los revisores buscaron la información, pero no estaba disponible, también califica.	No		No		No	
11	Si se realizó metanálisis, ¿los autores de la revisión utilizaron métodos estadísticos apropiados para combinar los resultados?	ECA Para «Sí», los autores justificaron la combinación de datos en un metanálisis y 1) utilizaron la técnica de ponderación adecuada y ajustaron por la heterogeneidad presente e 2) investigaron las causas de heterogeneidad Cuasiexperimentales Para «Sí», los autores justificaron la combinación de datos en un metanálisis y 1) utilizaron la técnica de ponderación adecuada y ajustaron por la heterogeneidad presente y 2) combinaron estadísticamente los efectos estimados de estudios cuasiexperimentales que ajustaron por confusión, en vez de combinar datos crudos, o justificaron la combinación de datos crudos cuando no estuvo disponible el efecto ajustado y 3) reportaron los estimadores de los ECA y cuasiexperimentales por separado.	Sí	En el resumen de cada estudio.	Sí	En el resumen de cada estudio.	Sí	En el resumen de cada estudio.
12	Si se realizó metanálisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo de los estudios individuales en los resultados del metanálisis o en otra síntesis de evidencia?	Para «Sí»: 1) incluyó sólo ECA con bajo riesgo de sesgo o 2) si el resultado combinado se basó en ECA o cuasiexperimentales en niveles variados de riesgo de sesgo, los autores investigaron el posible impacto de riesgo de sesgo	No		No		No	

No.	Pregunta	Criterios		Peng 2019		Zimbudzi 2018		Lee 2016
13	¿Los autores de la revisión tienen en cuenta el riesgo de sesgo en los estudios individuales cuando interpretan o discuten los resultados de la revisión?	Para «Sí»: 1) incluyó sólo ECA con bajo riesgo de sesgo o 2) si los ECA fueron de riesgo moderado o alto, o los cuasiexperimentales fueron incluidos, la revisión provee una discusión del impacto posible del riesgo de sesgo en los resultados.	No		Sí		Sí	
14	¿Los autores de la revisión proveen una explicación y discusión satisfactorias de la heterogeneidad observada en los estudios, si la hubo?	Para «Sí»: 1) no hubo heterogeneidad significativa en los resultados o 2) si la heterogeneidad estuvo presente, los autores realizaron una investigación de las fuentes de la heterogeneidad en los resultados y discutieron el impacto de esto en los resultados del estudio.	Sí		Sí		Sí	
15	Si realizaron una síntesis cuantitativa, ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada evaluación del sesgo de publicación (sesgo de estudios pequeños) y discutieron su posible impacto en los resultados?	Para «Sí»: Realizaron pruebas gráficas o estadísticas para sesgo de publicación y discutieron la posibilidad de la magnitud del impacto de ese sesgo.	Sí	Gráficos de embudo invertido.	No		No	
16	¿Los autores de la revisión reportaron posibles fuentes de conflictos de interés, incluida la financiación recibida para realizar la revisión?	Para «Sí»: 1) los autores reportan que no hubo conflicto de intereses o 2) describen cuáles fueron las fuentes de financiación y cómo manejaron los potenciales conflictos de intereses.	Sí		Sí		Sí	
CALIFICACIÓN								
Alto: Máximo una debilidad no crítica Moderado: Más de una debilidad no crítica Bajo: Una debilidad crítica Muy bajo: Más de una debilidad crítica			Bajo		Bajo		Muy bajo	

Dominio	Tang 2017	Barcellos 2018	Aioke 2017
<i>Generación de la secuencia de aleatorización</i>	Bajo	Bajo	Bajo
<i>Ocultamiento de la asignación</i>	No está claro	No está claro	No está claro
<i>Cegamiento de los participantes y del personal</i>	No está claro	No está claro	No está claro
<i>Cegamiento de los evaluadores del resultado</i>	No está claro	Bajo	No está claro
<i>Manejo de los datos de resultado incompletos y las pérdidas</i>	Bajo	Bajo	Bajo
<i>Reporte selectivo de desenlaces</i>	Bajo	Alto	Bajo
<i>Otros sesgos</i>	Bajo	Bajo	Bajo
<i>Observaciones</i>	- Pérdidas: 6.6 % (simétrica) - No está claro si se realizó análisis por intención de tratar. - No hay mención a cegamiento.	- Pérdidas: 18/76 y 23/74. - No está claro el método de ocultamiento de la asignación. - No reporta desenlaces de calidad de vida.	- Pérdidas: 5/45 (11 %) - No está claro el método de ocultamiento de la asignación. - No hay mención a cegamiento.

Pregunta. Referencia temprana

No.	Pregunta	Criterios	Smart 2014	
1	¿La revisión incluye los componentes de PICO en la pregunta de investigación y los criterios de selección?	Para «Sí»: Población Intervención Control Desenlace Opcional: Tiempo de seguimiento	Sí	No está explícito en el objetivo, pero se infiere de los métodos.
2	¿El reporte de la revisión contiene un enunciado explícito que dice si los métodos de la revisión se establecieron previo a la realización de la revisión y si el reporte justifica cualquier desviación significativa del protocolo?	Para «Sí» parcial: Los autores indican que escribieron un protocolo o guía con todos los siguientes: 1) Pregunta, 2) estrategia de búsqueda, 3) criterios de selección y 4) evaluación de riesgo de sesgo. Para «Sí» categórico además debe incluir todos los siguientes: 5) plan de síntesis, 6) plan de investigación de causas de heterogeneidad y 7) justificación para cualquier desviación del protocolo.	Sí	Mencionan protocolo y cambios al protocolo en 'Diferencias entre protocolo y revisión'.
3	¿Los autores de la revisión explicaron la selección de los diseños del estudio para inclusión en la revisión?	Para «Sí» debe satisfacer una de las siguientes: 1. Explicación para incluir solo ECA. 2. Explicación para incluir estudios cuasiexperimentales. 3. Explicación para incluir ambos tipos de estudios.	Sí	Inicialmente ECA o cuasiexperimentales, luego cohortes.
4	¿Los autores de la revisión utilizaron una estrategia de búsqueda de literatura completa?	Para «Sí» parcial debe satisfacer todas las siguientes: 1) Búsqueda en al menos dos bases de datos relevantes, 2) provee palabras clave o la estrategia de búsqueda o 3) justifica restricciones de publicación. Para «Sí» categórico además debe incluir: revisión de listas de referencias de estudios incluidos, búsqueda en registros de estudios, consultó a expertos en el tema, buscó literatura gris (si es relevante), realizó la búsqueda dentro de los 24 meses a la terminación de la revisión.	Sí	CENTRAL, MEDLINE, EMBASE. Además de otros métodos de búsqueda.
5	¿Los autores de la revisión realizaron una selección pareada de los estudios?	Para «Sí» debe satisfacer una de las siguientes: 1. Al menos dos revisores acordaron independientemente la selección de los estudios elegibles y lograron un consenso sobre cuáles incluir. 2. Dos revisores seleccionaron una muestra de estudios elegibles y lograron llegar a un buen acuerdo (al menos 80 %), con los restantes seleccionados por un solo revisor.	Sí	

No.	Pregunta	Criterios		Smart 2014
6	¿Los autores de la revisión realizaron una extracción de datos pareada?	Para «Sí» debe satisfacer una de las siguientes: 1. Al menos dos revisores lograron un consenso sobre cuáles datos extraer de los estudios incluidos. 2. Dos revisores extrajeron datos de una muestra de estudios elegibles y llegaron a un buen acuerdo (al menos 80 %), con los restantes extraídos por un solo revisor.	Sí	
7	¿Los autores proveyeron una lista de estudios excluidos y justificaron su exclusión?	Para «Sí» parcial: Proveyeron un listado de todos los estudios potencialmente relevantes que fueron leídos en texto completo, pero excluidos del reporte. Para «Sí» categórico además debe incluir: justificaron la exclusión de la revisión de cada estudio potencialmente relevante.	Sí	En características de estudios excluidos.
8	¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	Para «Sí» parcial debe satisfacer todas las siguientes: Describieron la 1) población, 2) intervenciones, 3) controles, 4) desenlaces y 5) diseño de los estudios. Para «Sí» categórico además debe incluir todas las siguientes: Describieron 1) la población, en detalle, 2) intervenciones y controles en detalle (dosis, si son relevantes), 4) escenario 5) tiempo de seguimiento.	Sí	
9	¿Los autores de la revisión utilizaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo en los estudios individuales incluidos?	ECA «Sí» parcial si completaron la evaluación de riesgo de sesgo: 1) ocultamiento de la asignación y 2) cegamiento de pacientes y evaluadores al momento de la determinación del desenlace. «Sí» categórico si además evaluaron que 1) la secuencia de aleatorización no fue verdaderamente al azar y 2) selección del resultado reportado de múltiples mediciones o análisis de un desenlace especificado.	Sí	Herramienta de Newcastle-Ottawa.

No.	Pregunta	Criterios		Smart 2014
10	¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación para los estudios incluidos?	Deben haber reportado las fuentes de financiación para los estudios individuales incluidos en la revisión. El reporte de que los revisores buscaron la información, pero no estaba disponible, también califica.	No	
11	Si se realizó metanálisis, ¿los autores de la revisión utilizaron métodos estadísticos apropiados para combinar los resultados?	ECA Para «Sí», los autores justificaron la combinación de datos en un metanálisis y 1) utilizaron la técnica de ponderación adecuada y ajustaron por la heterogeneidad presente 2) investigaron las causas de heterogeneidad Cuasiexperimentales Para «Sí», los autores justificaron la combinación de datos en un metanálisis y 1) utilizaron la técnica de ponderación adecuada y ajustaron por la heterogeneidad presente 2) combinaron estadísticamente los efectos estimados de estudios cuasiexperimentales que ajustaron por confusión, en vez de combinar datos crudos, o justificaron la combinación de datos crudos cuando no estuvo disponible el efecto ajustado y 3) reportaron los estimadores de los ECA y cuasiexperimentales por separado.	Sí	En el resumen de cada estudio.
12	Si se realizó metanálisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo de los estudios individuales en los resultados del metanálisis o en otra síntesis de evidencia?	Para «Sí»: 1) incluyó sólo ECA con bajo riesgo de sesgo o 2) si el resultado combinado se basó en ECA o cuasiexperimentales en niveles variados de riesgo de sesgo, los autores investigaron el posible impacto de riesgo de sesgo	No	
13	¿Los autores de la revisión tienen en cuenta el riesgo de sesgo en los estudios individuales cuando interpretan o discuten los resultados de la revisión?	Para «Sí»: 1) incluyó sólo ECA con bajo riesgo de sesgo o 2) si los ECA fueron de riesgo moderado o alto, o los cuasiexperimentales fueron incluidos, la revisión provee una discusión del impacto posible del riesgo de sesgo en los resultados.	Sí	
14	¿Los autores de la revisión proveen una explicación y discusión satisfactorias de la heterogeneidad observada en los estudios, si la hubo?	Para «Sí»: 1) no hubo heterogeneidad significativa en los resultados o 2) si la heterogeneidad estuvo presente, los autores realizaron una investigación de las fuentes de la heterogeneidad en los resultados y discutieron el impacto de esto en los resultados del estudio.	Sí	

No.	Pregunta	Criterios		Smart 2014
15	Si realizaron una síntesis cuantitativa, ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada evaluación del sesgo de publicación (sesgo de estudios pequeños) y discutieron su posible impacto en los resultados?	Para «Sí»: Realizaron pruebas gráficas o estadísticas para sesgo de publicación y discutieron la posibilidad de la magnitud del impacto de ese sesgo.	Sí	
16	¿Los autores de la revisión reportaron posibles fuentes de conflictos de interés, incluida la financiación recibida para realizar la revisión?	Para «Sí»: 1) los autores reportan que no hubo conflicto de intereses o 2) describen cuáles fueron las fuentes de financiación y cómo manejaron los potenciales conflictos de intereses.	Sí	
CALIFICACIÓN Alto: Máximo una debilidad no crítica Moderado: Más de una debilidad no crítica Bajo: Una debilidad crítica Muy bajo: Más de una debilidad crítica				Moderado

Pregunta. Estatinas

No.	Pregunta	Criterios	Major 2015		Herrington 2016		Lee 2016		Zhang 2016		Sanguaneko 2015		Yan 2015		Shen 2016	
1	¿La revisión incluye los componentes de la pregunta de investigación y los criterios de selección?	Para «Sí»: Población Intervención Control Desenlace Opcional: Tiempo de seguimiento	Sí	No está explícito en el objetivo, pero se infiere de los métodos.	Sí	No está explícito en el objetivo, pero se infiere de los métodos.	Sí	No está explícito en el objetivo, pero se infiere de los métodos.	Sí	No está explícito en el objetivo, pero se infiere de los métodos.	Sí	No está explícito en el objetivo, pero se infiere de los métodos.	Sí	No está explícito en el objetivo, pero se infiere de los métodos.	Sí	No está explícito en el objetivo, pero se infiere de los métodos.
2	¿El reporte de la revisión contiene un enunciado explícito que dice si los métodos de la revisión se establecieron previo a la realización de la revisión y si el reporte justifica cualquier desviación significativa del protocolo?	Para «Sí» parcial: Los autores indican que escribieron un protocolo o guía con todos los siguientes: 1) Pregunta, 2) estrategia de búsqueda, 3) criterios de selección y 4) evaluación de riesgo de sesgo. Para «Sí» categórico además debe incluir todos los siguientes: 5) plan de síntesis, 6) plan de investigación de causas de heterogeneidad y 7) justificación para cualquier desviación del protocolo.	Sí parcial	Mencionan un protocolo que se puede conseguir escribiéndole a los autores.	Sí	Am J Cardiol 1995;75: 1130-1134	No		No		Sí	En PROSPERO.	No		No	

No.	Pregunta	Criterios		Mayor 2015		Herrington 2016		Lee 2016		Zhang 2016		Sanguaneko 2015		Yan 2015		Shen 2016
3	¿Los autores de la revisión explicaron la selección de los diseños del estudio para inclusión en la revisión?	Para «Sí» debe satisfacer una de las siguientes: 1. Explicación para incluir solo ECA. 2. Explicación para incluir estudios cuasiexperimentales. 3. Explicación para incluir ambos tipos de estudios.	Sí		Sí	Experimentales con más 1000 pacientes y seguimiento mínimo de dos años.	Sí	Experimentales y cuasiexperimentales	Sí	Experimentales y cuasiexperimentales	Sí	Experimentales y cohortes.	Sí	Experimentales.	Sí	Experimentales.
4	¿Los autores de la revisión utilizaron una estrategia de búsqueda de literatura completa?	Para «Sí» parcial debe satisfacer todas las siguientes: 1) Búsqueda en al menos dos bases de datos relevantes, 2) provee palabras clave o la estrategia de búsqueda o 3) justifica restricciones de publicación. Para «Sí» categórico además debe incluir: revisión de listas de referencias de estudios incluidos, búsqueda en registros de estudios, consultó a expertos en el tema, buscó literatura gris (si es relevante), realizó la búsqueda dentro de los 24 meses a la terminación de la revisión.	Sí parcial	PubMed, MEDLINE, EMBASE, CINAHL, Cochrane Library database, Chinese Biomedicine Database (CBM), Chinese National Knowledge Infrastructure (CNKI) y Wanfang Database Revisión de listas de referencia.	Sí parcial	Revisión de bases de datos electrónicas para completitud de los datos.	Sí parcial	CINAHL, Cochrane Library, MEDLINE. Estudios en inglés.	Sí parcial	PubMed, Embase y la biblioteca Cochrane. Estudios en inglés.	Sí parcial	PubMed, Embase y la biblioteca Cochrane. Revisión de listas de referencia.	Sí parcial	PubMed, Embase, Ovid y la biblioteca Cochrane. Revisión de listas de referencia.	No	PubMed, Embase, Web of Science, Cochrane Central, CNKI. Clinicaltrials.gov Restricción inglés y chino.

No.	Pregunta	Criterios		Major 2015		Herrington 2016		Lee 2016		Zhang 2016		Sanguaneko 2015		Yan 2015		Shen 2016
5	¿Los autores de la revisión realizaron una selección pareada de los estudios?	Para «Sí» debe satisfacer una de las siguientes: 1. Al menos dos revisores acordaron independientemente la selección de los estudios elegibles y lograron un consenso sobre cuáles incluir. 2. Dos revisores seleccionaron una muestra de estudios elegibles y lograron llegar a un buen acuerdo (al menos 80 %), con los restantes seleccionados por un solo revisor.	Sí		No	No aplica.	No	No hay información.	Sí		Sí		Sí		Sí	
6	¿Los autores de la revisión realizaron una extracción de datos pareada?	Para «Sí» debe satisfacer una de las siguientes: 1. Al menos dos revisores lograron un consenso sobre cuáles datos extraer de los estudios incluidos. 2. Dos revisores extrajeron datos de una muestra de estudios elegibles y llegaron a un buen acuerdo (al menos 80 %), con los restantes extraídos por un solo revisor.	No	No hay información.	No	No aplica.	No	No hay información.	Sí		Sí		Sí		Sí	

No.	Pregunta	Criterios		Major 2015		Herrington 2016		Lee 2016		Zhang 2016		Sanguaneko 2015		Yan 2015		Shen 2016
7	¿Los autores proveyeron una lista de estudios excluidos y justificaron su exclusión?	Para «Sí» parcial: Proveyeron un listado de todos los estudios potencialmente relevantes que fueron leídos en texto completo, pero excluidos del reporte. Para «Sí» categórico además debe incluir: justificaron la exclusión de la revisión de cada estudio potencialmente relevante.	Sí parcial	A solicitud de los lectores.	No	No aplica.	No		No		No		No		No	
8	¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	Para «Sí» parcial debe satisfacer todas las siguientes: Describieron la 1) población, 2) intervenciones, 3) controles, 4) desenlaces y 5) diseño de los estudios. Para «Sí» categórico además debe incluir todas las siguientes: Describieron 1) la población, en detalle, 2) intervenciones y controles en detalle (dosis, si son relevantes), 4) escenario 5) tiempo de seguimiento.	Sí parcial	Sin detalle del tamaño de muestra.	Sí parcial		Sí		Sí		Sí		Sí		Sí	

No.	Pregunta	Criterios		Major 2015		Herrington 2016		Lee 2016		Zhang 2016		Sanguaneko 2015		Yan 2015		Shen 2016
9	¿Los autores de la revisión utilizaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo en los estudios individuales incluidos?	ECA «Sí» parcial si completaron la evaluación de riesgo de sesgo: 1) ocultamiento de la asignación y 2) cegamiento de pacientes y evaluadores al momento de la determinación del desenlace. «Sí» categórico si además evaluaron que 1) la secuencia de aleatorización no fue verdaderamente al azar y 2) selección del resultado reportado de múltiples mediciones o análisis de un desenlace especificado.	Sí	Herramienta de riesgo de sesgo de Cochrane.	No	No realizan una evaluación formal.	Sí	Escala del Instituto Joanna Briggs.	Sí	Escala de Jadad.	Sí	Herramienta de riesgo de sesgo de Cochrane y Newcastle-Ottawa.	Sí	Herramienta de riesgo de sesgo de Cochrane.	Sí	Herramienta de riesgo de sesgo de Cochrane.
10	¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación para los estudios incluidos?	Deben haber reportado las fuentes de financiación para los estudios individuales incluidos en la revisión. El reporte de que los revisores buscaron la información, pero no estaba disponible, también califica.	No		No		No		Sí		No		No		No	

No.	Pregunta	Criterios		Major 2015		Herrington 2016		Lee 2016		Zhang 2016		Sanguaneko 2015		Yan 2015		Shen 2016
11	Si se realizó metanálisis, ¿los autores de la revisión utilizaron métodos estadísticos apropiados para combinar los resultados?	ECA Para «Sí», los autores justificaron la combinación de datos en un metanálisis y 1) utilizaron la técnica de ponderación adecuada y ajustaron por la heterogeneidad presente e 2) investigaron las causas de heterogeneidad Cuasiexperimentales Para «Sí», los autores justificaron la combinación de datos en un metanálisis y 1) utilizaron la técnica de ponderación adecuada y ajustaron por la heterogeneidad presente y 2) combinaron estadísticamente los efectos estimados de estudios cuasiexperimentales que ajustaron por confusión, en vez de combinar datos crudos, o justificaron la combinación de datos crudos cuando no estuvo disponible el efecto ajustado y 3) reportaron los estimadores de los ECA y cuasiexperimentales por separado.	Sí		Sí		Sí		Sí		Sí		Sí		Sí	

No.	Pregunta	Criterios		Major 2015		Herrington 2016		Lee 2016		Zhang 2016		Sanguanqueo 2015		Yan 2015		Shen 2016
12	Si se realizó metanálisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo de los estudios individuales en los resultados del metanálisis o en otra síntesis de evidencia?	Para «Sí»: 1) incluyó sólo ECA con bajo riesgo de sesgo o 2) si el resultado combinado se basó en ECA o cuasiexperimentales en niveles variados de riesgo de sesgo, los autores investigaron el posible impacto de riesgo de sesgo	No		No	No aplica.	No		No		No		No		No	
13	¿Los autores de la revisión tienen en cuenta el riesgo de sesgo en los estudios individuales cuando interpretan o discuten los resultados de la revisión?	Para «Sí»: 1) incluyó sólo ECA con bajo riesgo de sesgo o 2) si los ECA fueron de riesgo moderado o alto, o los cuasiexperimentales fueron incluidos, la revisión provee una discusión del impacto posible del riesgo de sesgo en los resultados.	No		No	No aplica.	Sí		Sí		No		Sí		Sí	

No.	Pregunta	Criterios		Major 2015		Herrington 2016		Lee 2016		Zhang 2016		Sanguanqueo 2015		Yan 2015		Shen 2016
14	¿Los autores de la revisión proveen una explicación y discusión satisfactorias de la heterogeneidad observada en los estudios, si la hubo?	Para «Sí»: 1) no hubo heterogeneidad significativa en los resultados o 2) si la heterogeneidad estuvo presente, los autores realizaron una investigación de las fuentes de la heterogeneidad en los resultados y discutieron el impacto de esto en los resultados del estudio.	Sí		Sí		Sí		Sí		Sí		Sí		Sí	
15	Si realizaron una síntesis cuantitativa, ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada evaluación del sesgo de publicación (sesgo de estudios pequeños) y discutieron su posible impacto en los resultados?	Para «Sí»: Realizaron pruebas gráficas o estadísticas para sesgo de publicación y discutieron la posibilidad de la magnitud del impacto de ese sesgo.	No		No		No		Sí	Gráficos de embudo.	Sí	Prueba de Egger.	Sí	Prueba de Egger.	Sí	Gráfico de embudo invertido.

No.	Pregunta	Criterios		Major 2015		Herrington 2016		Lee 2016		Zhang 2016		Sanguaneko 2015		Yan 2015		Shen 2016
16	¿Los autores de la revisión reportaron posibles fuentes de conflictos de interés, incluida la financiación recibida para la realización de la revisión?	Para «Sí»: 1) los autores reportan que no hubo conflicto de intereses o 2) describen cuáles fueron las fuentes de financiación y cómo manejaron los potenciales conflictos de intereses.	No	No está claro.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
CALIFICACIÓN																
Alto: Máximo una debilidad no crítica Moderado: Más de una debilidad no crítica Bajo: Una debilidad crítica Muy bajo: Más de una debilidad crítica			Muy bajo		Muy bajo	Metanálisis de estudios individuales, no evaluable con AMSTAR-2.	Muy bajo		Muy bajo		Muy bajo		Bajo		Muy bajo	

Riesgo de sesgo de estudios primarios - Estatinas

Dominio	de Zeeuw 2015	Reith 2017	Abe 2017	Kimura 2017	Ohsawa 2015	Mou 2016	Deedwania 2015
Generación de la secuencia de aleatorización	Bajo	Bajo	No está claro	No está claro	No está claro	Bajo	No está claro
Ocultamiento de la asignación	No está claro	No está claro	No está claro	No está claro	No está claro	Alto	No está claro
Cegamiento de los participantes y del personal	Bajo	Bajo	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo
Cegamiento de los evaluadores del resultado	Bajo	No está claro	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo
Manejo de los datos de resultado incompletos y las pérdidas	Alto	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
Reporte selectivo de desenlaces	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Alto	Bajo
Otros sesgos	Alto	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Alto
Observaciones	- No mencionan procedimiento específico de ocultamiento de la asignación. El estudio no tuvo cegamiento. Pérdidas al seguimiento: 22 %. - No se calculó muestra para comparaciones entre grupos de estatinas.	- No mencionan procedimiento de ocultamiento de la asignación. - No está claro si los evaluadores conocían la asignación.	- No mencionan procedimiento de generación de aleatorización o de ocultamiento de la asignación. - Estudio de etiqueta abierta. - No está claro si se utilizó análisis por intención de tratar.	- No mencionan procedimiento de generación de aleatorización o de ocultamiento de la asignación. - Estudio de etiqueta abierta. - Pérdidas: 4.5 %, simétricas.	"- No mencionan procedimiento de generación de aleatorización o de ocultamiento de la asignación. - Estudio de etiqueta abierta.	- Ocultamiento por sobres sellados. - Estudio de etiqueta abierta. - No hay reporte de varios desenlaces secundarios.	- No mencionan procedimiento de generación de aleatorización o de ocultamiento de la asignación. - Análisis post-hoc de experimento clínico.

Pregunta. Agentes reductores del ácido úrico

No.	Pregunta	Criterios	Su 2017		Sampson 2017		Liu 2018	
1	¿La revisión incluye los componentes de PICO en la pregunta de investigación y los criterios de selección?	Para «Sí»: Población Intervención Control Desenlace Opcional: Tiempo de seguimiento	Sí	No está explícito en el objetivo, pero se infiere de los métodos.	Sí	No está explícito en el objetivo, pero se infiere de los métodos.	Sí	No está explícito en el objetivo, pero se infiere de los métodos.
2	¿El reporte de la revisión contiene un enunciado explícito que dice si los métodos de la revisión se establecieron previo a la realización de la revisión y si el reporte justifica cualquier desviación significativa del protocolo?	Para «Sí» parcial: Los autores indican que escribieron un protocolo o guía con todos los siguientes: 1) Pregunta, 2) estrategia de búsqueda, 3) criterios de selección y 4) evaluación de riesgo de sesgo. Para «Sí» categórico además debe incluir todos los siguientes: 5) plan de síntesis, 6) plan de investigación de causas de heterogeneidad y 7) justificación para cualquier desviación del protocolo.	Sí		Sí		No	
3	¿Los autores de la revisión explicaron la selección de los diseños del estudio para inclusión en la revisión?	Para «Sí» debe satisfacer una de las siguientes: 1. Explicación para incluir solo ECA. 2. Explicación para incluir estudios cuasiexperimentales. 3. Explicación para incluir ambos tipos de estudios.	Sí		Sí	Experimentales y cuasiexperimentales.	Sí	
4	¿Los autores de la revisión utilizaron una estrategia de búsqueda de literatura completa?	Para «Sí» parcial debe satisfacer todas las siguientes: 1) Búsqueda en al menos dos bases de datos relevantes, 2) provee palabras clave o la estrategia de búsqueda o 3) justifica restricciones de publicación. Para «Sí» categórico además debe incluir: revisión de listas de referencias de estudios incluidos, búsqueda en registros de estudios, consultó a expertos en el tema, buscó literatura gris (si es relevante), realizó la búsqueda dentro de los 24 meses a la terminación de la revisión.	Sí parcial	MEDLINE via Ovid (from 1946 to Feb 2016), EMBASE (from 1966 to Feb 2016), and the Cochrane Central Register of Controlled Trials (no date restriction).	Sí	CENTRAL, MEDLINE, EMBASE. Además de otros métodos de búsqueda.	Sí	MEDLINE, EMBASE, Biblioteca Cochrane. Listas de referencias.

No.	Pregunta	Criterios		Su 2017		Sampson 2017		Liu 2018
5	¿Los autores de la revisión realizaron una selección pareada de los estudios?	Para «Sí» debe satisfacer una de las siguientes: 1. Al menos dos revisores acordaron independientemente la selección de los estudios elegibles y lograron un consenso sobre cuáles incluir. 2. Dos revisores seleccionaron una muestra de estudios elegibles y lograron llegar a un buen acuerdo (al menos 80 %), con los restantes seleccionados por un solo revisor.	Sí		Sí		Sí	
6	¿Los autores de la revisión realizaron una extracción de datos pareada?	Para «Sí» debe satisfacer una de las siguientes: 1. Al menos dos revisores lograron un consenso sobre cuáles datos extraer de los estudios incluidos. 2. Dos revisores extrajeron datos de una muestra de estudios elegibles y llegaron a un buen acuerdo (al menos 80 %), con los restantes extraídos por un solo revisor.	Sí		Sí		Sí	
7	¿Los autores proveyeron una lista de estudios excluidos y justificaron su exclusión?	Para «Sí» parcial: Proveyeron un listado de todos los estudios potencialmente relevantes que fueron leídos en texto completo, pero excluidos del reporte. Para «Sí» categórico además debe incluir: justificaron la exclusión de la revisión de cada estudio potencialmente relevante.	No		Sí	Características de estudios excluidos.	No	
8	¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	Para «Sí» parcial debe satisfacer todas las siguientes: Describieron la 1) población, 2) intervenciones, 3) controles, 4) desenlaces y 5) diseño de los estudios. Para «Sí» categórico además debe incluir todas las siguientes: Describieron 1) la población, en detalle, 2) intervenciones y controles en detalle (dosis, si son relevantes), 4) escenario 5) tiempo de seguimiento.	Sí		Sí		Sí	

No.	Pregunta	Criterios		Su 2017		Sampson 2017		Liu 2018
9	¿Los autores de la revisión utilizaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo en los estudios individuales incluidos?	ECA «Sí» parcial si completaron la evaluación de riesgo de sesgo: 1) ocultamiento de la asignación y 2) cegamiento de pacientes y evaluadores al momento de la determinación del desenlace. «Sí» categórico si además evaluaron que 1) la secuencia de aleatorización no fue verdaderamente al azar y 2) selección del resultado reportado de múltiples mediciones o análisis de un desenlace especificado.	Sí	Herramienta de riesgo de sesgo de Cochrane. Escala de Jadad.	Sí	Herramienta de riesgo de sesgo de Cochrane.	Sí parcial	Escala de Newcastle-Ottawa.
10	¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación para los estudios incluidos?	Deben haber reportado las fuentes de financiación para los estudios individuales incluidos en la revisión. El reporte de que los revisores buscaron la información, pero no estaba disponible, también califica.	Sí		Sí		No	No reportan fuentes de financiación para estudios individuales.
11	Si se realizó metanálisis, ¿los autores de la revisión utilizaron métodos estadísticos apropiados para combinar los resultados?	ECA Para «Sí», los autores justificaron la combinación de datos en un metanálisis y 1) utilizaron la técnica de ponderación adecuada y ajustaron por la heterogeneidad presente e 2) investigaron las causas de heterogeneidad Cuasiexperimentales Para «Sí», los autores justificaron la combinación de datos en un metanálisis y 1) utilizaron la técnica de ponderación adecuada y ajustaron por la heterogeneidad presente y 2) combinaron estadísticamente los efectos estimados de estudios cuasiexperimentales que ajustaron por confusión, en vez de combinar datos crudos, o justificaron la combinación de datos crudos cuando no estuvo disponible el efecto ajustado y 3) reportaron los estimadores de los ECA y cuasiexperimentales por separado.	Sí	En el resumen de cada estudio.	Sí	En el resumen de cada estudio.	Sí	

No.	Pregunta	Criterios		Su 2017		Sampson 2017		Liu 2018
12	Si se realizó metanálisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo de los estudios individuales en los resultados del metanálisis o en otra síntesis de evidencia?	Para «Sí»: 1) incluyó sólo ECA con bajo riesgo de sesgo o 2) si el resultado combinado se basó en ECA o cuasiexperimentales en niveles variados de riesgo de sesgo, los autores investigaron el posible impacto de riesgo de sesgo	Sí	Análisis de sensibilidad de estudios con Jaded < 2.	Sí	Análisis de sensibilidad según riesgo de sesgo.	No	No realizaron análisis de sensibilidad por riesgo de sesgo.
13	¿Los autores de la revisión tienen en cuenta el riesgo de sesgo en los estudios individuales cuando interpretan o discuten los resultados de la revisión?	Para «Sí»: 1) incluyó sólo ECA con bajo riesgo de sesgo o 2) si los ECA fueron de riesgo moderado o alto, o los cuasiexperimentales fueron incluidos, la revisión provee una discusión del impacto posible del riesgo de sesgo en los resultados.	Sí		Sí		Sí	
14	¿Los autores de la revisión proveen una explicación y discusión satisfactorias de la heterogeneidad observada en los estudios, si la hubo?	Para «Sí»: 1) no hubo heterogeneidad significativa en los resultados o 2) si la heterogeneidad estuvo presente, los autores realizaron una investigación de las fuentes de la heterogeneidad en los resultados y discutieron el impacto de esto en los resultados del estudio.	Sí	En la línea de base de la función renal.	Sí		Sí	
15	Si realizaron una síntesis cuantitativa, ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada evaluación del sesgo de publicación (sesgo de estudios pequeños) y discutieron su posible impacto en los resultados?	Para «Sí»: Realizaron pruebas gráficas o estadísticas para sesgo de publicación y discutieron la posibilidad de la magnitud del impacto de ese sesgo.	No		Sí	No aplica. Muy pocos estudios para evaluar sesgo de publicación.	Sí	Prueba de Egger.
16	¿Los autores de la revisión reportaron posibles fuentes de conflictos de interés, incluida la financiación recibida para realizar la revisión?	Para «Sí»: 1) los autores reportan que no hubo conflicto de intereses o 2) describen cuáles fueron las fuentes de financiación y cómo manejaron los potenciales conflictos de intereses.	Sí		Sí		Sí	
CALIFICACIÓN			Bajo		Alto		Muy bajo	
Alto: Máximo una debilidad no crítica Moderado: Más de una debilidad no crítica Bajo: Una debilidad crítica Muy bajo: Más de una debilidad crítica								

Riesgo de sesgo de estudios primarios – Agentes reductores del ácido úrico

Dominio	Saag 2016	Kimura 2018	Yu 2018	Mukri 2018	Golmohammadi 2017
Generación de la secuencia de aleatorización	No está claro	Bajo	Bajo	No está claro	No está claro
Ocultamiento de la asignación	No está claro	No está claro	No está claro	No está claro	No está claro
Cegamiento de los participantes y del personal	Bajo	Bajo	Alto	Alto	No está claro
Cegamiento de los evaluadores del resultado	Bajo	Bajo	Alto	Alto	No está claro
Manejo de los datos de resultado incompletos y las pérdidas	Alto	No está claro	Bajo	Bajo	Bajo
Reporte selectivo de desenlaces	Bajo	Bajo	Alto	Bajo	Bajo
Otros sesgos	No está claro	Bajo	Alto	Alto	Alto
Observaciones	- No mencionan procedimiento específico generación de la secuencia aleatoria o de ocultamiento de la asignación. - Pérdidas al seguimiento: 40 %. - No está claro si realizaron análisis por intención de tratar.	- Mencionan que hubo ocultamiento de la asignación, pero no son claros con el método. - Pérdidas al seguimiento: 18 %.	- No mencionan procedimiento específico de ocultamiento de la asignación. - Etiqueta abierta. - Pérdidas al seguimiento: 10 %. - No mencionan si hubo hidronefrosis o los pacientes que llegaron a estadio final. - No está claro si realizaron análisis por intención de tratar. Incluyeron pacientes con nefrolitiasis, lo que puede alterar los resultados del modelo experimental.	- No mencionan procedimiento específico generación de la secuencia aleatoria o de ocultamiento de la asignación. - Etiqueta abierta. - Pérdidas al seguimiento: 9 %. - No realizaron análisis por intención de tratar. Excluyeron pacientes por efectos adversos.	- No mencionan procedimiento específico generación de la secuencia aleatoria o de ocultamiento de la asignación. - No está claro si hubo cegamiento de la asignación, pero se sospecha que no lo hubo. - Pérdidas al seguimiento: 9 %. - No realizaron análisis por intención de tratar. Excluyeron pacientes por efectos adversos.

Pregunta. RAAS

No.	Pregunta	Criterios	Mishima 2019		Xie 2015		Lu 2016		Currie 2016		Palmer 2015	
1	¿La revisión incluye los componentes de PICO en la pregunta de investigación y los criterios de selección?	Para «Sí»: Población Intervención Control Desenlace Opcional: Tiempo de seguimiento	Sí	No está explícito en el objetivo, pero se infiere de los métodos.	Si	No está explícito en el objetivo, pero se infiere de los métodos.	Sí	No está explícito en el objetivo, pero se infiere de los métodos.	Si	No está explícito en el objetivo, pero se infiere de los métodos.	Sí	No está explícito en el objetivo, pero se infiere de los métodos.
2	¿El reporte de la revisión contiene un enunciado explícito que dice si los métodos de la revisión se establecieron previo a la realización de la revisión y si el reporte justifica cualquier desviación significativa del protocolo?	Para «Sí» parcial: Los autores indican que escribieron un protocolo o guía con todos los siguientes: 1) Pregunta, 2) estrategia de búsqueda, 3) criterios de selección y 4) evaluación de riesgo de sesgo. Para «Sí» categórico además debe incluir todos los siguientes: 5) plan de síntesis, 6) plan de investigación de causas de heterogeneidad y 7) justificación para cualquier desviación del protocolo.	No	Sin información	No		No		No		Si	

No.	Pregunta	Criterios		Mishima 2019		Xie 2015		Lu 2016		Currie 2016		Palmer 2015
3	¿Los autores de la revisión explicaron la selección de los diseños del estudio para inclusión en la revisión?	Para «Sí» debe satisfacer una de las siguientes: 1. Explicación para incluir solo ECA. 2. Explicación para incluir estudios cuasiexperimentales. 3. Explicación para incluir ambos tipos de estudios.	Sí		Sí	Experimentales de más de 20 pacientes.	Sí	Experimentales y observacionales	Sí	Experimentales	Sí	
4	¿Los autores de la revisión utilizaron una estrategia de búsqueda de literatura completa?	Para «Sí» parcial debe satisfacer todas las siguientes: 1) Búsqueda en al menos dos bases de datos relevantes, 2) provee palabras clave o la estrategia de búsqueda o 3) justifica restricciones de publicación. Para «Sí» categórico además debe incluir: revisión de listas de referencias de estudios incluidos, búsqueda en registros de estudios, consultó a expertos en el tema, buscó literatura gris (si es relevante), realizó la búsqueda dentro de los 24 meses a la terminación de la revisión.	Sí parcial	PubMed-MEDLINE, Cochrane Library database, Japan Medical Abstracts Society (ICHUSHI). Revisión de listas de referencia.	Sí	MEDLINE, EMBASE, clinicaltrials.gov Revisión de listas de referencia.	Sí parcial	PubMed, Embase, Cochrane Central. Revisión de listas de referencia.	No	PubMed, Embase, Cochrane Clinical Trials. Estudios en inglés.	Sí parcial	MedLine, Embase, CENTRAL.

No.	Pregunta	Criterios		Mishima 2019		Xie 2015		Lu 2016		Currie 2016		Palmer 2015
5	¿Los autores de la revisión realizaron una selección pareada de los estudios?	Para «Sí» debe satisfacer una de las siguientes: 1. Al menos dos revisores acordaron independientemente la selección de los estudios elegibles y lograron un consenso sobre cuáles incluir. 2. Dos revisores seleccionaron una muestra de estudios elegibles y lograron llegar a un buen acuerdo (al menos 80 %), con los restantes seleccionados por un solo revisor.	Sí		Sí		Sí		Sí		Sí	
6	¿Los autores de la revisión realizaron una extracción de datos pareada?	Para «Sí» debe satisfacer una de las siguientes: 1. Al menos dos revisores lograron un consenso sobre cuáles datos extraer de los estudios incluidos. 2. Dos revisores extrajeron datos de una muestra de estudios elegibles y llegaron a un buen acuerdo (al menos 80 %), con los restantes extraídos por un solo revisor.	Sí		Sí		No	No está claro en el manuscrito.	No	No está claro en el manuscrito.	Sí	
No.	Pregunta	Criterios		Mishima 2019		Xie 2015		Lu 2016		Currie 2016		Palmer 2015
7	¿Los autores proveyeron una lista de estudios excluidos y justificaron su exclusión?	Para «Sí» parcial: Proveyeron un listado de todos los estudios potencialmente relevantes que fueron leídos en texto completo, pero excluidos del reporte. Para «Sí» categórico además debe incluir: justificaron la exclusión de la revisión de cada estudio potencialmente relevante.	Sí		No		No		No		No	

8	¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	Para «Sí» parcial debe satisfacer todas las siguientes: Describieron la 1) población, 2) intervenciones, 3) controles, 4) desenlaces y 5) diseño de los estudios. Para «Sí» categórico además debe incluir todas las siguientes: Describieron 1) la población, en detalle, 2) intervenciones y controles en detalle (dosis, si son relevantes), 4) escenario 5) tiempo de seguimiento.	Sí		Sí parcial	Falta la descripción de la población en detalle, escenarios.	Sí		Sí		Sí	
No.	Pregunta	Criterios		Mishima 2019		Xie 2015		Lu 2016		Currie 2016		Palmer 2015
9	¿Los autores de la revisión utilizaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo en los estudios individuales incluidos?	ECA «Sí» parcial si completaron la evaluación de riesgo de sesgo: 1) ocultamiento de la asignación y 2) cegamiento de pacientes y evaluadores al momento de la determinación del desenlace. «Sí» categórico si además evaluaron que 1) la secuencia de aleatorización no fue verdaderamente al azar y 2) selección del resultado reportado de múltiples mediciones o análisis de un desenlace especificado.	Sí	Herramienta de riesgo de sesgo de Cochrane modificada.	No	Herramienta de riesgo de sesgo de Cochrane y escala de Jadad.	Sí	Herramienta de riesgo de sesgo de Cochrane y Newcastle-Ottawa.	Sí	Herramienta de riesgo de sesgo de Cochrane.	Sí	Herramienta de riesgo de sesgo de Cochrane.

10	¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación para los estudios incluidos?	Deben haber reportado las fuentes de financiación para los estudios individuales incluidos en la revisión. El reporte de que los revisores buscaron la información, pero no estaba disponible, también califica.	No		No		No		Sí	En el párrafo de financiación (<i>funding</i>).	No	
No.	Pregunta	Criterios		Mishima 2019		Xie 2015		Lu 2016		Currie 2016		Palmer 2015
11	Si se realizó metanálisis, ¿los autores de la revisión utilizaron métodos estadísticos apropiados para combinar los resultados?	ECA Para «Sí», los autores justificaron la combinación de datos en un metanálisis y 1) utilizaron la técnica de ponderación adecuada y ajustaron por la heterogeneidad presente e 2) investigaron las causas de heterogeneidad Cuasiexperimentales Para «Sí», los autores justificaron la combinación de datos en un metanálisis y 1) utilizaron la técnica de ponderación adecuada y ajustaron por la heterogeneidad presente y 2) combinaron estadísticamente los efectos estimados de estudios cuasiexperimentales que ajustaron por confusión, en vez de combinar datos crudos, o justificaron la combinación de datos crudos cuando no estuvo disponible el efecto ajustado y 3) reportaron los estimadores de los ECA y cuasiexperimentales por separado.	Sí		Sí		Sí		Sí		Sí	
No.	Pregunta	Criterios		Mishima 2019		Xie 2015		Lu 2016		Currie 2016		Palmer 2015
12	Si se realizó metanálisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo de los estudios individuales en los resultados del metanálisis o en otra síntesis de evidencia?	Para «Sí»: 1) incluyó sólo ECA con bajo riesgo de sesgo o 2) si el resultado combinado se basó en ECA o cuasiexperimentales en niveles variados de riesgo de sesgo, los autores investigaron el posible impacto de riesgo de sesgo	No		Sí	Análisis de sensibilidad por puntaje de Jadad (en suplemento).	No		No		No	

13	¿Los autores de la revisión tienen en cuenta el riesgo de sesgo en los estudios individuales cuando interpretan o discuten los resultados de la revisión?	Para «Sí»: 1) incluyó sólo ECA con bajo riesgo de sesgo o 2) si los ECA fueron de riesgo moderado o alto, o los cuasiexperimentales fueron incluidos, la revisión provee una discusión del impacto posible del riesgo de sesgo en los resultados.	No		Sí		No		No		No	
14	¿Los autores de la revisión proveen una explicación y discusión satisfactorias de la heterogeneidad observada en los estudios, si la hubo?	Para «Sí»: 1) no hubo heterogeneidad significativa en los resultados o 2) si la heterogeneidad estuvo presente, los autores realizaron una investigación de las fuentes de la heterogeneidad en los resultados y discutieron el impacto de esto en los resultados del estudio.	Sí		Sí		No		No		Sí	
No.	Pregunta	Criterios		Mishima 2019		Xie 2015		Lu 2016		Currie 2016		Palmer 2015
15	Si realizaron una síntesis cuantitativa, ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada evaluación del sesgo de publicación (sesgo de estudios pequeños) y discutieron su posible impacto en los resultados?	Para «Sí»: Realizaron pruebas gráficas o estadísticas para sesgo de publicación y discutieron la posibilidad de la magnitud del impacto de ese sesgo.	Sí	Gráficos de embudo.	No		No	Gráficos de embudo.	Sí	Gráficos de embudo.	Sí	
16	¿Los autores de la revisión reportaron posibles fuentes de conflictos de interés, incluida la financiación recibida para realizar la revisión?	Para «Sí»: 1) los autores reportan que no hubo conflicto de intereses o 2) describen cuáles fueron las fuentes de financiación y cómo manejaron los potenciales conflictos de intereses.	No	Declaran no tener conflicto de intereses. Sin información sobre financiación.	Sí		Sí		Sí		Sí	
CALIFICACIÓN												
Alto: Máximo una debilidad no crítica Moderado: Más de una debilidad no crítica Bajo: Una debilidad crítica Muy bajo: Más de una debilidad crítica			Muy bajo		Muy bajo		Muy bajo		Muy bajo		Muy bajo	

Riesgo de sesgo de estudios primarios - RAAS

Dominio	Antlanger 2017	Damman 2018
<i>Generación de la secuencia de aleatorización</i>	No está claro	Bajo
<i>Ocultamiento de la asignación</i>	No está claro	Bajo
<i>Cegamiento de los participantes y del personal</i>	No está claro	Bajo
<i>Cegamiento de los evaluadores del resultado</i>	No está claro	Bajo
<i>Manejo de los datos de resultado incompletos y las pérdidas</i>	Bajo	Bajo
<i>Reporte selectivo de desenlaces</i>	Bajo	Bajo
<i>Otros sesgos</i>	No está claro	No está claro
<i>Observaciones</i>	- No está claro cómo generaron la secuencia de aleatorización el ocultamiento de la asignación. - No mencionan cegamiento en el manuscrito. - No está claro si utilizan análisis por intención de tratar.	- IVRS - No está claro si utilizan análisis por intención de tratar.

Pregunta. Anticoagulantes y antiagregantes

No.	Pregunta	Criterios	Malhotra 2019	Kimachi 2017	Bai 2016	Major 2016
1	¿La revisión incluye los componentes de PICO en la pregunta de investigación y los criterios de selección?	Para «Sí»: Población Intervención Control Desenlace Opcional: Tiempo de seguimiento	Sí No está explícito en el objetivo, pero se infiere de los métodos.	Sí No está explícito en el objetivo, pero se infiere de los métodos.	Sí No está explícito en el objetivo, pero se infiere de los métodos.	Sí No está explícito en el objetivo, pero se infiere de los métodos.
2	¿El reporte de la revisión contiene un enunciado explícito que dice si los métodos de la revisión se establecieron previo a la realización de la revisión y si el reporte justifica cualquier desviación significativa del protocolo?	Para «Sí» parcial: Los autores indican que escribieron un protocolo o guía con todos los siguientes: 1) Pregunta, 2) estrategia de búsqueda, 3) criterios de selección y 4) evaluación de riesgo de sesgo. Para «Sí» categórico además debe incluir todos los siguientes: 5) plan de síntesis, 6) plan de investigación de causas de heterogeneidad y 7) justificación para cualquier desviación del protocolo.	No	Sí	No	Sí PROSPERO identification CRD42014008860
3	¿Los autores de la revisión explicaron la selección de los diseños del estudio para inclusión en la revisión?	Para «Sí» debe satisfacer una de las siguientes: 1. Explicación para incluir solo ECA. 2. Explicación para incluir estudios cuasiexperimentales. 3. Explicación para incluir ambos tipos de estudios.	No Incluyen ambos tipos de estudios.	Sí Experimentales y cuasiexperimentales. Excluyen cruzados para evitar efecto de arrastre.	Sí Experimentales y observacionales-	Sí Experimentales.

No.	Pregunta	Criterios		Malhotra 2019		Kimachi 2017		Bai 2016		Major 2016
4	¿Los autores de la revisión utilizaron una estrategia de búsqueda de literatura completa?	Para «Sí» parcial debe satisfacer todas las siguientes: 1) Búsqueda en al menos dos bases de datos relevantes, 2) provee palabras clave o la estrategia de búsqueda o 3) justifica restricciones de publicación. Para «Sí» categórico además debe incluir: revisión de listas de referencias de estudios incluidos, búsqueda en registros de estudios, consultó a expertos en el tema, buscó literatura gris (si es relevante), realizó la búsqueda dentro de los 24 meses a la terminación de la revisión.	No	CENTRAL, Ovid MEDLINE, Ovid Embase, Scopus Sólo artículos en inglés. Revisión de listas de referencia.	Sí	CENTRAL, MEDLINE, Embase. Métodos complementarios.	Sí parcial	Cochrane Library, MEDLINE. Revisión de listas de referencia.	Sí parcial	MEDLINE, Embase y bases de datos Cochrane. Revisión de listas de referencia.
5	¿Los autores de la revisión realizaron una selección pareada de los estudios?	Para «Sí» debe satisfacer una de las siguientes: 1. Al menos dos revisores acordaron independientemente la selección de los estudios elegibles y lograron un consenso sobre cuáles incluir. 2. Dos revisores seleccionaron una muestra de estudios elegibles y lograron llegar a un buen acuerdo (al menos 80 %), con los restantes seleccionados por un solo revisor.	Sí		Sí		Sí		Sí	

No.	Pregunta	Criterios		Malhotra 2019		Kimachi 2017		Bai 2016		Major 2016
6	¿Los autores de la revisión realizaron una extracción de datos pareada?	Para «Sí» debe satisfacer una de las siguientes: 1. Al menos dos revisores lograron un consenso sobre cuáles datos extraer de los estudios incluidos. 2. Dos revisores extrajeron datos de una muestra de estudios elegibles y llegaron a un buen acuerdo (al menos 80 %), con los restantes extraídos por un solo revisor.	No	No hay información.	Sí		No	No hay información.	No	No hay información.
7	¿Los autores proveyeron una lista de estudios excluidos y justificaron su exclusión?	Para «Sí» parcial: Proveyeron un listado de todos los estudios potencialmente relevantes que fueron leídos en texto completo, pero excluidos del reporte. Para «Sí» categórico además debe incluir: justificaron la exclusión de la revisión de cada estudio potencialmente relevante.	Sí		Sí		No		No	
8	¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	Para «Sí» parcial debe satisfacer todas las siguientes: Describieron la 1) población, 2) intervenciones, 3) controles, 4) desenlaces y 5) diseño de los estudios. Para «Sí» categórico además debe incluir todas las siguientes: Describieron 1) la población, en detalle, 2) intervenciones y controles en detalle (dosis, si son relevantes), 4) escenario 5) tiempo de seguimiento.	Sí		Sí		Sí		No	

No.	Pregunta	Criterios		Malhotra 2019		Kimachi 2017		Bai 2016		Major 2016
9	¿Los autores de la revisión utilizaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo en los estudios individuales incluidos?	ECA «Sí» parcial si completaron la evaluación de riesgo de sesgo: 1) ocultamiento de la asignación y 2) cegamiento de pacientes y evaluadores al momento de la determinación del desenlace. «Sí» categórico si además evaluaron que 1) la secuencia de aleatorización no fue verdaderamente al azar y 2) selección del resultado reportado de múltiples mediciones o análisis de un desenlace especificado.	Sí	Escala de Newcastle-Ottawa.	Sí	Herramienta de riesgo de sesgo de Cochrane.	Sí	Escala de Newcastle-Ottawa.	Sí	Herramienta de riesgo de sesgo de Cochrane.
10	¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación para los estudios incluidos?	Deben haber reportado las fuentes de financiación para los estudios individuales incluidos en la revisión. El reporte de que los revisores buscaron la información, pero no estaba disponible, también califica.	No		Sí	En 'otros sesgos'.	No		No	

No.	Pregunta	Criterios		Malhotra 2019		Kimachi 2017		Bai 2016		Major 2016
11	Si se realizó metanálisis, ¿los autores de la revisión utilizaron métodos estadísticos apropiados para combinar los resultados?	ECA Para «Sí», los autores justificaron la combinación de datos en un metanálisis y 1) utilizaron la técnica de ponderación adecuada y ajustaron por la heterogeneidad presente e 2) investigaron las causas de heterogeneidad Cuasiexperimentales Para «Sí», los autores justificaron la combinación de datos en un metanálisis y 1) utilizaron la técnica de ponderación adecuada y ajustaron por la heterogeneidad presente y 2) combinaron estadísticamente los efectos estimados de estudios cuasiexperimentales que ajustaron por confusión, en vez de combinar datos crudos, o justificaron la combinación de datos crudos cuando no estuvo disponible el efecto ajustado y 3) reportaron los estimadores de los ECA y cuasiexperimentales por separado.	Sí	En el resumen de cada estudio.	Sí	En el resumen de cada estudio.	Sí	En el resumen de cada estudio.	Sí	En el resumen de cada estudio.

No.	Pregunta	Criterios		Malhotra 2019		Kimachi 2017		Bai 2016		Major 2016
12	Si se realizó metanálisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo de los estudios individuales en los resultados del metanálisis o en otra síntesis de evidencia?	Para «Sí»: 1) incluyó sólo ECA con bajo riesgo de sesgo o 2) si el resultado combinado se basó en ECA o cuasiexperimentales en niveles variados de riesgo de sesgo, los autores investigaron el posible impacto de riesgo de sesgo	No		Sí	Incluyó ECA con bajo riesgo de sesgo.	No		No	
13	¿Los autores de la revisión tienen en cuenta el riesgo de sesgo en los estudios individuales cuando interpretan o discuten los resultados de la revisión?	Para «Sí»: 1) incluyó sólo ECA con bajo riesgo de sesgo o 2) si los ECA fueron de riesgo moderado o alto, o los cuasiexperimentales fueron incluidos, la revisión provee una discusión del impacto posible del riesgo de sesgo en los resultados.	No		Sí	Incluyó ECA con bajo riesgo de sesgo.	No		Sí	
14	¿Los autores de la revisión proveen una explicación y discusión satisfactorias de la heterogeneidad observada en los estudios, si la hubo?	Para «Sí»: 1) no hubo heterogeneidad significativa en los resultados o 2) si la heterogeneidad estuvo presente, los autores realizaron una investigación de las fuentes de la heterogeneidad en los resultados y discutieron el impacto de esto en los resultados del estudio.	Sí		Sí		Sí		Sí	

No.	Pregunta	Criterios		Malhotra 2019		Kimachi 2017		Bai 2016		Major 2016
15	Si realizaron una síntesis cuantitativa, ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada evaluación del sesgo de publicación (sesgo de estudios pequeños) y discutieron su posible impacto en los resultados?	Para «Sí»: Realizaron pruebas gráficas o estadísticas para sesgo de publicación y discutieron la posibilidad de la magnitud del impacto de ese sesgo.	Sí	Gráficos de embudo y prueba de Egger	Sí	Lo planearon, pero el número de estudios fue bajo.	Sí	Prueba de Egger.	No	No aparece mencionada en los métodos o resultados.
16	¿Los autores de la revisión reportaron posibles fuentes de conflictos de interés, incluida la financiación recibida para realizar la revisión?	Para «Sí»: 1) los autores reportan que no hubo conflicto de intereses o 2) describen cuáles fueron las fuentes de financiación y cómo manejaron los potenciales conflictos de intereses.	Sí		Sí		Sí		Sí	
CALIFICACIÓN										
Alto: Máximo una debilidad no crítica Moderado: Más de una debilidad no crítica Bajo: Una debilidad crítica Muy bajo: Más de una debilidad crítica			Muy bajo		Alto		Muy bajo		Muy bajo	

Riesgo de sesgo de estudios primarios – Anticoagulantes y antiagregantes

Dominio	Fox 2019	Ikeme 2017	Goicochea 2018
Generación de la secuencia de aleatorización	No está claro	Bajo	No está claro
Ocultamiento de la asignación	No está claro	Bajo	No está claro
Cegamiento de los participantes y del personal	Bajo	Bajo	Alto
Cegamiento de los evaluadores del resultado	Bajo	Bajo	Bajo
Manejo de los datos de resultado incompletos y las pérdidas	Bajo	No está claro	Bajo
Reporte selectivo de desenlaces	Bajo	Bajo	Bajo
Otros sesgos	Bajo	Bajo	Bajo
Observaciones	No mencionan un procedimiento específico de la generación de la secuencia de aleatorización y del ocultamiento de la asignación.	- No está claro si hubo pérdidas al seguimiento en el subgrupo evaluado.	No mencionan un procedimiento específico de la generación de la secuencia de aleatorización y del ocultamiento de la asignación. - Estudio de etiqueta abierta. Los evaluadores estaban cegados a la asignación.

Pregunta. Insuficiencia renal aguda

No.	Pregunta	Criterios	See 2019		Mehta 2018	
1	¿La revisión incluye los componentes de PICO en la pregunta de investigación y los criterios de selección?	Para «Sí»: Población Intervención Control Desenlace Opcional: Tiempo de seguimiento	Sí	No está explícito en el objetivo, pero se infiere de los métodos.	Sí	No está explícito en el objetivo, pero se infiere de los métodos.
2	¿El reporte de la revisión contiene un enunciado explícito que dice si los métodos de la revisión se establecieron previo a la realización de la revisión y si el reporte justifica cualquier desviación significativa del protocolo?	Para «Sí» parcial: Los autores indican que escribieron un protocolo o guía con todos los siguientes: 1) Pregunta, 2) estrategia de búsqueda, 3) criterios de selección y 4) evaluación de riesgo de sesgo. Para «Sí» categórico además debe incluir todos los siguientes: 5) plan de síntesis, 6) plan de investigación de causas de heterogeneidad y 7) justificación para cualquier desviación del protocolo.	Sí	Protocolo publicado.	No	
3	¿Los autores de la revisión explicaron la selección de los diseños del estudio para inclusión en la revisión?	Para «Sí» debe satisfacer una de las siguientes: 1. Explicación para incluir solo ECA. 2. Explicación para incluir estudios cuasiexperimentales. 3. Explicación para incluir ambos tipos de estudios.	Sí		Sí	
4	¿Los autores de la revisión utilizaron una estrategia de búsqueda de literatura completa?	Para «Sí» parcial debe satisfacer todas las siguientes: 1) Búsqueda en al menos dos bases de datos relevantes, 2) provee palabras clave o la estrategia de búsqueda o 3) justifica restricciones de publicación. Para «Sí» categórico además debe incluir: revisión de listas de referencias de estudios incluidos, búsqueda en registros de estudios, consultó a expertos en el tema, buscó literatura gris (si es relevante), realizó la búsqueda dentro de los 24 meses a la terminación de la revisión.	Sí	PubMed-MEDLINE, Embase. Búsqueda complementaria.	No	MEDLINE, Embase, Cochrane Library, CINAHL y Web of Science Búsqueda complementaria en PubMed. Excluyeron artículos que no estuvieran en inglés.

No.	Pregunta	Criterios		See 2019		Mehta 2018
5	¿Los autores de la revisión realizaron una selección pareada de los estudios?	Para «Sí» debe satisfacer una de las siguientes: 1. Al menos dos revisores acordaron independientemente la selección de los estudios elegibles y lograron un consenso sobre cuáles incluir. 2. Dos revisores seleccionaron una muestra de estudios elegibles y lograron llegar a un buen acuerdo (al menos 80 %), con los restantes seleccionados por un solo revisor.	Sí		Sí	
6	¿Los autores de la revisión realizaron una extracción de datos pareada?	Para «Sí» debe satisfacer una de las siguientes: 1. Al menos dos revisores lograron un consenso sobre cuáles datos extraer de los estudios incluidos. 2. Dos revisores extrajeron datos de una muestra de estudios elegibles y llegaron a un buen acuerdo (al menos 80 %), con los restantes extraídos por un solo revisor.	Sí		Sí	
7	¿Los autores proveyeron una lista de estudios excluidos y justificaron su exclusión?	Para «Sí» parcial: Proveyeron un listado de todos los estudios potencialmente relevantes que fueron leídos en texto completo, pero excluidos del reporte. Para «Sí» categórico además debe incluir: justificaron la exclusión de la revisión de cada estudio potencialmente relevante.	Sí		No	
8	¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	Para «Sí» parcial debe satisfacer todas las siguientes: Describieron la 1) población, 2) intervenciones, 3) controles, 4) desenlaces y 5) diseño de los estudios. Para «Sí» categórico además debe incluir todas las siguientes: Describieron 1) la población, en detalle, 2) intervenciones y controles en detalle (dosis, si son relevantes), 4) escenario 5) tiempo de seguimiento.	Sí parcial	No discriminaron el tamaño de la muestra por brazo del estudio.	Sí parcial	No discriminaron el tamaño de la muestra por brazo del estudio.

No.	Pregunta	Criterios		See 2019		Mehta 2018
9	¿Los autores de la revisión utilizaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo en los estudios individuales incluidos?	ECA «Sí» parcial si completaron la evaluación de riesgo de sesgo: 1) ocultamiento de la asignación y 2) cegamiento de pacientes y evaluadores al momento de la determinación del desenlace. «Sí» categórico si además evaluaron que 1) la secuencia de aleatorización no fue verdaderamente al azar y 2) selección del resultado reportado de múltiples mediciones o análisis de un desenlace especificado.	Sí	Escala de Newcastle-Ottawa modificada.	Sí	Escala de Downs y Black.
10	¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación para los estudios incluidos?	Deben haber reportado las fuentes de financiación para los estudios individuales incluidos en la revisión. El reporte de que los revisores buscaron la información, pero no estaba disponible, también califica.	No		No	
11	Si se realizó metanálisis, ¿los autores de la revisión utilizaron métodos estadísticos apropiados para combinar los resultados?	ECA Para «Sí», los autores justificaron la combinación de datos en un metanálisis y 1) utilizaron la técnica de ponderación adecuada y ajustaron por la heterogeneidad presente e 2) investigaron las causas de heterogeneidad Cuasiexperimentales Para «Sí», los autores justificaron la combinación de datos en un metanálisis y 1) utilizaron la técnica de ponderación adecuada y ajustaron por la heterogeneidad presente y 2) combinaron estadísticamente los efectos estimados de estudios cuasiexperimentales que ajustaron por confusión, en vez de combinar datos crudos, o justificaron la combinación de datos crudos cuando no estuvo disponible el efecto ajustado y 3) reportaron los estimadores de los ECA y cuasiexperimentales por separado.	Sí	En el resumen de cada estudio.	Sí	En el resumen de cada estudio.

No.	Pregunta	Criterios		See 2019		Mehta 2018
12	Si se realizó metanálisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo de los estudios individuales en los resultados del metanálisis o en otra síntesis de evidencia?	Para «Sí»: 1) incluyó sólo ECA con bajo riesgo de sesgo o 2) si el resultado combinado se basó en ECA o cuasiexperimentales en niveles variados de riesgo de sesgo, los autores investigaron el posible impacto de riesgo de sesgo	Sí	Análisis de sensibilidad post hoc.	No	
13	¿Los autores de la revisión tienen en cuenta el riesgo de sesgo en los estudios individuales cuando interpretan o discuten los resultados de la revisión?	Para «Sí»: 1) incluyó sólo ECA con bajo riesgo de sesgo o 2) si los ECA fueron de riesgo moderado o alto, o los cuasiexperimentales fueron incluidos, la revisión provee una discusión del impacto posible del riesgo de sesgo en los resultados.	No		No	
14	¿Los autores de la revisión proveen una explicación y discusión satisfactorias de la heterogeneidad observada en los estudios, si la hubo?	Para «Sí»: 1) no hubo heterogeneidad significativa en los resultados o 2) si la heterogeneidad estuvo presente, los autores realizaron una investigación de las fuentes de la heterogeneidad en los resultados y discutieron el impacto de esto en los resultados del estudio.	Sí		Sí	
15	Si realizaron una síntesis cuantitativa, ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada evaluación del sesgo de publicación (sesgo de estudios pequeños) y discutieron su posible impacto en los resultados?	Para «Sí»: Realizaron pruebas gráficas o estadísticas para sesgo de publicación y discutieron la posibilidad de la magnitud del impacto de ese sesgo.	Sí	Gráficos de embudo.	No	No realizaron gráficos de embudo invertido por alta heterogeneidad.
16	¿Los autores de la revisión reportaron posibles fuentes de conflictos de interés, incluida la financiación recibida para realizar la revisión?	Para «Sí»: 1) los autores reportan que no hubo conflicto de intereses o 2) describen cuáles fueron las fuentes de financiación y cómo manejaron los potenciales conflictos de intereses.	Sí	Declaran la financiación para los autores.	Sí	
		CALIFICACIÓN Alto: Máximo una debilidad no crítica Moderado: Más de una debilidad no crítica Bajo: Una debilidad crítica Muy bajo: Más de una debilidad crítica	Bajo		Muy bajo	

Pregunta. AINEs

No.	Pregunta	Criterios	Nderitu 2013		Zhang 2017	
1	¿La revisión incluye los componentes de PICO en la pregunta de investigación y los criterios de selección?	Para «Sí»: Población Intervención Control Desenlace Opcional: Tiempo de seguimiento	Sí	No está explícito en el objetivo, pero se infiere de los métodos.	Sí	No está explícito en el objetivo, pero se infiere de los métodos.
2	¿El reporte de la revisión contiene un enunciado explícito que dice si los métodos de la revisión se establecieron previo a la realización de la revisión y si el reporte justifica cualquier desviación significativa del protocolo?	Para «Sí» parcial: Los autores indican que escribieron un protocolo o guía con todos los siguientes: 1) Pregunta, 2) estrategia de búsqueda, 3) criterios de selección y 4) evaluación de riesgo de sesgo. Para «Sí» categórico además debe incluir todos los siguientes: 5) plan de síntesis, 6) plan de investigación de causas de heterogeneidad y 7) justificación para cualquier desviación del protocolo.	No	Sin información	No	
3	¿Los autores de la revisión explicaron la selección de los diseños del estudio para inclusión en la revisión?	Para «Sí» debe satisfacer una de las siguientes: 1. Explicación para incluir solo ECA. 2. Explicación para incluir estudios cuasiexperimentales. 3. Explicación para incluir ambos tipos de estudios.	Sí		Sí	Experimentales de más de 20 pacientes.
4	¿Los autores de la revisión utilizaron una estrategia de búsqueda de literatura completa?	Para «Sí» parcial debe satisfacer todas las siguientes: 1) Búsqueda en al menos dos bases de datos relevantes, 2) provee palabras clave o la estrategia de búsqueda o 3) justifica restricciones de publicación. Para «Sí» categórico además debe incluir: revisión de listas de referencias de estudios incluidos, búsqueda en registros de estudios, consultó a expertos en el tema, buscó literatura gris (si es relevante), realizó la búsqueda dentro de los 24 meses a la terminación de la revisión.	Sí parcial	MEDLINE, EMBASE, Cochrane, CINAHL y AMED. Realizan una búsqueda complementaria.	No	MEDLINE, EMBASE. Restringen a idioma inglés.

No.	Pregunta	Criterios		Nderitu 2013		Zhang 2017
5	¿Los autores de la revisión realizaron una selección pareada de los estudios?	Para «Sí» debe satisfacer una de las siguientes: 1. Al menos dos revisores acordaron independientemente la selección de los estudios elegibles y lograron un consenso sobre cuáles incluir. 2. Dos revisores seleccionaron una muestra de estudios elegibles y lograron llegar a un buen acuerdo (al menos 80 %), con los restantes seleccionados por un solo revisor.	Sí		Sí	
6	¿Los autores de la revisión realizaron una extracción de datos pareada?	Para «Sí» debe satisfacer una de las siguientes: 1. Al menos dos revisores lograron un consenso sobre cuáles datos extraer de los estudios incluidos. 2. Dos revisores extrajeron datos de una muestra de estudios elegibles y llegaron a un buen acuerdo (al menos 80 %), con los restantes extraídos por un solo revisor.	No	Sin información.	Sí	
7	¿Los autores proveyeron una lista de estudios excluidos y justificaron su exclusión?	Para «Sí» parcial: Proveyeron un listado de todos los estudios potencialmente relevantes que fueron leídos en texto completo, pero excluidos del reporte. Para «Sí» categórico además debe incluir: justificaron la exclusión de la revisión de cada estudio potencialmente relevante.	Sí		No	
8	¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	Para «Sí» parcial debe satisfacer todas las siguientes: Describieron la 1) población, 2) intervenciones, 3) controles, 4) desenlaces y 5) diseño de los estudios. Para «Sí» categórico además debe incluir todas las siguientes: Describieron 1) la población, en detalle, 2) intervenciones y controles en detalle (dosis, si son relevantes), 4) escenario 5) tiempo de seguimiento.	Sí		Sí	

No.	Pregunta	Criterios		Nderitu 2013		Zhang 2017
9	¿Los autores de la revisión utilizaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo en los estudios individuales incluidos?	ECA «Sí» parcial si completaron la evaluación de riesgo de sesgo: 1) ocultamiento de la asignación y 2) cegamiento de pacientes y evaluadores al momento de la determinación del desenlace. «Sí» categórico si además evaluaron que 1) la secuencia de aleatorización no fue verdaderamente al azar y 2) selección del resultado reportado de múltiples mediciones o análisis de un desenlace especificado.	Sí	Herramienta de riesgo de sesgo de Cochrane modificada.	Sí	Newcastle-Ottawa.
10	¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación para los estudios incluidos?	Deben haber reportado las fuentes de financiación para los estudios individuales incluidos en la revisión. El reporte de que los revisores buscaron la información, pero no estaba disponible, también califica.	No		No	
11	Si se realizó metanálisis, ¿los autores de la revisión utilizaron métodos estadísticos apropiados para combinar los resultados?	ECA Para «Sí», los autores justificaron la combinación de datos en un metanálisis y 1) utilizaron la técnica de ponderación adecuada y ajustaron por la heterogeneidad presente e 2) investigaron las causas de heterogeneidad Cuasiexperimentales Para «Sí», los autores justificaron la combinación de datos en un metanálisis y 1) utilizaron la técnica de ponderación adecuada y ajustaron por la heterogeneidad presente y 2) combinaron estadísticamente los efectos estimados de estudios cuasiexperimentales que ajustaron por confusión, en vez de combinar datos crudos, o justificaron la combinación de datos crudos cuando no estuvo disponible el efecto ajustado y 3) reportaron los estimadores de los ECA y cuasiexperimentales por separado.	Sí		Sí	

No.	Pregunta	Criterios		Nderitu 2013		Zhang 2017
12	Si se realizó metanálisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo de los estudios individuales en los resultados del metanálisis o en otra síntesis de evidencia?	Para «Sí»: 1) incluyó sólo ECA con bajo riesgo de sesgo o 2) si el resultado combinado se basó en ECA o cuasiexperimentales en niveles variados de riesgo de sesgo, los autores investigaron el posible impacto de riesgo de sesgo	No		No	
13	¿Los autores de la revisión tienen en cuenta el riesgo de sesgo en los estudios individuales cuando interpretan o discuten los resultados de la revisión?	Para «Sí»: 1) incluyó sólo ECA con bajo riesgo de sesgo o 2) si los ECA fueron de riesgo moderado o alto, o los cuasiexperimentales fueron incluidos, la revisión provee una discusión del impacto posible del riesgo de sesgo en los resultados.	Sí		Sí	
14	¿Los autores de la revisión proveen una explicación y discusión satisfactorias de la heterogeneidad observada en los estudios, si la hubo?	Para «Sí»: 1) no hubo heterogeneidad significativa en los resultados o 2) si la heterogeneidad estuvo presente, los autores realizaron una investigación de las fuentes de la heterogeneidad en los resultados y discutieron el impacto de esto en los resultados del estudio.	No		Sí	
15	Si realizaron una síntesis cuantitativa, ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada evaluación del sesgo de publicación (sesgo de estudios pequeños) y discutieron su posible impacto en los resultados?	Para «Sí»: Realizaron pruebas gráficas o estadísticas para sesgo de publicación y discutieron la posibilidad de la magnitud del impacto de ese sesgo.	Sí	Menos de 10 estudios incluidos.	Sí	Heterogeneidad estadística alta.
16	¿Los autores de la revisión reportaron posibles fuentes de conflictos de interés, incluida la financiación recibida para realizar la revisión?	Para «Sí»: 1) los autores reportan que no hubo conflicto de intereses o 2) describen cuáles fueron las fuentes de financiación y cómo manejaron los potenciales conflictos de intereses.	Sí		Sí	
CALIFICACIÓN						
Alto: Máximo una debilidad no crítica Moderado: Más de una debilidad no crítica Bajo: Una debilidad crítica Muy bajo: Más de una debilidad crítica			Bajo		Muy bajo	

Preguntas. Clasificación, hipertensión y diabetes

No.	Pregunta	Criterios	Astor 2011		Hallan 2012		Tsai 2016		Norris 2018		Mahmoodi 2012		Fox 2012	
1	¿La revisión incluye los componentes de la pregunta de investigación y los criterios de selección?	Para «Sí»: Población Intervención Control Desenlace Opcional: Tiempo de seguimiento	Sí	No está explícito en el objetivo, pero se infiere de los métodos.	Sí	No está explícito en el objetivo, pero se infiere de los métodos.	Sí		Sí	No está explícito en el objetivo, pero se infiere de los métodos.	Sí	No está explícito en el objetivo, pero se infiere de los métodos.	Sí	No está explícito en el objetivo, pero se infiere de los métodos.
2	¿El reporte de la revisión contiene un enunciado explícito que dice si los métodos de la revisión se establecieron previo a la realización de la revisión y si el reporte justifica cualquier desviación significativa del protocolo?	Para «Sí» parcial: Los autores indican que escribieron un protocolo o guía con todos los siguientes: 1) Pregunta, 2) estrategia de búsqueda, 3) criterios de selección y 4) evaluación de riesgo de sesgo. Para «Sí» categórico además debe incluir todos los siguientes: 5) plan de síntesis, 6) plan de investigación de causas de heterogeneidad y 7) justificación para cualquier desviación del protocolo.	Sí		Sí		Sí		No		Sí		Sí	

No.	Pregunta	Criterios	Astor 2011		Hallan 2012		Tsai 2016		Norris 2018		Mahmoodi 2012		Fox 2012	
3	¿Los autores de la revisión explicaron la selección de los diseños del estudio para inclusión en la revisión?	Para «Sí» debe satisfacer una de las siguientes: 1. Explicación para incluir solo ECA. 2. Explicación para incluir estudios cuasiexperimentales. 3. Explicación para incluir ambos tipos de estudios.	Sí		Sí		Sí	Cohortes y casos y controles.	Sí		Sí		Sí	
4	¿Los autores de la revisión utilizaron una estrategia de búsqueda de literatura completa?	Para «Sí» parcial debe satisfacer todas las siguientes: 1) Búsqueda en al menos dos bases de datos relevantes, 2) provee palabras clave o la estrategia de búsqueda o 3) justifica restricciones de publicación. Para «Sí» categórico además debe incluir: revisión de listas de referencias de estudios incluidos, búsqueda en registros de estudios, consultó a expertos en el tema, buscó literatura gris (si es relevante), realizó la búsqueda dentro de los 24 meses a la terminación de la revisión.	No		No		Sí	MEDLINE, PubMed, Scopus, Cochrane Library. Búsqueda complementaria.	No	Embase, MEDLINE, Central. Excluyeron resúmenes y filtraron por idioma (inglés).	No		No	

No.	Pregunta	Criterios	Astor 2011		Hallan 2012		Tsai 2016		Norris 2018		Mahmoodi 2012		Fox 2012	
5	¿Los autores de la revisión realizaron una selección pareada de los estudios?	Para «Sí» debe satisfacer una de las siguientes: 1. Al menos dos revisores acordaron independientemente la selección de los estudios elegibles y lograron un consenso sobre cuáles incluir. 2. Dos revisores seleccionaron una muestra de estudios elegibles y lograron llegar a un buen acuerdo (al menos 80 %), con los restantes seleccionados por un solo revisor.	No		No		No	Sin información.	Sí		No		No	
6	¿Los autores de la revisión realizaron una extracción de datos pareada?	Para «Sí» debe satisfacer una de las siguientes: 1. Al menos dos revisores lograron un consenso sobre cuáles datos extraer de los estudios incluidos. 2. Dos revisores extrajeron datos de una muestra de estudios elegibles y llegaron a un buen acuerdo (al menos 80 %), con los restantes extraídos por un solo revisor.	No		No		Sí		No	No hay información.	No		No	

No.	Pregunta	Criterios	Astor 2011		Hallan 2012		Tsai 2016		Norris 2018		Mahmoodi 2012		Fox 2012	
7	¿Los autores proveyeron una lista de estudios excluidos y justificaron su exclusión?	Para «Sí» parcial: Proveyeron un listado de todos los estudios potencialmente relevantes que fueron leídos en texto completo, pero excluidos del reporte. Para «Sí» categórico además debe incluir: justificaron la exclusión de la revisión de cada estudio potencialmente relevante.	No		No		No	No proveen las referencias de los estudios excluidos.	No	No proveen las referencias de los estudios excluidos.	No		No	
8	¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	Para «Sí» parcial debe satisfacer todas las siguientes: Describieron la 1) población, 2) intervenciones, 3) controles, 4) desenlaces y 5) diseño de los estudios. Para «Sí» categórico además debe incluir todas las siguientes: Describieron 1) la población, en detalle, 2) intervenciones y controles en detalle (dosis, si son relevantes), 4) escenario 5) tiempo de seguimiento.	Sí		Sí		Sí		Sí		Sí		Sí	

9	¿Los autores de la revisión utilizaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo en los estudios individuales incluidos?	ECA «Sí» parcial si completaron la evaluación de riesgo de sesgo: 1) ocultamiento de la asignación y 2) cegamiento de pacientes y evaluadores al momento de la determinación del desenlace. «Sí» categórico si además evaluaron que 1) la secuencia de aleatorización no fue verdaderamente al azar y 2) selección del resultado reportado de múltiples mediciones o análisis de un desenlace especificado.	No		No		Sí	Newcastle-Ottawa.	Sí	Downs & Black.	No		No	
10	¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación para los estudios incluidos?	Deben haber reportado las fuentes de financiación para los estudios individuales incluidos en la revisión. El reporte de que los revisores buscaron la información, pero no estaba disponible, también califica.	No		No		No		No		Sí		Sí	

11	Si se realizó metanálisis, ¿los autores de la revisión utilizaron métodos estadísticos apropiados para combinar resultados?	ECA Para «Sí», los autores justificaron la combinación de datos en un metanálisis y 1) utilizaron la técnica de ponderación adecuada y ajustaron por la heterogeneidad presente e 2) investigaron las causas de heterogeneidad Cuasiexperimentales Para «Sí», los autores justificaron la combinación de datos en un metanálisis y 1) utilizaron la técnica de ponderación adecuada y ajustaron por la heterogeneidad presente y 2) combinaron estadísticamente los efectos estimados de estudios cuasiexperimentales que ajustaron por confusión, en vez de combinar datos crudos, o justificaron la combinación de datos crudos cuando no estuvo disponible el efecto ajustado y	Sí		Sí		Sí	Metanálisis exploratorio.	No se realizó metanálisis		Sí		Sí	
----	---	--	----	--	----	--	----	---------------------------	---------------------------	--	----	--	----	--

		3) reportaron los estimadores de los ECA y cuasiexperimentales por separado.												
12	Si se realizó metanálisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo de los estudios individuales en los resultados del metanálisis o en otra síntesis de evidencia?	Para «Sí»: 1) incluyó sólo ECA con bajo riesgo de sesgo o 2) si el resultado combinado se basó en ECA o cuasiexperimentales en niveles variados de riesgo de sesgo, los autores investigaron el posible impacto de riesgo de sesgo	No		No		No		No se realizó metanálisis		No		No	
13	¿Los autores de la revisión tienen en cuenta el riesgo de sesgo en los estudios individuales cuando interpretan o discuten los resultados de la revisión?	Para «Sí»: 1) incluyó sólo ECA con bajo riesgo de sesgo o 2) si los ECA fueron de riesgo moderado o alto, o los cuasiexperimentales fueron incluidos, la revisión provee una discusión del impacto posible del riesgo de sesgo en los resultados.	No		No		Sí		Sí		No		No	
14	¿Los autores de la revisión proveen una explicación y discusión satisfactorias de la heterogeneidad observada en los estudios, si la hubo?	Para «Sí»: 1) no hubo heterogeneidad significativa en los resultados o 2) si la heterogeneidad estuvo presente, los autores realizaron una investigación de las	Sí		Sí		Sí		Sí		Sí		Sí	

		fuentes de la heterogeneidad en los resultados y discutieron el impacto de esto en los resultados del estudio.												
15	Si realizaron una síntesis cuantitativa, ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada evaluación del sesgo de publicación (sesgo de estudios pequeños) y discutieron su posible impacto en los resultados?	Para «Sí»: Realizaron pruebas gráficas o estadísticas para sesgo de publicación y discutieron la posibilidad de la magnitud del impacto de ese sesgo.	No		No		Sí		No se realizó metanálisis		No		No	
16	¿Los autores de la revisión reportaron posibles fuentes de conflictos de interés, incluida la financiación recibida para realizar la revisión?	Para «Sí»: 1) los autores reportan que no hubo conflicto de intereses o 2) describen cuáles fueron las fuentes de financiación y cómo manejaron los potenciales conflictos de intereses.	No		No		Sí		Sí		Sí		Sí	
CALIFICACIÓN Alto: Máximo una debilidad no crítica Moderado: Más de una debilidad no crítica Bajo: Una debilidad crítica Muy bajo: Más de una debilidad crítica			Muy bajo		Muy bajo		Bajo		Muy bajo		Muy bajo		Muy bajo	
Observaciones														

ANEXO 7. PERFILES DE EVIDENCIA (GRADE)

Pregunta. Ecuaciones

Pregunta: ¿Debería usarse cistatina C para diagnosticar enfermedad renal crónica en pacientes con sospecha de ERC?

Sensibilidad			0.94 (95% CI: 0.90 a 0.96)								Prevalencias			
Especificidad			0.86 (95% CI: 0.78 a 0.98)								3%8%15%			
Resultado	Nº de estudios (Nº de pacientes)	Diseño de estudio	Factores que disminuyen la certeza en la evidencia					Efecto por 1000 pacientes analizados			Exactitud de la prueba CoE			
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	probabilidad pre-test de 3%	probabilidad pre-test de 8%	probabilidad pre-test de 15%				
Verdaderos positivos (pacientes con)	4 estudios pacientes	corte transversal (estudio preciso de tipo cohorte)	serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	28 (27 a 29)	75 (72 a 77)	141 (135 a 144)	⊕⊕⊕○ MODERADO			
Falsos negativos (pacientes incorrectamente clasificados de no tener)								2 (1 a 3)	5 (3 a 8)	9 (6 a 15)				
Verdaderos negativos (pacientes sin)	4 estudios pacientes	corte transversal (estudio preciso de tipo cohorte)	serio ^a	no es serio	muy serio ^b	serio ^c	ninguno	834 (757 a 951)	791 (718 a 902)	731 (663 a 833)	⊕○○○ MUY BAJA			
Falsos positivos (pacientes clasificados incorrectamente como)								136 (19 a 213)	129 (18 a 202)	119 (17 a 187)				

Explicaciones

a. Disminuye un grado: preocupación por un estudio con riesgo de sesgo en la selección de pacientes (Page 2006).

b. Disminuye dos grados: I-cuadrado, 72 %.

c. Disminuye un grado: intervalo de confianza amplio.

Pregunta: ¿Debería usarse creatinina sérica para diagnosticar enfermedad renal crónica en pacientes con sospecha de ERC?

Sensibilidad			0.75 (95% CI: 0.68 a 0.82)											
Especificidad			0.88 (95% CI: 0.83 a 0.92)								Prevalencias	3%	8%	15%
Resultado	Nº de estudios (Nº de pacientes)	Diseño de estudio	Factores que disminuyen la certeza en la evidencia					Efecto por 1000 pacientes analizados			Exactitud de la prueba CoE			
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	probabilidad pre-test de 3%	probabilidad pre-test de 8%	probabilidad pre-test de 15%				
Verdaderos positivos (pacientes con)	2 estudios 151 pacientes	corte transversal (estudio preciso de tipo cohorte)	no es serio	no es serio	muy serio ^a	serio ^b	ninguno	23 (20 a 25)	60 (54 a 66)	112 (102 a 123)	⊕○○○ MUY BAJA			
Falsos negativos (pacientes incorrectamente clasificados de no tener)								7 (5 a 10)	20 (14 a 26)	38 (27 a 48)				
Verdaderos negativos (pacientes sin)	2 estudios 165 pacientes	corte transversal (estudio preciso de tipo cohorte)	no es serio	no es serio	muy serio ^c	no es serio	ninguno	854 (805 a 892)	810 (764 a 846)	748 (705 a 782)	⊕⊕○○ BAJA			
Falsos positivos (pacientes clasificados incorrectamente como)								116 (78 a 165)	110 (74 a 156)	102 (68 a 145)				

Explicaciones

- a. Disminuye dos grados: I-cuadrado, 73 %.
b. Disminuye un grado: Intervalo de confianza amplio.
c. Disminuye dos grados: I-cuadrado, 54 %.

Pregunta: ¿Debería usarse cistatina C para diagnosticar enfermedad renal crónica en pacientes con sospecha de ERC?

Sensibilidad			0.83 (95% CI: 0.74 a 0.89)							Prevalencias			
Especificidad			0.90 (95% CI: 0.82 a 0.95)							3%			
										8%			
										15%			
Resultado	Nº de estudios (Nº de pacientes)	Diseño de estudio	Factores que disminuyen la certeza en la evidencia					Efecto por 1000 pacientes analizados			Exactitud de la pruebaCoE		
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	probabilidad pre-test de 3%	probabilidad pre-test de 8%	probabilidad pre-test de 15%			
Verdaderos positivos (pacientes con)	8 estudios 719 pacientes	corte transversal (estudio preciso de tipo cohorte)	serio ^a	no es serio	muy serio ^b	serio ^c	ninguno	25 (22 a 27)	66 (59 a 71)	124 (111 a 134)	⊕○○○○ MUY BAJA		
Falsos negativos (pacientes incorrectamente clasificados de no tener)								5 (3 a 8)	14 (9 a 21)	26 (16 a 39)			
Verdaderos negativos (pacientes sin)	8 estudios 446 pacientes	corte transversal (estudio preciso de tipo cohorte)	serio ^a	no es serio	muy serio ^d	no es serio	ninguno	873 (795 a 922)	828 (754 a 874)	765 (697 a 808)	⊕○○○○ MUY BAJA		
Falsos positivos (pacientes clasificados incorrectamente como)								97 (48 a 175)	92 (46 a 166)	85 (42 a 153)			

Explicaciones

- a. Disminuye un grado: preocupaciones varias por incertidumbre en pruebas índice y estándar, flujo y temporalidad y selección de pacientes.
- b. Disminuye dos grados: I-cuadrado, 92 %.
- c. Disminuye un grado: intervalo de confianza amplio.
- d. Disminuye dos grados: I-cuadrado, 85 %.

Pregunta: ¿Debería usarse creatinina sérica para diagnosticar enfermedad renal crónica en pacientes con sospecha de ERC?

Sensibilidad			0.79 (95% CI: 0.62 a 0.90)							Prevalencias				3%	8%	15%
Especificidad			0.95 (95% CI: 0.85 a 0.98)													
Resultado	Nº de estudios (Nº de pacientes)	Diseño de estudio	Factores que disminuyen la certeza en la evidencia					Efecto por 1000 pacientes analizados			Exactitud de la pruebaCoE					
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	probabilidad pre-test de 3%	probabilidad pre-test de 8%	probabilidad pre-test de 15%						
Verdaderos positivos (pacientes con)	6 estudios 603 pacientes	corte transversal (estudio preciso de tipo cohorte)	serio ^a	no es serio	muy serio ^b	serio ^c	ninguno	24 (19 a 27)	63 (50 a 72)	119 (93 a 135)	⊕○○○○ MUY BAJA					
Falsos negativos (pacientes incorrectamente clasificados de no tener)								6 (3 a 11)	17 (8 a 30)	31 (15 a 57)						
Verdaderos negativos (pacientes sin)	6 estudios pacientes	corte transversal (estudio preciso de tipo cohorte)	serio ^a	no es serio	muy serio ^d	no es serio	ninguno	922 (825 a 951)	874 (782 a 902)	808 (722 a 833)	⊕○○○○ MUY BAJA					
Falsos positivos (pacientes clasificados incorrectamente como)								48 (19 a 145)	46 (18 a 138)	42 (17 a 128)						

Explicaciones

- a. Disminuye un grado: preocupaciones varias por incertidumbre en pruebas índice y estándar, flujo y temporalidad y selección de pacientes.
b. Disminuye dos grados: I-cuadrado, 96 %.
c. Disminuye un grado: intervalo de confianza amplio.
d. Disminuye dos grados: I-cuadrado, 95 %.

Pregunta: CKD-EPI comparado con MDRD para sospecha de enfermedad renal crónica

Configuración: Cuidado primario

Bibliografía: McFadden y cols. 2018.

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	CKD-EPI	MDRD	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Sesgo promedio (< 60 ml/min/1.73 m2) (evaluado con: Diferencia entre TFGe y TFGm)												
12	estudios observacionales	serio ^a	muy serio ^b	no es serio	no es serio	ninguno	2528	2528	-	MD 0.93 ml/min/1.73 m2 menos (2.33 menos a 0.48 más)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
Sesgo promedio (≥ 60 ml/min/1.73 m2) (evaluado con: Diferencia entre TFGe y TFGm)												
18	estudios observacionales	serio ^a	muy serio ^c	no es serio	no es serio	ninguno	4519	4519	-	MD 3.16 ml/min/1.73 m2 menos (4.77 menos a 1.55 menos)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
Exactitud (< 60 ml/min/1.73 m2) (evaluado con: P30: porcentaje de valores de TFGe en el 30 % de TFGm.)												
18	estudios observacionales	serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	12083	12083	-	MD 0.06 % más (1 menos a 1.12 más)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
Exactitud (≥ 60 ml/min/1.73 m2) (evaluado con: P30: porcentaje de valores de TFGe en el 30 % de TFGm.)												
28	estudios observacionales	serio ^a	muy serio ^d	no es serio	no es serio	ninguno	26875	26875	-	MD 4.57 % más (2.9 más a 6.23 más)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza; MD: Diferencia media

Explicaciones

- a. Disminuye un grado: preocupación por alto riesgo de sesgo con la selección de pacientes.
- b. Disminuye dos grados: I-cuadrado, 66 %.
- c. Disminuye dos grados: I-cuadrado, 80 %.
- d. Disminuye dos grados: I-cuadrado, 70 %.

Pregunta: Ecuaciones de TFGe basadas en cistatina C comparado con en pacientes con diabetes mellitus

Bibliografía: Cheuiche y cols. 2019.

Evaluación de la certeza							Impacto	Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			
Arnal									
3	estudios observacionales	no es serio	no es serio	no es serio	serio ^a	ninguno	0.61 IC 95 % 0.42 – 0.78	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
CAPA									
2	estudios observacionales	no es serio	no es serio	no es serio	serio ^a	ninguno	0.67 IC 95 % 0.40 – 0.86	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
CKD-EPI (combinada)									
5	estudios observacionales	no es serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	0.88 IC 95 % 0.75 – 0.94	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO
CKD-EPI (SCysC)									
5	estudios observacionales	no es serio	serio ^b	no es serio	no es serio	ninguno	0.84 IC 95 % 0.71 – 0.92	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
MacIsaac									
4	estudios observacionales	no es serio	no es serio	no es serio	serio ^a	ninguno	0.68 IC 95 % 0.50 – 0.82	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
Rule									
4	estudios observacionales	no es serio	no es serio	no es serio	serio ^a	ninguno	0.59 IC 95 % 0.48 – 0.68	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
Perkins									
3	estudios observacionales	no es serio	no es serio	no es serio	muy serio ^c	ninguno	0.42 IC 95 % 0.18 – 0.70	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO

Stevens (edad)

Evaluación de la certeza							Impacto	Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			
3	estudios observacionales	no es serio	no es serio	no es serio	serio ^a	ninguno	0.67 IC 95 % 0.52 – 0.80	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO

Stevens (combinada)

3	estudios observacionales	no es serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	0.72 IC 95 % 0.67 – 0.76	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO
---	--------------------------	-------------	-------------	-------------	-------------	---------	--------------------------	--------------	---------

Tan

4	estudios observacionales	no es serio	no es serio	no es serio	serio ^a	ninguno	0.77 IC 95 % 0.65 - 0.86	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
---	--------------------------	-------------	-------------	-------------	--------------------	---------	--------------------------	------------------	---------

CI: Intervalo de confianza

Explicaciones

- a. Disminuye un grado: intervalo de confianza amplio.
- b. Disminuye un grado: I-cuadrado entre 25 % y 50 %.
- c. Disminuye dos grados: intervalo de confianza muy amplio.

Pregunta: BIS1 comparado con CKD-EPI (cr) para en pacientes ancianos (> 60 años)

Bibliografía: Oscanoa y cols. 2018.

Evaluación de la certeza							Impacto	Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			
Exactitud (evaluado con: P30: porcentaje de valores de TFGe en el 30 % de TFGm.)									
16	estudios observacionales	no es serio	serio ^a	serio ^b	no es serio	ninguno	CKD-EPIcr: 5/16 (31.3 %) estudios tuvieron P30 > 80 %. BIS1: 6/9 (66.6 %) estudios tuvieron P30 > 80 %. En TFGm ≥ 60 ml/min/1.73 m2: BIS1, 5/5 estudios con P40 > 80 %; CKD-EPI 5/7 P30 > 80 %.	 MUY BAJA	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza

Explicaciones

- a. Disminuye un grado: muestras incluidas provienen de poblaciones diversas.
- b. Disminuye un grado: varios de los estudios pertenecen a población de terapia de remplazo renal.

Pregunta. Clasificación

Pregunta: Disminución TFG en 15 ml/min/1.73 m² comparado con no disminución TFG en 15 ml/min/1.73 m² para enfermedad renal crónica

Configuración: Pacientes con menos de 45 ml/min/1.73 m²

Bibliografía: Astor y cols. 2011.

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	disminución TFG en 15 ml/min/1.73 m ²	no disminución TFG en 15 ml/min/1.73 m ²	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		

Mortalidad (evaluado con: Mortalidad por cualquier causa.)

9	estudios observacionales	serio ^a	serio ^b	serio ^c	no es serio	gradiente de dosis-respuesta			HR 1.40 (1.27 a 1.55)	1 menos por 1,000 (de 2 menos a 1 menos)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
---	--------------------------	--------------------	--------------------	--------------------	-------------	------------------------------	--	--	--------------------------	---	------------------	---------

Progresión a estadio final de ERC (evaluado con: Inicio de terapia de remplazo renal o muerte debido a disminución en la función renal y no a injuria renal aguda.)

11	estudios observacionales	serio ^a	muy serio ^d	serio ^c	no es serio	fuerte asociación gradiente de dosis-respuesta			HR 6.24 (4.84 a 8.05)	6 menos por 1,000 (de 8 menos a 5 menos)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
----	--------------------------	--------------------	------------------------	--------------------	-------------	--	--	--	--------------------------	---	------------------	---------

CI: Intervalo de confianza; HR: Razón de riesgos instantáneos

Explicaciones

a. Disminuye un grado: varios de los estudios no proveyeron una definición explícita de ERC.

b. Disminuye un grado: I-cuadrado, 40 %.

c. Disminuye un grado: pacientes con estadio IV de ERC.

d. Disminuye dos grados: I-cuadrado, 88 %.

Pregunta: Aumento en ocho veces de la razón A/C comparado con no aumento en ocho veces de la razón A/C para enfermedad renal crónica

Bibliografía: Astor y cols. 2011.

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	aumento en ocho veces de la razón A/C	no aumento en ocho veces de la razón A/C	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Mortalidad (evaluado con: Mortalidad por cualquier causa.)												
5	estudios observacionales	serio ^a	no es serio	serio ^b	no es serio	gradiente de dosis-respuesta	0/0	0/0	HR 1.80 (1.70 a 1.92)	2 menos por 1,000 (de 2 menos a 2 menos)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
Progresión a estadio final de ERC (evaluado con: Inicio de terapia de remplazo renal o muerte debido a disminución en la función renal y no a injuria renal aguda.)												
11	estudios observacionales	serio ^a	muy serio ^c	serio ^b	no es serio	gradiente de dosis-respuesta	0/0	0/0	HR 2.92 (1.96 a 4.35)	3 menos por 1,000 (de 4 menos a 2 menos)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza; HR: Razón de riesgos instantáneos

Explicaciones

a. Disminuye un grado: varios de los estudios no proveyeron una definición explícita de ERC.

b. Disminuye un grado: pacientes con estadio IV de ERC.

c. Disminuye dos grados: I-cuadrado, 92 %.

Pregunta: Edad comparado con para enfermedad renal crónica

Bibliografía: Hallan y cols. 2012.

Evaluación de la certeza							Impacto	Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			

Mortalidad por cualquier causa (seguimiento: media 5.8 años)

13	estudios observacionales	serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	Se encuentran similitudes en las pendientes de los HR de mortalidad por cualquier causa entre las diferentes categorías de edad preseleccionadas (18-54 años, 55-64 años, 65-74 años y ≥ 75 años), en cada valor de TFG e o A/C, que sugiere la ausencia de una interacción entre las categorías.	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
----	--------------------------	--------------------	-------------	-------------	-------------	---------	---	------------------	---------

Progresión a estadio final de ERC (seguimiento: media 5.8 años; evaluado con: Inicio de diálisis, trasplante renal o muerte atribuida a enfermedad renal diferente a injuria renal aguda.)

13	estudios observacionales	serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	La evidencia tampoco sustentó la interacción entre las categorías de edad en cada uno de los estratos de la TFG e o razón A/C, aunque se presentó una pendiente más pronunciada en las categorías de edad superiores (18-54 años: p=0.04; 65-74 años: p=0.07; ≥75 años: p=0.08 vs 55- 64 años)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
----	--------------------------	--------------------	-------------	-------------	-------------	---------	--	------------------	---------

CI: Intervalo de confianza

Explicaciones

a. Disminuye un grado: No se estandarizaron las medidas de creatinina en el estudio.

Pregunta: Albuminuria/proteinuria comparado con [Comparación] para enfermedad renal crónica

Bibliografía: Norris y cols. 2018.

Evaluación de la certeza							Impacto	Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			

Progresión de la ERC (evaluado con: Disminución de la TFG e)

3	estudios observacionales	serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	Aumento en el riesgo de disminución de TFG e. El intervalo de HR fue 1.97 – 2.74. Los tres estudios con buena precisión de los estimadores.	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
---	--------------------------	--------------------	-------------	-------------	-------------	---------	---	------------------	---------

Progresión de la ERC (evaluado con: Deterioro rápido de la TFG e)

2	estudios observacionales	serio ^b	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	Aumento en el riesgo de deterioro rápido de la TFG e. El intervalo de HR fue 1.77 – 3.89. Los dos estudios con buena precisión de los estimadores.	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
---	--------------------------	--------------------	-------------	-------------	-------------	---------	--	------------------	---------

Evaluación de la certeza							Impacto	Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			
Progresión de la ERC (evaluado con: Deterioro renal: disminución 50 % TFGe, duplicación valores de creatinina.)									
5	estudios observacionales	serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	fuerte asociación gradiente de dosis-respuesta	Aumento en el riesgo de disminución de 50 % TFGe. El intervalo de HR fue 4.95 – 21.86. Los tres estudios con buena precisión de los estimadores. Aumento en el riesgo de la duplicación de creatinina sérica. El intervalo de HR fue 3.16 – 4.33. Los dos estudios con buena precisión de los estimadores. El último estudio reporta disminución de riesgo de duplicación de creatinina con remisión de macroalbuminuria o reducción de albuminuria en 50 %.	⊕⊕⊕○ MODERADO	CRÍTICO
Progresión de la ERC (evaluado con: Incidencia de estadio final ERC)									
5	estudios observacionales	serio ^a	no es serio	no es serio	serio ^c	fuerte asociación gradiente de dosis-respuesta	Aumento en el riesgo de incidencia de estadio final de ERC. El intervalo de HR fue 2.69 – 11.31. Tres estudios con buena precisión de los estimadores; dos no reportan medidas de precisión.	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO
Mortalidad por cualquier causa									
10	estudios observacionales	serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	gradiente de dosis-respuesta	Aumento en el riesgo de mortalidad por cualquier causa. El intervalo de HR fue 1.14 – 5.07. Nueve de 10 estudios con buena precisión de los estimadores.	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza

Explicaciones

- a. Disminuye un grado: puntaje Downs y Black, 15-19 de un total de 27.
- b. Disminuye un grado: puntaje Downs y Black, 19-20 de un total de 27.
- c. Disminuye un grado: dos de los estudios no reportan medidas de precisión.

Pregunta: TFGe comparado con [Comparación] para enfermedad renal crónica

Configuración:

Bibliografía: Norris y cols. 2018.

Evaluación de la certeza							Impacto	Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			
Progresión de la ERC (evaluado con: Disminución de 50 % de la TFGe)									
3	estudios observacionales	serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	Aumento en el riesgo de disminución de 50 % TFGe. El intervalo de HR fue 0.88 – 0.89. Uno de los dos estudios con buena precisión de los estimadores.	 MUY BAJA	CRÍTICO

Evaluación de la certeza							Impacto	Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			
Progresión de la ERC (evaluado con: Duplicación de la creatinina)									
2	estudios observacionales	serio ^b	serio ^c	no es serio	serio ^d	ninguno	Resultados variados en el riesgo de deterioro rápido de la TFGe. El intervalo de HR fue 0.78 – 5.67. Dos de los cuatro estudios con buena precisión de los estimadores.	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
Progresión de la ERC (evaluado con: Incidencia de estadio final ERC)									
5	estudios observacionales	serio ^b	serio ^c	no es serio	serio ^e	ninguno	Resultados variables en el riesgo de incidencia de estadio final de ERC. El intervalo de HR fue 0.73 – 12.31. Tres estudios con buena precisión de los estimadores; dos no reportan medidas de precisión.	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
Mortalidad por cualquier causa									
10	estudios observacionales	serio ^f	serio ^c	no es serio	no es serio	ninguno	Resultados variables en el riesgo de mortalidad por cualquier causa. El intervalo de HR fue 0.39 – 2.36. Cinco de 9 estudios con buena precisión de los estimadores; uno no reporta medidas de precisión.	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza

Explicaciones

- a. Disminuye un grado: puntaje Downs y Black, 18-19 de un total de 27.
- b. Disminuye un grado: puntaje Downs y Black, 15-19 de un total de 27.
- c. Disminuye un grado: estimadores con resultados contradictorios; puede ser debido al método de medición.
- d. Disminuye un grado: dos de los estudios no tuvieron estimadores precisos.
- e. Disminuye un grado: dos de los estudios no reportan medidas de precisión.
- f. Disminuye un grado: puntaje Downs y Black, 14-19 de un total de 27

Pregunta: Proteinuria mayor 1 g/día comparado con proteinuria < 1 g/día para enfermedad renal crónica

Configuración: Ambulatorio

Bibliografía: Tsai WC, Wu HY, Peng YS, Ko MJ, Wu MS, Hung KY, Wu KD, Chu TS, Chien KL. Risk Factors for Development and Progression of Chronic Kidney Disease: A Systematic Review and Exploratory Meta-Analysis. Medicine (Baltimore). 2016 Mar;95(11):e3013. doi: 10.1097/MD.0000000000003013

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	proteinuria mayor 1 g/día	proteinuria < 1 g/día	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Progresión de ERC (seguimiento: rango 26 meses a 31 meses; evaluado con: Enfermedad renal terminal)												
3	estudios observacionales	no es serio ^a	muy serio ^b	serio ^c	serio ^d	ninguno			HR 1.64 (1.01 a 2.66)	2 menos por 1,000	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	proteinuria mayor 1 g/día	proteinuria < 1 g/día	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
										(de 3 menos a 1 menos)		

CI: Intervalo de confianza; HR: Razón de riesgos instantáneos

Explicaciones

a. Puntaje de 9 en la escala de Newcastle-Ottawa para los tres estudios.

b. Disminuye dos grados: I-cuadrado 89.5 %.

c. Disminuye un grado: Incluye pacientes con estadios avanzados de la enfermedad. Puntos de corte de proteinuria no corresponden con el de la pregunta.

d. Disminuye un grado: Intervalo de confianza cruza el límite superior del umbral clínico.

Pregunta: Razón albúmina creatinina 30-299 mg/g comparada con razón albúmina creatinina < 30 mg/g para pronóstico de enfermedad renal crónica.

Configuración: Ambulatorio

Bibliografía: 1. Mahmoodi BK, Matsushita K, Woodward M, Blankestijn PJ, Cirillo M, Ohkubo T, Rossing P, Sarnak MJ, Stengel B, Yamagishi K, Yamashita K, Zhang L, Coresh J, de Jong PE, Astor BC; Chronic Kidney Disease Prognosis Consortium. Associations of kidney disease measures with mortality and end-stage renal disease in individuals with and without hypertension: a meta-analysis. Lancet. 2012 Nov 10;380(9854):1649-61. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61272-0. 2. Fox CS, Matsushita K, Woodward M, Bilo HJ, Chalmers J, Heerspink HJ, Lee BJ, Perkins RM, Rossing P, Sairenchi T, Tonelli M, Vassalotti JA, Yamagishi K, Coresh J, de Jong PE, Wen CP, Nelson RG; Chronic Kidney Disease Prognosis Consortium. Associations of kidney disease measures with mortality and end-stage renal disease in individuals with and without diabetes: a meta-analysis. Lancet. 2012 Nov 10;380(9854):1662-73. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61350-6.

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	razón albúmina creatinina 30-299 mg/g	razón albúmina creatinina < 30 mg/g	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		

Estadio final enfermedad renal crónica (no hipertensos) (seguimiento: rango 72299 años-paciente a 86970 años-paciente; evaluado con: Terapia de remplazo renal o muerte por causas renales)

13	estudios observacionales	no es serio	serio *	no es serio	no es serio	gradiente de dosis-respuesta			HR 1.86 (1.52 a 2.28)	2 menos por 1,000 (de 2 menos a 2 menos)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO
----	--------------------------	-------------	---------	-------------	-------------	------------------------------	--	--	--------------------------	---	--------------	---------

Estadio final enfermedad renal crónica (no diabéticos) (seguimiento: media 3.8 años; evaluado con : Inicio de terapia de remplazo renal o muerte por causa renal.)

13	estudios observacionales	no es serio	serio *	no es serio	no es serio	gradiente de dosis-respuesta			HR 1.86 (1.32 a 2.62)	2 menos por 1,000 (de 3 menos a 3 menos)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO
----	--------------------------	-------------	---------	-------------	-------------	------------------------------	--	--	--------------------------	---	--------------	---------

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	razón albúmina creatinina 30-299 mg/g	razón albúmina creatinina < 30 mg/g	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
										menos a 1 menos)		

Muerte por cualquier causa (no hipertensos) (seguimiento: rango 72299 años-paciente a 86970 años-paciente)

13	estudios observacionales	no es serio	serio ^a	no es serio	no es serio	gradiente de dosis-respuesta	El HR es menor a 1 en el intervalo comprendido entre 10 y 100 mg/g, aumenta hasta aproximadamente 1.3 en 1000 mg/g para luego tomar una pendiente positiva del riesgo que supera el HR de 2 en valores mayores a 3000 mg/g.				⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO
----	--------------------------	-------------	--------------------	-------------	-------------	------------------------------	---	--	--	--	--------------	---------

Muerte por cualquier causa (no diabéticos) (seguimiento: media 3.8 años)

13	estudios observacionales	no es serio	serio ^a	no es serio	no es serio	ninguno	Con la razón A/C, se encuentra una pendiente de incremento de HR 1.3 a HR 1.7 entre 40-300 mg/g, luego una tendencia leve a la disminución con HR 1.7 a HR 1.5 entre 300 y 1000 mg/g. El pico de riesgo se encuentra en valores entre 1000 y 3000 mg/g (HR ≈ 1.5-2.5).				⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
----	--------------------------	-------------	--------------------	-------------	-------------	---------	--	--	--	--	------------------	---------

CI: Intervalo de confianza; HR: Razón de riesgos instantáneos

Explicaciones

a. No fué un metanálisis tradicional sino de pacientes individuales. Las variables se midieron de manera continua y por medio de gráficos o estratificadas por TFGe y A/C. Para la cohorte de enfermedad renal crónica no hubo medición de heterogeneidad estadística.

Pregunta: Razón albúmina creatinina 300-999 mg/g comparada con razón albúmina creatinina < 30 mg/g para enfermedad renal crónica.

Configuración: Ambulatorio.

Bibliografía: 1. Mahmoodi BK, Matsushita K, Woodward M, Blankstijn PJ, Cirillo M, Ohkubo T, Rossing P, Sarnak MJ, Stengel B, Yamagishi K, Yamashita K, Zhang L, Coresh J, de Jong PE, Astor BC; Chronic Kidney Disease Prognosis Consortium. Associations of kidney disease measures with mortality and end-stage renal disease in individuals with and without hypertension: a meta-analysis. Lancet. 2012 Nov 10;380(9854):1649-61. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61272-0. 2. Fox CS, Matsushita K, Woodward M, Bilo HJ, Chalmers J, Heerspink HJ, Lee BJ, Perkins RM, Rossing P, Sairenchi T, Tonelli M, Vassalotti JA, Yamagishi K, Coresh J, de Jong PE, Wen CP, Nelson RG; Chronic Kidney Disease Prognosis Consortium. Associations of kidney disease measures with mortality and end-

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	razón albúmina creatinina 300-999 mg/g	razón albúmina creatinina < 30 mg/g	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		

Estadio final de enfermedad renal crónica (no hipertensos). (seguimiento: rango 72299 años-paciente a 86970 años-paciente; evaluado con: Terapia de remplazo renal o muerte por causas renales)

13	estudios observacionales	no es serio	serio ^a	no es serio	no es serio	ninguno			HR 2.94 (2.35 a 3.69)	3 menos por 1,000 (de 4 menos a	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
----	--------------------------	-------------	--------------------	-------------	-------------	---------	--	--	--------------------------	---------------------------------	------------------	---------

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	razón albúmina creatinina 300-999 mg/g	razón albúmina creatinina < 30 mg/g	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
										2 menos)		

Estadio final de enfermedad renal crónica (no diabéticos) (seguimiento: media 3.8 años; evaluado con: Inicio de terapia de remplazo renal o muerte por causa renal.)

13	estudios observacionales	no es serio	serio ^a	no es serio	no es serio	ninguno			HR 2.70 (1.78 a 4.08)	3 menos por 1,000 (de 4 menos a 2 menos)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
----	--------------------------	-------------	--------------------	-------------	-------------	---------	--	--	--------------------------	--	------------------	---------

CI: Intervalo de confianza; HR: Razón de riesgos instantáneos

Explicaciones

a. No fue un metanálisis tradicional sino de pacientes individuales. Las variables se midieron de manera continua y por medio de gráficos o estratificadas por TFGe y A/C. Para la cohorte de enfermedad renal crónica no hubo medición de heterogeneidad estadística.

Pregunta: Razón albúmina creatinina $\geq$ 1000 mg/g comparado con razón albúmina creatinina < 30 mg/g para enfermedad renal crónica

Configuración: Cuidado ambulatorio.

Bibliografía: 1. Mahmoodi BK, Matsushita K, Woodward M, Blankestijn PJ, Cirillo M, Ohkubo T, Rossing P, Sarnak MJ, Stengel B, Yamagishi K, Yamashita K, Zhang L, Coresh J, de Jong PE, Astor BC; Chronic Kidney Disease Prognosis Consortium. Associations of kidney disease measures with mortality and end-stage renal disease in individuals with and without hypertension: a meta-analysis. Lancet. 2012 Nov 10;380(9854):1649-61. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61272-0. 2. Fox CS, Matsushita K, Woodward M, Bilo HJ, Chalmers J, Heerspink HJ, Lee BJ, Perkins RM, Rossing P, Sairenchi T, Tonelli M, Vassalotti JA, Yamagishi K, Coresh J, de Jong PE, Wen CP, Nelson RG; Chronic Kidney Disease Prognosis Consortium. Associations of kidney disease measures with mortality and end-stage renal disease in individuals with and without diabetes: a meta-analysis. Lancet. 2012 Nov 10;380(9854):1662-73. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61350-6.

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	razón albúmina creatinina $\geq$ 1000 mg/g	razón albúmina creatinina < 30 mg/g	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		

Estadio final de enfermedad renal crónica (no hipertensos). (seguimiento: rango 72299 años-paciente a 086670 años-paciente; evaluado con: Terapia de remplazo renal o muerte por causas renales)

13	estudios observacionales	no es serio	serio ^a	no es serio	no es serio	fuerte asociación gradiente de dosis- respuesta			HR 5.80 (3.86 a 8.70)	6 menos por 1,000 (de 9 menos a 4 menos)	⊕⊕⊕○ MODERADO	CRÍTICO
----	--------------------------	-------------	--------------------	-------------	-------------	---	--	--	--------------------------	--	------------------	---------

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	razón albúmina creatinina ≥ 1000 mg/g	razón albúmina creatinina < 30 mg/g	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Estadio final de enfermedad renal crónica (no diabéticos). (seguimiento: media 3.8 años; evaluado con: Terapia de remplazo renal o muerte por causas renales.)												
13	estudios observacionales	no es serio	serio ^a	no es serio	no es serio	fuerte asociación gradiente de dosis-respuesta			HR 6.79 (4.36 a 10.60)	7 menos por 1,000 (de 11 menos a 4 menos)	 MODERADO	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza; HR: Razón de riesgos instantáneos

Explicaciones

a. No fue un metanálisis tradicional sino de pacientes individuales. Las variables se midieron de manera continua y por medio de gráficos o estratificadas por TFGe y A/C. Para la cohorte de enfermedad renal crónica no hubo medición de heterogeneidad estadística

Pregunta: TFGe $\geq$ 75 ml/min/1.73 m² comparado con TFGe 45-74 ml/min/1.73 m² para enfermedad renal crónica

Configuración: Cuidado ambulatorio.

Bibliografía: 1. Mahmoodi BK, Matsushita K, Woodward M, Blankestijn PJ, Cirillo M, Ohkubo T, Rossing P, Sarnak MJ, Stengel B, Yamagishi K, Yamashita K, Zhang L, Coresh J, de Jong PE, Astor BC; Chronic Kidney Disease Prognosis Consortium. Associations of kidney disease measures with mortality and end-stage renal disease in individuals with and without hypertension: a meta-analysis. Lancet. 2012 Nov 10;380(9854):1649-61. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61272-0. 2. Fox CS, Matsushita K, Woodward M, Bilo HJ, Chalmers J, Heerspink HJ, Lee BJ, Perkins RM, Rossing P, Sairenchi T, Tonelli M, Vassalotti JA, Yamagishi K, Coresh J, de Jong PE, Wen CP, Nelson RG; Chronic Kidney Disease Prognosis Consortium. Associations of kidney disease measures with mortality and end-stage renal disease in individuals with and without diabetes: a meta-analysis. Lancet. 2012 nov 10;380(9854):1662-73. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61350-6.

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	TFGe ≥ 75 ml/min/1.73 m2	TFGe 45-74 ml/min/1.73 m2	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Estadio final de enfermedad renal crónica (no hipertensos). (seguimiento: rango 72299 años-paciente a 86670 años-paciente; evaluado con: Terapia de remplazo renal o muerte por causas renales.)												
13	estudios observacionales	no es serio	serio ^a	no es serio	serio ^b	gradiente de dosis-respuesta			HR 0.56 (0.26 a 1.22)	1 menos por 1,000 (de 1 menos a 0 menos)	 MUY BAJA	CRÍTICO

Estadio final de enfermedad renal crónica (no diabéticos). (seguimiento: media 3.8 años; evaluado con : Terapia de remplazo renal o muerte por causas renales.)

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	TFGe ≥ 75 ml/min/1.73 m ²	TFGe 45-74 ml/min/1.73 m ²	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
13	estudios observacionales	no es serio	serio ^a	no es serio	no es serio	gradiente de dosis-respuesta			HR 0.46 (0.28 a 0.75)	0 menos por 1,000 (de 1 menos a 0 menos)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO

Muerte por cualquier causa (no hipertensos). (seguimiento: rango 72299 años-paciente a 86670 años-paciente)

13	estudios observacionales	no es serio	serio ^a	no es serio	no es serio	gradiente de dosis-respuesta	El HR en no hipertensos con ERC se encuentra entre 1.5 y 2.0 en el intervalo de TFGe entre 15 y 30 ml/min/1.73 m ² y disminuye hasta un HR de 0.8 hacia los 60 ml/min/1.73 m ² en la mortalidad por cualquier causa.			⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO
----	--------------------------	-------------	--------------------	-------------	-------------	------------------------------	--	--	--	--------------	---------

Muerte por cualquier causa (no diabéticos) (seguimiento: media 3.8 años)

13	estudios observacionales	no es serio	serio ^a	no es serio	no es serio	gradiente de dosis-respuesta	La muerte por cualquier causa tuvo HR 2.0-1.5 en valores de TFGe de 15-30 ml/min/1.73 m ² y disminuye a HR 1.5-1.0 en TFGe de 35-45 ml/min/1.73 m ² .			⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO
----	--------------------------	-------------	--------------------	-------------	-------------	------------------------------	---	--	--	--------------	---------

Mortalidad por cualquier causa (edad) (seguimiento: media 5.8 años)

13	estudios observacionales	no es serio	serio ^a	no es serio	no es serio	gradiente de dosis-respuesta	La similitud en las pendientes de los HR de mortalidad por cualquier causa entre las diferentes categorías de edad preseleccionadas (18-54 años, 55-64 años, 65-74 años y ≥ 75 años), en cada valor de TGFe o A/C, sugirió que no existe interacción entre las categorías. Los HR para las edades mayores a 55 años inician entre 2.0 y 3.0 en TFGe 15 ml/min/1.73 m ² y disminuyen con una pendiente constante hasta la no diferencia en 50 ml/min/1.73 m ² .			⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO
----	--------------------------	-------------	--------------------	-------------	-------------	------------------------------	---	--	--	--------------	---------

Estadio final de enfermedad renal crónica (edad) (seguimiento: media 5.8 años; evaluado con: Inicio de diálisis, trasplante renal o muerte por causas renales.)

13	estudios observacionales	no es serio	serio ^a	no es serio	no es serio	gradiente de dosis-respuesta	Para la progresión a estadio final de ERC se observó una pendiente más pronunciada en las categorías de edad superiores, pero las interacciones globales tuvieron una significación limítrofe (18-54 años: $p = 0.04$; 65-74 años: $p = 0.07$; ≥ 75 años: $p = 0.08$ vs 55-64 años).			⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO
----	--------------------------	-------------	--------------------	-------------	-------------	------------------------------	---	--	--	--------------	---------

CI: Intervalo de confianza; HR: Razón de riesgos instantáneos

Explicaciones

a. No fue un metanálisis tradicional sino de pacientes individuales. Las variables se midieron de manera continua y por medio de gráficos o estratificadas por TFGe y A/C. Para la cohorte de enfermedad renal crónica no hubo medición de heterogeneidad estadística.

b. Intervalo de confianza supera ambos umbrales clínicos.

Pregunta: TFGe 30-44 ml/min/1.73 m2 comparado con TFGe 45-74 ml/min/1.73 m2 para enfermedad renal crónica

Configuración: Cuidado ambulatorio.

Bibliografía: 1. Mahmoodi BK, Matsushita K, Woodward M, Blankestijn PJ, Cirillo M, Ohkubo T, Rossing P, Sarnak MJ, Stengel B, Yamagishi K, Yamashita K, Zhang L, Coresh J, de Jong PE, Astor BC; Chronic Kidney Disease Prognosis Consortium. Associations of kidney disease measures with mortality and end-stage renal disease in individuals with and without hypertension: a meta-analysis. Lancet. 2012 Nov 10;380(9854):1649-61. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61272-0. 2. Fox CS, Matsushita K, Woodward M, Bilo HJ, Chalmers J, Heerspink HJ, Lee BJ, Perkins RM, Rossing P, Sairenchi T, Tonelli M, Vassalotti JA, Yamagishi K, Coresh J, de Jong PE, Wen CP, Nelson RG; Chronic Kidney Disease Prognosis Consortium. Associations of kidney disease measures with mortality and end-stage renal disease in individuals with and without diabetes: a meta-analysis. Lancet. 2012 nov 10;380(9854):1662-73. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61350-6.

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	TFGe 30-44 ml/min/1.73 m2	TFGe 45-74 ml/min/1.73 m2	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		

Estadio final enfermedad renal crónica (no hipertensos) (seguimiento: rango 072299 años-paciente a 86670 años-paciente; evaluado con: Terapia de remplazo renal o muerte por causas renales.)

13	estudios observacionales	no es serio	serio *	no es serio	no es serio	gradiente de dosis-respuesta			HR 2.02 (1.70 a 2.39)	2 menos por 1,000 (de 2 menos a 2 menos)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO
----	--------------------------	-------------	---------	-------------	-------------	------------------------------	--	--	--------------------------	---	--------------	---------

Estadio final enfermedad renal crónica (no diabéticos). (seguimiento: media 3.8 años ; evaluado con : Terapia de remplazo renal o muerte por causas renales.)

13	estudios observacionales	no es serio	serio *	no es serio	no es serio	gradiente de dosis-respuesta			HR 1.87 (1.48 a 2.38)	2 menos por 1,000 (de 2 menos a 1 menos)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO
----	--------------------------	-------------	---------	-------------	-------------	------------------------------	--	--	--------------------------	---	--------------	---------

CI: Intervalo de confianza; HR: Razón de riesgos instantáneos

Explicaciones

a. No fue un metanálisis tradicional sino de pacientes individuales. Las variables se midieron de manera continua y por medio de gráficos o estratificadas por TFGe y A/C. Para la cohorte de enfermedad renal crónica no hubo medición de heterogeneidad estadística.

Pregunta: TFG 15-29 ml/min/1.73 m2 comparado con TFG 45-74 ml/min/1.73 m2 para enfermedad renal crónica

Configuración: Cuidado ambulatorio.

Bibliografía: 1. Mahmoodi BK, Matsushita K, Woodward M, Blankestijn PJ, Cirillo M, Ohkubo T, Rossing P, Sarnak MJ, Stengel B, Yamagishi K, Yamashita K, Zhang L, Coresh J, de Jong PE, Astor BC; Chronic Kidney Disease Prognosis Consortium. Associations of kidney disease measures with mortality and end-stage renal disease in individuals with and without hypertension: a meta-analysis. Lancet. 2012 Nov 10;380(9854):1649-61. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61272-0. 2. Fox CS, Matsushita K, Woodward M, Bilo HJ, Chalmers J, Heerspink HJ, Lee BJ, Perkins RM, Rossing P, Sairenchi T, Tonelli M, Vassalotti JA, Yamagishi K, Coresh J, de Jong PE, Wen CP, Nelson RG; Chronic Kidney Disease Prognosis Consortium. Associations of kidney disease measures with mortality and end-stage renal disease in individuals with and without diabetes: a meta-analysis. Lancet. 2012 nov 10;380(9854):1662-73. doi: 10.1016/S0140-6736(12)613150-6.

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	TFG 15-29 ml/min/1.73 m2	TFG 45-74 ml/min/1.73 m2	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		

Estadio final de enfermedad renal crónica (no hipertensos). (seguimiento: rango 072299 años-paciente a 086670 años-paciente; evaluado con: Terapia de remplazo renal o muerte por causas renales.)

13	estudios observacionales	no es serio	serio *	no es serio	no es serio	fuerte asociación gradiente de dosis- respuesta			HR 7.90 (5.47 a 11.40)	8 menos por 1,000 (de 11 menos a 5 menos)	⊕⊕⊕○ MODERADO	CRÍTICO
----	--------------------------	-------------	---------	-------------	-------------	---	--	--	---------------------------	--	------------------	---------

Estadio de enfermedad renal crónica (no diabéticos). (seguimiento: media 03.8 años; evaluado con : Terapia de remplazo renal o muerte por causas renales.)

13	estudios observacionales	no es serio	serio *	no es serio	no es serio	fuerte asociación gradiente de dosis- respuesta			HR 7.64 (4.99 a 11.70)	8 menos por 1,000 (de 12 menos a 5 menos)	⊕⊕⊕○ MODERADO	CRÍTICO
----	--------------------------	-------------	---------	-------------	-------------	---	--	--	---------------------------	--	------------------	---------

CI: Intervalo de confianza; HR: Razón de riesgos instantáneos

Explicaciones

a. No fue un metanálisis tradicional sino de pacientes individuales. Las variables se midieron de manera continua y por medio de gráficos o estratificadas por TFG y A/C. Para la cohorte de enfermedad renal crónica no hubo medición de heterogeneidad estadística

Pregunta: TFG < 15 ml/min/1.73 m² comparado con TFG 45-74 ml/min/1.73 m² para enfermedad renal crónica

Configuración: Cuidado ambulatorio.

Bibliografía: 1. Mahmoodi BK, Matsushita K, Woodward M, Blankestijn PJ, Cirillo M, Ohkubo T, Rossing P, Sarnak MJ, Stengel B, Yamagishi K, Yamashita K, Zhang L, Coresh J, de Jong PE, Astor BC; Chronic Kidney Disease Prognosis Consortium. Associations of kidney disease measures with mortality and end-stage renal disease in individuals with and without hypertension: a meta-analysis. *Lancet*. 2012 Nov 10;380(9854):1649-61. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61272-0. 2. Fox CS, Matsushita K, Woodward M, Bilo HJ, Chalmers J, Heerspink HJ, Lee BJ, Perkins RM, Rossing P, Sairenchi T, Tonelli M, Vassalotti JA, Yamagishi K, Coresh J, de Jong PE, Wen CP, Nelson RG; Chronic Kidney Disease Prognosis Consortium. Associations of kidney disease measures with mortality and end-stage renal disease in individuals with and without diabetes: a meta-analysis. *Lancet*. 2012 Nov 10;380(9854):1662-73. doi: 10.1016/S0140-6736(12)613150-6.

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	TFG < 15 ml/min/1.73 m ²	TFG 45-74 ml/min/1.73 m ²	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		

Estadio final de enfermedad renal crónica (no hipertensos). (seguimiento: rango 072299 años-paciente a 086670 años-paciente; evaluado con: Terapia de remplazo renal o muerte por causas renales.)

13	estudios observacionales	no es serio	serio ^a	no es serio	serio ^b	asociación muy fuerte gradiente de dosis-respuesta			HR 28.0 (13.9 a 56.6)	28 menos por 1,000 (de 57 menos a 14 menos)	 MODERADO	CRÍTICO
----	--------------------------	-------------	--------------------	-------------	--------------------	---	--	--	--------------------------	--	---	---------

Estadio final de enfermedad renal crónica (no diabéticos). (seguimiento: media 3.8 años; evaluado con: Terapia de remplazo renal o muerte por causas renales.)

13	estudios observacionales	no es serio	serio ^a	no es serio	serio ^b	asociación muy fuerte gradiente de dosis-respuesta			HR 18.3 (10.9 a 30.6)	18 menos por 1,000 (de 31 menos a 11 menos)	 MODERADO	CRÍTICO
----	--------------------------	-------------	--------------------	-------------	--------------------	---	--	--	--------------------------	--	---	---------

CI: Intervalo de confianza; HR: Razón de riesgos instantáneos

Explicaciones

a. No fue un metanálisis tradicional sino de pacientes individuales. Las variables se midieron de manera continua y por medio de gráficos o estratificadas por TFG y A/C. Para la cohorte de enfermedad renal crónica no hubo medición de heterogeneidad estadística.

b. Intervalo de confianza amplio.

Pregunta. Dieta hiposódica

Pregunta: Ingesta baja de sodio comparado con ingesta alta de sodio en enfermedad renal crónica.

Bibliografía: McMahon EJ, Campbell KL, Bauer JD, Mudge DW. Altered dietary salt intake for people with chronic kidney disease. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Feb 18;(2):CD010070. doi: 10.1002/14651858.CD010070.pub2. D.

Evaluación de Certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Ingesta baja de sodio	Ingesta alta de sodio	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Eventos adversos (seguimiento: rango 2 semanas a 12 semanas; evaluado con: episodios de hipotensión)												
2	ensayos aleatorios	muy serio ^a	no es serio	no es serio	muy serio ^b	ninguno	5/72 (6.9%)	0/72 (0.0%)	RR 5.95 (0.74 a 48.10)	0 menos por 1,000 (de 0 menos a 0 menos)	 MUY BAJA	CRÍTICO
Eventos adversos (seguimiento: rango 2 semanas a 12 semanas; evaluado con: colesterol sérico)												
3	ensayos aleatorios	muy serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	105	105	-	MD 0.23 mmol/L menos (0.57 menos a 0.1 más)	 BAJA	CRÍTICO
Progresión de ERC (seguimiento: rango 2 semanas a 26 semanas; evaluado con: Diferencia en TFGe)												
2	ensayos aleatorios	muy serio ^c	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	43	45	-	MD 1.14 ml/min/1.73 m² menos (4.38 menos a 2.11 más)	 BAJA	CRÍTICO
Progresión de ERC (seguimiento: rango 1 semanas a 12 semanas; evaluado con: Proteinuria)												
4	ensayos aleatorios	muy serio ^{a,d}	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	Intervalo de disminución de la proteinuria de 21 % a 49 %.				 BAJA	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza; **RR:** Razón de riesgo; **MD:** Diferencia media

Explicaciones

a. Disminuye dos grados: Estudio DUAAL tiene limitaciones en el ocultamiento de la asignación y cegamiento del personal y de quienes evaluaron los desenlaces. Este estudio tiene un peso importante en el metanálisis.

b. Disminuye dos grados: IC que superan límites clínicos. IC muy amplio. Muy pocos eventos en el metanálisis.

c. Disminuye dos grados: En De Brito-Ashurst 2013 se encuentran limitaciones en el ocultamiento de la asignación, cegamiento del personal, reporte selectivo y control de variables de confusión. Este estudio tiene un peso importante en el metanálisis.

d. El estudio de Konichi tiene riesgo incierto en todos los dominios de la herramienta de riesgo de sesgos, excepto en el cegamiento del evaluador.

Pregunta. Dieta hipoproteica

Pregunta: Baja ingesta proteica comparado con ingesta proteica normal para enfermedad renal crónica

Configuración: Estadio moderado y severo de ERC sin diálisis

Bibliografía: Hahn et al 2018

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	baja ingesta proteica	ingesta proteica normal	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Muerte por cualquier causa (seguimiento: rango 13 meses a 2.2 años)												
5	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	no es serio ^b	serio ^c	ninguno	35/840 (4.2%)	46/840 (5.5%)	RR 0.77 (0.51 a 1.18)	13 menos por 1,000 (de 27 menos a 10 más)	 BAJA	CRÍTICO
Estadio final de la enfermedad (seguimiento: rango 13 meses a 2.2 años; evaluado con: Diálisis o trasplante)												
6	ensayos aleatorios	serio ^a	serio ^d	no es serio ^b	muy serio ^a	ninguno	130/904 (14.4%)	131/910 (14.4%)	RR 1.05 (0.73 a 1.53)	7 más por 1,000 (de 39 menos a 76 más)	 MUY BAJA	CRÍTICO
TFG final o cambio en la TFG (seguimiento: rango 13 meses a 2.2 años)												
8	ensayos aleatorios	serio ^a	serio ^f	no es serio ^b	muy serio ^a	ninguno	844	836	-	SMD 0.18 SD menos (0.75 menos a 0.38 más)	 MUY BAJA	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza; **RR:** Razón de riesgo; **SMD:** Diferencia media estandarizada

Explicaciones

- a. Disminuye un grado: Dos estudios con ocultamiento de la asignación incierto. Dos estudios con riesgo de sesgo de reporte selectivo.
- b. Uno de los estudios incluye pacientes en estadio 4 o 5 de la enfermedad.
- c. Disminuye un grado: Intervalo de confianza cruza un umbral de importancia clínica.
- d. Disminuye un grado: heterogeneidad estadística (I-cuadrado: 62 %).
- e. Disminuye dos grados: intervalo de confianza cruza umbrales de importancia clínica.
- f. Disminuye dos grados: heterogeneidad estadística (I-cuadrado: 96 %).

Pregunta: Muy baja ingesta proteica comparado con baja o normal ingesta proteica para enfermedad renal crónica

Configuración: Estadio moderado y severo de ERC sin diálisis

Bibliografía: Hahn et al 2018.

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	muy baja ingesta proteica	baja o normal ingesta proteica	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Muerte por cualquier causa (seguimiento: rango 60 semanas a 36 meses)												
6	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	serio ^b	muy serio ^c	ninguno	17/348 (4.9%)	13/333 (3.9%)	RR 1.26 (0.62 a 2.54)	10 más por 1,000 (de 15 menos a 60 más)	 MUY BAJA	CRÍTICO
Estadio final de la enfermedad (seguimiento: rango 60 semanas a 50 meses; evaluado con: Diálisis o trasplante)												
10	ensayos aleatorios	serio ^d	serio ^e	serio ^b	no es serio	ninguno	158/508 (31.1%)	230/502 (45.8%)	RR 0.64 (0.49 a 0.85)	165 menos por 1,000 (de 234 menos a 69 menos)	 MUY BAJA	CRÍTICO
TFG final o cambio en la TFG (seguimiento: rango 60 semanas a 2.2 años)												
6	ensayos aleatorios	serio ^f	serio ^g	serio ^b	muy serio ^c	ninguno	226	230	-	SMD 0.12 SD más alto. (0.27 menor a 0.52 más alto.)	 MUY BAJA	CRÍTICO
Malnutrición (pérdida de energía proteica). (seguimiento: rango 60 semanas a 50 meses; evaluado con: Según definición de los autores.)												
15	ensayos aleatorios	serio ^h	no es serio	serio ^b	muy serio ^c	ninguno	7/1184 (0.6%)	5/1189 (0.4%)	RR 1.31 (0.42 a 4.13)	1 más por 1,000 (de 2 menos a 13 más)	 MUY BAJA	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo; SMD: Diferencia de medias estandarizada

Explicaciones

- a. Disminuye un grado: Cuatro estudios con secuencia de aleatorización y ocultamiento de la asignación incierto. Un estudio con riesgo de sesgo de reporte selectivo.
- b. Disminuye un grado: los pacientes incluidos están en los estadios 4 o 5 de ERC.
- c. Disminuye dos grados: intervalos de confianza cruzan umbrales de importancia clínica.
- d. Disminuye un grado: Seis estudios con secuencia de aleatorización y ocultamiento de la asignación incierto. Dos estudios con riesgo de sesgo de reporte selectivo. Un estudio con riesgo de sesgo por pérdidas al seguimiento.
- e. Disminuye un grado: heterogeneidad estadística (I-cuadrado: 56 %).
- f. Disminuye un grado: Tres estudios con secuencia de aleatorización y ocultamiento de la asignación incierto. Dos estudios con riesgo de sesgo de reporte selectivo. Un estudio con riesgo de sesgo por pérdidas al seguimiento.
- g. Disminuye un grado: heterogeneidad estadística (I-cuadrado: 68 %).
- h. Disminuye un grado: varios estudios con secuencia de la aleatorización u ocultamiento inciertos. Además, con reporte selectivo o pérdidas al seguimiento.

Pregunta: Dieta baja en proteínas comparado con dieta alta en proteínas para enfermedad renal crónica

Configuración: Cuidado primario

Bibliografía: Rughooputh MS, Zeng R, Yao Y. Protein Diet Restriction Slows Chronic Kidney Disease Progression in Non-Diabetic and in Type 1 Diabetic Patients, but Not in Type 2 Diabetic Patients: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials Using Glomerular Filtration Rate as a Surrogate. PLoS One. 2015 Dec 28;10(12): e0145505. doi: 10.1371/journal.pone.0145505. eCollection 2015

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	dieta baja en proteínas	dieta alta en proteínas	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Progresión a ERC (diabéticos tipo 2) (evaluado con: Cambio anual en TFGe)												
4	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno			-	MD 0.17 ml/min/1.73 m2 por año menos (1.88 menos a 1.55 más)	⊕⊕⊕○ MODERADO	CRÍTICO
Progresión a ERC (no diabéticos tipo 2) (evaluado con: Cambio anual en TFGe)												
9	ensayos aleatorios	serio ^a	serio ^b	no es serio	no es serio	ninguno			-	MD 1.5 ml/min/1.73 m2 por año menos (2.73 menos a 0.26 menos)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO
Progresión a ERC (TFG basal ≥ 60 ml/min/1.73 m2)												
8	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno			-	MD 0.35 ml/min/1.73 m2 menor (1.4 menor a 0.7 más alto.)	⊕⊕⊕○ MODERADO	

CI: Intervalo de confianza; MD: Diferencia de medias

Explicaciones

a. Disminuye un grado: Análisis por subgrupos. Los estudios incluidos en el análisis no están citados.

b. I-cuadrado 83 %.

Pregunta. Ejercicio

Pregunta: Ejercicio físico comparado con no ejercicio físico o simulación para enfermedad renal crónica

Bibliografía: Barcellos FC, Santos IS, Umpierre D, Bohlke M, Hallal PC. Effects of exercise in the whole spectrum of chronic kidney disease: a systematic review. Clin Kidney J. 2015 Dec;8(6):753-65. doi: 10.1093/ckj/sfv099. Cheema BS, Chan D, Fahey P, Atlantis E. Effect of progressive resistance training on measures of skeletal muscle hypertrophy, muscular strength and health-related quality of life in patients with chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis. Sports Med. 2014 Aug;44(8):1125-38. doi: 10.1007/s40279-014-0176-8.

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	ejercicio físico	no ejercicio físico o simulación	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Calidad de vida (seguimiento: media 6 meses; evaluado con: Perfil de impacto de la enfermedad (SIP).; Escala de: 0 a 136)												
1	ensayos aleatorios ^a	no es serio ^b	no es serio	no es serio	serio ^c	ninguno	9	9	-	MD 4.4 puntos menos (0 a 0)	⊕⊕⊕○ MODERADO	CRÍTICO
Calidad de vida (seguimiento: media 16 semanas; evaluado con: SF-36: Vitalidad.; Escala de: 0 a 100)												
1	ensayos aleatorios ^d	muy serio ^e	no es serio	no es serio	serio ^f	ninguno	28	23	-	MD 12.96 puntos más alto. (0.04 más alto. a 28.88 más alto.)	⊕○○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
Calidad de vida (entrenamiento de resistencia progresivo). (seguimiento: rango 8 semanas a 18 semanas; evaluado con: SF-36 funcionamiento físico.)												
6	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio ^g	muy serio ^h	muy serio ^h	ninguno			-	SMD 0.83 SD más alto. (0.51 más alto. a 1.16 más alto.)	⊕○○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
Eventos adversos (seguimiento: rango 12 semanas a 18 semanas)												
4	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	muy serio ⁱ	ninguno	Cuatro estudios reportaron el desenlace eventos adversos. Sólo un estudio (Cheema 2007) reportó un evento relacionado: ruptura parcial del supraespinoso derecho.			⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO	
Calidad de vida (seguimiento: media 16 semanas; evaluado con: SF-36: Funcionamiento físico.)												
1	ensayos aleatorios ^d	muy serio ^e	no es serio	no es serio	serio ^f	ninguno	28	23	-	MD 15.75 puntos más alto. (3.07 más alto.	⊕○○○○ MUY BAJA	CRÍTICO

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	ejercicio físico	no ejercicio físico o simulación	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
										a 28.41 más alto.)		

Calidad de vida (seguimiento: media 16 semanas; evaluado con : SF-36: Dolor corporal.)

1	ensayos aleatorios ^d	muy serio ^a	no es serio	no es serio	serio ^f	ninguno	28	23	-	MD 21.29 puntos más alto. (3.54 más alto. a 39.09 más alto.)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
---	---------------------------------	------------------------	-------------	-------------	--------------------	---------	----	----	---	--	------------------	---------

CI: Intervalo de confianza; MD: Diferencia media; SMD: Diferencia media estandarizada

Explicaciones

- a. Fitts et al, Nephron 1999.
- b. Métodos de aleatorización, ocultamiento de la asignación y evaluación de desenlaces no fueron claros.
- c. Tamaño de la muestra: 18 pacientes. Diferencia de medias a los 6 meses entre grupo de intervención y control fue 3.3 vs. 9.8 (p < 0.05).
- d. Headley et al Am J Kidney Dis. 2014.
- e. Método de ocultamiento de la asignación no claro; alto riesgo de sesgo cegamiento de evaluador y pérdidas al seguimiento.
- f. Tamaño de la muestra: 46 pacientes. Intervalo de confianza amplio.
- g. I-cuadrado 27.8 %.
- h. Pacientes en hemodiálisis.
- i. Sólo un evento reportado.

Pregunta: Ejercicio aeróbico o de resistencia comparado con manejo estándar para enfermedad renal crónica estadios 2-4

Bibliografía: Wyngaert et al 2018

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	ejercicio aeróbico o de resistencia	manejo estándar	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		

TFGe (seguimiento: media 35 semanas; evaluado con: CKD-EPI, MDRD)

10	ensayos aleatorios	serio ^a	serio ^b	no es serio	no es serio	ninguno	151	154	-	MD 2.16 mL/min/1.73 m2 más alto. (0.18 más alto. a 4.13 más alto.)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO
----	--------------------	--------------------	--------------------	-------------	-------------	---------	-----	-----	---	--	--------------	---------

CI: Intervalo de confianza; MD: Diferencia media

Explicaciones

- a. Disminuye un grado: Cuatro estudios con riesgo de sesgo incierto o alto en el ocultamiento de la asignación.
- b. Disminuye un grado: I-cuadrado, 50 %.

Pregunta: Ejercicio aeróbico comparado con manejo estándar para enfermedad renal crónica estadios 2-4

Bibliografía: Wyngaert et al 2018

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	ejercicio aeróbico	manejo estándar	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
6	ensayos aleatorios	muy serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	79	83	-	MD 3.04 mL/min/1.73 m ² más alto. (1.32 más alto. A 4.76 más alto.)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO

TFGe (seguimiento: media 35 semanas; evaluado con: CKD-EPI, MDRD)

CI: Intervalo de confianza; MD: Diferencia media

Explicaciones

a. Disminuye dos grados: Cuatro estudios con riesgo de sesgo incierto o alto en el ocultamiento de la asignación; tres con riesgo incierto en cegamiento del desenlace.

Pregunta: Ejercicio aeróbico comparado con manejo estándar para enfermedad renal crónica estadios 2-4

Bibliografía: Tang y cols. 2018; Aoike y cols. 2018 (actualización).

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	ejercicio aeróbico	manejo estándar	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Calidad de vida relacionada con salud (ERC estadios 1 a 3) (seguimiento: media 12 semanas; evaluado con: KD-QOL36: lista de síntomas y problemas)												
1	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	Experimental: 2.49. Control: 0.38 (p=0.007)		⊕⊕⊕○ MODERADO		CRÍTICO	
Calidad de vida relacionada con salud (ERC estadios 1 a 3) (seguimiento: media 12 semanas; evaluado con: KD-QOL36: Efectos de la enfermedad renal)												
1	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	Experimental: 1.90 Control: -1.56 (p=0.005)		⊕⊕⊕○ MODERADO		CRÍTICO	
Calidad de vida relacionada con salud (ERC estadios 1 a 3) (seguimiento: media 12 semanas; evaluado con: KD-QOL36: Carga de la enfermedad)												
1	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	Experimental: -0.45 Control: -15.3 (p<0.001)		⊕⊕⊕○ MODERADO		CRÍTICO	

Calidad de vida relacionada con salud (ERC estadios 1 a 3) (seguimiento: media 12 semanas; evaluado con: KD-QOL36: SF12 componente físico)

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	ejercicio aeróbico	manejo estándar	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
1	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	Experimental: 1.08. Control: -0.74 (p=0.045)				⊕⊕⊕○ MODERADO	CRÍTICO

Calidad de vida relacionada con salud (ERC estadios 1 a 3) (seguimiento: media 12 semanas; evaluado con: KD-QOL36: SF12 componente mental)

1	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	Experimental: 1.87 Control: -0.73 (p=0.002)				⊕⊕⊕○ MODERADO	CRÍTICO
---	--------------------	--------------------	-------------	-------------	-------------	---------	---	--	--	--	------------------	---------

Calidad de vida relacionada con salud (ERC estadios 2 a 4) (seguimiento: media 24 semanas; evaluado con: SF-36)

1	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	Aumento en puntajes de SF-36 en funcionamiento físico, dolor corporal, percepción global de salud y vitalidad en el grupo entrenado en el centro. En el grupo entrenado en casa mejoraron todos los dominios excepto por el funcionamiento físico. No se encontraron cambios en el grupo control.				⊕⊕⊕○ MODERADO	CRÍTICO
---	--------------------	--------------------	-------------	-------------	-------------	---------	---	--	--	--	------------------	---------

CI: Intervalo de confianza; MD: Diferencia media

Explicaciones

a. Disminuye un grado: preocupación con el ocultamiento de la asignación y el cegamiento. No mencionan si el análisis fue por intención de tratar.

Pregunta: Ejercicio aeróbico y de resistencia comparado con manejo estándar para enfermedad renal crónica estadios 2-4

Bibliografía: Wyngaert et al 2018

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	ejercicio aeróbico y de resistencia	manejo estándar	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		

TFGe (seguimiento: media 35 semanas; evaluado con: CKD-EPI, MDRD)

4	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	no es serio	muy serio ^b	ninguno	75	68	-	MD 0.66 mL/min/1.73 m2 más alto. (3.72 menor a 5.04 más alto.)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
---	--------------------	--------------------	-------------	-------------	------------------------	---------	----	----	---	---	------------------	---------

CI: Intervalo de confianza; MD: Diferencia media

Explicaciones

- a. Disminuye un grado: Un estudio con riesgo de sesgo incierto o alto en el ocultamiento de la asignación y cegamiento del desenlace; un estudio con reporte incompleto.
b. Disminuye dos grados: intervalo de confianza cruza umbrales de importancia clínica.

Pregunta: Ejercicio aeróbico y de resistencia comparado con manejo estándar para enfermedad renal crónica estadios 2-4

Bibliografía: Wyngaert y cols. 2018 y Barcellos y cols. (2018) (actualización).

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	ejercicio aeróbico y de resistencia	manejo estándar	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		

TFGe (actualización) (seguimiento: media 35 semanas; evaluado con: CK-EPI, MDRD)

5	ensayos aleatorios	serio ^a	serio ^c	no es serio	muy serio ^b	ninguno	133	119	-	MD 0.53 mL/min/1.73 m2 más (2.69 menos a 3.75 más)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
---	--------------------	--------------------	--------------------	-------------	------------------------	---------	-----	-----	---	--	------------------	---------

CI: Intervalo de confianza; MD: Diferencia media

Explicaciones

- a. Disminuye un grado: Un estudio con riesgo de sesgo incierto o alto en el ocultamiento de la asignación y cegamiento del desenlace; un estudio con reporte incompleto.
b. Disminuye dos grados: intervalo de confianza cruza umbrales de importancia clínica.
c. Disminuye un grado: I-cuadrado, 46 %.

Pregunta. Sistemas de apoyo al autocuidado

Pregunta: Intervenciones de autocuidado comparado con manejo usual para enfermedad renal crónica

Configuración: Pacientes sin terapia de remplazo renal.

Bibliografía: Peng 2019: Mortalidad, progresión a ERC. Zimbudzu 2018: Calidad de vida.

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	intervenciones de autocuidado	manejo usual	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Mortalidad por cualquier causa (seguimiento: media 13.4 meses)												
5	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	no es serio	muy serio ^b	ninguno	39/981 (4.0%)	26/681 (3.8%)	RR 1.13 (0.68 a 1.86)	5 más por 1,000 (de 12 menos a 33 más)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
Progresión de ERC (riesgo de diálisis) (seguimiento: media 13.4 meses; evaluado con: Riesgo de diálisis)												
5	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	no es serio	serio ^c	ninguno	44/937 (4.7%)	26/628 (4.1%)	RR 1.35 (0.84 a 2.19)	14 más por 1,000 (de 7 menos a 49 más)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO
Progresión de ERC (cambio en la TFGe) (seguimiento: media 13.4 meses; evaluado con: cambio en la TFGe)												
8	ensayos aleatorios	serio ^d	muy serio ^a	no es serio	muy serio ^b	ninguno	657	658	-	SMD 0.01 SD menos (0.23 menos a 0.21 más)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
Calidad de vida (diabetes y ERC) (seguimiento: rango 6 meses a 12 meses; evaluado con: Euroqol y ADDQoL)												
2	ensayos aleatorios	serio ^f	no es serio	no es serio	muy serio ^b	se sospechaba fuertemente sesgo de publicación ^g	73	65	-	SMD 0.3 SD menos (0.36 menos a 0.31 más)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo; SMD: Diferencia media estandarizada

Explicaciones

- a. Disminuye un grado: dos estudios con ocultamiento de la aleatorización incierto, dos estudios con alto riesgo de sesgo por cegamiento de los participantes.
- b. Disminuye dos grados: Intervalo cruzan dos umbrales de importancia clínica.
- c. Disminuye un grado: Intervalo cruza un umbral de importancia clínica.
- d. Disminuye un grado: dos estudios con alto riesgo de sesgo por cegamiento de los participantes, dos estudios con ocultamiento de la asignación incierto y uno con alto riesgo.
- e. Disminuye dos grados: I-cuadrado, 64 %.
- f. Disminuye un grado: un estudio alto riesgo de sesgo en el cegamiento de participantes y evaluadores del desenlace; otro estudio con secuencia de aleatorización y ocultamiento de la asignación inciertos.
- g. Sesgo de publicación: filtro por idioma inglés. No incluyeron estudios a los que autores no dieron aclaración.

Pregunta: Programas de autocuidado comparado con manejo usual para enfermedad renal crónica

Bibliografía: Lee MC, Wu SV, Hsieh NC, Tsai JM. Self-Management Programs on eGFR, Depression, and Quality of Life among Patients with Chronic Kidney Disease: A Meta-Analysis. Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci). 2016 Dec;10(4):255-262. doi: 10.1016/j.anr.2016.04.002.

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Programas de autocuidado	Manejo usual	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		

Calidad de vida (seguimiento: rango 4 semanas a 3 meses; evaluado con: SF-36 (componente físico))

3	ensayos aleatorios	serio ^a	muy serio ^b	muy serio ^c	muy serio ^d	ninguno	73	79	-	SMD 0.16 SD más (0.5 menos a 0.81 más)	 MUY BAJA	CRÍTICO
---	--------------------	--------------------	------------------------	------------------------	------------------------	---------	----	----	---	--	---	---------

Calidad de vida (seguimiento: rango 4 semanas a 3 meses; evaluado con: SF-36 (componente mental))

3	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	muy serio ^c	no es serio	ninguno	73	79	-	SMD 0.42 SD más (0.1 más a 0.75 más)	 MUY BAJA	CRÍTICO
---	--------------------	--------------------	-------------	------------------------	-------------	---------	----	----	---	--	---	---------

CI: Intervalo de confianza; **SMD:** Diferencia media estandarizada

Explicaciones

- a. Disminuye un grado: riesgo de sesgo en cegamiento de participantes.
- b. Disminuye dos grados: I-cuadrado 75.2 %.
- c. Disminuye dos grados: Población con estadio final de ERC o 4-5.
- d. Bajo tamaño de la muestra, n = 152. IC cruzan ambos umbrales de importancia clínica.

Pregunta: Programas de autocuidado comparado con manejo usual para enfermedad renal crónica (Actualización).

Bibliografía: Lee MC, Wu SV, Hsieh NC, Tsai JM. Self-Management Programs on eGFR, Depression, and Quality of Life among Patients with Chronic Kidney Disease: A Meta-Analysis. Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci). 2016 Dec;10(4):255-262. doi: 10.1016/j.anr.2016.04.002; Nguyen y cols. (2018).

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Programas de autocuidado	Manejo usual	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
4	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	muy serio ^b	muy serio ^c	ninguno	141	146	-	SMD 0.32 SD más (0.22 menos a 0.86 más)	 MUY BAJA	CRÍTICO

Calidad de vida (actualización) (seguimiento: media 12 semanas; evaluado con: SF-36v2: componente físico)

4	ensayos aleatorios	serio ^d	no es serio	muy serio ^b	no es serio	ninguno	141	146	-	SMD 0.51 SD más (0.28 más a 0.75 más)	 MUY BAJA	CRÍTICO
---	--------------------	--------------------	-------------	------------------------	-------------	---------	-----	-----	---	--	---	---------

Calidad de vida (actualización) (seguimiento: media 12 semanas; evaluado con: SF-36v2: componente mental)

CI: Intervalo de confianza; SMD: Diferencia media estandarizada

Explicaciones

- a. Disminuye un grado: riesgo de sesgo en cegamiento de participantes.
- b. Disminuye dos grados: Población con estadio final de ERC o 4-5, primordialmente.
- c. Disminuye dos grados: IC cruzan umbrales de importancia clínica.
- d. Disminuye un grado: preocupación con el ocultamiento de la asignación (sobre sellados).

Pregunta. Referencia temprana

Pregunta: Referencia temprana comparado con referencia tardía para enfermedad renal crónica

Configuración: Pacientes que estén progresando a estadio final de ERC o terapia de remplazo renal.

Bibliografía: Smart NA, Dieberg G, Ladhani M, Titus T. Early referral to specialist nephrology services for preventing the progression to end-stage kidney disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014.

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	remisión temprana	remisión tardía	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Mortalidad a un año												
16	estudios observacionales	serio ^a	muy serio ^b	no es serio	no es serio	ninguno	2444/16789 (14.6%)	1586/6449 (24.6%)	RR 0.65 (0.62 a 0.69)	86 menos por 1,000 (de 93 menos a 76 menos)	⊕○○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
Mortalidad a los 5 años												
3	estudios observacionales	serio ^c	muy serio ^d	no es serio	no es serio	ninguno	651/1941 (33.5%)	524/980 (53.5%)	RR 0.66 (0.60 a 0.71)	182 menos por 1,000 (de 214 menos a 155 menos)	⊕○○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
Hospitalización (seguimiento: rango 2 años a 6.3 años; evaluado con: Días de hospitalización posteriores al inicio de diálisis)												
6	estudios observacionales	serio ^a	muy serio ^e	no es serio	no es serio	ninguno	1037	555	-	MD 9.12 días menos (10.92 menos a 7.32 menos)	⊕○○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
Calidad de vida (seguimiento: media 8 semanas; evaluado con: Escala visual análoga; Escala de: 0 a 100)												
1	estudios observacionales	no es serio ^f	no es serio	no es serio	serio ^g	ninguno	197	65	-	MD 8 mm más (2.6 más a 13.4 más)	⊕○○○○ MUY BAJA	CRÍTICO

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	remisión temprana	remisión tardía	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		

Calidad de vida (seguimiento: media 8 semanas; evaluado con: Componente mental SF-36; Escala de: 1 a 100)

2	estudios observacionales	serio ^a	serio ^h	no es serio	no es serio	ninguno	537	239	-	MD 2.22 puntos más (0.43 menos a 4.86 más)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
---	--------------------------	--------------------	--------------------	-------------	-------------	---------	-----	-----	---	--	------------------	---------

Calidad de vida (seguimiento: media 8 semanas; evaluado con: Componente físico; Escala de: 1 a 100)

1	estudios observacionales	no es serio ^f	no es serio	no es serio	serio ⁱ	ninguno	174	50	-	MD 1.8 puntos más (2.22 menos a 5.82 más)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
---	--------------------------	--------------------------	-------------	-------------	--------------------	---------	-----	----	---	---	------------------	---------

CI: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo; MD: Diferencia de medias

Explicaciones

- a. Newcastle Ottawa con puntajes de moderado a bajo.
- b. I cuadrado 83 %.
- c. Newcastle Ottawa con puntajes bajos para estudios con más peso en el metanálisis (Jungers 1997: 4 pts; Stove 2001: 5 pts.).
- d. I-cuadrado 87 %.
- e. I-cuadrado 82 %.
- f. Newcastle Ottawa con puntaje moderada calidad (6/9).
- g. Nivel inferior de intervalo de confianza se encuentra en valores clínicos no importantes.
- h. I-cuadrado 68 %.
- i. Intervalo de confianza supera umbral clínico de 5 puntos.

Pregunta. Estatinas

Pregunta: Estatinas comparado con placebo o dosis estándar de estatinas para enfermedad renal crónica

Configuración: Cuidado Ambulatorio.

Bibliografía: Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration, Herrington WG, Emberson J, Mihaylova B, Blackwell L, Reith C, Solbu MD, Mark PB, Fellström B, Jardine AG, Wanner C, Holdaas H, Fulcher J, Haynes R, Landray MJ, Keech A, Simes J, Collins R, Baigent C. Impact of renal function on the effects of LDL cholesterol lowering with statin-based regimens: a meta-analysis of individual participant data from 28 randomized trials. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2016 Oct;4(10):829-39. doi: 10.1016/S2213-8587(16)30156-5.

Zhang Z, Wu P, Zhang J, Wang S, Zhang G. The effect of statins on microalbuminuria, proteinuria, progression of kidney function, and all-cause mortality in patients with non-end stage chronic kidney disease: A meta-analysis. *Pharmacol Res.* 2016 Mar; 105:74-83. doi: 10.1016/j.phrs.2016.01.005.

Sanguankee A, Upala S, Cheungpasitporn W, Ungprasert P, Knight EL. Effects of Statins on Renal Outcome in Chronic Kidney Disease Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One.* 2015 Jul 7;10(7): e0132970. doi: 10.1371/journal.pone.0132970

Yan YL, Qiu B, Wang J, Deng SB, Wu L, Jing XD, Du JL, Liu YJ, She Q. High-intensity statin therapy in patients with chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 2015 May 15;5(5): e006886. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006886.

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	estatinas	placebo o dosis estándar de estatinas	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Muerte por cualquier causa (seguimiento: rango 4.8 años a 5.1 años)												
28	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	serio ^a	ninguno	8072/366909 (2.2%)	8742/380087 (2.3%)	RR 0.91 (0.89 a 0.94)	2 menos por 1,000 (de 3 menos a 1 menos)	⊕⊕⊕○ MODERADO	CRÍTICO
Eventos vasculares mayores (seguimiento: rango 4.8 años a 5.1 años; evaluado con : eventos coronarios mayores, revascularización coronaria, accidente cerebro vascular.)												
28	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	serio ^a	ninguno	11046/356323 (3.1%)	13480/345641 (3.9%)	RR 0.78 (0.76 a 0.81)	9 menos por 1,000 (de 9 menos a 7 menos)	⊕⊕⊕○ MODERADO	CRÍTICO
Eventos de salud renal (seguimiento: rango 1.9 años a 4.9 años; evaluado con : Falla renal producto de diálisis o trasplante, el doble de niveles de creatinina o la disminución a la mitad de la TFG.)												
4	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	no es serio	se sospechaba fuertemente sesgo de publicación ^b	1463/4860 (30.1%)	1526/4870 (31.3%)	RR 0.96 (0.91 a 1.01)	13 menos por 1,000 (de 28 menos a 3 más)	⊕⊕⊕○ MODERADO	CRÍTICO
Reducción de la progresión (seguimiento: rango 36 meses a 64 meses; evaluado con : Tasa de cambio en TFGe por año)												
5	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	6087	6111	-	MD 0.1 ml/min/1.73 m2 más alto. (0.09 más alto. a 0.12 más alto.)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	CRÍTICO

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	estatinas	placebo o dosis estándar de estatinas	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Reducción de la progresión (seguimiento: rango 12 meses a 58 meses; evaluado con: Cambio total en la TFGe)												
5	ensayos aleatorios	serio ^c	muy serio ^d	no es serio	serio ^e	ninguno	1154	1156	-	MD 1.78 ml/min/1.73 m2 más alto. (0.26 menor a 3.81 más alto.)	⊕○○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
Reducción en la progresión (estatinas alta intensidad) (seguimiento: rango 12 meses a 54 meses; evaluado con: Cambio total en la TFGe)												
2	ensayos aleatorios	muy serio ^f	muy serio ^d	no es serio	serio ^e	ninguno	314	321	-	MD 3.35 ml/min/1.73 m2 más alto. (0.91 más alto. a 5.79 más alto.)	⊕○○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
Reducción en la progresión (estatinas de baja intensidad) (seguimiento: media 12 meses; evaluado con: Cambio total en la TFGe)												
1	ensayos aleatorios	serio ^g	no es serio	no es serio	serio ^a	ninguno	39	41	-	MD 2 ml/min/1.73 m2 menos (3.23 menos a 0.77 menos)	⊕⊕○○○ BAJA	CRÍTICO
Reducción en la progresión (estatinas moderada intensidad) (seguimiento: rango 12 meses a 58 meses; evaluado con: Cambio total en la TFGe)												
2	ensayos aleatorios	serio ^h	serio ⁱ	no es serio	muy serio ^j	ninguno	818	819	-	MD 1.96 ml/min/1.73 m2 más alto. (1.44 menor a 5.37 más alto.)	⊕○○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
Eventos adversos (seguimiento: rango 1.9 años a 2.1 años; evaluado con: Cualquier evento adverso)												
2	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	328/1698 (19.3%)	336/1688 (19.9%)	RR 0.97 (0.85 a 1.11)	6 menos por 1,000 (de 30 menos a 22 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	

CI: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo; MD: Diferencia media

Explicaciones

- a. Disminuye un grado: Intervalo cruza el umbral inferior de importancia clínica.
- b. Prueba de Egger: $p < 0.05$. Asimetría en evaluación visual de gráfico de embudo invertido.
- c. Disminuye un grado: Cuatro de los cinco estudios del metanálisis con limitaciones en generación de la secuencia aleatoria, ocultamiento de la asignación o cegamiento.
- d. Disminuye dos grados: I-cuadrado: 98 %.
- e. Disminuye un grado: Intervalo la cruza umbral superior de importancia clínica.
- f. Disminuye dos grados: Los dos estudios incluidos con limitaciones en la generación de la secuencia aleatoria, ocultamiento de la asignación y cegamiento.
- g. Disminuye un grado: Ocultamiento de la asignación y cegamiento de participantes y personal no claros. Alto riesgo de sesgo en evaluación del desenlace.
- h. Disminuye un grado: Ocultamiento de la asignación y cegamiento de participantes y personal no claros.
- i. Disminuye un grado: I-cuadrado 53 %.
- j. Disminuye dos grados: Intervalo cruza los dos umbrales de importancia clínica.

Pregunta: Estatinas comparado con placebo o manejo usual para enfermedad renal crónica

Configuración: Población de prevención primaria.

Bibliografía: Major y cols. 2015.

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	estatinas	placebo o manejo usual	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Mortalidad (ERC 1-3) (seguimiento: mediana 46.4 meses)												
5	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	se sospechaba fuertemente sesgo de publicación fuerte asociación ^b	100/4251 (2.4%)	155/4279 (3.6%)	RR 0.66 (0.49 a 0.88)	12 menos por 1,000 (de 18 menos a 4 menos)	 MODERADO	CRÍTICO
Eventos cardiovasculares (seguimiento: mediana 46.4 meses)												
6	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	se sospechaba fuertemente sesgo de publicación fuerte asociación ^b	150/4396 (3.4%)	259/4438 (5.8%)	RR 0.59 (0.48 a 0.72)	24 menos por 1,000 (de 30 menos a 16 menos)	 MODERADO	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo

Explicaciones

- a. Disminuye un grado: riesgo de sesgo global medio a alto.
- b. Sospecha de sesgo de publicación por búsqueda no exhaustiva.

Pregunta: Estatinas comparado con placebo o dosis estándar de estatinas para enfermedad renal crónica

Configuración: Cuidado Ambulatorio.

Bibliografía: Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration, Herrington WG, Emberson J, Mihaylova B, Blackwell L, Reith C, Solbu MD, Mark PB, Fellström B, Jardine AG, Wanner C, Holdaas H, Fulcher J, Haynes R, Landray MJ, Keech A, Simes J, Collins R, Baigent C. Impact of renal function on the effects of LDL cholesterol lowering with statin-based regimens: a meta-analysis of individual participant data from 28 randomized trials. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2016 Oct;4(10):829-39. doi: 10.1016/S2213-8587(16)30156-5. Actualización: Kimura 2017.

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Estatinas	Placebo o dosis estándar de estatinas	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Reducción de la progresión (actualización) (seguimiento: rango 12 meses a 58 meses; evaluado con: Cambio total en la TFGe)												
6	ensayos aleatorios	serio ^b	muy serio ^c	no es serio	serio ^a	ninguno	1168	1170	-	MD 1.58 ml/min/1.73 m2 más (0.33 menos a 3.38 más)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo; MD: Diferencia media

Explicaciones

a. Disminuye un grado: Intervalo la cruza umbral superior de importancia clínica.

b. Disminuye un grado: Cinco de los cuatro estudios del metanálisis con limitaciones en generación de la secuencia aleatoria, ocultamiento de la asignación o cegamiento.

c. Disminuye dos grados: I-cuadrado 97 %.

Pregunta: Estatinas comparado con placebo o manejo usual para enfermedad renal crónica

Configuración: Población de prevención primaria.

Bibliografía: Major y cols. 2015. Actualización: Kimura 2017, Reith 2017.

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Estatinas	Placebo o manejo usual	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Mortalidad (ERC 1-3) Actualización (seguimiento: mediana 46.4 meses)												
6	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	se sospechaba fuertemente sesgo de publicación fuerte asociación ^b	101/4419 (2.3%)	156/4445 (3.5%)	RR 0.66 (0.51 a 0.81)	12 menos por 1,000 (de 17 menos a 7 menos)	 MODERADO	CRÍTICO

Eventos cardiovasculares (Actualización) (seguimiento: mediana 46.4 meses)

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Estatinas	Placebo o manejo usual	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
7	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	se sospechaba fuertemente sesgo de publicación fuerte asociación ^b	154/4564 (3.4%)	261/4604 (5.7%)	RR 0.60 (0.49 a 0.74)	23 menos por 1,000 (de 29 menos a 15 menos)	⊕⊕⊕○ MODERADO	CRÍTICO

Cualquier efecto adverso (seguimiento: mediana 4.9 años)

1	ensayos aleatorios	serio ^c	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	3754/4650 (80.7%)	3777/4620 (81.8%)	RR 0.97 (0.93 a 1.02)	25 menos por 1,000 (de 57 menos a 16 más)	⊕⊕⊕○ MODERADO	CRÍTICO
---	--------------------	--------------------	-------------	-------------	-------------	---------	----------------------	----------------------	--------------------------	--	------------------	---------

Efectos adversos (seguimiento: mediana 4.9 años; evaluado con: Miopatía)

1	ensayos aleatorios	serio ^c	no es serio	no es serio	muy serio ^d	ninguno	9/4650 (0.2%)	5/4620 (0.1%)	RR 1.76 (0.62 a 5.03)	1 más por 1,000 (de 0 menos a 4 más)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
---	--------------------	--------------------	-------------	-------------	------------------------	---------	---------------	---------------	--------------------------	---	------------------	---------

Efectos adversos (seguimiento: mediana 4.9 años; evaluado con: Rabdomiólisis)

1	ensayos aleatorios	serio ^c	no es serio	no es serio	muy serio ^d	ninguno	4/4650 (0.1%)	1/4620 (0.0%)	RR 3.31 (0.57 a 19.11)	1 más por 1,000 (de 0 menos a 4 más)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
---	--------------------	--------------------	-------------	-------------	------------------------	---------	---------------	---------------	---------------------------	---	------------------	---------

CI: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo; MD: Diferencia media

- Explicaciones**
- a. Disminuye un grado: riesgo de sesgo global medio a alto.
b. Sospecha de sesgo de publicación por búsqueda no exhaustiva.
c. Disminuye un grado: preocupación porque el ocultamiento de la asignación y cegamiento de evaluadores no estuvieron claros.
d. Disminuye dos grados: intervalo de confianza cruza ambos umbrales de importancia clínica.

Pregunta: Terapia intensiva con estatinas o terapia no intensiva para enfermedad renal crónica.
Bibliografía: Major y cols. 2015. Actualización: Kimura 2017, Abe 2015, De Zeeuw 2015, Deedwania 2015.

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Terapia intensiva	Terapia no intensiva	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Progresión de la enfermedad (atorvastatina vs. pravastatina) (seguimiento: media 12 meses; evaluado con: Cambio en la TFGe)												
1	ensayos aleatorios	muy serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	(mL/min/1.73 m2): 2.8 vs. 2.3, p=0.474.				CRÍTICO	
Progresión de la enfermedad (rosuvastatina vs. pitavastatina) (seguimiento: media 12 meses; evaluado con: Mediana de TFGe)												
1	ensayos aleatorios	muy serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	n=134 (rosuvastatina, n=68; pitavastatina, n=66) Mediana TFGe basal (creatinina): 58.7 vs. 58.1 Mediana TFGe a los 6 meses: 62.1 vs. 57.4, p=0.7056. Mediana TFGe a los 12 meses: 60.0 vs. 57.4, p=0.1559.				CRÍTICO	
Progresión de la enfermedad (rosuvastatina 40 mg vs. atorvastatina 80 mg) (seguimiento: media 52 semanas; evaluado con: TFGe)												
1	ensayos aleatorios	serio ^b	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	124	111	-	MD 5.61 mL/min/1.73 m2 menor (9.84 menor a 1.38 menor)		CRÍTICO
Efectos adversos (atorvastatina vs. pravastatina) (seguimiento: media 12 meses; evaluado con: Mialgias)												
1	ensayos aleatorios	muy serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	3/206 (1.5%)	12/206 (5.8%)	RR 0.25 (0.07 a 0.87)	44 menos por 1,000 (de 54 menos a 8 menos)		CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo; MD: Diferencia media

Explicaciones

- a. Disminuye dos grados: preocupación porque la generación de la secuencia de aleatorización y el ocultamiento de la asignación no estuvieron claros. Además, con alto riesgo de sesgo por cegamiento.
b. Disminuye un grado: preocupación por la generación de la secuencia de aleatorización y pérdida al seguimiento de pacientes.

Pregunta: Estatinas comparado con placebo o cuidado usual para nefropatía diabética (ERC)

Bibliografía: Shen 2016

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Estatinas	Placebo o cuidado usual	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Progresión de la enfermedad (seguimiento: rango 6 meses a 24 meses; evaluado con: Cambio en la TFGe desde la línea de base)												
6	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	no es serio	serio ^b	se sospechaba fuertemente sesgo de publicación ^c	1252	1257	-	SMD 0.49 SD más (0.06 menos a 1.03 más)	 MUY BAJA	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza; SMD: Diferencia media estandarizada

Explicaciones

- a. Disminuye un nivel: Riesgo de sesgo alto en sesgo de reporte, cegamiento de participantes y personal, pérdida al seguimiento (10 % – 25 % de los estudios de la RS).
b. Disminuye un grado: intervalo de confianza amplio que cubre varios tamaños de efecto.
c. Sospecha fuerte de sesgo de publicación: sesgo de idioma, cinco publicaciones fueron excluidas por esta razón.

Pregunta. Agentes reductores del ácido úrico

Pregunta: Reductores de ácido úrico comparado con manejo estándar o placebo para enfermedad renal crónica

Configuración: Febuxostat, alopurinol, pegloticase

Bibliografía: Su y cols. (2017); Sampson y cols. (2017).

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	reductores de ácido úrico	manejo estándar o placebo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Progresión a fase final de ERC (seguimiento: rango 6 meses a 84 meses)												
10	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	24/354 (6.8%)	42/352 (11.9%)	RR 0.59 (0.37 a 0.96)	49 menos por 1,000 (de 75 menos a 5 menos)	⊕⊕⊕○ MODERADO	CRÍTICO
Cambio en la TFGe (seguimiento: rango 6 meses a 84 meses)												
9	ensayos aleatorios	serio ^b	muy serio ^c	no es serio	no es serio	ninguno	376	293	-	MD 4.1 mL/min/1.73 m2 más alto. (1.86 más alto. a 6.35 más alto.)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
Eventos adversos (eventos cardiovasculares) (seguimiento: media 84 meses)												
1	ensayos aleatorios	serio ^d	no es serio	no es serio	serio ^a	ninguno	7/57 (12.3%)	15/56 (26.8%)	RR 0.46 (0.20 a 1.04)	145 menos por 1,000 (de 214 menos a 11 más)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO
Eventos adversos (síntomas gastrointestinales) (seguimiento: rango 6 meses a 84 meses)												
2	ensayos aleatorios	serio ^{d,f}	no es serio	no es serio	muy serio ^g	ninguno	4/102 (3.9%)	0/104 (0.0%)	RR 5.12 (0.61 a 43.02)	0 menos por 1,000 (de 0 menos a 0 menos)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
Eventos adversos (rash) (seguimiento: media 12 meses)												
1	ensayos aleatorios	serio ^f	no es serio	no es serio	muy serio ^g	ninguno	1/25 (4.0%)	0/26 (0.0%)	RR 3.12 (0.13 a 73.06)	0 menos por 1,000 (de 0 menos a 0 menos)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo; MD: Diferencia media

Explicaciones

- a. Disminuye un grado: secuencia de aleatorización y ocultamiento de asignación inciertos en 80 % de los estudios incluidos en el metanálisis.
- b. Disminuye un grado: ocultamiento de la asignación incierto o con alto riesgo de sesgo en 77 % de los estudios incluidos en el metanálisis.
- c. Disminuye dos grados: I-cuadrado, 90.4 %.
- d. Disminuye un grado: riesgo de sesgo por reporte selectivo. Ocultamiento de la asignación incierto.
- e. Disminuye un grado: intervalo de confianza cruza un umbral de importancia clínica.
- f. Disminuye un grado: riesgo de sesgo por pérdidas al seguimiento.
- g. Disminuye dos grados: Intervalo de confianza cruza los dos umbrales de importancia clínica.

Pregunta: Febuxostat comparado con alopurinol o placebo para enfermedad renal crónica

Bibliografía: Liu y cols. (2018).

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	febuxostat	alopurinol o placebo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Cambio en la TFGe (seguimiento: rango 6 meses a 84 meses)												
3	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	serio ^a	no es serio	ninguno			-	SMD 0.3 SD más alto. (0.03 más alto. a 0.58 más alto.)	 MODERADO	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza; SMD: Diferencia media estandarizada

Explicaciones

- a. Disminuye un grado: uno de los estudios incluye pacientes con hemodiálisis (Tsuruta).

Pregunta: Reductores de ácido úrico comparado con manejo estándar o placebo para enfermedad renal crónica

Configuración: Febuxostat, alopurinol, pegloticase

Bibliografía: Sampson y cols. (2017). Actualización: Saag 2016; Kimura 2018; Mukri 2018.

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	reductores de ácido úrico	manejo estándar o placebo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Eventos adversos (actualización) (evaluado con: cardiovasculares)												
4	ensayos aleatorios	serio ^b	no es serio	no es serio	muy serio ^c	ninguno	15/354 (4.2%)	22/356 (6.2%)	RR 0.71 (0.30 a 1.67)	18 menos por 1,000	 MUY BAJA	CRÍTICO

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	reductores de ácido úrico	manejo estándar o placebo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
										(de 43 menos a 41 más)		

Eventos adversos (actualización) (evaluado con: síntomas gastrointestinales)

3	ensayos aleatorios	serio ^{a,d}	no es serio	no es serio	muy serio ^c	ninguno	16/301 (5.3%)	9/326 (2.8%)	RR 1.62 (0.74 a 3.55)	17 más por 1,000 (de 7 menos a 70 más)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
---	--------------------	----------------------	-------------	-------------	------------------------	---------	---------------	--------------	---------------------------------	--	------------------	---------

Eventos adversos (actualización) (evaluado con : rash)

2	ensayos aleatorios	serio ^d	no es serio	no es serio	muy serio ^c	ninguno	1/244 (0.4%)	0/222 (0.0%)	RR 2.0 (0.7 a 23.3)	0 menos por 1,000 (de 0 menos a 0 menos)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
---	--------------------	--------------------	-------------	-------------	------------------------	---------	--------------	--------------	-------------------------------	--	------------------	---------

CI: Intervalo de confianza; **RR:** Razón de riesgo; **MD:** Diferencia media

Explicaciones

- a. Disminuye un grado: riesgo de sesgo por reporte selectivo. Ocultamiento de la asignación incierto.
- b. Disminuye dos grados: preocupación en la generación de la secuencia de aleatorización (1/4), ocultamiento de la asignación incierto (4/4) y cegamiento (1/4).
- c. Disminuye dos grados: Intervalo de confianza cruza los dos umbrales de importancia clínica.
- d. Disminuye un grado: riesgo de sesgo por pérdidas al seguimiento.

Pregunta: Febuxostat comparado con alopurinol o placebo para enfermedad renal crónica
Bibliografía: Liu y cols. (2018). Actualización: Saag 2016; Kimura 2018.

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	febuxostat	alopurinol o placebo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Cambio en la TFGe (actualización) (seguimiento: rango 1 años a 108 semanas)												
2	ensayos aleatorios	muy serio ^a	no es serio	serio ^b	no es serio	ninguno	Saag 2016: DM (LMS) 1.19 IC 95 % -2.18 – 4.57. Kimura 2018: DM 0.5 IC 95 % -0.5 – 1.6.		⊕○○○ MUY BAJA		CRÍTICO	

CI: Intervalo de confianza; SMD: Diferencia media estandarizada

Explicaciones
a. Disminuye un grado: preocupación con la secuencia de aleatorización.
b. Disminuye un grado: uno de los estudios incluye pacientes con ERC estadio 4.

Pregunta. RAAS

Pregunta: Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) comparado con placebo para enfermedad renal crónica

Configuración: Cuidado primario.

Bibliografía: Xie X, Liu Y, Perkovic V, Li X, Ninomiya T, Hou W, Zhao N, Liu L, Lv J, Zhang H, Wang H. Renin-Angiotensin System Inhibitors and Kidney and Cardiovascular Outcomes in Patients With CKD: A Bayesian Network Meta-analysis of Randomized Clinical Trials. Am J Kidney Dis. 2016 May;67(5):728-41. doi: 10.1053/j.ajkd.2015.10.011

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)	placebo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Progresión de ERC (seguimiento: media 3.6 años; evaluado con: Falla renal definida como duplicación de valores de creatinina sérica, disminución de 50 % de TFG o estadio final de ERC.)												
32 ^a	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	no es serio ^{b, c}	ninguno			OR 0.61 (0.47 a 0.79)	1 menos por 1,000 (de 1 menos a 0 menos)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	CRÍTICO
Mortalidad por cualquier causa. (seguimiento: media 3.6 años)												
32 ^a	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	serio ^{c, d}	ninguno			OR 0.87 (0.74 a 1.01)	1 menos por 1,000 (de 1 menos a 1 menos)	⊕⊕⊕○ MODERADO	CRÍTICO
Eventos cardiovasculares mayores (seguimiento: media 3.6 años; evaluado con: IAM, ECV, falla renal, muerte cardiovascular.)												
32 ^a	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	serio ^{c, e}	ninguno			OR 0.82 (0.71 a 0.92)	1 menos por 1,000 (de 1 menos a 1 menos)	⊕⊕⊕○ MODERADO	CRÍTICO
Eventos adversos (seguimiento: media 3.6 años ; evaluado con : Hipercalemia.)												
43	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	no es serio ^c	ninguno			OR 2.16 (1.24 a 3.68)	2 menos por	⊕⊕⊕⊕ ALTA	CRÍTICO

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)	placebo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
										1,000 (de 4 menos a 1 menos)		

Eventos adversos (seguimiento: media 3.6 años; evaluado con: Tos)

68	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	no es serio ^c	ninguno			OR 6.39 (2.31 a 15.49)	6 menos por 1,000 (de 15 menos a 2 menos)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	CRÍTICO
----	--------------------	-------------	-------------	-------------	--------------------------	---------	--	--	---------------------------	--	--------------	---------

Eventos adversos (seguimiento: media 3.6 años; evaluado con: Angioedema o edema)

26	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	muy serio ^{c,f}	ninguno			OR 47.88 (0.08 a 69.48)	48 menos por 1,000 (de 69 menos a 0 menos)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO
----	--------------------	-------------	-------------	-------------	--------------------------	---------	--	--	----------------------------	---	--------------	---------

Hipotensión (seguimiento: media 3.6 años; evaluado con: Hipotensión)

29	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	serio ^g	ninguno			OR 1.44 (0.81 a 1.63)	1 menos por 1,000 (de 2 menos a 1 menos)	⊕⊕⊕○ MODERADO	CRÍTICO
----	--------------------	-------------	-------------	-------------	--------------------	---------	--	--	--------------------------	---	------------------	---------

CI: Intervalo de confianza; OR: Razón de momios

Explicaciones

a. n=21 491, en estudios de comparaciones directas.

b. La comparación directa el OR fue 0.55 IC 95 % 0.44 - 0.67.

c. Precisión presentada como intervalos de credibilidad de 95 % del metanálisis en red.

- d. La comparación directa el OR fue 0.87 IC 95 % 0.76-0.99.
e. La comparación directa el OR fue 0.84 IC 95 % 0.76 - 0.93.
f. Intervalos de credibilidad muy amplios.
g. Intervalos de credibilidad cruzan umbrales de importancia clínica.

Pregunta: Antagonistas del receptor de angiotensina II (ARA II) comparado con placebo para enfermedad renal crónica

Configuración: Cuidado primario

Bibliografía: Xie X, Liu Y, Perkovic V, Li X, Ninomiya T, Hou W, Zhao N, Liu L, Lv J, Zhang H, Wang H. Renin-Angiotensin System Inhibitors and Kidney and Cardiovascular Outcomes in Patients With CKD: A Bayesian Network Meta-analysis of Randomized Clinical Trials. Am J Kidney Dis. 2016 May;67(5):728-41. doi: 10.1053/j.ajkd.2015.10.011.

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	antagonistas del receptor de angiotensina II (ARA II)	placebo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		

Progresión de ERC (seguimiento: media 3.6 años; evaluado con: Falla renal definida como duplicación de valores de creatinina sérica, disminución de 50 % de TFG o estadio final de ERC.)

7 ^a	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	serio ^{b, c}	ninguno			OR 0.70 (0.52 a 0.89)	1 menos por 1,000 (de 1 menos a 1 menos)	⊕⊕⊕○ MODERADO	CRÍTICO
----------------	--------------------	-------------	-------------	-------------	-----------------------	---------	--	--	--------------------------	---	------------------	---------

Mortalidad por cualquier causa (seguimiento: media 3.6 años)

7 ^a	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	no es serio ^{b, d}	ninguno			OR 0.99 (0.78 a 1.21)	1 menos por 1,000 (de 1 menos a 1 menos)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	CRÍTICO
----------------	--------------------	-------------	-------------	-------------	-----------------------------	---------	--	--	--------------------------	---	--------------	---------

Eventos cardiovasculares (seguimiento: media 3.6 años; evaluado con: IAM, ECV, falla renal, muerte cardiovascular.)

7 ^a	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	serio ^{b, e, f}	ninguno			OR 0.76 (0.62 a 0.89)	1 menos por 1,000 (de 1 menos a 1 menos)	⊕⊕⊕○ MODERADO	CRÍTICO
----------------	--------------------	-------------	-------------	-------------	--------------------------	---------	--	--	--------------------------	---	------------------	---------

Eventos adversos (seguimiento: media 3.6 años; evaluado con: Hipercalcemia)

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	antagonistas del receptor de angiotensina II (ARA II)	placebo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
43	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	serio ^{b, f}	ninguno			OR 1.89 (1.02 a 3.03)	2 menos por 1,000 (de 3 menos a 1 menos)	⊕⊕⊕○ MODERADO	CRÍTICO
Eventos adversos (seguimiento: media 3.6 años; evaluado con: Tos)												
68	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	serio ^{b, g}	ninguno			OR 0.56 (0.10 a 1.74)	1 menos por 1,000 (de 2 menos a 0 menos)	⊕⊕⊕○ MODERADO	CRÍTICO
Eventos adversos (seguimiento: media 3.2 años; evaluado con: Angioedema o edema)												
26	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	muy serio ^{b, g, h}	ninguno			OR 72.70 (0.12 a 217.20)	73 menos por 1,000 (de 217 menos a 0 menos)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO
Eventos adversos (seguimiento: media 3.6 años; evaluado con: Hipotensión)												
29	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	serio ^{b, c}	ninguno			OR 1.40 (0.69 a 1.63)	1 menos por 1,000 (de 2 menos a 1 menos)	⊕⊕⊕○ MODERADO	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza; OR: Razón de momios

Explicaciones

- a. n=4854, en estudios de comparaciones directas.
- b. Precisión presentada como intervalos de credibilidad de 95 % del metanálisis en red.
- c. En la comparación directa el OR fue 0.82 IC 95 % 0.71 - 0.94.
- d. En la comparación directa el OR fue 1.03 IC 95 % 0.89 - 1.21.
- e. En la comparación directa el OR fue 0.81 IC 95 % 0.67 - 0.99.
- f. Disminuye un grado: Intervalo de credibilidad cruza un umbral de importancia clínica.
- g. Disminuye dos grados: Intervalo de credibilidad cruza umbrales de importancia clínica.
- h. Intervalo de credibilidad muy amplio.

Pregunta: Bloqueo dual (IECA/ARA-II/Aliskiren) comparado con monoterapia (IECA o ARA-II) para enfermedad renal crónica

Configuración: Cuidado primario.

Bibliografía: Xie X, Liu Y, Perkovic V, Li X, Ninomiya T, Hou W, Zhao N, Liu L, Lv J, Zhang H, Wang H. Renin-Angiotensin System Inhibitors and Kidney and Cardiovascular Outcomes in Patients With CKD: A Bayesian Network Meta-analysis of Randomized Clinical Trials. Am J Kidney Dis. 2016 May;67(5):728-41. doi: 10.1053/j.ajkd.2015.10.011

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	bloqueo dual (IECA/ARA-II/Aliskiren)	monoterapia (IECA o ARA-II)	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		

Eventos cardiovasculares (seguimiento: rango 1 años a 5.6 años; evaluado con: IAM, ECV, falla renal, muerte cardiovascular.)

7	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio ^a	no es serio	no es serio	ninguno	1115/7482 (14.9%)	1547/9380 (16.5%)	OR 1.03 (0.93 a 1.15)	4 más por 1,000 (de 10 menos a 20 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	CRÍTICO
---	--------------------	-------------	--------------------------	-------------	-------------	---------	-------------------	-------------------	-----------------------	--	--------------	---------

Mortalidad por cualquier causa (seguimiento: rango 0.5 años a 5.6 años)

9	ensayos aleatorios	no es serio	serio ^b	no es serio	no es serio	ninguno	854/7948 (10.7%)	1182/9845 (12.0%)	OR 0.95 (0.77 a 1.16)	5 menos por 1,000 (de 25 menos a 17 más)	⊕⊕⊕○ MODERADO	CRÍTICO
---	--------------------	-------------	--------------------	-------------	-------------	---------	------------------	-------------------	-----------------------	--	------------------	---------

CI: Intervalo de confianza; OR: Razón de momios

Explicaciones

- a. I-cuadrado: 12.5 %.
- b. I-cuadrado: 46.2 %.

Pregunta: Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) comparado con control activo (beta bloqueadores, calcio antagonistas, diuréticos o agentes convencionales) para enfermedad renal crónica

Configuración: Cuidado primario.

Bibliografía: Xie X, Liu Y, Perkovic V, Li X, Ninomiya T, Hou W, Zhao N, Liu L, Lv J, Zhang H, Wang H. Renin-Angiotensin System Inhibitors and Kidney and Cardiovascular Outcomes in Patients With CKD: A Bayesian Network Meta-analysis of Randomized Clinical Trials. Am J Kidney Dis. 2016 May;67(5):728-41. doi: 10.1053/j.ajkd.2015.10.011

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)	control activo (beta bloqueadores, calcio antagonistas, diuréticos o agentes convencionales)	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Progresión de ERC (seguimiento: media 3.6 años; evaluado con: Falla renal definida como duplicación de valores de creatinina sérica, disminución de 50 % de TFG o estadio final de ERC.)												
38 ^a	ensayos aleatorios	serio ^b	no es serio	no es serio	no es serio ^{c, d}	ninguno			OR 0.65 (0.51 a 0.80)	1 menos por 1,000 (de 1 menos a 1 menos)	⊕⊕⊕○ MODERADO	CRÍTICO
Mortalidad por cualquier causa (seguimiento: media 3.6 años)												
38 ^a	ensayos aleatorios	serio ^b	no es serio	no es serio	serio ^{c, e, f}	ninguno			OR 0.72 (0.53 a 0.92)	1 menos por 1,000 (de 1 menos a 1 menos)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO
Eventos cardiovasculares (seguimiento: media 3.6 años; evaluado con: IAM, ECV, falla renal, muerte cardiovascular.)												
38 ^a	ensayos aleatorios	serio ^b	no es serio	no es serio	no es serio ^{c, g}	ninguno			OR 0.94 (0.75 a 1.12)	1 menos por 1,000 (de 1 menos a 1 menos)	⊕⊕⊕○ MODERADO	

CI: Intervalo de confianza; OR: Razón de momios

Explicaciones

a. n=10 628, en estudios de comparaciones directas.

b. 55 % de los estudios con alto riesgo de sesgo por limitaciones en el cegamiento del personal, pacientes y evaluador del desenlace.

c. Precisión expresada como intervalos de credibilidad de 95 % del metanálisis en red.

d. La comparación directa el OR fue 0.71 IC 95 % 0.54 - 0.97.

- e. Intervalo de credibilidad cruza uno de los umbrales de importancia clínica.
 f. La comparación directa el OR fue 0.69 IC 95 % 0.48 - 0.99.
 g. La comparación directa el OR fue 1.05 IC 95 % 0.94 - 1.18.

Pregunta: Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) comparado con control activo (beta bloqueadores, calcio antagonistas, diuréticos o agentes convencionales) para enfermedad renal crónica

Configuración: Cuidado primario.

Bibliografía: Xie X, Liu Y, Perkovic V, Li X, Ninomiya T, Hou W, Zhao N, Liu L, Lv J, Zhang H, Wang H. Renin-Angiotensin System Inhibitors and Kidney and Cardiovascular Outcomes in Patients With CKD: A Bayesian Network Meta-analysis of Randomized Clinical Trials. Am J Kidney Dis. 2016 May;67(5):728-41. doi: 10.1053/j.ajkd.2015.10.011

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)	control activo (beta bloqueadores, calcio antagonistas, diuréticos o agentes convencionales)	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		

Progresión de ERC (seguimiento: media 3.6 años; evaluado con: Falla renal definida como duplicación de valores de creatinina sérica, disminución de 50 % de TFG o estadio final de ERC.)

38 ^a	ensayos aleatorios	serio ^b	no es serio	no es serio	no es serio ^{c, d}	ninguno			OR 0.65 (0.51 a 0.80)	1 menos por 1,000 (de 1 menos a 1 menos)	⊕⊕⊕○ MODERADO	CRÍTICO
-----------------	--------------------	--------------------	-------------	-------------	-----------------------------	---------	--	--	--------------------------	---	------------------	---------

Mortalidad por cualquier causa (seguimiento: media 3.6 años)

38 ^a	ensayos aleatorios	serio ^b	no es serio	no es serio	serio ^{c, e, f}	ninguno			OR 0.72 (0.53 a 0.92)	1 menos por 1,000 (de 1 menos a 1 menos)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO
-----------------	--------------------	--------------------	-------------	-------------	--------------------------	---------	--	--	--------------------------	---	--------------	---------

Eventos cardiovasculares (seguimiento: media 3.6 años; evaluado con: IAM, ECV, falla renal, muerte cardiovascular.)

38 ^a	ensayos aleatorios	serio ^b	no es serio	no es serio	no es serio ^{c, g}	ninguno			OR 0.94 (0.75 a 1.12)	1 menos por 1,000 (de 1 menos a 1 menos)	⊕⊕⊕○ MODERADO	
-----------------	--------------------	--------------------	-------------	-------------	-----------------------------	---------	--	--	--------------------------	---	------------------	--

CI: Intervalo de confianza; OR: Razón de momios

Explicaciones

- n=10 628, en estudios de comparaciones directas.
- 55 % de los estudios con alto riesgo de sesgo por limitaciones en el cegamiento del personal, pacientes y evaluador del desenlace.
- Precisión expresada como intervalos de credibilidad de 95 % del metanálisis en red.
- La comparación directa el OR fue 0.71 IC 95 % 0.54 - 0.97.
- Intervalo de credibilidad cruza uno de los umbrales de importancia clínica.
- La comparación directa el OR fue 0.69 IC 95 % 0.48 - 0.99.
- La comparación directa el OR fue 1.05 IC 95 % 0.94 - 1.18.

Pregunta: Bloqueadores del receptor de angiotensina II (ARA-II) comparado con control activo (beta bloqueadores, calcio antagonistas, diuréticos o agentes convencionales) para enfermedad renal crónica

Configuración: Cuidado primario.

Bibliografía: Xie X, Liu Y, Perkovic V, Li X, Ninomiya T, Hou W, Zhao N, Liu L, Lv J, Zhang H, Wang H. Renin-Angiotensin System Inhibitors and Kidney and Cardiovascular Outcomes in Patients With CKD: A Bayesian Network Meta-analysis of Randomized Clinical Trials. Am J Kidney Dis. 2016 May;67(5):728-41. doi: 10.1053/j.ajkd.2015.10.011

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	bloqueadores del receptor de angiotensina II (ARA-II)	control activo (beta bloqueadores, calcio antagonistas, diuréticos o agentes convencionales)	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		

Progresión de ERC (seguimiento: media 3.6 años; evaluado con: Falla renal definida como duplicación de valores de creatinina sérica, disminución de 50 % de TFG o estadio final de ERC.)

13 ^a	ensayos aleatorios	serio ^b	no es serio	no es serio	serio ^{c, d, e}	ninguno			OR 0.75 (0.54 a 0.97)	1 menos por 1,000 (de 1 menos a 1 menos)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO
-----------------	--------------------	--------------------	-------------	-------------	--------------------------	---------	--	--	--------------------------	---	--------------	---------

Mortalidad por cualquier causa (seguimiento: media 3.6 años)

13 ^a	ensayos aleatorios	serio ^b	no es serio	no es serio	serio ^{c, e, f}	ninguno			OR 0.81 (0.61 a 1.03)	1 menos por 1,000 (de 1 menos a 1 menos)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO
-----------------	--------------------	--------------------	-------------	-------------	--------------------------	---------	--	--	--------------------------	---	--------------	---------

Eventos cardiovasculares (seguimiento: media 3.6 años; evaluado con: IAM, ECV, falla renal, muerte cardiovascular.)

13 ^a	ensayos aleatorios	serio ^b	no es serio	no es serio	serio ^{c, e, g}	ninguno			OR 0.86 (0.70 a 1.03)	1 menos por 1,000 (de 1 menos a 1 menos)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO
-----------------	--------------------	--------------------	-------------	-------------	--------------------------	---------	--	--	--------------------------	---	--------------	---------

CI: Intervalo de confianza; OR: Razón de momios

Explicaciones

- a. n=6505, en estudios de comparaciones directas.
- b. 85 % de los estudios con alto riesgo de sesgo por limitaciones en el cegamiento del personal y pacientes.
- c. Precisión expresada como intervalos de credibilidad de 95 % del metanálisis en red.
- d. La comparación directa el OR fue 0.67 IC 95 % 0.55 - 0.82.
- e. Intervalo de credibilidad cruza uno de los umbrales de importancia clínica.
- f. La comparación directa el OR fue 0.88 IC 95 % 0.71 - 1.10.
- g. La comparación directa el OR fue 0.81 IC 95 % 0.63 - 1.04.

Pregunta: Antagonistas del receptor de mineralocorticoides comparado con no antagonistas del receptor de mineralocorticoides para enfermedad renal crónica

Configuración: Cuidado primario.

Bibliografía: Lu R, Zhang Y, Zhu X, Fan Z, Zhu S, Cui M, Zhang Y, Tang F. Effects of mineralocorticoid receptor antagonists on left ventricular mass in chronic kidney disease patients: a systematic review and meta-analysis. Int Urol Nephrol. 2016 Sep;48(9):1499-509. doi: 10.1007/s11255-016-1319-7.

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	antagonistas del receptor de mineralocorticoides	no antagonistas del receptor de mineralocorticoides	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Mortalidad por cualquier causa (seguimiento: rango 13 semanas a 239 semanas)												
5	ensayos aleatorios	serio ^a	muy serio ^{b, c}	serio ^d	serio ^e	ninguno	-/862	-/962	RR 0.57 (0.36 a 0.91)	0 menos por 1,000 (de 0 menos a 0 menos)	⊕○○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
Eventos cardiovasculares mayores (seguimiento: rango 13 semanas a 239 semanas; evaluado con: Según cada estudio: hospitalización o muerte por eventos cardiovasculares, readmisión.)												
4	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio ^f	serio ^g	no es serio	ninguno	-/437	-/437	RR 0.42 (0.28 a 0.63)	0 menos por 1,000 (de 0 menos a 0 menos)	⊕⊕○○○ BAJA	CRÍTICO
Eventos adversos (seguimiento: media 90 semanas; evaluado con: hipercalcemia: > 5.5 mmol/l)												
2	estudios observacionales	serio ^h	muy serio ^b	no es serio	no es serio	ninguno	-/829	-/875	RR 2.32 (1.83 a 2.94)	0 menos por 1,000 (de 0 menos a 0 menos)	⊕○○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
Eventos adversos (seguimiento: rango 104 semanas a 156 semanas; evaluado con: Ginecomastia)												
3	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	serio ⁱ	serio ^j	ninguno	-/360	-/360	RR 6.67 (2.19 a 20.27)	0 menos por 1,000 (de 0 menos a 0 menos)	⊕○○○○ MUY BAJA	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo

Explicaciones

- a. No se presentan las calificaciones individuales del estudio por la herramienta de riesgo de sesgo de Cochrane.
- b. Disminuye dos grados: I-cuadrado: 55 %.
- c. Disminuye dos grados: I-cuadrado: 50.1 %.
- d. 4/5 estudios incluyen pacientes en diálisis.
- e. Disminuye un grado: El intervalo de confianza cruza uno de los umbrales de importancia clínica.
- f. I-cuadrado: 0 %.
- g. Disminuye un grado: Todos los estudios incluyen pacientes en diálisis.
- h. No se presentan las calificaciones individuales del estudio por la escala de Newcastle-Ottawa.
- i. Los tres estudios incluyen pacientes en diálisis.
- j. Disminuye un grado: Intervalo de confianza de 95 % muy amplio.

Pregunta: Antagonistas del receptor de mineralocorticoides comparado con IECA o ARA-II para enfermedad renal crónica

Configuración: Cuidado primario.

Bibliografía: Currie G, Taylor AH, Fujita T, Ohtsu H, Lindhardt M, Rossing P, Boesby L, Edwards NC, Ferro CJ, Townend JN, van den Meiracker AH, Saklayen MG, Oveisi S, Jardine AG, Delles C, Preiss DJ, Mark PB. Effect of mineralocorticoid receptor antagonists on proteinuria and progression of chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis. BMC Nephrol. 2016 Sep 8;17(1):127. doi: 10.1186/s12882-016-0337-0.

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	antagonistas del receptor de mineralocorticoides	IECA o ARA-II	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Progresión de ERC (seguimiento: rango 8 semanas a 52 semanas; evaluado con: Tasa de filtración glomerular al final del tratamiento)												
13	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	no es serio	serio ^b	ninguno	626	617	-	MD 2.71 ml/min/1.73 m2 menos (4.85 menos a 0.57 menos)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO
Eventos adversos (seguimiento: rango 8 semanas a 52 semanas; evaluado con: Hipercalemia)												
18	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	51/758 (6.7%)	13/760 (1.7%)	RR 3.02 (1.75 a 5.18)	35 más por 1,000 (de 13 más a 72 más)	⊕⊕⊕○ MODERADO	CRÍTICO
Eventos cardiovasculares (seguimiento: rango 8 semanas a 52 semanas; evaluado con: Eventos cardiovasculares mayores: muerte, fibrilación auricular, ACV, Revascularización coronaria.)												
2	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	muy serio ^c	ninguno	Ando 2014 y Medhi 2009 reportan: 3 eventos en el grupo de tratamiento (1 muerte, 1 fibrilación auricular y 1 ACV; en el grupo control se observaron 7 eventos (3 ACV, 2 falla cardíaca, 1 infarto agudo del miocardio, 1 revascularización miocárdica).				⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza; MD: Diferencia media; RR: Razón de riesgo

Explicaciones

- a. Limitaciones en el ocultamiento de la asignación en más de 50 % de los estudios.
- b. El intervalo de confianza cruza uno de los umbrales de importancia clínica.
- c. Bajo número de eventos.

Pregunta: IECA o ARA-II comparado con placebo o control activo para ERC con hipertensión y sin diabetes

Configuración:

Bibliografía: Mishima y cols. (2019).

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	IECA o ARA-II	placebo o control activo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Eventos renales (vs. placebo o control activo en pacientes con proteinuria positiva) (seguimiento: rango 1 años a 4 años; evaluado con: Diálisis o trasplante, aumento de creatinina al doble, aumento de TFGe en 50 %)												
18	ensayos aleatorios	muy serio ^a	serio ^b	no es serio	no es serio	ninguno	266/1422 (18.7%)	392/1310 (29.9%)	RR 0.63 (0.52 a 0.75)	111 menos por 1,000 (de 144 menos a 75 menos)	 MUY BAJA	CRÍTICO
Eventos renales (vs. placebo en pacientes con proteinuria positiva) (seguimiento: rango 2 años a 3 años; evaluado con: Diálisis o trasplante, aumento de creatinina al doble, aumento de TFGe en 50 %)												
5	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	103/643 (16.0%)	184/625 (29.4%)	RR 0.58 (0.47 a 0.71)	124 menos por 1,000 (de 156 menos a 85 menos)	 ALTA	CRÍTICO
Eventos renales (vs. control activo en pacientes con proteinuria negativa) (seguimiento: media 3 años; evaluado con: Diálisis o trasplante, aumento de creatinina al doble, aumento de TFGe en 50 %)												
4	ensayos aleatorios	serio ^c	serio ^b	no es serio	muy serio ^d	ninguno	41/349 (11.7%)	21/208 (10.1%)	RR 0.64 (0.18 a 2.30)	36 menos por 1,000 (de 83 menos a 131 más)	 MUY BAJA	CRÍTICO
Eventos cardiovasculares (vs. placebo o control activo en pacientes con proteinuria positiva) (seguimiento: rango 20 semanas a 4 años; evaluado con: IAM fatal o no fatal, muerte súbita, hospitalización por falla cardíaca o angina)												
15	ensayos aleatorios	muy serio ^a	no es serio	no es serio	serio ^f	ninguno	38/1169 (3.3%)	50/1157 (4.3%)	RR 0.77 (0.51 a 1.16)	10 menos por 1,000 (de 21 menos a 7 más)	 MUY BAJA	CRÍTICO

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	IECA o ARA-II	placebo o control activo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
5	ensayos aleatorios	serio ^c	no es serio	no es serio	muy serio ^d	ninguno	27/638 (4.2%)	29/617 (4.7%)	RR 0.88 (0.52 a 1.48)	6 menos por 1,000 (de 23 menos a 23 más)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
Eventos cardiovasculares (vs. placebo o control activo en pacientes con proteinuria negativa) (seguimiento: rango 3 años a 4.8 años; evaluado con: IAM fatal o no fatal, muerte súbita, hospitalización por falla cardíaca o angina)												
4	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	serio ^f	ninguno	124/796 (15.6%)	114/778 (14.7%)	RR 1.06 (0.85 a 1.32)	9 más por 1,000 (de 22 menos a 47 más)	⊕⊕⊕○ MODERADO	CRÍTICO
Eventos cardiovasculares (vs. placebo en pacientes con proteinuria negativa) (seguimiento: rango 3 años a 4.8 años; evaluado con: IAM fatal o no fatal, muerte súbita, hospitalización por falla cardíaca o angina)												
2	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	muy serio ^d	ninguno	123/763 (16.1%)	112/743 (15.1%)	RR 0.96 (0.61 a 1.52)	6 menos por 1,000 (de 59 menos a 78 más)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO
Eventos adversos en pacientes con proteinuria positiva (hipercalcemia) (seguimiento: rango 1 años a 4 años; evaluado con: Definición de cada estudio)												
14	ensayos aleatorios	muy serio ^a	no es serio ^g	no es serio	no es serio	ninguno	35/1200 (2.9%)	14/1156 (1.2%)	RR 2.01 (1.07 a 3.77)	12 más por 1,000 (de 1 más a 34 más)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO
Eventos adversos en pacientes con proteinuria positiva (hipotensión) (seguimiento: rango 1 años a 4 años; evaluado con: Definición del estudio primario)												
8	ensayos aleatorios	muy serio ^a	no es serio ^g	no es serio	muy serio ^d	ninguno	20/788 (2.5%)	16/769 (2.1%)	RR 1.21 (0.64 a 2.28)	4 más por 1,000 (de 7 menos a 27 más)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo

Explicaciones

- a. Disminuye dos grados: la mayoría de estudios con incertidumbre en el ocultamiento de la asignación o fallas en el cegamiento.
- b. Disminuye un grado: I-cuadrado > 30 %.
- c. Disminuye un grado: 2/5 estudios con incertidumbre en el ocultamiento de la asignación o fallas en el cegamiento.
- d. Disminuye dos grados: intervalo de confianza cruza umbrales de importancia clínica.
- e. Disminuye dos grados: 9/15 estudios con incertidumbre en el ocultamiento de la asignación o fallas en el cegamiento.
- f. Disminuye un grado: intervalo de confianza cruza umbral de importancia clínica.
- g. La heterogeneidad es incierta porque autores no presentan medidas estadísticas o gráficos de bosque para este desenlace.

Pregunta: Aliskiren comparado con candesartán en ERC

Bibliografía: Antlander y cols. (2017).

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Aliskiren	Candesartán	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Progresión de la enfermedad (aliskiren vs. candesartán) (Antlander 2017) (seguimiento: media 2 meses; evaluado con: Diferencias en TFGe)												
1	ensayos aleatorios	muy serio ^a	no es serio	serio ^b	serio ^c	ninguno	n=24; TFGe (mL/min/1.73 m2): - Aliskiren: - 1.8±4.4; - Candesartán: -2.4±5.3, (p=0.785).		 MUY BAJA		CRÍTICO	

CI: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo; HR: Razón de riesgos instantáneos

Explicaciones

- a. Disminuye dos grados: preocupación con la generación de la secuencia de aleatorización, ocultamiento de la asignación y cegamiento.
- b. Disminuye un grado: incluye pacientes con ERC estadio 4.
- c. Disminuye un grado: tamaño de la muestra con insuficiente potencia estadística.

Pregunta: Sacubitril/ valsartán comparado con placebo o enalapril para ERC con falla cardíaca

Bibliografía: Damman y cols. (2019).

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Sacubitril/ Valsartán	Enalapril	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Mortalidad por cualquier causa (sacubitril/ valsartán vs. enalapril) (Damman 2018)												
1	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	269/1333 (20.2%)	354/1412 (25.1%)	HR 0.79 (0.68 a 0.93)	47 menos por 1,000 (de 73 menos a	⊕⊕⊕⊕ ALTA	CRÍTICO

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Sacubitril/Valsartán	Enalapril	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
										15 menos)		
Eventos cardiovasculares (sacubitril/valsartán vs. enalapril) (Damman 2018) (evaluado con: Mortalidad cardiovascular y hospitalización por falla cardíaca)												
1	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	358/1333 (26.9%)	465/1412 (32.9%)	HR 0.79 (0.68 a 0.93)	59 menos por 1,000 (de 91 menos a 19 menos)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	CRÍTICO
Progresión de la enfermedad (sacubitril/ valsartán vs. enalapril) (Damman 2018) (evaluado con: disminución de 50 % en la TFGe con relación a la basal)												
1	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	muy serio ^a	ninguno	12/1333 (0.9%)	14/1412 (1.0%)	HR 0.73 (0.35 a 1.54)	3 menos por 1,000 (de 6 menos a 5 más)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO
Progresión de la enfermedad (sacubitril/valsartán vs. enalapril) (Damman 2018) (evaluado con: Progresión a estadio final de ERC)												
1	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	muy serio ^a	ninguno	6/1333 (0.5%)	9/1412 (0.6%)	HR 0.70 (0.25 a 1.95)	2 menos por 1,000 (de 5 menos a 6 más)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo; HR: Razón de riesgos instantáneos

Explicaciones

a. Disminuye dos grados: intervalo de confianza cruza umbrales de importancia clínica.

Pregunta: IECA más ARA-II comparado con placebo para diabéticos con enfermedad renal crónica
Bibliografía: Palmer y cols. 2015.

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	IECA más ARA-II	placebo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Progresión a fase final de ERC												
4 ^a	ensayos aleatorios	serio ^b	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	0/0	0/0	OR 0.62 (0.43 a 0.90)	1 menos por 1,000 (de 1 menos a 0 menos)	 MODERADO	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza; OR: Razón de momios

Explicaciones

a. Metanálisis en red. El número de estudios incluidos en la comparación no está explícito.

b. Disminuye un grado: Globalmente, más de 75 % de preocupación de alto riesgo de sesgo por reporte selectivo y entre 25 % - 50 % por cegamiento.

Pregunta: IECA más ARA-II comparado con placebo para diabéticos con enfermedad renal crónica
Bibliografía: Palmer y cols. 2015.

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	IECA más ARA-II	placebo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Progresión a fase final de ERC												
4 ^a	ensayos aleatorios	serio ^b	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	0/0	0/0	OR 0.62 (0.43 a 0.90)	1 menos por 1,000 (de 1 menos a 0 menos)	 MODERADO	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza; OR: Razón de momios

Explicaciones

a. Metanálisis en red. El número de estudios incluidos en la comparación no está explícito.

b. Disminuye un grado: Globalmente, más de 75 % de preocupación de alto riesgo de sesgo por reporte selectivo y entre 25 % - 50 % por cegamiento.

Pregunta: IECA comparado con inhibidores directos de renina para diabéticos con enfermedad renal crónica

Bibliografía: Palmer y cols. 2015.

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	IECA	inhibidores directos de renina	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
5 ^a	ensayos aleatorios	serio ^b	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	0/0	0/0	OR 0.59 (0.36 a 0.96)	1 menos por 1,000 (de 1 menos a 0 menos)	⊕⊕⊕○ MODERADO	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza; OR: Razón de momios

Explicaciones

a. Metanálisis en red. El número de estudios incluidos en la comparación no está explícito.

b. Disminuye un grado: Globalmente, más de 75 % de preocupación de alto riesgo de sesgo por reporte selectivo y entre 25 % - 50 % por cegamiento.

Pregunta: ARA-II comparado con inhibidores directos de renina para diabéticos con enfermedad renal crónica

Bibliografía: Palmer y cols. 2015.

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	ARA-II	inhibidores directos de renina	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
1 ^a	ensayos aleatorios	serio ^b	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	0/0	0/0	OR 0.68 (0.47 a 0.98)	1 menos por 1,000 (de 1 menos a 0 menos)	⊕⊕⊕○ MODERADO	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza; OR: Razón de momios

Explicaciones

a. Metanálisis en red. El número de estudios incluidos en la comparación no está explícito.

b. Disminuye un grado: Globalmente, más de 75 % de preocupación de alto riesgo de sesgo por reporte selectivo y entre 25 % - 50 % por cegamiento.

Pregunta: Inhibidores directos de renina comparado con IECA para diabéticos con enfermedad renal crónica

Bibliografía: Palmer y cols. 2015.

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	inhibidores directos de renina	IECA	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		

Tos

a	ensayos aleatorios	serio ^b	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	0/0	0/0	OR 0.30 (0.16 a 0.56)	0 menos por 1,000 (de 1 menos a 0 menos)	⊕⊕⊕○ MODERADO	CRÍTICO
---	--------------------	--------------------	-------------	-------------	-------------	---------	-----	-----	--------------------------	---	------------------	---------

CI: Intervalo de confianza; OR: Razón de momios

Explicaciones

a. Metanálisis en red. El número de estudios incluidos en la comparación no está explícito.

b. Disminuye un grado: Globalmente, más de 75 % de preocupación de alto riesgo de sesgo por reporte selectivo y entre 25 % - 50 % por cegamiento.

Pregunta: Placebo comparado con IECA para diabéticos con enfermedad renal crónica

Bibliografía: Palmer y cols. 2015.

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	placebo	IECA	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		

Tos

a	ensayos aleatorios	serio ^b	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	0/0	0/0	OR 0.34 (0.22 a 0.52)	0 menos por 1,000 (de 1 menos a 0 menos)	⊕⊕⊕○ MODERADO	CRÍTICO
---	--------------------	--------------------	-------------	-------------	-------------	---------	-----	-----	--------------------------	---	------------------	---------

CI: Intervalo de confianza; OR: Razón de momios

Explicaciones

a. Metanálisis en red. El número de estudios incluidos en la comparación no está explícito.

b. Disminuye un grado: Globalmente, más de 75 % de preocupación de alto riesgo de sesgo por reporte selectivo y entre 25 % - 50 % por cegamiento.

Pregunta. Anticoagulantes y antiagregantes orales

Pregunta: Anticoagulantes orales directos comparado con warfarina para enfermedad renal crónica y fibrilación auricular no valvular

Bibliografía: Kimachi 2017 y Malhotra 2019.

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	anticoagulantes orales directos	warfarina	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Todos los accidentes cerebrovasculares y eventos embólicos sistémicos (ERC estadio 3) (seguimiento: rango 12 meses a 36 meses)												
5	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	serio ^a	ninguno	153/6717 (2.3%)	155/5438 (2.9%)	RR 0.82 (0.66 a 1.02)	5 menos por 1,000 (de 10 menos a 1 más)	⊕⊕⊕○ MODERADO	CRÍTICO
Infarto agudo de miocardio (ERC estadio 3 o 4) (seguimiento: media 36 meses)												
1	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	muy serio ^b	ninguno	14/1379 (1.0%)	15/1361 (1.1%)	RR 0.92 (0.45 a 1.90)	1 menos por 1,000 (de 6 menos a 10 más)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO
Mortalidad por cualquier causa (seguimiento: rango 12 meses a 36 meses)												
4	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio ^c	serio ^a	ninguno	322/5450 (5.9%)	322/4145 (7.8%)	RR 0.91 (0.78 a 1.05)	7 menos por 1,000 (de 17 menos a 4 más)	⊕⊕⊕○ MODERADO	CRÍTICO
Sangrado mayor (ERC grado 3) (seguimiento: rango 12 meses a 36 meses; evaluado con: Reducción hemoglobina 20 g/l, infusión de 2 unidades GR, sangrado área u órgano crítico, muerte por sangrado.)												
5	ensayos aleatorios	no es serio	serio ^d	no es serio	serio ^a	ninguno	299/6702 (4.5%)	288/5430 (5.3%)	RR 0.80 (0.62 a 1.03)	11 menos por 1,000 (de 20 menos a 2 más)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	anticoagulantes orales directos	warfarina	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
3	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	406/17265 (2.4%)	412/14409 (2.9%)	RR 0.80 (0.70 a 0.91)	6 menos por 1,000 (de 9 menos a 3 menos)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	CRÍTICO

Todos los accidentes cerebrovasculares y eventos embólicos sistémicos (ERC moderada) (seguimiento: rango 12 meses a 36 meses)

5	ensayos aleatorios	no es serio	serio ^e	no es serio	no es serio	ninguno	194/6717 (2.9%)	238/5488 (4.3%)	RR 0.66 (0.46 a 0.94)	15 menos por 1,000 (de 23 menos a 3 menos)	⊕⊕⊕○ MODERADO	CRÍTICO
---	--------------------	-------------	--------------------	-------------	-------------	---------	-----------------	-----------------	--------------------------	---	------------------	---------

Sangrado mayor (ERC leve) (seguimiento: rango 12 meses a 36 meses)

3	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	749/17252 (4.3%)	694/14391 (4.8%)	RR 0.84 (0.76 a 0.93)	8 menos por 1,000 (de 12 menos a 3 menos)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	CRÍTICO
---	--------------------	-------------	-------------	-------------	-------------	---------	------------------	------------------	--------------------------	--	--------------	---------

Sangrado mayor (ERC moderada) (seguimiento: rango 12 meses a 36 meses)

4	ensayos aleatorios	no es serio	muy serio ^f	no es serio	serio ^a	ninguno	451/6623 (6.8%)	371/4005 (9.3%)	RR 0.66 (0.40 a 1.07)	31 menos por 1,000 (de 56 menos a 6 más)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
---	--------------------	-------------	------------------------	-------------	--------------------	---------	-----------------	-----------------	--------------------------	---	------------------	---------

ECV (ERC leve) (seguimiento: rango 12 meses a 36 meses)

2	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	212/11610 (1.8%)	270/11511 (2.3%)	RR 0.79 (0.66 a 0.95)	5 menos por 1,000 (de 8 menos a 2 menos)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	CRÍTICO
---	--------------------	-------------	-------------	-------------	-------------	---------	------------------	------------------	--------------------------	---	--------------	---------

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	anticoagulantes orales directos	warfarina	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
										1 menos)		
ECV (ERC moderado) (seguimiento: rango 12 meses a 36 meses)												
3	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	serio ^a	ninguno	116/9070 (1.3%)	125/8867 (1.4%)	RR 0.91 (0.71 a 1.17)	1 menos por 1,000 (de 4 menos a 2 más)	⊕⊕⊕○ MODERADO	CRÍTICO
Mortalidad por cualquier causa (ERC leve) (seguimiento: rango 24 meses a 36 meses)												
2	ensayos aleatorios	no es serio	muy serio ^a	no es serio	serio ^a	ninguno	773/12518 (6.2%)	679/7046 (9.6%)	RR 0.70 (0.40 a 1.25)	29 menos por 1,000 (de 58 menos a 24 más)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
Mortalidad por cualquier causa (ERC moderada) (seguimiento: rango 24 meses a 36 meses)												
3	ensayos aleatorios	no es serio	serio ^h	no es serio	muy serio ^b	ninguno	590/3948 (14.9%)	447/2630 (17.0%)	RR 0.94 (0.74 a 1.19)	10 menos por 1,000 (de 44 menos a 32 más)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
Hemorragia intraventricular (ERC leve y moderada) (seguimiento: rango 24 meses a 36 meses)												
3	ensayos aleatorios	no es serio	serio ⁱ	no es serio	no es serio	ninguno	100/13663 (0.7%)	158/9676 (1.6%)	RR 0.45 (0.31 a 0.66)	9 menos por 1,000 (de 11 menos a 6 menos)	⊕⊕⊕○ MODERADO	

CI: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo

Explicaciones

- a. Disminuye un grado: intervalo de confianza cruza umbral de importancia clínica.
b. Disminuye dos grados: intervalo de confianza cruza ambos umbrales de importancia clínica.
c. Bajo porcentaje de sujetos con ERC estadio 4.
d. Disminuye un grado: I-cuadrado, 53 %.
e. Disminuye un grado: I-cuadrado, 66.4 %.
f. Disminuye dos grados: I-cuadrado, 89 %.
g. Disminuye dos grados: I-cuadrado, 96 %.
h. Disminuye un grado: I-cuadrado, 62 %.
i. Disminuye un grado: I-cuadrado, 39 %.

Pregunta: Warfarina comparado con warfarina fija a dosis bajas más aspirina para enfermedad renal crónica

Bibliografía: Bai 2016

Diagrama: Del 2010

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	warfarina	warfarina fija a dosis bajas más aspirina	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Sangrado mayor (ERC estadio 3) (seguimiento: media 1.1 años)												
1	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	no es serio	muy serio ^b	ninguno	5/267 (1.9%)	6/249 (2.4%)	RR 0.78 (0.24 a 2.51)	5 menos por 1,000 (de 18 menos a 36 más)	 MUY BAJA	CRÍTICO
Sangrado mayor (TFGe ≥ 60 ml/min/1.73 m2) (seguimiento: media 1.1 años)												
1	ensayos aleatorios	muy serio ^a	no es serio	no es serio	muy serio ^b	ninguno	5/267 (1.9%)	7/259 (2.7%)	RR 0.76 (0.25 a 2.38)	6 menos por 1,000 (de 20 menos a 37 más)	 MUY BAJA	CRÍTICO
Apoplejía o embolismo sistémico (TFGe ≥ 60 ml/min/1.73 m2) (seguimiento: media 1.1 años)												
1	ensayos aleatorios	muy serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	5/242 (2.1%)	16/259 (6.2%)	RR 0.34 (0.12 a 0.90)	41 menos por 1,000 (de 54 menos a 6 menos)	 BAJA	CRÍTICO

Apoplejía o embolismo sistémico (ERC estadio 3) (seguimiento: media 1.1 años)

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	warfarina	warfarina fija a dosis bajas más aspirina	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
1	ensayos aleatorios	muy serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	6/267 (2.2%)	23/249 (9.2%)	RR 0.26 (0.11 a 0.63)	68 menos por 1,000 (de 82 menos a 34 menos)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO

Mortalidad (TFGe $\geq$ 60 ml/min/1.73 m²) (seguimiento: media 1.1 años)

1	ensayos aleatorios	muy serio ^a	no es serio	no es serio	muy serio ^b	ninguno	10/242 (4.1%)	15/1259 (1.2%)	RR 0.71 (0.33 a 1.56)	3 menos por 1,000 (de 8 menos a 7 más)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
---	--------------------	------------------------	-------------	-------------	------------------------	---------	---------------	----------------	--------------------------	---	------------------	---------

Mortalidad (ERC estadio 3) (seguimiento: media 1.1 meses)

1	ensayos aleatorios	muy serio ^a	no es serio	no es serio	muy serio ^b	ninguno	21/267 (7.9%)	22/249 (8.8%)	RR 0.89 (0.50 a 1.58)	10 menos por 1,000 (de 44 menos a 51 más)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
---	--------------------	------------------------	-------------	-------------	------------------------	---------	---------------	---------------	--------------------------	--	------------------	---------

CI: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo

Explicaciones

- a. Disminuye dos grados: estudio detenido antes de completar el tamaño de muestra completa. Etiqueta abierta, preocupación con el cegamiento.
b. Disminuye dos grados: intervalos de confianza cruzan umbrales de importancia clínica.

Pregunta: Aspirina comparado con placebo para enfermedad renal crónica

Configuración: Prevención primaria.

Bibliografía: Major RW, Oozeerally I, Dawson S, Riddleston H, Gray LJ, Brunskill NJ. Aspirin and cardiovascular primary prevention in non-endstage chronic kidney disease: A meta-analysis. Atherosclerosis. 2016 Aug; 251:177-182. doi: 10.1016/j.atherosclerosis.2016.06.013

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	aspirina	placebo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Eventos cardiovasculares mayores (seguimiento: rango 12 meses a 54.4 meses)												
3	ensayos aleatorios	serio ^a	muy serio ^b	no es serio	muy serio ^c	ninguno	100/2241 (4.5%)	125/2228 (5.6%)	RR 0.92 (0.49 a 1.73)	4 menos por 1,000 (de 29 menos a 41 más)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
Mortalidad por cualquier causa (seguimiento: rango 12 meses a 54.4 meses)												
3	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	no es serio	serio ^d	ninguno	72/2241 (3.2%)	96/2228 (4.3%)	RR 0.74 (0.55 a 1.00)	11 menos por 1,000 (de 19 menos a 0 menos)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO
Sangrado mayor (seguimiento: rango 12 meses a 54.4 meses; evaluado con: cualquier evento de sangrado que lleve a hospitalización o muerte.)												
3	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	34/2241 (1.5%)	17/2228 (0.8%)	RR 1.98 (1.11 a 3.52)	7 más por 1,000 (de 1 más a 19 más)	⊕⊕⊕○ MODERADO	CRÍTICO
Accidente cerebrovascular (seguimiento: rango 12 meses a 54.4 meses)												
3	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	no es serio	muy serio ^c	ninguno	43/2241 (1.9%)	53/2228 (2.4%)	RR 0.86 (0.48 a 1.56)	3 menos por 1,000 (de 12 menos a 13 más)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo

Explicaciones

- a. Disminuye un grado: JPAD, alto riesgo de sesgo por limitaciones en ocultamiento de la asignación y sesgo de rendimiento.
- b. Disminuye dos grados: I-cuadrado: 72 %.
- c. Disminuye dos grados: Intervalo de confianza cruza ambos umbrales de importancia clínica.
- d. Disminuye un grado: Intervalo de confianza cruza uno de los umbrales de importancia clínica.

Pregunta: Aspirina comparado con placebo para enfermedad renal crónica

Configuración: Cuidado primario.

Bibliografía: Major RW, Oozerally I, Dawson S, Riddleston H, Gray LJ, Brunskill NJ. Aspirin and cardiovascular primary prevention in non-endstage chronic kidney disease: A meta-analysis. *Atherosclerosis*. 2016 Aug; 251:177-182. doi: 10.1016/j.atherosclerosis.2016.06.013 Actualización con Goicochea 2018.

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	aspirina	placebo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Eventos cardiovasculares mayores (actualización)												
4	ensayos aleatorios	muy serio ^c	serio ^d	no es serio	muy serio ^b	ninguno	105/2291 (4.6%)	142/2289 (6.2%)	RR 0.76 (0.45 a 1.28)	15 menos por 1,000 (de 34 menos a 17 más)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
Sangrado mayor (actualización)												
4	ensayos aleatorios	muy serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	34/2291 (1.5%)	17/2289 (0.7%)	RR 1.95 (1.10 a 3.47)	7 más por 1,000 (de 1 más a 18 más)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO
Progresión de la enfermedad (actualización) (seguimiento: media 65 semanas; evaluado con: Cambio en la TFGe basal vs. final)												
1	ensayos aleatorios	serio ^e	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	ASA: 38±10 vs. 28±13; p< 0.001; Manejo usual 40±11 vs. 40±19; Valor de p no reportado.				⊕⊕⊕○ MODERADO	CRÍTICO
Eventos renales (actualización) (seguimiento: media 65 semanas; evaluado con: duplicación de la creatinina sérica, disminución TFGe ≥ 50 % o inicio de terapia de remplazo renal.)												
1	ensayos aleatorios	serio ^e	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	-/50	-/61	HR 0.27 (0.07 a 0.95)	-- por 1,000 (de -- a --)	⊕⊕⊕○ MODERADO	CRÍTICO
Infarto agudo de miocardio												
1	ensayos aleatorios	serio ^e	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	0/50 (0.0%)	7/61 (11.5%)	no estimable		⊕⊕⊕○ MODERADO	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo; HR: Razón de riesgos instantáneos

Explicaciones

- a. Disminuye un grado: JPAD, alto riesgo de sesgo por limitaciones en ocultamiento de la asignación y sesgo de rendimiento.
- b. Disminuye dos grados: Intervalo de confianza cruza ambos umbrales de importancia clínica.
- c. Disminuye dos grados: JPAD, alto riesgo de sesgo por limitaciones en ocultamiento de la asignación y sesgo de rendimiento. AASER con preocupaciones en el ocultamiento de la asignación, generación de secuencia aleatoria y cegamiento de participantes.
- d. Disminuye un grado: I-cuadrado 51 %.
- e. Disminuye un grado: AASER con preocupaciones en el ocultamiento de la asignación, generación de secuencia aleatoria y cegamiento de participantes.

Pregunta: Clopidogrel más aspirina comparado con aspirina para enfermedad renal crónica y enfermedad cardio cerebrovascular

Bibliografía: Ikeme 2017

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Clopidogrel más aspirina	aspirina	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		

Progresión de la ERA (seguimiento: media 3.4 años; evaluado con: Cambio anualizado en la TFGe)

1	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio ^a	no es serio	ninguno	210	191	-	MD 0.1 más alto. (0.62 menor a 0.83 más alto.)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	CRÍTICO
---	--------------------	-------------	-------------	--------------------------	-------------	---------	-----	-----	---	---	--------------	---------

Progresión de la ERC (seguimiento: media 3.4 años; evaluado con: Incidencia de deterioro rápido en la TFGe)

1	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio ^a	muy serio ^b	ninguno	50/210 (23.8%)	46/191 (24.1%)	HR 1.11 (0.74 a 1.65)	23 más por 1,000 (de 56 menos a 124 más)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO
---	--------------------	-------------	-------------	--------------------------	------------------------	---------	----------------	----------------	--------------------------	---	--------------	---------

CI: Intervalo de confianza; MD: Diferencia media; HR: Razón de riesgos instantáneos

Explicaciones

- a. Prevención secundaria enfermedad cardiovascular.
- b. Disminuye dos grados: Intervalo de confianza cruza los umbrales de importancia clínica.

Pregunta: Rivaroxabán más aspirina comparado con aspirina para enfermedad renal crónica y enfermedad cardiovascular

Configuración:

Bibliografía: Fox 2019.

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	rivaroxabán más aspirina	aspirina	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		

Evento cerebrovascular (seguimiento: media 23 meses)

1	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	serio ^{b, c}	serio ^d	ninguno	20/2054 (1.0%)	49/2114 (2.3%)	HR 0.42 (0.25 a 0.70)	13 menos por 1,000 (de 17 menos a 7 menos)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
---	--------------------	--------------------	-------------	-----------------------	--------------------	---------	----------------	----------------	---------------------------------	--	------------------	---------

Mortalidad cardiovascular (seguimiento: media 23 meses)

1	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	serio ^{b, c}	no es serio	ninguno	71/2054 (3.5%)	83/2114 (3.9%)	HR 0.88 (0.64 a 0.94)	5 menos por 1,000 (de 14 menos a 2 menos)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO
---	--------------------	--------------------	-------------	-----------------------	-------------	---------	----------------	----------------	---------------------------------	---	--------------	---------

Infarto agudo del miocardio (seguimiento: media 23 meses)

1	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	serio ^{b, c}	serio ^e	ninguno	53/2054 (2.6%)	73/2114 (3.5%)	RR 0.73 (0.51 a 1.04)	9 menos por 1,000 (de 17 menos a 1 más)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
---	--------------------	--------------------	-------------	-----------------------	--------------------	---------	----------------	----------------	---------------------------------	---	------------------	---------

Sangrado mayor (seguimiento: media 23 meses)

1	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	serio ^{b, c}	no es serio	ninguno	81/2054 (3.9%)	57/2114 (2.7%)	HR 1.47 (1.05 a 2.05)	12 más por 1,000 (de 1 más a 28 más)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO
---	--------------------	--------------------	-------------	-----------------------	-------------	---------	----------------	----------------	---------------------------------	--	--------------	---------

CI: Intervalo de confianza; **HR:** Razón de riesgos instantáneos; **RR:** Razón de riesgo

Explicaciones

- a. Disminuye un grado: Preocupación con la generación en la secuencia de aleatorización y el ocultamiento de la asignación.
- b. Prevención secundaria de enfermedad cardiovascular.
- c. Disminuye un grado: incluye estadios avanzados de ERC.
- d. Intervalo de confianza cruza ambos umbrales de importancia clínica.
- e. Disminuye un grado: Intervalo de confianza cruza umbral de importancia clínica.

Pregunta. Insuficiencia renal aguda

Pregunta: ¿Cuál es el riesgo de desarrollo o progresión de ERC después de un episodio de injuria renal aguda?

Bibliografía: See 2019

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	episodio de injuria renal aguda	sin historia de injuria renal aguda	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
ERC incidente (seguimiento: mediana 2.9 años; evaluado con: Estadio 3 o 4; disminución de 25 % de la TFGe basal)												
7	estudios observacionales	muy serio ^a	muy serio ^b	no es serio	no es serio	se sospechaba fuertemente sesgo de publicación gradiente de dosis-respuesta ^c			HR 2.67 (1.99 a 3.58)	3 menos por 1,000 (de 4 menos a 2 menos)	 MUY BAJA	CRÍTICO
ERC estadio final (seguimiento: mediana 2.9 años; evaluado con: TFGe < 15 ml/min per 1.73 m2, terapia de remplazo renal o trasplante renal.)												
6	estudios observacionales	muy serio ^d	serio ^e	no es serio	no es serio	se sospechaba fuertemente sesgo de publicación fuerte asociación gradiente de dosis-respuesta ^c			HR 4.81 (3.04 a 7.62)	5 menos por 1,000 (de 8 menos a 3 menos)	 MUY BAJA	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza; HR: Razón de riesgos instantáneos

Explicaciones

- a. Disminuye dos grados: sólo 13 % de los estudios fue evaluado como de bajo riesgo. Sólo uno de los estudios del metanálisis con bajo riesgo de sesgo (Sawhney 2017).
b. Disminuye dos grados: Inconsistencia alta por heterogeneidad estadística: I-cuadrado 84 %.
c. No existe evaluación de sesgo de publicación. Los autores no hicieron búsqueda de literatura gris.
d. Disminuye dos grados: sólo 13 % de los estudios fue evaluado como de bajo riesgo. Sólo dos de los estudios del metanálisis con bajo riesgo de sesgo (Chew 2017 y Ryden 2014).
e. Disminuye un grado: Inconsistencia alta: I-cuadrado 42 %.

Pregunta: ¿Cuál es el riesgo de desarrollo o progresión de ERC después de un episodio de injuria renal aguda según su duración?
Bibliografía: Mehta 2018

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	episodio de injuria renal aguda	sin historia de injuria renal aguda	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
ERC incidente (duración) (seguimiento: mediana 3 años)												
2	estudios observacionales	no es serio	no es serio	no es serio	serio ^a	se sospechaba fuertemente sesgo de publicación fuerte asociación gradiente de dosis-respuesta ^b	Heung y cols. evaluó 104 764 veteranos con TFGe basal > 60 mL/min/1.73 m2 y reportó una relación de dosis respuesta entre la duración de IRA y el riesgo de desarrollar ERC estadio 3 en todas las etapas de IRA, Palombo y cols.: duración IRA > 3 días OR 13.5 IC 95 % 4.2–43.7.				⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza; HR: Razón de riesgos instantáneos

Explicaciones
a. Disminuye un grado: intervalo de confianza en Palombo y cols. es amplio.
b. Incluyeron estudios en inglés, únicamente. Efecto en Palombo y cols. es grande. Se describe una relación dosis respuesta en Heung y cols.

Pregunta. AINEs

Pregunta: Antiinflamatorios no esteroideos en el pronóstico de enfermedad renal crónica.

Configuración: Ambulatorio

Bibliografía: 1. Zhang X, Donnan PT, Bell S, Guthrie B. Non-steroidal anti-inflammatory drug induced acute kidney injury in the community dwelling general population and people with chronic kidney disease: systematic review and meta-analysis. BMC Nephrol. 2017 Aug 1;18(1):256. doi: 10.1186/s12882-017-0673-8. 2. Nderitu P, Doos L, Jones PW, Davies SJ, Kadam UT. Non-steroidal anti-inflammatory drugs and chronic kidney disease progression: a systematic review. Fam Pract. 2013 Jun;30(3):247-55. doi: 10.1093/fampra/cms086.

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	antiinflamatorios no esteroideos	no uso de antiinflamatorios no esteroideos	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		

Injuria renal aguda (evaluado con: Según la definición de cada estudio)

5	estudios observacionales	no es serio ^a	muy serio ^b	no es serio	no es serio	ninguno	10857 casos 95824 Controles		OR 1.63 (1.22 a 2.19)	-	 MUY BAJA	CRÍTICO
							-	50.0%		120 más por 1,000 (de 50 más a 187 más)		

Progresión de ERC: Cambio en TFG (seguimiento: media 2 años; evaluado con: Disminución TFG $\geq$ 15 ml/min/1.73 mt2 en dos años)

3	estudios observacionales	serio ^c	serio ^d	no es serio	no es serio	ninguno			OR 1.04 (0.90 a 1.20)	1 menos por 1,000 (de 1 menos a 1 menos)	 MUY BAJA	CRÍTICO
---	--------------------------	--------------------	--------------------	-------------	-------------	---------	--	--	--------------------------	--	---	---------

Progresión de ERC: Cambio en TFG (dosis regulares de AINEs). (seguimiento: media 2 años; evaluado con: Disminución TFG $\geq$ 15 ml/min/1.73 mt2 en dos años)

3	estudios observacionales	serio ^c	no es serio	no es serio	no es serio	gradiente de dosis-respuesta			OR 0.96 (0.86 a 1.07)	1 menos por 1,000 (de 1 menos a 1 menos)	 BAJA	CRÍTICO
---	--------------------------	--------------------	-------------	-------------	-------------	------------------------------	--	--	--------------------------	--	---	---------

Progresión de ERC: Cambio en TFG (dosis altas de AINEs). (seguimiento: media 2 años; evaluado con: Disminución TFG $\geq$ 15 ml/min/1.73 mt2 en dos años)

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	antiinflamatorios no esteroideos	no uso de antiinflamatorios no esteroideos	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
2	estudios observacionales	serio ^c	no es serio	no es serio	no es serio	gradiente de dosis-respuesta			OR 1.26 (1.06 a 1.50)	1 menos por 1,000 (de 2 menos a 1 menos)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza; OR: Razón de momios

Explicaciones

- a. Puntajes de escala Newcastle-Ottawa entre 6 y 9 puntos (calidad media a alta).
- b. Disminuye dos grados: I-cuadrado, 71 %.
- c. Disminuye un grado: Autores no presentan la calificación individual de los estudios. Uno de los estudios es un resumen. El riesgo de sesgo es incierto.
- d. Disminuye dos grados: I-cuadrado, 52 %.

Pregunta. Hipertensión

Pregunta: Hipertensión arterial como factor pronóstico en enfermedad renal crónica.
Configuración: Ambulatorio
Bibliografía: Mahmoodi BK, Matsushita K, Woodward M, Blankestijn PJ, Cirillo M, Ohkubo T, Rossing P, Samak MJ, Stengel B, Yamagishi K, Yamashita K, Zhang L, Coresh J, de Jong PE, Astor BC; Chronic Kidney Disease Prognosis Consortium. Associations of kidney disease measures with mortality and end-stage renal disease in individuals with and without hypertension: a meta-analysis. Lancet. 2012 nov 10;380(9854):1649-61. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61272-0.

Evaluación de la certeza							Impacto	Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones			
Mortalidad por todas las causas (seguimiento: rango 72299 años-paciente a 86970 años-paciente)									
12	estudios observacionales	no es serio ^a	serio ^b	no es serio	no es serio	ninguno	Los HR ajustados no fueron diferentes entre los pacientes hipertensos y no hipertensos en el espectro de valores de la TFG _e como en la razón albúmina creatinina, cuando se compararon con la referencia (TFG _e 50 ml/min/1.73 m ² o A/C 100 mg/g en pacientes sin hipertensión).	 MUY BAJA	CRÍTICO
Estadio final de ERC (seguimiento: rango 72299 años-paciente a 86970 años-paciente; evaluado con: Terapia de remplazo renal o muerte por causas renales)									
13	estudios observacionales	no es serio ^a	serio ^b	no es serio	no es serio	ninguno	No se encontró asociación entre el estado de hipertensión y la TFG _e o la razón albúmina creatinina: TFG _e : p para interacción global =0.42; A/C: p=0.64). Sin HTA (ref. TFG _e 45-74): HR, IC 95 %. ≥75: 0.56 (0.26-1.22); 30-44: 2.02 (1.70-2.39); 15-29: 7.90 (5.47-11.44); <15: 28.0 (13.9-56.6). Con HTA (ref. TFG _e 45-74): HR, IC 95 %. ≥75: 0.69 (0.30-1.56); 30-44: 2.26 (1.80-2.85); 15-29: 7.73 (5.60-10.7); <15: 25.9 (12.9-52.0).	 MUY BAJA	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza

Explicaciones

- a. Las cohortes no fueron evaluadas con una herramienta de riesgo de sesgo dado que se trata de un metanálisis de pacientes individuales. Sin embargo, se aceptaron cohortes con menos de 1000 pacientes para este estudio.
b. No fue un metanálisis tradicional sino de pacientes individuales. Las variables se midieron de manera continua y por medio de gráficos o estratificadas por TFGe y A/C. Para la cohorte de enfermedad renal crónica no hubo medición de heterogeneidad estadística.

Pregunta. Diabetes

Pregunta: Diabetes mellitus para el pronóstico en enfermedad renal crónica.

Configuración: Ambulatorio (ERC estadios 3-5)

Bibliografía: Tsai WC, Wu HY, Peng YS, Ko MJ, Wu MS, Hung KY, Wu KD, Chu TS, Chien KL. Risk Factors for Development and Progression of Chronic Kidney Disease: A Systematic Review and Exploratory Meta-Analysis. Medicine (Baltimore). 2016 Mar;95(11): e3013. doi: 10.1097/MD.0000000000003013

Evaluación de la certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	diabetes mellitus	sin historia de diabetes mellitus	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Progresión de ERC (seguimiento: rango 24 meses a 60 meses; evaluado con: Estadio final de ERC)												
4	estudios observacionales	no es serio ^a	serio ^b	no es serio	serio ^c	ninguno			HR 1.16 (0.98 a 1.38)	1 menos por 1,000 (de 1 menos a 1 menos)	⊕○○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
Progresión a estadio final ERC — TFGe (modificación de efecto) (seguimiento: media 3.8 años; evaluado con: Inicio de terapia de remplazo renal o muerte por causa renal)												
6	estudios observacionales	no es serio	muy serio ^d	no es serio	serio	ninguno			HR relativo 0.78 (0.54 a 1.14)	-- por 1,000 (de -- a --)	⊕○○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
Progresión a estadio final ERC - A/C (modificación de efecto) (seguimiento: media 3.8 años; evaluado con: Inicio de terapia de remplazo renal o muerte por causa renal)												
4	estudios observacionales	no es serio	no es serio ^e	no es serio	no es serio	ninguno			HR relativo 1.08 (0.95 a 1.23)	-- por 1,000 (de -- a --)	⊕⊕○○○ BAJA	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza; HR: Razón de riesgos instantáneos

Explicaciones

- a. Calificación de 9 puntos en escala de Newcastle-Ottawa para los cuatro estudios incluidos.
- b. Disminuye un grado: I-cuadrado: 28.2 %; prueba Q: p=0.243.
- c. Disminuye un grado: Intervalo de confianza cruza umbral clínico superior.
- d. Disminuye dos grados: I-cuadrado: 84.4 %.
- e. I-cuadrado: 0 %

ANEXO 8. RESUMEN DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS

Pregunta. Ecuaciones

Característica	Qiu 2017	McFadden 2018	Cheuiche 2019	Oscanao 2018
Tipo de revisión	Revisión sistemática de la literatura y metanálisis.	Revisión sistemática de la literatura y metanálisis.	Revisión sistemática de la literatura y metanálisis.	Revisión sistemática de la literatura.
Población	Estudios que investigaron el uso de creatinina y cistatina C séricas para el cálculo de la TFG en pacientes con ERC}. Estudios que proveyeron datos estadísticos tales como extracción de las características de la población, sensibilidad, especificidad, valores predictivos, falsos positivos y negativos. Pruebas de exactitud diagnóstica El uso de patrones de oro como inulina, 125I-iotalamato, 99mTc-DTPA, iohexol, 51Cr-EDTA.	Estudios que comparen la TFGm mediante un método de referencia (radionúclidos o trazadores iodizados) con una TFGe simultánea vía las fórmulas MDRD o CKD-EPI desde una prueba de creatinina estandarizada con métodos de dilución de masa espectrométrica isotópica. - Adultos ≥ 18 años en diferentes escenarios de salud - Reporte de sesgo promedio (diferencia entre TFGe y TFGm o exactitud (porcentaje de valores de TFGe en el 30 % de TFGm – P30). Se excluyeron poblaciones de pacientes seleccionados.	Estudios que compararan la exactitud de ecuaciones de estimación de la TFG basadas en cistatina C en representación de la TFGm por métodos de referencia (inulina, 125I-iotalamato, 99mTc-DTPA, iohexol, 51Cr-EDTA) en pacientes diabéticos.	Adultos ≥ 60 años Estimación de TFG contra un método de referencia como inulina, 125I-iotalamato, 99mTc-DTPA, iohexol, 51Cr-EDTA. Los resultados incluyeran análisis estadístico de sesgo, precisión y exactitud.
Técnicas	Cistatina C sérica (PENIA y PETIA). Creatinina séricas (Jaffe y enzimático).	MDRD CKD-EPI	Ecuaciones de estimación de TFG con cistatina C.	CKD-EPI(cr) BIS1

Desenlaces	TFGm con inulina, 125I-iothalamate, 99mTc-DTPA, iohexol, 51Cr-EDTA.	TFGm vía radionúclidos o trazadores yodados. Sesgo promedio: diferencia entre TFGe y TFGm Exactitud (P30): porcentaje de valores de TFGe en el 30 % de TFGm.	TFGm vía radionúclidos o trazadores yodados. Exactitud (P30).	TFGm vía radionúclidos o trazadores yodados.
Característica	Qiu 2017	McFadden 2018	Cheuiche 2019	Oscanao 2018
Número de estudios, diseño y pacientes incluidos	Veintiún estudios (n=3112), 17 incluidos en el metanálisis.	Cuarenta y ocho estudios (n=26 875).	Veintitrés estudios (n=7065).	Dieciséis estudios (n=6938).
Calidad de los estudios primarios	QUADAS: ocho estudios cumplieron con todos los criterios; en ocho estudios hubo riesgo incierto con la selección de pacientes y dos tuvieron alto riesgo de sesgo en este mismo ítem; tres estudios tuvieron riesgo incierto en la prueba índice y dos estudios en la prueba de referencia; cinco estudios tuvieron riesgo incierto en el flujo y temporalidad.	QUADAS-2: Sólo tres estudios fueron considerados como inciertos en cinco o más de las áreas en consideración. Para los dominios 'prueba índice y 'prueba de referencia' no se encontraron estudios con alto riesgo de sesgo; dos estudios fueron calificados como de alto riesgo para 'flujo y temporalidad'. La mayoría de los estudios (85 5) fueron calificados de bajo riesgo y, por ende, de alta calidad. El dominio 'selección del paciente' fue variable y fue difícil estimar el grado de riesgo en los estudios debido a una pobre descripción del proceso de reclutamiento.	QUADAS-2: Calidad global considerada como buena. Para pruebas índice y estándar el riesgo fue incierto en 60 % de los estudios. Diez estudios no reportaron el intervalo entre la toma de creatinina C y la TFGm.	QUADAS-2: Selección de pacientes con alto riesgo de sesgo o sesgo incierto, 4/16.; Flujo & temporalidad con alto riesgo de sesgo, 3/16. Bajo riesgo de sesgo para las pruebas índice y de referencia en 100 % de los estudios.
Conclusiones de los autores	La exactitud diagnóstica de la función renal alterada favorece la creatinina C sérica. Los intervalos de confianza	CKP-EPI tuvo estimaciones más exactas de TFGm, particularmente en poblaciones con TFGm alto (mejor	Las ecuaciones de estimación de la TFG basadas en creatinina C representan la TFG medida de forma	Nuestros resultados sugieren que, para la estimación de la TFG en personas ancianas, la ecuación BIS1

	para la sensibilidad y especificidad agrupada para la creatinina sérica y la cistatina C se superponen. Sin embargo, la cistatina C sérica es más sensible para estimar la TFG que la creatinina sérica cuando los puntos de corte de la TFG se fijan en 60 ml/min/1.73 m ² .	función renal), tales como las de cuidado primario	aceptable en pacientes con diabetes mellitus, con alta variabilidad entre las ecuaciones propuestas.	puede ser más exacta que la CKD-EPIcr.
Característica	Qiu 2017	McFadden 2018	Cheuiche 2019	Oscanao 2018
Fuentes de financiación	National Natural Science Foundation of China (Grant No.81572088, 81303287, 81601861, 81370866, 81070612); China Postdoctoral Science Foundation (Grant No. 201104335), Guangdong Science and Technology Plan (Grant No.2011B031800084, 2013B021800190, 2014A020212681, 2015A030313340), Guangdong Hospital of Traditional Chinese Medicine Science and Technology (2014KT1593); Fundamental Research Funds for the Central Universities (Grant No. 11yky38), National Project of Scientific and Technical Supporting Programs (Grant No. 2011BAI10B00); "Twelfth five-year" national science and technology support project Foundation of China (2013KT1462).	National Institute for Health Research (NIHR) (RP-PG-1210- 12003); School for Primary Care Research (SPCR 156).	FIPE-HCPA (Research and Events Support Fund at Hospital de Clínicas de Porto Alegre): 16/2551-0000-476-5.	No reportadas.

Pregunta. Dieta hiposódica

Criterio	McMahon 2015
Tipo de revisión	Revisión sistemática de la literatura y metanálisis.
Población	Adultos ≥ 18 años con ERC en cualquier estadio de la enfermedad.
Comparaciones	Baja ingesta de sodio (< 2 g/día) vs. Alta ingesta de sodio.
Desenlaces	Primarios: mortalidad cardiovascular y por todas las causas. Secundarios: Progresión de la enfermedad a estadio final de ERC, eventos adversos.
Número de estudios (diseño) y pacientes incluidos	Ocho ensayos clínicos, n = 261.
Calidad de los estudios primarios	Herramienta de riesgo de sesgo de Cochrane. Más de 50 % de riesgo no claro en dominios como secuencia de aleatorización, cegamiento del personal tratante o de quienes evaluaron el desenlace, pérdidas al seguimiento, reporte selectivo y control de variables de confusión. Alto riesgo de sesgo de aprox. 30 % en control de variables de confusión.
Fuentes de financiación	No recibió financiación de fuentes externas.

Criterio	Saran 2017
Objetivo	La hipótesis de los autores es que la dieta con restricción de sodio disminuye el volumen extracelular expandido, la tensión arterial y la albuminuria.
Tipo de estudio	Experimento cruzado de dos periodos
Población	Adultos con TFGe 15–60 ml/min por 1.73 m ² (MDRD), con historia de enfermedad aguda u hospitalización en los dos últimos meses (EE. UU.)
Intervención	Dieta con restricción de sodio. (< 2 g sodio por día) por 4 semanas.
Control	Manejo estándar.
Desenlaces	- Cambio en el estado de hidratación. - Cambio en el peso corporal.

	- Presión arterial ambulatoria. - Albuminuria.
Resultados	n=58 - No informan resultados sobre albuminuria. - Ningún paciente recibió tratamiento para hipotensión sintomática. - La creatinina sérica aumentó a 0.1 mg/dl ($p=0.06$) que corresponde a una disminución no significativa de la TFGe ($p=0.33$) durante la fase de restricción de sodio.
Conclusiones de los autores	En este ensayo cruzado, la implementación de una dieta con restricción de sodio en pacientes con ERC estadios 3-4 resultó en una mejoría clínica y estadísticamente significativa en la TA y el estado de hidratación. Esta intervención simple de la dieta amerita la realización de un ensayo más grande para evaluar los efectos en desenlaces clínicos mayores.
Fuentes de financiación	Renal Research Institute; National Center for Research Resources (NCRR) – NIH (UL1TR000433); National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) (K23-109176).

Pregunta. Dieta Hipoproteica

Criterio	Hahn 2018	Rughooputh 2015
Tipo de revisión	Revisión sistemática de la literatura y metanálisis.	Revisión sistemática de la literatura y metanálisis.
Población	Adultos con ERC moderada a severa, estimada por creatinina sérica, depuración de creatinina o TFG estimada. Se excluyeron paciente en diálisis peritoneal, hemodiálisis o con trasplante renal. No se incluyeron estudios en niños o diabéticos.	Pacientes con ERC. Exclusión de pacientes en diálisis.
Comparaciones	Estudios que comparan alta ingesta de proteína (≥ 0.8 g/kg/d) con baja ingesta de proteína (0.5 to 0.6 g/kg/d) o muy baja ingesta de proteína (0.3 to 0.4 g/kg/d) por doce o más meses. Estudios que comparan baja ingesta de proteína (0.5 to 0.6 g/kg/d) con muy baja ingesta de proteína (0.3 to 0.4 g/kg/d) por doce o más meses.	Dieta baja o muy baja en proteínas sin suplementos vs. dieta libre.
Desenlaces	Primarios: mortalidad, progresión de la enfermedad a estadio final de ERC o trasplante renal, eventos adversos. Secundarios: cambio en la TFG, peso corporal, IMC, malnutrición, calidad de vida.	Progresión de ERC (cambio anual en la TFGe).
Número de estudios (diseño) y pacientes incluidos	Alta vs. baja o muy baja: Diez ensayos clínicos, n = 1792. Baja vs. muy baja: Diez ensayos clínicos, n=1004.	15 ensayos clínicos, n=1858 (dieta baja en proteínas, n=923; dieta libre, n=935).
Calidad de los estudios primarios	Herramienta de riesgo de sesgo de Cochrane. Más de 50 % de riesgo no claro en dominios como secuencia de aleatorización y ocultamiento de la asignación. Alto riesgo de sesgo de 50 % o más en reporte selectivo de resultados y cegamiento de participantes y personal.	Herramienta de riesgo de sesgo de Cochrane. Moderada-alta calidad. Limitaciones en el cegamiento del personal y los pacientes.
Fuentes de financiación	No reportan financiación de fuentes externas.	National Natural Science Foundation of China (81170686); Research Project of Department of Health and Family Planning Commission, Hubei Province (WJ2015MB011).

Pregunta. Ejercicio

Criterio	Cheema 2014	Barcellos 2015	Wyngaert 2018
Tipo de revisión	Revisión sistemática de la literatura y metanálisis.	Revisión sistemática de la literatura.	Revisión sistemática de la literatura y metanálisis.
Población	Experimentos clínicos que incluyeran adultos ≥ 18 años con ERC estadios 1-5 que se encontraran en un programa de entrenamiento de resistencia progresiva (calistenia, pesas, bandas elásticas) de al menos seis semanas de duración.	Experimentos clínicos que incluyeran adultos ≥ 18 años en cualquier estadio de ERC con intervenciones de duración mayor a las 8 semanas.	Experimentos clínicos que incluyeran adultos mayores de 18 años, TFG _e 15 - 50 ml/min per 1.73m ² , con una intervención de al menos 3 meses, dos veces por semana.
Comparaciones	Entrenamiento de resistencia progresivo vs. No ejercicio o simulación.	Ejercicio vs. No ejercicio o simulación.	Ejercicio aeróbico vs. manejo estándar
Desenlaces	Calidad de vida. Fuerza muscular. Hipertrofia músculo esquelético. Eventos adversos.	Calidad de vida, progresión de ERC, acondicionamiento físico, dimensiones cardiovasculares, medidas nutricionales.	TFG _e . Tensión arterial. Pico de VO ₂ .
Número de estudios (diseño) y pacientes incluidos	Dieciséis experimentos clínicos incluidos, n = 271. Sólo uno evaluó pacientes sin hemodiálisis (n = 26)	59 experimentos clínicos incluidos, n = 2858. Dos estudios evaluaron calidad de vida, n = 64; cuatro estudios evaluaron TFG, n = 88.	Once experimentos clínicos.
Calidad de los estudios primarios	Herramienta propia de los autores. Calidad de moderada a alta (puntajes de 8-9/10).	Herramienta de riesgo de sesgo de Cochrane. Deficiencias en el reporte de ocultamiento de la asignación, cegamiento y pérdidas al seguimiento.	Herramienta de riesgo de sesgo de Cochrane. Baja a moderada calidad de estudios, principalmente por riesgo de sesgo incierto o alto en el ocultamiento de la asignación (45 %).
Fuentes de financiación	No hubo financiación externa.	Sin mención a financiación.	No hubo financiación externa.
	Tang 2017	Barcellos 2018	Aioke 2017
Objetivo	Implementar un programa de ejercicio en casa basado en el nivel individual de actividad física en pacientes con ERC en estadios tempranos y examinar sus efectos en la función física, las dimensiones psicológicas y la calidad de vida de los pacientes.	Evaluar los efectos del entrenamiento supervisado aeróbico y de resistencia en la disminución de la TFG _e y los cambios en factores de riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos no diabéticos con ERC en estadios 2 a 4.	Los autores pusieron a prueba la hipótesis de que un programa de ejercicio aeróbico en el hogar proveía los mismos beneficios que uno realizado en un centro para un grupo de pacientes con sobrepeso y ERC sin tratamiento dialítico.

Tipo de estudio	Experimento clínico paralelo. Controles en periodo de entrada (run in).	Experimento clínico paralelo.	Experimento clínico paralelo.
Población	Adultos de 18 a 70 años con diagnóstico de ERC estadios 1 a 3 según la ecuación MDRD conformes con el estándar de diagnóstico por KDIGO, capaces de comunicarse. Se excluyeron aquellos con angina inestable.	Adultos ≥ 18 años no diabéticos con diagnóstico de hipertensión arterial y con niveles de creatinina ≥ 1.0 mg/dl y TFG ≤ 60 ml/min/1.73 m ² (CKD-EPI) o proteinuria ≥ 300 mg/24 h.	Pacientes sedentarios con ERC estadios 3 y 4. - IMC > 25 kg/m ² . - Edad: 18 70 años. - TAS < 180 mmHg; TAD < 100 mmHg. - Hb > 11 g/dl. - HbA1c < 8 %. - Ausencia de EPOC, ICC, enfermedad coronaria activa.
Intervención	Sesiones educativas seguidas de un programa de ejercicio aeróbico. Duración 12 semanas. Intensidad: progresiva de baja a moderada. Tiempo: 20 a 30 minutos al menos tres veces por semana. Incluye calentamiento, ejercicio (caminata, trote, bicicleta) y enfriamiento.	Duración 16 semanas. Intensidad: progresiva de baja a moderada. Tiempo: 60 minutos por sesión, tres veces por semana. Incluye calentamiento, ejercicio aeróbico y de resistencia, y enfriamiento. Las sesiones fueron supervisadas.	Duración 24 semanas. Intensidad: moderada. Tiempo: 40 minutos por sesión, con aumento progresivo del tiempo. Incluye calentamiento, ejercicio aeróbico (aeróbicos o caminata), y enfriamiento. Las sesiones fueron supervisadas en las primeras tres sesiones para el entrenamiento en casa. En el entrenamiento en el centro había supervisión continua.
Control	Manejo estándar.	Manejo estándar.	Manejo estándar.
Desenlaces	- Calidad de vida relacionada con salud (KD-QOL36).	1. TFG (CKD-EPI) 2. Calidad de vida: SF-36	- Calidad de vida: SF 36
Resultados	n=90 (analizados, n=84; pérdidas, 6.6 %). KD-QOL36 (Cambio en la media, Experimental vs. Control). - Listado de síntomas y problemas: 2.49 vs. 0.38, p=0.007. - Efectos de la enfermedad renal: 1.90 vs. -1.56, p=0.005. - Carga de la enfermedad renal: -0.45 vs. -15.3, p<0.001. - SF 12 PCS: 1.08 vs. -0.74, p=0.045. - SF 12 MCS: 1.87 vs. 4.53, p=0.002.	n=150 (analizados, n=109) TFG (mL/min/1.73 m ²): - DM 0.7 IC 95 % -4.0 – 5.4 No reportan resultados de calidad de vida.	n=45 (analizados, n=40). - Aumento en puntajes de SF-36 en funcionamiento físico, dolor corporal, percepción global de salud y vitalidad en el grupo entrenado en el centro. En el grupo entrenado en casa mejoraron todos los dominios excepto por el funcionamiento físico. No se encontraron cambios en el grupo control.

Conclusiones de los autores	Este estudio sugiere que un programa de ejercicio individualizado es una forma efectiva y viable de mejorar la función física, el estrés psicológico y la calidad de vida relacionada con salud en pacientes con ERC en estadios tempranos.	Los resultados de este experimento clínico muestran que el entrenamiento aeróbico y de resistencia combinado puede reducir la inflamación y la resistencia a la insulina en pacientes hipertensos en fases tempranas de ERC, sin un efecto significativo en la progresión de la enfermedad renal.	El entrenamiento aeróbico en casa fue tan efectivo como el entrenamiento en un centro en el mejoramiento de las capacidades físicas y funcionales, calidad de vida y sueño en pacientes con sobrepeso y ERC sin requerimiento de diálisis.
Fuentes de financiación	National Social Science Foundation of China, Grant/Award Number: 15BSH124.	No están reportadas en el manuscrito.	São Paulo Research Foundation (FAPESP) (2009/14786-0), Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel (CAPES), Oswaldo Ramos Foundation, Psychobiology and Exercise Study Centre (CEPE); Research Incentive Fund Association (AFIP).

Pregunta. Sistemas de apoyo al autocuidado

Criterio	Peng 2019	Zimbudzi 2018	Lee 2016
Tipo de revisión	Revisión sistemática de la literatura y metanálisis.	Revisión sistemática de la literatura y metanálisis.	Revisión sistemática de la literatura y metanálisis.
Población	Experimentos clínicos que incluyeran adultos ≥ 18 años con diagnóstico clínico de ERC definido como $\text{TFGe} < 60 \text{ ml/min per } 1.73 \text{ m}^2$, marcadores de lesión renal o ambos, por al menos tres meses. Se excluyeron pacientes en terapia de remplazo renal.	Experimentos clínicos que incluyeran sujetos con diabetes mellitus tipo 1 o 2 y ERC (definida como TFGe menor de $60 \text{ ml/min per } 1.73 \text{ m}^2$ por tres meses o más.	Experimentos clínicos o cuasiexperimentales que incluyeran pacientes con ERC.
Comparaciones	Intervenciones de autocuidado - Entrenamiento en autoeficacia - Empoderamiento - Terapia cognitivo comportamental - Programas educativos enfocados en autocuidado. vs. Manejo usual.	Apoyo al autocuidado - Educación, retroalimentación, recordatorios del proveedor de salud - Educación del paciente - Incentivos financieros al paciente. vs. Manejo usual.	Apoyo al autocuidado - Entrenamiento en adaptación - Consejería nutricional individualizada - Intervenciones psicosociales grupales - Programas educativos de autocuidado - Programas de apoyo al autocuidado vs. Manejo usual.

Criterio	Peng 2019	Zimbudzi 2018	Lee 2016
Desenlaces	Mortalidad por todas las causas. Progreso a estadio final de ERC. Cambio en la TFGe.	Calidad de vida Progresión de ERC: cambio en la TFGe. Mortalidad.	TFGe. Calidad de vida.
Número de estudios (diseño) y pacientes incluidos	Diecinueve experimentos clínicos incluidos, n = 2540. - Estudios cambios de estilo de vida: 9 - Estudios de modificaciones en el comportamiento médico: 4 - Estudios de modificaciones multifactoriales: 6	Ocho experimentos clínicos incluidos, n = 651 (analizados).	Siete experimentos clínicos y un cuasiexperimental, n=389.
Calidad de los estudios primarios	Herramienta de riesgo de sesgo de Cochrane. La principal causa potencial de sesgo fué un inadecuado ocultamiento de la asignación. No se pudo realizar un juicio sobre el reporte selectivo u ocultamiento de la asignación en la mayoría de los estudios por información insuficiente.	Herramienta de riesgo de sesgo de Cochrane: 75 % con riesgo de sesgo moderado a alto.	Escala del Instituto Joanna Briggs. Puntajes entre 5-9/10. Calidad moderada a alta.
Fuentes de financiación	Traditional Chinese Medicine Bureau of Guangdong Province, China (Chinese medicine preparation R&D project: Sanqi oral preparation): XH Liu (2015KT1535); Guangzhou Science and Technology Program key projects: YF.W (2016 2016 04030022); Guangdong Science and Technology Department: YF. W (2014A020221087); Guangdong Provincial Hospital of Chinese Medicine Program: YF. W (YN2018ZWB04)	Sin mención a financiación.	Taiwán Ministry of Science and Technology (MOST 104-2314-B-227-006- MY3).

Pregunta. Referencia temprana

Criterio	Smart 2014
Tipo de revisión	Revisión sistemática de la literatura y metanálisis.
Población	Adultos con enfermedad renal crónica en diálisis que tienen una fecha conocida de remisión inicial a especialista del servicio de nefrología para su evaluación.
Comparaciones	Remisión temprana vs. remisión tardía a atención especializada.
Desenlaces	Mortalidad por todas las causas, hospitalización, medidas de función renal, calidad de vida.
Número de estudios (diseño) y pacientes incluidos	Cohortes: 40 (n = 63 887). Remisión temprana, n = 43 209. Remisión tardía, n = 20 678.
Calidad de los estudios primarios	Escala de Newcastle-Ottawa. Puntajes globales de calidad entre baja y moderada.
Fuentes de financiación	Department of Health and Aging, Australia.

Pregunta. Estatinas

Criterio	Mayor 2015	Herrington 2016	Zhang 2016	Sanguaneko 2015	Yan 2015	Shen 2016
Tipo de revisión	Revisión sistemática de la literatura y metanálisis.	Metanálisis de pacientes individuales.	Revisión sistemática de la literatura y metanálisis.	Revisión sistemática de la literatura y metanálisis.	Revisión sistemática de la literatura y metanálisis.	Revisión sistemática de la literatura y metanálisis.
Población	Experimentos clínicos de prevención cardiovascular que incluyeran pacientes con ERC con seguimiento mínimo de seis meses. Se excluyeron pacientes con terapia de remplazo renal, enfermedad renal primaria y alto riesgo cardiovascular.	Experimentos basados en terapia con estatinas con al menos 1000 pacientes que fueron seguidos al menos dos años.	Experimentos clínicos o estudios cuasiexperimentales de pacientes con insuficiencia renal crónica que no estuvieran en estadio final, fueran receptores de trasplante renal o presentaran insuficiencia renal aguda.	Experimentos clínicos o cohortes que incluyeran adultos ≥ 18 años con ERC estadios 3-4 (TFGe 15–59 ml/min/1.73 m ²) y que compararan la estatina con el control por al menos seis meses. Se excluyeron pacientes en diálisis, con terapia de remplazo renal o trasplante renal.	Experimentos clínicos de adultos ≥ 18 años con ERC estadios según criterios KDIGO con al menos ocho semanas de seguimiento.	Estudios primarios de estatinas vs. control (placebo o cuidado usual) Nefropatía diabética en pacientes con DM tipo 1 y tipo 2 con al menos 18 años de edad Diseño experimental Reporte de función renal en la línea de base y el seguimiento.
Comparaciones	Estatinas vs. placebo o manejo usual.	Estatinas vs. Placebo o estatinas a dosis estándar.	Terapia con estatinas vs. Terapia sin estatinas.	Estatinas vs. Placebo, tratamiento usual o manejo de la dieta.	Terapia con estatinas de alta intensidad vs. Placebo o terapia con dosis estándar de estatinas.	Estatinas vs. placebo o cuidado usual.
Desenlaces	Mortalidad por todas las causas Eventos cardiovasculares mayores.	Eventos coronarios mayores (IAM no fatal, muerte por enfermedad coronaria) Revascularización coronaria Accidente cerebrovascular Mortalidad.	Mortalidad por todas las causas Eventos renales (falla renal que resulte en diálisis o trasplante, aumento al doble de la creatinina o una disminución a la mitad de la TFG).	Cambio en la TFG o depuración de creatinina basal. Cambio en la concentración de proteína urinaria, incidencia de 50 % en la reducción de TFGe e incidencia de estadio final de ERC.	Mortalidad por todas las causas Accidente cerebrovascular Infarto del miocardio y falla cardíaca. Eventos adversos.	Cambio en la TFGe.

Criterio	Major 2015	Herrington 2016	Zhang 2016	Sanguanqueo 2015	Yan 2015	Shen 2016
Número de estudios (diseño) y pacientes incluidos	Seis experimentos clínicos incluidos, n=8834.	Veintiocho experimentos clínicos, n=183 419 - 23 estudios estatinas vs. Control, n=143 807; - 5 estudios régimen intensivo vs. Régimen estándar, n=39 612.	Veintitrés experimentos clínicos, n= 39 419.	Diez estudios (9 experimentos clínicos y una cohorte concurrente), n= 18 126.	Seis experimentos clínicos, n=10 993 - Estatinas: n=5537 - Control: n=5456.	Catorce estudios, n=2866 (cinco estudios para TFGe, n=2509).
Calidad de los estudios primarios	Herramienta de riesgo de sesgo de Cochrane. Dos estudios con alto riesgo de sesgo; tres, con riesgo medio; y uno, con riesgo bajo.	No fue evaluada con escalas formales.	Escala de Jadad. Herramienta de riesgo de sesgo de Cochrane. Calidad de la evidencia de moderada a severa. Limitaciones en más de 50 % de estudios en la secuencia de aleatorización y el ocultamiento de la asignación.	Herramienta de sesgo de Cochrane. Más de la mitad de los estudios con limitaciones en el ocultamiento de la asignación, cegamiento del personal y de los evaluadores.	Herramienta de sesgo de Cochrane. Estudios con bajo riesgo de sesgo.	Herramienta de sesgo de Cochrane. Riesgo de sesgo alto en sesgo de reporte, cegamiento de participantes y personal, pérdida al seguimiento (10 % – 25 % de los estudios).
Fuentes de financiación	Sin mención a financiación.	UK Medical Research Council, British Heart Foundation, Cancer Research UK, European Community Biomed Programmed, Australian National Health and Medical Research Council, Australian National Heart Foundation.	Los autores declaran que no tienen intereses financieros relevantes.	Los autores no recibieron financiación específica.	Los autores no recibieron financiación específica.	National Science Foundation of China, National Science Foundation of Shandong Province.

Criterio	de Zeeuw 2015	Reith 2017	Abe 2015	Kimura 2017	Ohsawa 2015	Mou 2016	Deedwania 2015
Objetivo	Evaluar los efectos renales de dos estatinas diferentes en pacientes con diabetes y proteinuria.	Evaluar si una terapia basada en estatinas aumenta o disminuye el riesgo de eventos adversos.	Determinar la efectividad en la disminución de lípidos y los efectos renales de rosuvastatina comparada con pitavastatina en pacientes dislipidémicos con ERC concurrente.	Investigar si la atorvastatina puede proveer un efecto protector renal en pacientes japoneses con ERC y dislipidemia.	Examinar los posibles efectos terapéuticos de la terapia con adición de estatinas en la función renal como también en los parámetros del metabolismo de lípidos y glucosa, endurecimiento arterial y estrés oxidativo, en comparación con la dieta, en pacientes con ERC y dislipidemia.	Evaluar el efecto del tratamiento con pravastatina en la función renal, proteinuria e inflamación en paciente con glomerulonefritis crónica diagnosticada.	Examinar el efecto de la terapia con estatinas con atorvastatina 80 mg o pravastatina 40 mg en la función renal y los parámetros de laboratorio en población anciana con enfermedad coronaria sintomática en tratamiento por 12 meses.
Tipo de estudio	Experimento clínico paralelo internacional (Argentina, Brasil, Bulgaria, Canadá, Dinamarca, Francia, Hungría, Italia, México, Rumania y los EE. UU).	Experimento clínico paralelo internacional (Australia, Finlandia, Noruega, Austria, Francia, Polonia, Canadá, Alemania, Suecia, China, Malasia, Tailandia, República Checa, Holanda, Reino Unido, Dinamarca, Nueva Zelanda, EE. UU.)	Experimento clínico paralelo (Japón).	Experimento clínico paralelo (Japón).	Experimento clínico paralelo (Japón).	Experimento clínico paralelo (China).	Análisis post-hoc de un experimento clínico internacional (SAGE) (Australia, Canadá, Dinamarca, Egipto, Finlandia, Francia, Alemania, Israel, Holanda, Noruega, Polonia, España, Suecia, Turquía, Reino Unido, EE. UU.)

Criterio	de Zeeuw 2015	Reith 2017	Abe 2015	Kimura 2017	Ohsawa 2015	Mou 2016	Deedwania 2015
Población	Adultos ≥ 18 años: Diabetes tipo 1 o 2 con proteinuria (razón proteinuria/creatininuria 500 - 5000 mg/g). LDL en ayunas 2.33 mmol/L. En tratamiento con IECA o ARA-2 al menos tres meses. Excluidos: HbA1 $> 11\%$. Historia de intolerancia a las estatinas, nefropatía inducida por las estatinas. Hipercolesterolemia o hiperlipoproteinemia familiar. TFGe < 40 mL/min/1.73 m².	Pacientes ≥ 40 años: Creatinina > 1.7 mg/dl (masculino) o 1.5 mg (dl) (femenino) o en diálisis de mantenimiento. Excluidos: IAM previo o revascularización cardíaca.	Adultos entre 20 y 80 años con dislipidemia LDL > 100 mg, dl ERC concurrente (TFGe < 60 mL/min/1.73 m² o razón albúmina creatinina ≥ 30). Exclusión - TFGe < 30 mL/min/1.73 m² - Hipersensibilidad a estatinas - DM tipo 1 o DM tipo 2 no controlada	Pacientes ≥ 40 y < 75 años No tratados previamente con estatinas Proteinuria positiva TFGe ≤ 60 mL/min/1.73 m² LDL-C > 140 mg/dl en sujetos sin tratamiento para dislipidemia o ≥ 100 mg/dl en sujetos en tratamiento Excluidos: - TAS ≥ 180 mmHg, TAD ≥ 110 mmHg - HbA1c $\geq 8.5\%$ - Hipercolesterolemia familiar - Disfunción hepática - Embarazo	Pacientes con ERC y dislipidemia sin antecedente de tratamiento con agentes hipolipemiantes. - Edad ≥ 20 años - LDL-C ≥ 100 mg/dl - Albuminuria categorías A2 o A3. Exclusión: - ERC estadio 5 - Diálisis - Diabetes no controlada - Hipotiroidismo - Historia de enfermedad cardiovascular - Hipersensibilidad a la pitavastatina	Pacientes ≥ 18 años - Proteinuria ≥ 0.5 g/24 h y ≤ 3.5 g/24 h - GMN diagnosticada con biopsia - Sin antecedentes de enfermedad cardiovascular Exclusión - Infección en los tres meses previos al estudio. - Antecedentes de neoplasias o enfermedad inflamatoria crónica.	Pacientes ≥ 65 y < 85 años Enfermedad coronaria estable y uno o más episodios de isquemia de duración ≥ 3 minutos durante un EKG ambulatorio durante el <i>screening</i>. LDL-C 100 – 200 mg/dl Se consideraron pacientes con ERC aquellos con TFGe < 60 mL/min/1.73 m² (MDRD).
Intervención	Rosuvastatina 10 mg o 40 mg.	Simvastatina 20mg más ezetemibe 10 mg.	Rosuvastatina 2.5 mg.	Atorvastatina 5-20 mg más recomendaciones dietarias.	Pitavastatina hasta 4 mg/día más dieta.	Pravastatina 20 mg/día por 96 semanas.	Atorvastatina 80 mg/día.
Control	Atorvastatina 80 mg.	Placebo.	Pitavastatina 1 o 2 mg	Recomendaciones dietarias	Dieta	Instrucciones de la dieta y estilos de vida.	Pravastatina 40 mg/día.

Criterio	de Zeeuw 2015	Reith 2017	Abe 2015	Kimura 2017	Ohsawa 2015	Mou 2016	Deedwania 2015
Desenlaces	TFGe a las 26 y 52 semanas.	Eventos adversos.	TFGe Eventos adversos	TFGe. Mortalidad. Eventos cardiovasculares.	TFGe. Mortalidad. Eventos cardiovasculares.	Función renal. TFGe. Eventos adversos.	Cambio en la TFGe. Eventos adversos.
Resultados	n=220 (rosuvastatin 10 mg, n=118; rosuvastatina 40 mg, n=124; atorvastatina 80 mg, n=111) TFGe, atorvastatina 80 mg vs. rosuvastatina 10 mg: -2.69 (IC 95 % - 6.99 – 1.60). TFGe, atorvastatina 80 mg vs. rosuvastatina 40 mg: -5.61 (IC 95 % (-9.84 – -1.38)).	Simvastatina 20mg más ezetemibe 10 mg (n=4650) vs. placebo (n=4620). - Cualquier evento adverso: RR 0.97 IC 95 % 0.93 – 1.02. - Cualquier evento no vascular: RR 0.99 IC 95 % 0.95 – 1.04. - Miopatía: RR 1.76 IC 95 % 0.62 – 5.03. - Rabdomiolisis: RR 3.31 IC 95 % 0.57 – 19.11.	n=134 (rosuvastatina, n=68; pitavastatina, n=66) Mediana TFGe basal (creatinina): 58.7 vs. 58.1 Mediana TFGe a los 6 meses: 62.1 vs. 57.4, p=0.7056. Mediana TFGe a los 12 meses: 60.0 vs. 57.4, p=0.1559. No se reportaron eventos adversos en ambos grupos.	n=437 (atorvastatina, n=176; control, n=173). - Diferencia TFGe a los 2 años (mL/min/1.73 m2): 0.19 IC 95 % -1.85 – 2.24 - Eventos cardiovasculares: RR 1.98 IC 95 % 0.37 – 10.64 - Mortalidad por cualquier causa: RR 0.99 IC 95 % 0.06 – 15.67.	n=28 (dieta, n=14; dieta más estatina, n=14) TFGe a 12 meses (mL/min/1.73 m2): 45.9 vs. 45.1, p=0.924.	n=48 (pravastatina, n=25; control, n=23). Las diferencias de TFGe entre los grupos durante el periodo de tratamiento y seguimiento no fueron estadísticamente significativas. Sin embargo, tanto la creatinina sérica como la TFGe fueron significativamente diferentes entre los grupos en pacientes con ERC estadios 3 y 4. Ningún paciente sufrió de algún evento adverso serio durante el seguimiento. En el grupo de pravastatina se reportó un evento de hepatotoxicidad definido por el aumento de las transaminasas séricas.	n=858 (ERC, n=418; atorvastatina, n=206; pravastatina, n=212). - Cambio en la TFGe a 12 meses (mL/min/1.73 m2): 2.8 vs. 2.3, p=0.474 - Mialgia: RR 0.25 IC 95 % 0.07 – 0.87 - Eventos adversos: RR 0.20 IC 95 % 0.02 – 1.70 Sólo se presentó un episodio de miopatía en el grupo de atorvastatina. No hubo eventos de rabdomiolisis.
Conclusiones de los autores	A pesar de que las dosis altas de rosuvastatina disminuyeron las	En el estudio SHARP, la asignación a simvastatina y	Rosuvastatina 2.5 mg tuvo una efectividad superior en la disminución	El estudio ASUCA demostró que la atorvastatina no exhibió protección	Aunque la terapia con adición de estatinas no mostró efectos renal	El estudio sugiere que la combinación de estatinas con la terapia estándar estabiliza la	El manejo intensivo con dislipidemia en pacientes ancianos con enfermedad

	concentraciones de lípidos plasmáticos en mayor medida que la dosis alta de atorvastatina, la atorvastatina parece tener mayores efectos renal protectores en la población de ERC estudiada.	ezetimibe no se asoció con un riesgo significativo en desenlaces no vasculares.	de lípidos y en la costo-efectividad de pacientes dislipidémicos con ERC concurrente.	renal comparado con la terapia convencional en pacientes japoneses con dislipidemia y ERC.	protectores adicionales, la terapia con dieta como la dieta con estatinas pueden contribuir a la reducción de la pentosidina plasmática en pacientes con ERCE con albuminuria y dislipidemia.	función renal y fue más efectiva para mejorar la inflamación y proteinuria en pacientes con GMN crónica. Sin embargo, hubo una ligera mejoría con la terapia con estatinas. Por tanto, debe ser investigado si tal mejoría limitada en la disfunción renal puede conducir a mejores desenlaces clínicos.	coronaria estable puede tener efectos benéficos en la función renal y ácido úrico sérico.
Fuentes de financiación	AstraZeneca	Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ USA; Australian National Health Medical Research Council, British Heart Foundation, UK Medical Research Council.	AstraZeneca	Department of EBM Research Institute of Advancement of Clinical and Transla-tional Science Kyoto University Hospital; Pfizer Japón.	Japan Society for the Promotion of Science (JSPS); SENSHIN Medical Research Foundation; Banyu Life Science Foundation International; Salt Science Research Foundation (No. 1428).	National Basic Research Program of China (973 Program No. 2012CB517602); SRF for ROCS, SEM; NSFC. Science and Technology Commission of Shanghai Municipality China (09dZ1973600 y 10JC1410100); Shanghai healthy Bureau (2010L063A).	Pfizer.

Pregunta. Agentes reductores del ácido úrico

Criterio	Su 2017	Sampson 2017	Liu 2018
Tipo de revisión	Revisión sistemática de la literatura y metanálisis.	Revisión sistemática de la literatura y metanálisis.	Revisión sistemática de la literatura y metanálisis.
Población	Experimentos clínicos que incluyeran pacientes con ERC de seguimiento mayor a seis meses.	Experimentos clínicos y estudios cuasiexperimentales en pacientes con función renal normal o con ERC que fueron seguidos al menos tres meses.	Estudios experimentales y no experimentales de pacientes con ERC o trasplante renal y diagnóstico de hiperuricemia.
Comparaciones	Reductores del ácido úrico (alopurinol, febuxostat, pegloticase) vs. placebo o manejo estándar.	Reductores del ácido úrico (alopurinol, febuxostat, pegloticase, rasburicase, probenecid, benzbromarona, sulfipirazona) vs. placebo o manejo estándar.	Febuxostat (10 mg – 80 mg) vs. alopurinol o placebo.
Desenlaces	Disminución de 25 % a 50 % de TFG. Progresión a estadio final de ERC. Tasa de cambio de TFGe por año. Eventos adversos.	Progresión a estadio final de ERC. TFGe Eventos adversos.	TFGe.
Número de estudios (diseño) y pacientes incluidos	Dieciséis experimentos clínicos (n= 1211) - Febuxostat vs. placebo (1) - Alopurinol vs. placebo (12) - Pegloticase vs. placebo (1) - Febuxostat vs. alopurinol (2) Media de seguimiento: 12 meses. Dosis febuxostat: 40 - 240 mg/d.	Doce experimentos clínicos (n=1187). - Febuxostat vs. placebo (1). - Alopurinol vs. placebo (10). - Oxipurinol vs. placebo (1).	Seis estudios (n=402). - Experimentos clínicos (4). - Controlados no aleatorizados (2).
Calidad de los estudios primarios	Herramienta de riesgo de sesgo de Cochrane. Bajo riesgo de sesgo en secuencia de aleatorización, 31 %; ocultamiento de la asignación 13 %, cegamiento, 25 %; pérdidas al seguimiento, 81 %; reporte selectivo, 75 %.	Herramienta de riesgo de sesgo de Cochrane. La mayoría de estudios carecían de información para hacer una adecuada evaluación de riesgo de sesgo (incierto).	Escala de Newcastle-Ottawa. Puntajes entre 6 y 8 (calidad moderada a alta).
Fuentes de financiación	Science and Technology Project of Shanxi Province (Grant No. 20140313013-5), Natural Science Foundation of Shanxi Province (Grant No. 201701D221173); Shanxi Province Health and Family Planning Commission, Science and Technology (Grant No. 201601054).	The Canberra Hospital, Canberra ACT, Australia. The Australian National University, Canberra, ACT, Australia.	Autores no recibieron financiación externa para el estudio.

Característica	Saag 2016	Kimura 2018	Yu 2018	Mukri 2018	Golmohammadi 2017
Objetivo	Evaluar el impacto de febuxostat, comparado con placebo, en la función renal de pacientes hiperuricémicos con gota y alteración renal moderada a severa (TFGe 15 – 50 ml/minute/1.73 m ²).	Probar la hipótesis de que el febuxostat es superior a placebo en la supresión de la disminución de la TFGe en pacientes japoneses con ERC estadio 3 que tienen hiperuricemia asintomática.	Investigar la seguridad y eficacia de la benzbromarona y el febuxostat en pacientes con hiperuricemia y TFGe 20 – 50 ml/minute/1.73 m ² .	Evaluar la eficacia de febuxostat en la prevención de la progresión de ERC en un grupo específico de pacientes con nefropatía diabética y buen control de la diabetes (HbA1c < 8.0 %) con hiperuricemia asintomática ($\geq 400 \mu\text{mol/LI}$) y, además, monitorear los efectos adversos del medicamento.	Examinar los posibles efectos de alopurinol en la reducción de la progresión a falla renal crónica en pacientes con enfermedad renal e hiperuricemia.
Tipo de estudio	Experimento clínico paralelo exploratorio (EE. UU.).	Experimento clínico paralelo (Japón).	Experimento clínico paralelo piloto de etiqueta abierta (China).	Experimento clínico paralelo de etiqueta abierta (Malasia).	Experimento clínico paralelo (Irán).
Población	Hombres ≥ 18 años o mujeres posmenopáusicas ≥ 45 años. Criterios de gota del Colegio Americano de Reumatología Ausencia de tofos. Ácido úrico en suero > 7.0 mg/dl. TA < 160/95 mmHg. Creatinina sérica ≥ 1.5 mg/dl TFGe: 15 – 50 ml/minute/1.73 m ² (moderado 30 -50, severo 15 a 30).	Pacientes ≥ 20 años (Japón): Hiperuricemia (ácido úrico > 7.0- 10.0 mg/dl). ERC estadio 3. Sin historia de gota.	Adultos 18–75 años. TFGe 20–60 mL/min/1.73 m ² . Gota o hiperuricemia con ácido úrico sérico ≥ 8.0 mg/dl.	Adultos 18–75 años. ERC con TFGe 15 – 60 ml/min/1.72 m ² . Control adecuado de la diabetes mellitus (HbA1c < 8.0 %). Hiperuricemia asintomática con ácido úrico sérico $\geq 400 \mu\text{mol/L}$, sin antecedente de recibir agentes reductores de ácido úrico y con dosis óptima de agentes antiproteinuria.	Adultos ≥ 18 años. ERC con TFGe < 60 ml/min/1.73 m ² . Ácido úrico sérico > 6 mg/dl sin incremento de la creatinina en 50 % en los últimos tres meses.

Característica	Saag 2016	Kimura 2018	Yu 2018	Mukri 2018	Golmohammadi 2017
Intervención	Febuxostat 30 mg bid (n=32) Febuxostat 40/80 mg día (n=31).	Febuxostat (n=221): - 10 mg (días 1 a 28). - 20 mg (semanas 4 a 7). - 40 mg (semanas 8 a 108).	Benzbromarona (n=37) - 25 mg dosis de inicio titulada según respuesta (dosis máxima 100 mg).	Febuxostat 40 mg (n=50).	Alopurinol 100mg (n=96).
Control	Placebo (n=32).	Placebo: (n=222)	Febuxostat (n=36) - 20 mg dosis de inicio titulada según respuesta (dosis máxima 80 mg)-	No tratamiento (n=50).	Placebo (n=100).
Desenlaces	Cambio en la TFGe a los doce meses. Eventos adversos.	Cambio en la TFGe a las 108 semanas (~2 años). Eventos adversos.	TFGe < 20 mL/min/1.73 m ² Progresión a estadio final de ERC Hidronefrosis secundaria a cálculos	TFGe Eventos adversos	TFGe mL/min/1.73 m ² .
Resultados	n=95 Cambio en la TFGe a los doce meses (mL/min/1.73 m ²). - Febuxostat 30mg vs. placebo: 2.38 IC 95 % -0.97 – 5.73). - Febuxostat 40/80 mg vs. placebo: 1.19 IC 95 % -2.18 – 4.57. Efectos adversos serios: - Febuxostat 30 mg: 15.6 % (5/32); renales: 3.1 %. - Febuxostat 40/80 mg: 25.0 % (8/31); renales: 6.3 %. - Placebo: 21.9 % (7/32); renales: 12.5 %.	Cambio en la TFGe a las 108 semanas (mL/min/1.73 m ²): 0.5 IC 95 % -0.5 – 1.6 . Eventos adversos serios (febuxostat vs. placebo): - Hipersensibilidad: 0 vs. 0 - Eventos cardiovasculares: 3 vs. 3. - Gastrointestinales: 12 vs. 9.	TFGe (mL/min/1.73 m²) Benzbromarona - Basal (mediana; P25–P75): 41.2 (29.9 – 49.1). - 12 meses (media, DE): 40.5±12.6 Febuxostat. - Basal (media, DE): 38.5±13.1. - 12 meses (media, DE): 39.3±15.9.	TFGe (mL/min/1.73 m²) Febuxostat - Basal (media, DE): 26.2±14.30. - 6 meses (media, DE): 26.3±15.2 No tratamiento. - Basal (media, DE): 28.2±19.2 - 6 meses (media, DE): 27.6±20.0. Febuxostat vs. No tratamiento: Cualquier evento adverso: 13/47 (28 %) vs. 3/46 (6 %); p=0.01. Síntomas gastrointestinales: 1 (2 %) vs. 0; p>0.99 Dolor articular: 7 (15 %) vs. 0; p=0.01. Eventos cardiovasculares: 4 (9 %) vs. 1 (2 %); p= 0.361.	TFGe (mL/min/1.73 m²) Subgrupo 30-60 mL/min 1.73 m ² . Alopurinol - Basal (media, DE): 50.37±11.26. - 12 meses (media, DE): 56.82±16.53 (p<0.001 con basal). Placebo - Basal (media, DE): 50.38±13.22. - 12 meses (media, DE): 51.99±15.28.

Característica	Saag 2016	Kimura 2018	Yu 2018	Mukri 2018	Golmohammadi 2017
Conclusiones de los autores	El febuxostat probó ser eficaz en la reducción del ácido úrico sérico y fue bien tolerado en pacientes con gota con alteraciones renales moderadas a severas. Los pacientes asignados aleatoriamente a febuxostat demostraron niveles de ácido úrico sérico significativamente más bajos y ningún deterioro significativo en la función renal.	Comparado con placebo, el febuxostat no mitigó la disminución en la función renal en pacientes con ERC estadio 3 e hiperuricemia asintomática.	Benzbromarona y febuxostat pueden reducir el ácido úrico sérico y mantener la función renal en pacientes con ERC con TFG _e 20–60 ml/min/1.73 m ² . La terapia de disminución de uratos con benzbromarona o febuxostat puede incrementar la hemoglobina sérica y potencialmente mejorar la anemia.	Febuxostat pudo preservar la TFG _e en pacientes con ERC y nefropatía diabética y este efecto fue más allá del control glicémico. El incremento de la HbA _{1c} en el grupo de febuxostat requiere estudios más grandes.	Alopurinol puede disminuir la progresión de la ERC en estadio 3 y puede ser administrado con otras medicaciones efectivas para controlar la enfermedad renal.
Fuentes de financiación	Takeda Pharmaceuticals.	Teijin Pharma Limited.	Science and Technology Commission of Shanghai Municipality (17411967000); National Natural Science Foundation of China (81301626, 81671897).	No están reportadas en el manuscrito.	No están reportadas en el manuscrito.

Pregunta. RAAS

Criterio	Mishima 2019	Xie 2015	Lu 2016	Currie 2016	Palmer 2015
Tipo de revisión	Revisión sistemática de la literatura y metanálisis.	Revisión sistemática y metanálisis en red.	Revisión sistemática de la literatura y metanálisis.	Revisión sistemática de la literatura y metanálisis.	Revisión sistemática de la literatura y metanálisis en red
Población	Experimentos clínicos que incluyeran adultos hipertensos ≥ 18 años con ERC sin diabetes mellitus o terapia dialítica.	Experimentos clínicos con más de 20 participantes y con suministro de las intervenciones por lo menos seis meses. Los experimentos incluyeron adultos con ERC (TFG < 60 ml/min/1.73 m ² , niveles de creatinina elevados o albuminuria con excreción de albúmina > 30 mg/d, anormalidades detectadas por histología o diálisis).	Experimentos clínicos o estudios observacionales de adultos ≥ 18 años con ERC estadios 1-5, incluido diálisis. Se excluyeron pacientes con trasplante renal.	Experimentos clínicos de al menos 4 semanas de seguimiento en adultos ≥ 18 años con ERC estadios 1-5, que no estuvieran en terapia de remplazo renal.	Adultos ≥ 18 años con diabetes mellitus y ERC. Tratamiento con cualquier agente hipotensor en monoterapia o combinación con otro agente hipotensor o placebo. Se excluyeron pacientes con trasplante renal o en diálisis.
Comparaciones	IECA o ARA-II vs. placebo u otros medicamentos hipotensores.	IECA o ARA-II comparados uno contra el otro, placebo o alguna otra terapia hipotensora.	Antagonistas del receptor de mineralocorticoides (espironolactona o eplerenone) vs. No antagonistas del receptor de mineralocorticoides.	Antagonistas del receptor de mineralocorticoides selectivos y no selectivos vs. placebo, IECA, ARA-II o sus combinaciones.	Antagonistas del receptor de mineralocorticoides, IECA, ARA-II, inhibidores directos de la renina o sus combinaciones en comparación cabeza a cabeza o con placebo.
Desenlaces	Eventos renales (falla renal que resulte en diálisis o trasplante). Disminución a la mitad de la TFG. Eventos cardiovasculares (IAM fatal o no fatal, muerte súbita, hospitalización por falla cardíaca o angina). Eventos adversos (hipocalcemia o hipotensión).	Falla renal. Eventos cardiovasculares. Mortalidad. Eventos adversos.	Mortalidad por cualquier causa. Eventos cardiovasculares. Eventos adversos.	Función renal al final del tratamiento. Mortalidad. Necesidad de terapia de reemplazo renal. Eventos cardiovasculares. Hipercalcemia.	Mortalidad por cualquier causa. Progresión a fase final de ERC. Infarto agudo de miocardio. Apoplejía. Hipercalcemia. Tos.

Criterio	Mishima 2019	Xie 2015	Lu 2016	Currie 2016	Palmer 2015
Número de estudios (diseño) y pacientes incluidos	Cuarenta y dos experimentos clínicos incluidos. - Proteinuria positiva, n=28. - Proteinuria negativa, n=6. - Población mixta, n=2. - Proteinuria desconocida n=6.	119 experimentos clínicos (n = 64 768).	Doce estudios, n = 4935. - 6 experimentos clínicos, n=1003. - 6 estudios observacionales.	Diecinueve estudios (12 experimentos paralelos y 7 cruzados), n=1646.	ECA, 157 (n=43 256).
Calidad de los estudios primarios	Herramienta modificada de riesgo de sesgo de Cochrane. Las fallas en el cegamiento y una inadecuada secuencia de generación de la aleatorización son las dos posibles causas de sesgo potencial.	Herramienta de riesgo de sesgo de Cochrane. En general, estudios de alta calidad. Limitaciones en el cegamiento en estudios que compararon IECA o ARA II y control activo, o EICA vs. ARA II.	Herramienta de riesgo de sesgo Cochrane y escala de Newcastle Ottawa. Autores no mencionan calidad individual de los estudios.	Herramienta de riesgo de sesgo Cochrane. Generación de secuencia aleatoria fue descrita en 50 % de los estudios. Ocultamiento de la asignación en 44 %. Cegamiento de participantes e investigadores en 67 %. Intención de tratar en 11 %. Pérdidas fueron reportadas en 84 % y no fueron diferentes en los grupos de investigación.	Herramienta de riesgo de sesgo Cochrane. Más de 75 % de preocupación de alto riesgo de sesgo por reporte selectivo y entre 25 % - 50 % por cegamiento.
Fuentes de financiación	Sin mención a financiación.	National Natural Science Foundation of China (grants 81270795, 2012CB517700, 81021004); Program for New Century Excellent Talents in University, Ministry of Education of China (grant NCET-12- 0011); Australian National Health and Medical Research Council Senior Research Fellowship and Program Grant.	Los autores declaran no tener conflicto de intereses. No especifican fuentes de financiación.	Kidney Research UK Clinical Training Fellowship (Charity number 252892). European Union FP7 Project PRIORITY (279277).	Canterbury Medical Research Foundation, Italian Medicines Agency.

Característica	Antlanger 2017	Damman 2018
Objetivo	Elucidar los efectos moleculares del inhibidor directo de renina aliskiren en el eje renina angiotensina en pacientes con ERC y compararlo con el estándar de cuidado candesartán en un ensayo clínico.	Describir los efectos de sacubitril/valsartán y enalapril en la TFG _e y UACR y la asociación entre cambios en la TFG _e y UACR con los desenlaces cardiovasculares y renales de acuerdo a la terapia asignada.
Tipo de estudio	Experimento clínico exploratorio	- Experimento clínico paralelo
Población	Adultos con TFG_e 15 – 59 ml/min por 1.73 m² (estadio III o IV). Proteinuria definida por excreción de albúmina > 300 mg/24 horas o una razón albúmina/creatinina > 300 mg/g en una muestra aislada o > 200 mg/g si estaban recibiendo algún tipo de bloqueo RAAS. Exclusión: Antecedente de diabetes. PAS >120 mmHg y <180 mmHg en la toma ambulatoria. Embarazadas.	Pacientes - NYHA clase funcional II – IV. - FE ≤ 40 %. - Péptido natriurético atrial tipo B tipo pro-B N-terminal elevados. - Previa formulación de ARA-2 o IECA en dosis equivalente a 10 mg de enalapril y dosis estable de beta bloqueador y antagonista de mineralocorticoides, si estaba indicado. Exclusión - Hipotensión sintomática. - TFG_e <30 ml/min/1.73 m². - Hipercalemia.
Intervención	Aliskiren 150 mg por cuatro semanas y luego 300 mg/día hasta completar dos meses (n=12).	Sacubitril / valsartán 97/103 mg bid (n=1333).
Control	Candesartán 4 mg/día por cuatro semanas y luego 8 mg/día hasta completar dos meses (n=12).	Enalapril 10mg bid (n=1412).
Desenlaces	- Diferencia de TFG _e a los 2 meses.	- Muerte cardiovascular o primera hospitalización por falla cardíaca. - Disminución de 50 % en la TFG_e con relación a la basal. - Disminución > 30 y < 60 ml/min 1.73 m² relativa al basal. - Progresión a estadio final de la enfermedad.
Resultados	n=24 TFG_e (mL/min/1.73 m²): - Aliskiren: -1.8±4.4. - Candesartán: -2.4±5.3 (p=0.785).	n=8399 (TFG_e < 60 ml/min 1.73 m²: n= 2745). Sacubitril/Valsartán vs. Enalapril. Mortalidad por cualquier causa: HR 0.79 IC 95 % 0.68 – 0.93. Muerte cardiovascular o primera hospitalización por falla cardíaca: HR 0.79 IC 95 % 0.69 – 0.90. Disminución de 50 % en la TFG_e con relación a la basal: HR 0.73 IC 95 % 0.35 – 1.54. Progresión a estadio final ERC: HR 0.70 IC 95 % 0.25 – 1.95.

Característica	Antlanger 2017	Damman 2018
Conclusiones de los autores	La terapia con inhibidor directo de renina elimina todos los péptidos del efector RAAS. El ARA-II aumenta las angiotensinas tanto vasoconstrictoras como vasodilatadoras, mientras esto se acompaña de un bloqueo eficiente de los efectos vasoconstrictores. Estas regulaciones moleculares diferenciales deben ser consideradas cuando se seleccionen terapias antihipertensivas y modificadoras de la enfermedad óptimas en pacientes con ERC.	Comparado con enalapril, sacubril / valsartan condujo a la reducción de la tasa de disminución de TFG y mejoró los desenlaces cardiovasculares, incluso en pacientes con ERC.
Fuentes de financiación	Medical Scientific Fund of the Mayor of the City of Vienna (13002).	Novartis.

Pregunta. Anticoagulantes y antiagregantes

Criterio	Malhotra 2019	Kimachi 2017	Bai 2016	Major 2016
Tipo de revisión	Revisión sistemática de la literatura y metanálisis.	Revisión sistemática de la literatura y metanálisis.	Revisión sistemática de la literatura y metanálisis.	Revisión sistemática de la literatura y metanálisis.
Población	Experimentos clínicos o cohortes que incluyeran adultos ≥ 18 años con ERC tratados con anticoagulantes orales para cualquier indicación y seguidos por al menos 6 meses. Se excluyeron pacientes en estadio final (TFGe < 15 ml/min/1.73 m ²), en diálisis o trasplante renal.	Experimentos clínicos o estudios cuasiexperimentales que incluyeran pacientes con fibrilación auricular no valvular y ERC estadios 3 o 4 (TFGe 15–60 ml/min/1.73 m ²).	Experimentos clínicos, cohortes o estudios de corte transversal de adultos con fibrilación auricular y ERC que no estuvieran en estadio final.	Experimentos clínicos de adultos en cualquier estado de ERC (excepto estadio final) y sin historia de enfermedad cardiovascular.
Comparaciones	Warfarina vs. no anticoagulante. Warfarina vs. DOAC.	DOAC (apixabán, dabigatrán, edoxabán, rivaroxabán) vs. Warfarina.	Warfarina vs. No warfarina (placebo, aspirina, aspirina más warfarina a dosis bajas, DOAC).	Aspirina vs. placebo.
Desenlaces	Desenlaces cerebrovasculares: - ECV isquémico. - ECV hemorrágico. - Todos los ECV. - Sangrado mayor. - Mortalidad por todas las causas.	Compuesto de todos los eventos embólicos sistémicos y de accidentes cerebrovasculares. Sangrado mayor. IAM. Sangrado menor. Mortalidad por todas las causas. Mortalidad de causa vascular.	Complicaciones de sangrado mayor. Hemorragia intracraneal. Hemorragia gastrointestinal. Hemorragia extracraneal mayor.	Eventos cardiovasculares. Mortalidad por cualquier causa. Eventos coronarios. Evento cerebrovascular. Sangrado mayor o menor.
Número de estudios (diseño) y pacientes incluidos	Quince estudios, n=78 053; mediana de seguimiento, 36 meses. - 5 ECA post-hoc (n=19 066). - 10 estudios observacionales.	Cinco experimentos clínicos, n=12 545 - ERC E3: n=12 155. - ERC E4: n=390.	Doce estudios (dos cohortes históricas, dos cohortes concurrentes y ocho experimentos clínicos).	Tres experimentos clínicos, n=4469.

Criterio	Malhotra 2019	Kimachi 2017	Bai 2016	Major 2016
Calidad de los estudios primarios	Escala de Newcastle-Ottawa . El puntaje global fue 119/135 (88.1 %), que se considera representa una alta calidad global.	Herramienta de sesgo de Cochrane. El riesgo de sesgo global fue bajo.	Herramienta de riesgo de sesgo Cochrane y escala de Newcastle Ottawa. Estudios de calidad moderada a alta.	Herramienta de sesgo de Cochrane. Riesgo de sesgo medio a alto por identificación subóptima de ERC y cegamiento en la evaluación de desenlaces.
Fuentes de financiación	El estudio no recibió financiación específica.	El estudio no recibió financiación específica.	Ministry of Science and Technology of the People's Republic of China; Beijing Municipal Administration of Hospitals.	National Institute for Health Research (NIHR).

Característica	Fox 2019	Ikeme 2017	Goicochea 2018
Objetivo	Examinar la seguridad y eficacia de una dosis reducida de anticoagulación (rivaroxabán) en combinación con aspirina en el estudio COMPASS, en comparación con aspirina en monoterapia en pacientes con ritmo sinusal, pero con un incremento en el riesgo cardiovascular.	Examinar el efecto de la aleatorización de clopidogrel o placebo agregado a aspirina en el deterioro de la función renal de personas con ECV lacunar reciente en el estudio SPS3.	Evaluar la efectividad y seguridad de la aspirina a dosis bajas para la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular en pacientes con ERC y su efecto en la progresión de la enfermedad renal.
Tipo de estudio	Análisis post hoc de experimento clínico factorial 3x2 de fase 3.	Análisis post hoc de experimento clínico factorial 2x2 de fase 3.	Experimento clínico paralelo de etiqueta abierta.
Población	Adultos > 65 años. Adultos ≤ 65 años y: - Tabaquismo. - Diabetes mellitus - TFG < 60 ml/min. - Falla cardíaca. - ECV no lacunar. 1. Enfermedad arterial coronaria definida como: - IAM en los últimos 20 años. - Enfermedad coronaria multivaso. 2. Enfermedad arterial periférica: - Amputación por este motivo. - Bypass. - Historia de claudicación intermitente. En este estudio se incluyen aquellos con TFGe < 60 ml/min/1.73 m².	Pacientes ≥ 30 años con: - Síndrome de apoplejía lacunar clínica. - Ausencia de signos y síntomas de disfunción cortical ipsilateral por estenosis carotídea cervical si el evento calificado es hemisférico. - Sin antecedente de requerimiento de anticoagulación u otra terapia específica por alto riesgo de fuente cardioembólica.	Edad: hombres, 45 – 79 años; mujeres, 55 – 79 años. ERC estadio 3 o 4 (TFGe MDRD 15 a 60 ml/min/1.73 m²). Antecedente de un evento cardiovascular: arritmia cardíaca, paro cardíaco, angina o IAM, ECV, estenosis carotídea de más de 50 %, enfermedad arterial periférica documentada. Pacientes estadio 3: 88/116.
Intervención	Rivaroxabán 2.5 mg bid más aspirina (n=2054).	Clopidogrel 75 mg más aspirina 325 mg (TFGe < 60 ml/min/1.73 m ² , n=210).	Aspirina mg (n=54).
Control	Aspirina (n=2114).	Aspirina 325 mg (TFGe < 60 ml/min/1.73 m ² , n=191).	Manejo estándar (n=62).

Característica	Fox 2019	Ikeme 2017	Goicochea 2018
Desenlaces	- Muerte cardiovascular. - ECV. - IAM. - Sangrado mayor. - Sangrado que conduce a hospitalización.	- Cambio anualizado en la TFGe. - Incidencia de deterioro rápido en la TFGe.	- IAM. - ECV. - Cambio en la TFGe. - Evento renal: duplicación de la creatinina sérica, disminución TFGe $\geq 50\%$ o inicio de terapia de remplazo renal.
Resultados	n=4168 Rivaroxaban + ASA vs. ASA. - Muerte cardiovascular: HR 0.88 IC 95 % 0.64 – 0.94. - ECV: HR 0.42 IC 95 % 0.25 – 0.70. - IAM: HR 0.73 IC 95 % 0.51 – 1.04 - Sangrado mayor: HR 1.47 IC 95 % 1.05 – 2.07 - Sangrado que conduce a hospitalización: HR 1.41 IC 95 % 1.05 – 2.07.	TFGe < 60 mL/min/1.73 m²): - Cambio anualizado en la TFGe: DM 0.10 IC 95 % -0.62. – 0.83. - Incidencia de deterioro rápido en la TFGe: HR 1.11 IC 95. 0.74 – 1.65.	ASA vs. manejo estándar (seguimiento promedio: 65 meses). - IAM: 0/50 vs. 7/61; p=0.013. - ECV: RR 2.49 IC 95 % 0.48 – 13.03. - Evento renal (ajustado): HR 0.27 IC 95 % 0.07 – 0.95. - Cambio en la TFGe (basal vs. final del estudio). -- Manejo estándar: 38±10 vs. 28±13 (p< 0.001). -- ASA: 40±11 vs. 40±19. No se presentó sangrado mayor en ninguno de los grupos.
Conclusiones de los autores	Los beneficios de la ruta dual del régimen COMPASS (rivaroxaban 2.5 mg bid más aspirina) en comparación con aspirina en monoterapia, se preservan en pacientes con disfunción renal moderada sin evidencia de un exceso en el riesgo de sangrado.	No encontramos un efecto del clopidogrel sumado a la aspirina, comparado con aspirina en monoterapia, en el deterioro de la función renal en pacientes con apoplejía lacunar previa.	La aspirina a dosis bajas no previene el desenlace cardiovascular compuesto primario, pero puede prevenir IAM en pacientes con ERC y disminuir la tasa de progresión de la enfermedad renal.
Fuentes de financiación	Bayer AG.	National Institute on Minority Health and Health Disparities, National Institutes of Health (NIH) grant R25MD006832; the University of California, San Francisco Dean's Office Resource Allocation Program for Trainees (RAPtr); NIH grant 1R01AG046206 (to C.A.P.).	Sociedad Española de Nefrología; Sociedad Madrileña de Nefrología.

Pregunta. Insuficiencia renal aguda

Criterio	See 2019	Mehta 2018
Tipo de revisión	Revisión sistemática de la literatura y metanálisis.	Revisión sistemática de la literatura y metanálisis.
Población	Estudios que mostraran la asociación entre IRA y al menos uno de los desenlaces de interés en: - Población adulta ≥ 18 años. - Definición por consenso de la exposición. - Incluyeron un brazo de control no-IRA. - Seguimiento por lo menos un año. Exclusión: síndromes IRA, receptores de trasplante de órganos sólidos, síndrome cardio o hepatorrenal y enfermedad renal asociada al embarazo.	Estudios observacionales que proveyeran información sobre la duración de IRA y evaluaran: - Adultos ≥ 18 años. - Admitidos al hospital con IRA.
Comparaciones	IRA vs. no IRA	Duración de la IRA: - Corta: ≤ 2 días o transitoria - Media: 3 – 6 días - Larga: ≥ 7 días o persistente
Desenlaces	Progresión de la enfermedad renal - Estadio 3 ERC. - Estadio final ERC. Mortalidad.	Eventos cardiovasculares. Progresión de la enfermedad renal - Estadio 3 ERC - Estadio final ERC Mortalidad.
Número de estudios (diseño) y pacientes incluidos	Ochenta y dos cohortes incluidas (n=2 017 437).	Dieciocho estudios observacionales (n = 459 558).
Calidad de los estudios primarios	Escala de Newcastle-Ottawa modificada. Sólo 11 (13 %) de los estudios se consideró de bajo riesgo.	Escala de Downs y Black. La mayoría de estudios catalogados como de aceptable (6/18) o buena (11/18) calidad metodológica.
Fuentes de financiación	Sin mención a financiación del estudio.	No recibió financiación.

Pregunta. AINEs

Criterio	Nderitu 2013	Zhang 2017
Tipo de revisión	Revisión sistemática de la literatura y metanálisis.	Revisión sistemática de la literatura y metanálisis.
Población	Estudios epidemiológicos de base poblacional con duración superior a 6 meses y tamaño de muestra mínimo de 50 sujetos. Al menos un grupo de adultos ≥ 45 años de edad incluidos. ERC moderada a severa (estadio NKF-KDOQI: 3- 5).	Estudios observacionales de adultos de la comunidad expuestos a AINEs y que reportaron lesión renal aguda. Estudios publicados en inglés.
Comparaciones	Exposición a AINEs vs. No exposición a AINEs.	Exposición a AINEs vs. No exposición a AINEs.
Desenlaces	1. Progresión acelerada de ERC (disminución de TFGe ≥ 15 ml/min/1.73 m ² en dos años). 2. Desarrollo de ERC moderada a severa.	incidencia de insuficiencia renal aguda.
Número de estudios (diseño) y pacientes incluidos	Cinco cohortes históricas, un estudio de casos y controles y un estudio transversal. Tres cohortes históricas incluidas en el metanálisis (n = 54 663).	Cinco estudios con pacientes con ERC (n = 1 573 559).
Calidad de los estudios primarios	Escala CASP. Tamaños de la muestra adecuados, criterios de clasificación de la enfermedad adecuados, no se midió el consumo de AINEs de venta libre.	Newcastle-Ottawa: 80 % de los puntajes se encontraron ≥ 7 puntos (calidad media-alta).
Fuentes de financiación	Wolfson Foundation; North Staffordshire Medical Institute.	University of Dundee, School of Medicine y China Scholarship Council.

Preguntas. Clasificación, hipertensión y diabetes

Criterio	Astor 2011	Hallan 2012	Tsai 2016	Norris 2018	Mahmoodi 2012	Fox 2012
Tipo de revisión	Metanálisis colaborativo de cohortes poblacionales.	Metanálisis colaborativo de cohortes poblacionales.	Revisión sistemática de la literatura y metanálisis.	Revisión sistemática de la literatura.	Metanálisis colaborativo de cohortes poblacionales.	Metanálisis colaborativo de cohortes poblacionales.
Población	Estudios que incluyeran principalmente a participantes por ERC. Con información de la línea de base de la TFG _e o TFG _m y albuminuria o proteinuria. Al menos 50 eventos de progresión a enfermedad renal de estadio final o muerte. Se excluyeron individuos con estadio final de la enfermedad renal.	Cohortes alrededor del mundo de poblaciones de alto riesgo cardiovascular y de ERC con información de la línea de base de TFG _e y albuminuria con al menos 1000 participantes y al menos 50 eventos para cualquier desenlace de interés durante el seguimiento.	Estudios que incluyeran adultos con ERC estadios 0 a 5 en diseños de casos y controles o cohortes que evaluaran los factores de riesgo de desarrollo o progresión de ERC y recogieran información en el tiempo de tal manera que permitieran calcular la función renal.	Estudios observacionales o sin asignación aleatoria relevantes a biomarcadores y la necesidad de terapia de remplazo renal. Se incluyeron estudios comportamentales, educativos o de intervenciones clínicas.	Adultos ≥ 18 años. Cohortes alrededor del mundo de poblaciones de alto riesgo cardiovascular y de ERC con información de la línea de base de TFG _e y albuminuria con al menos 1000 participantes y al menos 50 eventos para cualquier desenlace de interés durante el seguimiento.	Adultos ≥ 18 años. Cohortes alrededor del mundo de poblaciones de alto riesgo cardiovascular y de ERC con información de la línea de base de TFG _e y albuminuria con al menos 1000 participantes y al menos 50 eventos para cualquier desenlace de interés durante el seguimiento.
Comparaciones	Tasa de filtración glomerular. Razón albúmina creatinina.	Edad.	- Sexo: masculino vs. femenino. - Proteinuria: > 1 g/día, ≤ 1 g/día. - Diabetes vs. no diabetes.	Proteinuria. Creatinina (TFG _e).	Estado hipertensivo.	Diabetes vs. no diabetes.

Criterio	Astor 2011	Hallan 2012	Tsai 2016	Norris 2018	Mahmoodi 2012	Fox 2012
Desenlaces	- Mortalidad por todas las causas. - Progresión a estadio final de ERC: inicio de terapia de remplazo renal o muerte debido a disminución en la función renal y no a injuria renal aguda.	- Mortalidad por todas las causas. - Progresión a estadio final de ERC: inicio de diálisis, trasplante renal o muerte atribuida a enfermedad renal diferente a injuria renal aguda.	- Mortalidad por todas las causas. - Progresión a estadio final de ERC: requerimiento de diálisis o trasplante renal.	-Progresión de la enfermedad renal. -Progresión a estadio final ERC. -Mortalidad por cualquier causa.	-Mortalidad por todas las causas. -Mortalidad por enfermedad cardiovascular. -Progresión a estadio final de ERC.	-Mortalidad por todas las causas. -Mortalidad por enfermedad cardiovascular. -Progresión a estadio final de ERC.
Número de estudios (diseño) y pacientes incluidos	Catorce estudios (n=21 688): - ECA: 6. - Estudios observacionales: 4. - Estudios de pacientes identificados por pruebas de laboratorio: 4.	Trece cohortes que incluyeron sujetos con ERC (121362 eventos de mortalidad, 8728 eventos de progresión a estadio final de ERC)	Cuarenta estudios (2 casos y controles, n = 614; 38 cohortes, n = 318 284).	Cuarenta y dos estudios (27 estudios de cohorte).	Trece cohortes que incluyeron sujetos con ERC (n=21 072).	Trece cohortes que incluyeron sujetos con ERC (5960 eventos).
Calidad de los estudios primarios	No fue evaluada con escalas formales.	No fué evaluada con escalas formales.	Newcastle-Ottawa. Puntaje de estudios se encontró entre 6 y 9 puntos. La mayoría de estudios obtuvieron el puntaje máximo.	Downs y Black. Promedio 16.52, mín.-máx. 12–20.	No fué evaluada con escalas formales.	No fué evaluada con escalas formales.
Fuentes de financiación	KDIGO, US National Kidney Foundation, Dutch Kidney Foundation.	US National Kidney Foundation Abbott, Amgen; Netherlands Organization for Scientific Research, Dutch Kidney Foundation y una variedad de organismos que incluyen agencias del gobierno, institutos nacionales de salud, fundaciones y patrocinadores de la industria.	Ministry of Science and Technology, Taiwan (MOST 103-2314- B-418-003-MY2); National Health Research Institutes, Taiwan (NHRI- EX105-10510PC); Far Eastern Memorial Hospital, New Taipei City, Taiwan (FEMH 2014-C-041, FEMH 2016-C-027).	AbbVie, Inc.	US National Kidney Foundation Abbott, Amgen; Netherlands Organization for Scientific Research, Dutch Kidney Foundation y una variedad de organismos que incluyen agencias del gobierno, institutos nacionales de salud, fundaciones y patrocinadores de la industria.	US National Kidney Foundation.

Preferencias, valores, costos

Característica	Havas 2016	He 2017	Wilke 2017	Tong 2009	Clarke 2015
Objetivo	Explorar lo que las personas con ERC esperarían de un programa de autocuidado, cómo y cuándo les gustaría utilizarlo, y por quiénes.	Realizar una revisión sistemática de la evidencia publicada sobre el valor del manejo remoto en casa para pacientes con ERC y proveer unos fundamentos sólidos para la toma de decisiones médicas y las reformas al cuidado de la salud.	Sintetizar los resultados de los estudios de preferencias de pacientes con fibrilación auricular con la terapia anticoagulante.	Describir el rango y la profundidad de las experiencias y perspectivas de pacientes con ERC estadios 1 a 5, ERC estadio 5D y ERC estadios 1 a 5T sobre el significado de ERC y su tratamiento, el impacto en el estilo de vida y las relaciones sociales, y las estrategias de adaptación utilizadas por los pacientes.	Explorar las actitudes y percepciones hacia el ejercicio en pacientes con ERC que no requirieron terapia de remplazo renal para identificar factores que actúan como barreras (a ser atendidas) y motivaciones (a ser utilizadas) en futuras intervenciones.
Tipo de estudio	Revisión integrativa.	Revisión sistemática de la literatura y metanálisis.	Revisión sistemática de la literatura.	Estudio cualitativo de grupos focales.	Estudio cualitativo de grupos focales y entrevistas semiestructuradas.
Criterios de selección	Artículos que conciernen autocuidado en personas con ERC. - Adultos ≥ 18 años. - Reporte de preferencias para apoyo al autocuidado, experiencias de los pacientes o experiencias exitosas de autocuidado reportadas por pacientes. - Idioma inglés.	Experimentos clínicos que investigaran el efecto del manejo remoto en casa: - Duración mínima de la intervención: 4 semanas. - Adultos ≥ 18 años.	Estudios publicados entre 1980 y 2015 - Idiomas inglés o alemán. - Medición cuantitativa de las opiniones de los pacientes hacia la terapia anticoagulante.	Adultos de 18 a 80 años Angloparlantes Capacidad para dar el consentimiento informado Tres fases de la ERC: - ERC estadios 1 a 5 sin terapia dialítica - Diálisis peritoneal o hemodiálisis - Trasplante renal,	Adultos voluntarios de clínicas de nefrología. Se excluyeron pacientes con ERC estadios 1 y 2.
Desenlaces	- Reporte de preferencias para apoyo al autocuidado, - Experiencias de los pacientes, - Experiencias exitosas de autocuidado reportadas por pacientes.	- Calidad de vida. - Cambio desde la línea de base en promedio de tensión arterial y peso interdialítico. - Actitud del paciente. - Costos y utilización de servicios de salud. - Visitas a urgencias. - Número de días en el hospital.	Opiniones de preferencias de pacientes con fibrilación auricular hacia tratamiento con anticoagulantes orales directos.	Experiencias de los pacientes con ERC.	Actitudes y percepciones sobre el ejercicio.

Característica	Havas 2016	He 2017	Wilke 2017	Tong 2009	Clarke 2015
Medición	Síntesis narrativa.	Síntesis cuantitativa y narrativa.	Síntesis narrativa.	Transcripción de sesiones. Creación de categorías a través de un proceso de análisis y comparación.	Análisis temático inductivo con identificación de temas a nivel semántico. El marco conceptual fue la teoría social cognitiva.
Resultados	Doce estudios (entrevistas cualitativas, n=7; grupos focales, n=1; entrevista estructurada, n=1; entrevista y grupo focal, n=1; entrevistas y herramienta cualitativa, n=1; revisión, n=1). Estudios de calidad moderada a alta (criterios COPEC). Los pacientes identificaron once factores importantes que determinaron la efectividad del autocuidado: conocimiento específico de la enfermedad (función renal, causas de ERC); manejo de medicamentos (asistencia en la integración de regímenes farmacológicos en sus vidas, recordatorios de toma, comprensión de los efectos benéficos y adversos de los medicamentos y consecuencias de la no adherencia); asistencia en la vinculación con los amigos, familia y grupos comunitarios; continuación de un estilo de vida «normal» (amistades, pasatiempos, vida social y laboral); claridad para manejar la dieta; mantener una actitud positiva en la capacidad de autocuidado y	Ocho experimentos clínicos, n = 648 (cinco estudios incluidos en metanálisis). Herramienta de riesgo de sesgo de Cochrane: Baja a moderada calidad. Los sujetos incluidos tuvieron una actitud positiva hacia el manejo remoto en casa, con una aceptabilidad alta (hasta 75 %), especialmente con sistemas como programas basados en teléfonos móviles y monitoreo inalámbrico de tensión arterial. De la misma manera, los médicos también consideraron aceptable el uso de este último método para el control de la tensión arterial. El análisis de costos tuvo resultados contradictorios. Un estudio reportó costos inferiores del manejo remoto en casa, comparado con el esquema tradicional, con teleconferencia y supervisión de cuidado remoto por enfermería en pacientes en hemodiálisis. El estudio restante reportó lo contrario basado en una teleconsulta mensual a través del televisor a pacientes en diálisis peritoneal.	Veintisiete estudios de preferencias. El tamaño de la muestra de los estudios incluidos osciló entre 32 y 1507 pacientes. Los pacientes con FA pueden estar dispuestos a aceptar un incremento en el riesgo de sangrado para disminuir la probabilidad de un accidente cerebrovascular. Fueron aceptables entre 10 y 17 episodios de sangrado adicionales en dos años para disminuir el riesgo de apoplejía. La tasa mínima de prevención de accidente cerebrovascular para aceptar la terapia con anticoagulantes orales con el riesgo de sangrado asociado fue 1.8 eventos cerebrovasculares por 100 pacientes-año. Los pacientes alemanes consideraron que las «características convenientes» de las terapias anticoagulantes fueron: dosis única diaria, sin terapia puente e interacciones con alimentos. Los pacientes alemanes recorrerían una distancia de 29.3 km para	Sesenta y tres sujetos participaron de nueve grupos focales (edad 20 – 78 años). Los participantes sintieron que recibieron mensajes contradictorios sobre la ingesta de sal: entienden qué minerales deben restringir, pero requieren más información sobre los alimentos que deben comprar y su preparación. Además, sintieron que tenían dos prioridades encontradas: el cumplimiento de las restricciones dietarias y la participación en reuniones sociales.	Treinta pacientes con ERC estadios 3 a 5 (Gran Bretaña). Las principales barreras reportadas fueron la presencia de comorbilidades, como enfermedades cardiovasculares y respiratorias, y síntomas como la fatiga, la falta de aire y el dolor articular. Otras barreras fueron la falta de acceso a lugares de práctica de ejercicio cercanos a su hogar o el clima desfavorable. La preocupación por el riesgo lesiones y de hipoglucemia (en pacientes diabéticos) con la práctica de ejercicio fue una queja reportada. Hubo quienes desconocían los límites de ejercicio que debían respetar para practicarlo de forma segura. Sin embargo, también anotaron que el ejercicio les ofrecía sensación de bienestar, los protegía contra complicaciones relacionadas con la edad y otras enfermedades, y disminuía el riesgo de eventos cardiovasculares. Esta muestra prefirió realizar ejercicio con

	cuidado de la salud física y mental; conservar buenas relaciones con el personal que cuida de su salud; mantenimiento de una rutina con recordatorios; participación activa del cuidado de su salud; identificación de signos y causas de la enfermedad para el inicio temprano del tratamiento y el inicio del sistema de apoyo al autocuidado en estadios tempranos de la enfermedad.		obtener tratamiento con estas características, además de evitar controles paraclínicos mensuales. Por el contrario, sólo 20 % de pacientes italianos cambiarían su terapia de antagonistas de la vitamina K a anticoagulantes orales directos por la falta de un antídoto y la ausencia de controles paraclínicos regulares.		otros pacientes con ERC y no con pacientes más saludables; en grupos; con metas concertadas, pero evaluadas por un profesional; inicialmente con asesoría personalizada, pero con instrucciones para realizarla cerca de su hogar (al aire libre y no en gimnasios); y de tipo caminata. La mejoría clínica y funcional fue una motivación importante para la práctica de ejercicio.
Conclusiones de los autores	Los principios de una aproximación centrada en la persona deben enmarcar el apoyo que provee el personal de salud para mejorar el autocuidado de personas con ERC.	Los datos disponibles indican que el manejo remoto en casa puede ser una estrategia de manejo de la enfermedad novedosa y efectiva para mejorar la calidad de vida de los pacientes, que influencia las actitudes y comportamientos. Se conoce muy poco sobre la presión arterial y la costo-efectividad, por lo que futuros estudios deben enfocarse en estos dos aspectos para la totalidad de la población con ERC.	La reducción del riesgo de apoplejía y el aumento moderado de riesgo de sangrado son los atributos más importantes para un paciente con fibrilación auricular al momento de decidirse a favor o en contra del tratamiento con anticoagulantes orales directos. Si las diferentes opciones de anticoagulación tienen características clínicas similares, los atributos de conveniencia son importantes para los pacientes. En esta revisión, los pacientes con fibrilación auricular favorecen niveles de atributos que describen el tratamiento con anticoagulantes orales directos.	Los pacientes en todas las fases de ERC se enfrentan a efectos sociales generalizados de largo plazo. La comprensión de sus experiencias y perspectivas provee una visión de las formas en que se puede ayudar a los pacientes con problemas físicos o emocionales. Las estrategias para integrar los servicios de salud son necesarias para mejorar la satisfacción de los pacientes. Los pacientes requieren más información sobre el potencial impacto de los tratamientos en su estilo de vida y su familia para incrementar su confianza en la toma de decisiones con respecto a las opciones de tratamiento. Más que enfocarse en la obtención de metas clínicas, se requiere proveer información adecuada y apoyo psicológico. Responder a las perspectivas, valores y	Los hallazgos del estudio son una primera fase importante para el desarrollo de intervenciones de cambio comportamental específicas para ERC sobre ejercicio. Las intervenciones deben operar en múltiples niveles, con un enfoque en mejorar la autonomía del paciente y la autoeficacia del ejercicio, redes de apoyo y el ambiente físico. Adicionalmente, se requieren estrategias para asegurar que el sistema de salud promueva activa y rutinariamente apoye el ejercicio en pacientes con ERC.

				necesidades puede facilitar un cuidado centrado en el paciente de nefrología.	
Fuentes de financiación	Australian Posgraduate Award; APA scholarship.	National Natural Science Foundation of China (no. 81273594); National Science and Technology Major Projects (no. 2012ZX0903014001); National Key Technology R&D Program (no. 2012BAI37B05); Project of Technology Department of Hunan Province (no. 2013TZ2014).	Bayer Vital GmbH	National Health and Medical Research Council Postgraduate Scholarship; Kidney Health Australia.	British Renal Society/British Kidney Patient Association Research Grant; Kidney Research UK; National Institute for Health Research (NIHR) Clinician Scientist Research Fellowship.

Característica	Palmer 2015	Sullivan 2017	Chiang 2017	Mennini 2014
Objetivo	Sintetizar las perspectivas y elecciones de los pacientes sobre el manejo dietario y de líquidos en la ERC que existen en los estudios cualitativos existentes para informar la práctica clínica y la investigación.	Comparar la disponibilidad y costo de las comidas adecuadas para la dieta renal con una dieta típica sin restricciones con herramientas estandarizadas.	Explorar la experiencia de los pacientes con ERC con respecto a la adopción de una dieta hipoproteica.	Estimar la costo-efectividad, desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud (NHS), de una dieta hipoproteica muy baja comparada con una dieta hipoproteica moderada en pacientes con ERC estadios 4 y 5 después de 2, 3, 5 y 10 años.
Tipo de estudio	Revisión sistemática de la literatura de estudios cualitativos.	Estudio de corte trasversal.	Estudio cualitativo de tipo fenomenológico.	Estudio económico de costo-efectividad.
Criterios de selección	Estudios cualitativos con adultos ≥ 18 años con ERC y que expresaran opiniones sobre el manejo de la dieta y líquidos. Se incluyeron pacientes ERC estadios 1 a 5, con trasplante renal y en tratamiento dialítico.	Tiendas de mercado cercanas a unidades de hemodiálisis que fueran frecuentadas por pacientes con ERC.	- Diagnóstico de ERC en tratamiento, pero sin hemodiálisis. - Capacitación en dieta hipoproteica por nutricionistas o quienes manejen el caso. - Habilidad para comunicarse en mandarín o taiwanés. - Edad > 20 años. - TFG_e: 10-45 ml/min/1.73 m². - Acuerdo para participar en las entrevistas y compartir sus experiencias.	Población de Italia en 2010.
Desenlaces	We included qualitative data for adults 18 years or older who had CKD and who expressed opinions about diet or fluid management. We included CKD stages 1 to 5, kidney transplant	Número total de alimentos disponibles. Costo promedio de las dietas.	Experiencias de los pacientes.	- Mortalidad. - Progresión a estadio final de la enfermedad. - ERC que requiere diálisis.
Medición	Resumen narrativo.	Escala de Nutrition Environment Measures Survey (NEMS) modificada.	Análisis fenomenológico.	Análisis de costo-efectividad con un modelo de Markov.

Característica	Palmer 2015	Sullivan 2017	Chiang 2017	Mennini 2014
Resultados	Cuarenta y seis estudios (n=816). Dentro de las temáticas principales encontraron que los parientes y médicos hacían sentir a los pacientes como niños cuando les explicaban y controlaban sus dietas. Algunos catalogaron a sus familiares como la «policía de la dieta». También reportaron que recibieron consejos no solicitados sobre sus dietas. Por los anteriores motivos, los pacientes prefirieron guardar secretos sobre violaciones a su dieta para evitar regaños. En cuanto a su interacción social, los pacientes preferían muchas veces no asistir a reuniones porque no aceptar ciertas comidas los delataba y los obligaba a dar explicaciones sobre su enfermedad. Por otra parte, con relación a la familia, los pacientes se sintieron culpables de que su familia tuviera que adoptar su misma dieta (insípida y desabrida). También manifestaron que la dieta los hacía sentir letárgicos, malnutridos. Las recomendaciones que les daban podían ser contradictorias si sufrían de alguna comorbilidad. Por eso preferirían ser tratados por una nutricionista renal que fuera más asertiva y conocedora de su situación. La adherencia se volvió manejable en los pacientes cuando entendieron las consecuencias en su salud al no seguir la dieta recomendada. Los exámenes de laboratorio fueron una fuente de control; los pacientes los tomaban para poder	Doce tiendas de mercado. Disponibilidad de alimentos (dieta sin restricción vs. dieta renal): 38.9±4.5 vs. 32.2±4.7; p≤0.001. - Tiendas de servicio completo: 42.3±2.3 vs. 35.3±1.5; p < 0.001. - Tiendas de descuento: 35.5±3.5 vs. 29.0±4.7; p= 0.002. Costos por porción entre las dietas: US \$5.67±2.50 vs. US \$5.76±2.74; p=0.48. Costo de la dieta renal por porción (US): - Leche: \$0.47±0.05 vs. \$0.20±0.02, P < 0.001. - Pan: \$0.16±0.05 vs. \$0.14±0.04, P =.009.	Quince pacientes con ERC estadios 3b a 5 (Taiwán). Los pacientes tuvieron confusión sobre los alimentos que debían consumir apenas se les ordenó la dieta (no entendían que eran 'proteínas'); dificultades con la preparación de los alimentos y con el cambio en la dieta (especialmente cuando se les ofrecían alimentos durante reuniones de negocios o en restaurantes). Los participantes se adhirieron a la dieta por dos razones principales: mejorar su estado de salud y compartir más tiempo de vida con sus familias. Además, una vez controlaron la dieta, sintieron que su vida transcurría normalmente.	Población general de Italia: 60 626 442 (2010) Prevalencia ERC estadio 4: 0.30 % Consumo de dieta hipoproteica: 50 %. Dos años (moderada vs. muy baja): - QALY incremental: 0.10. - Costo incremental (€): -826. - ICER: Dominante muy baja. Tres años (moderada vs. muy baja): - QALY incremental: 0.18. - Costo incremental (€): -2146. - ICER: Dominante muy baja. Cinco años (moderada vs. muy baja): - QALY incremental: 0.38. - Costo incremental (€): -5203. - ICER: Dominante muy baja. Diez años (moderada vs. muy baja): - QALY incremental: 0.98 - Costo incremental (€): -10 375 - ICER: Dominante muy baja

	ajustar su régimen dietario. Algunas otras estrategias que utilizaron los pacientes para adaptarse fueron: libros de recetas para pacientes renales; listas de alimentos con su contenido nutricional; contacto permanente con el nutricionista o con pares y la participación de quien compra y cocina los alimentos en las sesiones educativas.			
Conclusiones de los autores	Las restricciones en la dieta y líquidos son desorientadoras y una intensa carga para los pacientes con ERC. Las estrategias educativas priorizadas por los pacientes, fortaleciendo la motivación de los pacientes para permanecer saludables para un trasplante o evitar la diálisis, y ver la adaptación a las restricciones como un camino colaborativo son las estrategias sugeridas para ayudar a los pacientes a ajustarse a los regímenes dietarios para reducir su impacto en la calidad de vida.	La disponibilidad de los alimentos de la dieta renal es significativamente menor comparada con los alimentos de la dieta sin restricción. Sin embargo, no hay diferencia en el costo de los alimentos que están disponibles en las tiendas de mercado. Se requiere más investigación para determinar cómo mejorar el ambiente de alimentación para los pacientes con enfermedades crónicas.	Este estudio resalta los problemas sustanciales que encuentran los pacientes con ERC mientras realizan el automanejo de la dieta hipoproteica. También, se encontraron algunas pistas para el manejo de las dietas de los pacientes de las cuales los profesionales de la salud podrían aprender.	Los resultados de esta simulación indican que el tratamiento de pacientes con ERC con una dieta muy baja en proteínas es costo-efectivo relativo a dietas moderadas bajas en proteínas en el escenario italiano. Se requieren más estudios que prueben este modelo en otros países con costos de diálisis diferentes y soporte dietario.
Fuentes de financiación	Sin financiación externa.	Frants MD002265 and UL1TR000439, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland.	Taiwan Buddhist Dalin Tzu Chi Hospital (DTCRD104-E-18).	No reportan financiación externa.

Característica	Wilson 2012	Roberti 2018	Schlackow 2019	Ghandi 2015	Shardlow 2017
Objetivo	Obtener las perspectivas de pacientes y médicos sobre la aceptabilidad e idoneidad de las prácticas de consulta y referencia para pacientes con ERC en estadios 3 y 4.	Desarrollar una comprensión específica de la carga terapéutica que experimentan las personas con ERC y enfermedad en estadio final extendiéndola a las experiencias de pacientes con y sin seguridad social en salud en países de bajos y medianos ingresos.	Evaluar el efecto de las estatinas y ezetimibe en los años de vida ajustados por calidad (QALY) y los costos de salud en los EE. UU. y el Reino Unido con base en el modelo de política SHARP para ERC y enfermedad cardiovascular.	Evaluar el costo efectividad de alopurinol vs. febuxostat en pacientes con gota en un periodo de 5 años desde la perspectiva del paciente en EE. UU.	Evaluar las implicaciones en costos de implementar la guía NICE para confirmar el diagnóstico de ERC E3A1 basado en la TFGe creatinina mediante el chequeo de la TFGe cistatina C y también considerar la TFGe creatinina y cistatina C combinadas como una alternativa de tratamiento.
Tipo de estudio	Estudio de corte transversal.	Revisión sistemática de estudios cualitativos.	Estudio económico de costo-efectividad.	Estudio económico de costo-efectividad.	Estudio de impacto económico.
Criterios de selección	Pacientes: Adultos ≥ 18 años con ERC estadios 3 y 4 de acuerdo a su TFGe. Médicos: especialistas y generalistas con experiencia en manejo de ERC.	Estudios cualitativos y mixtos de pacientes adultos diagnosticados con ERC en cualquier estadio y sus cuidadores. - Cualquier tipo de tratamiento o cuidado. - No limitados a estudios comparativos. - Con datos cualitativos de pacientes y cuidadores en cualquier aspecto de ERC. - Idiomas inglés, español o portugués.	La población fue definida por el estudio SHARP: - Paciente en tratamiento no dialítico. - Edad promedio 63 ± 12 años ($n=6235$). - Sexo masculino: 62 %. - Diabetes: 23 % - Antecedente de enfermedad vascular no coronaria: 15 %. - Estadio 3b, $n=2020$; Estadio 4, $n=2767$; Estadio 5 sin diálisis, $n=1448$. - Mediana riesgo cardiovascular a 5 años: E3B, 10 %; E5: 20 %.	Las probabilidades del primer año utilizadas en el modelo económico se extrajeron de dos experimentos clínicos (FACT y APEX). El estudio EXCEL se utilizó como fuente de información para datos de largo plazo.	Adultos ≥ 18 años seleccionados con la ecuación MDRD modificada. Dos resultados consistentes con ERC estadio 3 separados en al menos 90 días.
Desenlaces	- Aceptabilidad de referencia y manejo - Perspectivas de pacientes y médicos sobre referencia de pacientes	Experiencias de cuidado de pacientes y cuidadores con ERC.	Mortalidad de causa vascular Eventos cardiovasculares mayores	Ataques agudos de gota (éxito en el tratamiento).	Reclasificación de la ERC a 'no ERC' o 'ERC más avanzada' de acuerdo a las ecuaciones de cálculo de TFGe.
Medición	Entrevistas semiestructuradas. Análisis de comparación constante.	Análisis de contenido dirigido. La codificación se basó en las	Modelo de estados de transición de Markov. Análisis desde la perspectiva de los sistemas de	Estimación de costos directos. Tiempo horizonte: 5 años. Perspectiva del paciente en EE.	Tiempo horizonte: 12 meses. Costos obtenidos de NICE (2015).

		teorías de carga terapéutica y autoridad cognitiva.	salud de EE. UU. y el Reino Unido. Tiempo horizonte: hasta los 95 años o la muerte de los pacientes. Calidad de vida (Euroqol 5 dimensiones de 3 niveles).	UU. Modelo de Markov de cuatro estados de salud.	
Resultados	Médicos: n=22 Pacientes: n=16 Tanto médicos como pacientes prefirieron la opción de manejo por medicina general con opción de comunicación con los especialistas vía correo electrónico, telefónica o historia clínica electrónica. Ésta última fue la vía preferida de comunicación por el personal de salud. Los especialistas consideraron que los pacientes en estadio 4 podían regresar a cuidado por medicina general una vez estuvieran estables. Sin embargo, es importante la comunicación con los pacientes para asegurarle que se encuentra en condiciones de volver a cuidado primario. Los especialistas tuvieron quejas de las remisiones de los médicos generales por la falta de claridad en el reporte de paraclínicos. Esto condujo a reprocesos y sobrecostos por retoma innecesaria de laboratorios. La opción de control por computador o telefónico fue	Estudios: n=260 (pacientes, n=5115; cuidadores, n=1071). La pobreza, falta de vivienda adecuada y el desempleo fueron factores asociados con la falta de tratamiento o de cuidado interrumpido. En términos generales, siempre hay una carga financiera para los pacientes con ERC independiente del tipo de sistema de salud. En países con buena cobertura, los pacientes de todas maneras tuvieron que pagar por consultas, hospitalización, transporte, comida, medicamentos y pruebas de laboratorio. En los países con pobre infraestructura en salud hubo pocos hospitales públicos especializados, poca oportunidad para la toma de pruebas diagnósticas, falta de espacio en los servicios hospitalarios y pobres condiciones de acomodación (camas).	Sistema de salud de EE. UU. (US \$) Atorvastatina 40 mg vs. no tratamiento hipolipemiente (ERC E3): - Años de vida ganados: 0.26 - QALY ganados: 0.23 - Costo adicional por QALY: \$20 300 Atorvastatina 40 mg más ezetimibe 10 mg vs. atorvastatina 40 mg (ERC E3): - Años de vida ganados: 0.06. - QALY ganados: 0.05. - Costo adicional por QALY: \$43 600. Sistema de salud del Reino Unido (libras esterlinas) Atorvastatina 40 mg vs. no tratamiento hipolipemiente (ERC E3): - Años de vida ganados: 0.28. - QALY ganados: 0.25. - Costo adicional por QALY: \$3800. Atorvastatina 40 mg más	Alopurinol - Costos totales (US): \$48 413 - Efectividad: 42 % Febuxostat - Costos totales (US): \$50 295 - Efectividad: 72 % - Costo incremental (US): \$1882 - Efectividad incremental: 30 - ICER: 6322	Costos unitarios NICE (2015) - Consulta médico general para TFGe y razón A/C: £37.50 - Consulta por enfermería con toma de laboratorios: £13.23 - Pruebas de TFG y razón A/C: £6.19 - Primera consulta por nefrología con ultrasonido: £292.77 - Cistatina-C: £3. Cistatina C Incremento total costos TFGe: £12 843. Incremento en costos por paciente (monitoreo): £20 Incremento total por paciente: £23. Cistatina C + creatinina Incremento total costos TFGe: £3226. Incremento en costos por paciente (monitoreo y referencia): £5. Incremento total por paciente: £8.

	considerada para cambios de tratamiento o reformulación, pero los pacientes prefieren el contacto cara a cara para la explicación de su terapia. La opción de sólo especialista fue la menos preferida por médicos generales y pacientes.		ezetemibe 10 mg vs. atorvastatina 40 mg (ERC E3): - Años de vida ganados: 0.07. - QALY ganados: 0.06. - Costo adicional por QALY: \$12 500.		
Conclusiones de los autores	Los participantes prefirieron el modelo actual de manejo de ERC. Las mejores sugeridas incluyeron: aumentar la participación de pacientes en las decisiones de referencia y alta de los servicios; mejorar la idoneidad de la información que se le entrega a los especialistas en la referencia y motivar el uso de las guías de práctica clínica.	Ser una persona con enfermedad renal de estadio final siempre implica unas tareas de alta carga, consumo de tiempo, invasivas y desgastantes que impactan en todos los aspectos de la vida de los pacientes y cuidadores. Más investigación en la carga de la enfermedad puede informar a los profesionales de la salud y a quienes construyen las políticas sobre los factores que le dan forma a las trayectorias de los pacientes y contribuyen hacia una mejor experiencia de la enfermedad para aquellos que viven con ERC.	En pacientes con ERC sin tratamiento dialítico, la evidencia sugiere que la combinación estatina y ezetimibe es un tratamiento costo efectivo para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular.	El análisis del caso base mostró que el costo incrementa por éxito del tratamiento para febuxostat fue US\$6322 en un periodo de 5 años, lo que sugiere que febuxostat puede ser una opción costo-efectiva comparada con alopurinol en pacientes adultos con gota. Los resultados fueron sensibles a las probabilidades del caso base donde se encontró que febuxostat fue la alternativa terapéutica dominante comparado con alopurinol.	La implementación de las guías actuales con la evaluación de TFGe cistatina C en la población del estudio de adultos del cuidado primario resultó en una pequeña reducción en los diagnósticos de ERC, pero clasificó una mayor proporción en estadios más avanzados que con TFGe creatinina. La utilización de TFGe cistatina C no mejoró la predicción de riesgo en esta población y se asoció a mayores costos. Los datos no sustentan la implementación de estas recomendaciones en el cuidado primario. Más estudios se requieren para definir la aplicación clínica más apropiada de TFGe cistatina y TFGe cistatina C-creatinina.
Fuentes de financiación	National Institute for Health Research Greater Manchester Collaboration for Leadership in Applied Health Research and Care.	National Institute for Health Research Collaboration for Leadership in Applied Health Research and Care (NIHR CLAHRC) Wessex.	Merck & Co., Inc., Kenilworth, NJ USA; British Heart Foundation (CH/1996001/9454); UK Medical Research Council (A310).	Sin financiación externa.	Dunhill Medical Trust; British Renal Society; Kidney Research UK; Roche Products Ltd.

ANEXO 9: TABLAS ETD

PREGUNTA 1. ¿Cuáles son los factores de riesgo que predicen la aparición de enfermedad renal crónica?

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
PROBLEMA	¿El problema es prioritario? ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente si ● Si ○ Variable ○ No sé	Se identificó una revisión sistemática (RS) (Chapman 2019) que evaluó la asociación potencial de factores de riesgo como agroquímicos, estrés ocupacional por calor, metales pesados entre otros a la ocurrencia de enfermedad renal crónica de etiología desconocida o de origen no tradicional (ERCnT). La variable trabajar en agricultura mostró una asociación significativa con ERCnT sin embargo el metanálisis presenta alta heterogeneidad. Se reportó asociación entre plomo y ERCnT con 4 estudios. VanDervort y colaboradores evaluó la distribución espacial de ERC no especificada (ERCne) según el área cultivada y la temperatura del ambiente en El Salvador diagnosticados con ERCne y ERC no diabética (ERCnd) entre 2005 y 2010 mostro correlación entre tasas de ingreso hospitalario por ERCne y ERCnd y el porcentaje de área cultivada de caña de azúcar, maíz, algodón, café, frijoles y la temperatura máxima promedio del ambiente. Herrera y cols identificaron los siguientes factores de riesgo más prevalentes en los pacientes salvadoreños: contacto con agroquímicos, ocupación agricultora, sudoración profusa, antecedentes familiares de ERC, anemia, malaria y uso de AINES.	
EFFECTOS DESEABLES	¿Cuán sustanciales son los efectos anticipados deseables?? ○ Trivial ○ Pequeño ○ Moderado ● Grande ○ Variable ○ No se sabe	Se identificó una revisión sistemática (Chapman 2019) en la variable trabajar en agricultura mostró una asociación significativa con ERCnT. Se reportó asociación entre plomo y ERCnT con 4 estudios. VanDervort y colaboradores evaluó la distribución espacial de ERC no especificada (ERCne) según el área cultivada y la temperatura del ambiente en El Salvador diagnosticados con ERCne y ERC no diabética (ERCnd) entre 2005 y 2010 mostró correlación entre tasas de ingreso hospitalario por ERCne y ERCnd y el porcentaje de área cultivada de caña de azúcar, maíz, algodón, café, frijoles y la temperatura máxima promedio del ambiente. Herrera y colaboradores identificaron los siguientes factores de riesgo más prevalentes en los pacientes salvadoreños: contacto con agroquímicos, ocupación agricultora, sudoración profusa, antecedentes familiares de ERC, anemia, malaria y uso de AINES.	Es importante que el médico haga la búsqueda de estos pacientes sobre todo en zonas localizadas ya definidas de riesgo. Panelistas temáticos expresan que a pesar de no encontrar evidencia contundente es necesario investigar riesgo de insuficiencia renal en personas que usen agroquímicos.

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
EFECTOS INDESEABLES	¿Cuán importantes son los efectos indeseables anticipados? ● Trivial ○ Pequeño ○ Moderado ○ Grande ○ Variable ○ No se sabe	No hay efectos indeseables en la búsqueda de antecedentes o factores de riesgo.	
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	¿Cuál es la certeza general de la evidencia de los efectos? ● Muy baja ○ Baja ○ Moderada ○ Alta ○ No hay estudios incluidos	La calidad de la evidencia es baja y muy baja por riesgo de sesgo, inconsistencia, y sesgo de publicación.	Ninguno.
VALORES	¿Existe una incertidumbre o variabilidad importante sobre cuánto valoran las personas los resultados principales? ○ Importante incertidumbre o variabilidad ○ Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad ● Probablemente sin incertidumbre o variabilidad importantes ○ Sin incertidumbre o variabilidad importante	No incluyen estudios para evaluar este componente.	Ninguno.
BALANCE DE EFECTOS	¿El equilibrio entre los efectos deseables e indeseables favorece la intervención o la comparación? ○ Favorece la comparación ○ Probablemente favorece la comparación ○ No favorece ni la intervención ni la comparación. ○ Probablemente favorezca la intervención ● Favorece la intervención ○ Varía ○ No sé	Se identificó una RS (Chapman 2019) en la variable trabajar en agricultura mostró una asociación significativa con ERCnT. Se reportó asociación entre plomo y ERCnT con 4 estudios. VanDervort y colaboradores evaluó la distribución espacial de ERC no especificada (ERCne) según el área cultivada y la temperatura del ambiente en El Salvador diagnosticados con ERCne y ERC no diabética (ERCnd) entre 2005 y 2010 mostró correlación entre tasas de ingreso hospitalario por ERCne y ERCnd y el porcentaje de área cultivada de caña de azúcar, maíz, algodón, café, frijoles y la temperatura máxima promedio del ambiente Herrera y colaboradores identificaron los siguientes factores de riesgo más prevalentes en los pacientes salvadoreños: contacto con agroquímicos, ocupación agricultora, sudoración profusa, antecedentes familiares de ERC, anemia, malaria y uso de AINES. No se reportan efectos indeseables.	Ninguno.

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
RECURSOS REQUERIDOS	¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos)? ○ Grandes costos ○ Costos moderados ● Costos y ahorros insignificantes ○ Ahorro moderado ○ Grandes ahorros ○ Varía ○ No sé	No incluyen estudios para evaluar este componente.	Ninguno.
EQUIDAD	¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud? ○ Reducido ○ Probablemente reducido ○ Probablemente sin impacto ○ Probablemente aumentado ● Aumentado ○ Varía ○ No sé	No incluyen estudios para evaluar este componente.	Los expertos temáticos opinan lo importante que el médico haga la búsqueda de estos pacientes sobre todo en zonas localizadas ya definidas de riesgo.
ACEPTABILIDAD	¿La intervención es aceptable para las partes interesadas clave? ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente si ● Si ○ Varía ○ No sé	No incluyen estudios para evaluar este componente.	Ninguno.
FACTIBILIDAD	¿Es factible implementar la intervención? ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente si ● Si ○ Varía ○ No sé	No incluyen estudios para evaluar este componente.	Es importante que el médico haga la búsqueda de estos pacientes sobre todo en zonas localizadas ya definidas de riesgo.

Resumen de juicios

	JUICIO						
PROBLEMA	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No sé
EFFECTOS DESEABLES	Trivial	Pequeño	Moderado	Grande		Varía	No sé
EFFECTOS INDESEABLES	Grande	Moderado	Pequeño	Trivial		Varía	No sé
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy baja	Baja	Moderada	Alta			No hay estudios incluidos
VALORES	Importante incertidumbre o variabilidad	Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad	Probablemente sin incertidumbre o variabilidad importante	Sin incertidumbre o variabilidad importante			
BALANCE DE LOS EFECTOS	Favorece la comparación	Probablemente favorece la comparación	No favorece ni la intervención ni la comparación.	Probablemente favorezca la intervención.	Favorece a la intervención	Varía	No sé
RECURSOS REQUERIDOS	Grandes costos	Costos moderados	Costos y ahorros insignificantes	Ahorro moderado	Grandes ahorros	Varía	No sé
EQUIDAD	Reducida	Probablemente la reduce	Probablemente sin impacto	Probablemente aumentado	Aumentado	Varía	No sé
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No sé
FACTIBILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No se

PREGUNTA 2.

¿Cuál es la exactitud diagnóstica de las ecuaciones de estimación de la tasa de filtración glomerular (TFG) como medida de función renal?

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
PROBLEMA	¿El problema es prioritario? ○ No ○ Probablemente no ● Probablemente si ○ Si ○ Variable ○ No sé	Mc Fadden y cols. (2018) encuentran evidencia a favor de menor sesgo promedio¹ de la ecuación CKD-EPI, comparada con la ecuación MDRD, en pacientes con TFGm ≥ 60 ml/min/1.73 m² reclutados de atención primaria. De la misma manera, hubo evidencia a favor de una mayor exactitud diagnóstica² con la ecuación CKD-EPI que con MDRD en esta misma población de pacientes. Cheuche y cols. (2019) evalúan la exactitud diagnóstica de las ecuaciones basadas en cistatina C o combinadas en pacientes diabéticos con el P30. Encuentran que las pruebas con exactitud al menos aceptable) fueron la CKD-EPI en primer lugar, y la CKD-EPI con cistatina en segundo lugar.	Ninguna.
EFFECTOS DESEABLES	¿Cuán sustanciales son los efectos anticipados deseables?? ○ Trivial ○ Pequeño ○ Moderado ● Grande ○ Variable ○ No se sabe	La evidencia indica una mayor exactitud de la ecuación CKD-EPI en población general con TFGm ≥ 60 ml/min/1.73 m². En población mayor de 60 años, se debe considerar la ecuación BIS1. La ecuación CKD-EPI con cistatina C o en combinación con creatinina presenta una adecuada exactitud en pacientes diabéticos	Ninguna.
EFFECTOS INDESEABLES	¿Cuán importantes son los efectos indeseables anticipados? ● Trivial ○ Pequeño ○ Moderado ○ Grande ○ Variable ○ No se sabe	No se encuentran efectos indeseables con estas técnicas diagnósticos.	Ninguna.

¹ Diferencia entre TFGe y TFGm.

² P30: porcentaje de valores de TFGe en el 30 % de TFGm.

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	¿Cuál es la certeza general de la evidencia de los efectos? ● Muy baja ○ Baja ○ Moderada ○ Alta ○ No hay estudios incluidos	La certeza en la evidencia en las características operacionales en Qiu y cols. (2017) fue de muy baja a moderada por riesgo de sesgo serio e inconsistencia muy seria. La certeza en la evidencia en las medidas de sesgo y exactitud en McFadden y cols. (2018) muy baja por riesgo de sesgo serio e inconsistencia muy seria. La certeza en la evidencia en las medidas de sesgo (P30) en Cheuiche y cols. (2019) fue muy baja por inconsistencia e imprecisión. La certeza en la evidencia en las medidas de sesgo (P30) en Oscanio y cols. (2018) fue muy baja por inconsistencia y aplicabilidad serias.	Ninguna.
VALORES	¿Existe una incertidumbre o variabilidad importante sobre cuánto valoran las personas los resultados principales? ○ Importante incertidumbre o variabilidad ● Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad ○ Probablemente no haya incertidumbre o variabilidad importantes ○ Sin incertidumbre o variabilidad importante	No incluyen estudios para evaluar este componente.	Ninguna.
BALANCE DE EFECTOS	¿El equilibrio entre los efectos deseables e indeseables favorece la intervención o la comparación? ○ Favorece la comparación ○ Probablemente favorece la comparación ○ No favorece ni la intervención ni la comparación. ● Probablemente favorezca la intervención ○ Favorece la intervención ○ Varía ○ No sé	La evidencia indica una mayor exactitud de la ecuación CKD-EPI en población general con TFGm ≥ 60 ml/min/1.73 m². En población mayor de 60 años, se debe considerar la ecuación BIS1. La ecuación CKD-EPI con cistatina C o en combinación con creatinina presenta una adecuada exactitud en pacientes diabéticos. No se encuentran efectos indeseables con estas técnicas diagnósticos.	Ninguno.

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
RECURSOS REQUERIDOS	¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos)? ○ Grandes costos ○ Costos moderados ○ Costos y ahorros insignificantes ○ Ahorro moderado ○ Grandes ahorros ● Varía ○ No sé	Shardlow y cols. (2017) (77) calcularon los costos de implementar una estrategia de diagnóstico de la guía NICE con TFGecistatina C en pacientes con ERC estadio 3 del cuidado primario en el Reino Unido. Encontraron que el costo de la prueba con cistatina-C fue £3. Sin embargo, dado que con la ecuación se reclasifican 59 % en estadios más avanzados los costos se incrementan por monitoreo y referencia a £20. Esto le representaría £31 millones de sobrecosto al sistema de salud de Inglaterra. Por tanto, sin que represente una mejoría en la predicción y con costos más elevados, la estrategia de diagnóstico con TFGecistatina C no parece viable. Por el contrario, la estrategia combinada TFGecistatinaC-creatinina sólo incrementaría los costos por paciente en £8.	Ninguno.
EQUIDAD	¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud? ○ Reducido ○ Probablemente reducido ○ Probablemente sin impacto ○ Probablemente aumentado ○ Aumentado ○ Varía ● No sé	No incluyen estudios para evaluar este componente.	Ninguno.
ACEPTABILIDAD	¿La intervención es aceptable para las partes interesadas clave? ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente si ○ Si ● Varía ○ No sé	No incluyen estudios para evaluar este componente.	Panelista experto temático menciona que la fórmula es de utilidad para estimación de la tasa de filtración glomerular (TFG) como medida de función renal.
FACTIBILIDAD	¿Es factible implementar la intervención? ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente si ● Si ○ Varía ○ No sé	No incluyen estudios para evaluar este componente.	Los panelistas expertos temáticos mencionan que ya se utilizan fórmulas, pero no se utiliza la creatinina de forma estandarizada.

Resumen de juicios

	JUICIO						
PROBLEMA	No	Probablemente no	Probablemente si	Sí		Varía	No sé
EFFECTOS DESEABLES	Trivial	Pequeño	Moderado	Grande		Varía	No sé
EFFECTOS INDESEABLES	Grande	Moderado	Pequeño	Trivial		Varía	No sé
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy baja	Bajo	Moderado	Alto			No hay estudios incluidos.
VALORES	Importante incertidumbre o variabilidad	Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad	Probablemente sin incertidumbre o variabilidad importante	Sin incertidumbre o variabilidad importante			
BALANCE DE LOS EFECTOS	Favorece la comparación	Probablemente favorece la comparación	No favorece ni la intervención ni la comparación.	Probablemente favorezca la intervención.	Favorece a la intervención.	Varía	No sé
RECURSOS REQUERIDOS	Grandes costos	Costos moderados	Costos y ahorros insignificantes	Ahorro moderado	Grandes ahorros	Varía	No sé
EQUIDAD	Reducida	Probablemente la reduce	Probablemente sin impacto	Probablemente aumentado	Aumentada	Varía	No sé
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No sé
FACTIBILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No sé

PREGUNTA 3. ¿Cuál es el sistema para clasificar a los pacientes con enfermedad renal crónica?

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
PROBLEMA	¿El problema es prioritario? ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente si ● Si ○ Variable ○ No se	La clasificación de la enfermedad renal crónica (ERC) realizada en 2002 por el grupo Kidney Disease Outcomes Quality Initiative en 5 estadios con base en la tasa de filtración glomerular ha permitido estandarizar los parámetros de diagnóstico y ha sido de gran utilidad para el ejercicio de la práctica clínica, la realización de múltiples estudios de investigación, así como el desarrollo de políticas de salud pública a nivel mundial.	Ninguna.
EFFECTOS DESEABLES	¿Cuán sustanciales son los efectos anticipados deseables?? ○ Trivial ○ Pequeño ○ Moderado ● Grande ○ Variable ○ No se	La clasificación de la enfermedad renal crónica (ERC), ha permitido estandarizar los parámetros de diagnóstico y ha sido de gran utilidad para el ejercicio de la práctica clínica, la realización de múltiples estudios de investigación, así como el desarrollo de políticas de salud pública a nivel mundial.	Ninguno.
EFFECTOS INDESEABLES	¿Cuán importantes son los efectos indeseables anticipados? ● Trivial ○ Pequeño ○ Moderado ○ Grande ○ Variable ○ No se sabe		Ninguno.
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	¿Cuál es la certeza general de la evidencia de los efectos? ● Muy baja ○ Baja ○ Moderada ○ Alta ○ No hay estudios incluidos	La calidad de la evidencia es muy baja dada que proviene de consenso de expertos.	Ninguno.

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
VALORES	¿Existe una incertidumbre o variabilidad importante sobre cuánto valoran las personas los resultados principales? ○ Importante incertidumbre o variabilidad ○ Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad ● Probablemente sin incertidumbre o variabilidad importantes ○ Sin incertidumbre o variabilidad importante	No incluyen estudios para evaluar este componente.	Ninguno.
BALANCE DE EFECTOS	¿El equilibrio entre los efectos deseables e indeseables favorece la intervención o la comparación? ○ Favorece la comparación ○ Probablemente favorece la comparación ○ No favorece ni la intervención ni la comparación. ○ Probablemente favorezca la intervención ● Favorece la intervención ○ Varía ○ No sé	No incluyen estudios para evaluar este componente.	Ninguno.
RECURSOS REQUERIDOS	¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos)? ○ Grandes costos ○ Costos moderados ● Costos y ahorros insignificantes ○ Ahorro moderado ○ Grandes ahorros ○ Varía ○ No sé	No incluyen estudios para evaluar este componente.	Ninguna.
EQUIDAD	¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud? ○ Reducido ○ Probablemente reducido ○ Probablemente sin impacto ○ Probablemente aumentado ● Aumentado ○ Varía ○ No sé	No incluyen estudios para evaluar este componente.	Ninguna.

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
ACEPTABILIDAD	¿La intervención es aceptable para las partes interesadas clave? ☐ No ☐ Probablemente no ☐ Probablemente si ☒ Si ☐ Varía ☐ No sé	No incluyen estudios para evaluar este componente.	Expertos temáticos mencionan su aplicación en la atención de pacientes con ERC.
FACTIBILIDAD	¿Es factible implementar la intervención? ☐ No ☐ Probablemente no ☐ Probablemente si ☒ Si ☐ Varía ☐ No sé	No incluyen estudios para evaluar este componente.	Ninguna.

Resumen de juicios

	JUICIO						
PROBLEMA	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No sé
EFFECTOS DESEABLES	Trivial	Pequeño	Moderado	Grande		Varía	No sé
EFFECTOS INDESEABLES	Grande	Moderado	Pequeño	Trivial		Varía	No sé
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy baja	Bajo	Moderado	Alto			No hay estudios incluidos.
VALORES	Importante incertidumbre o variabilidad	Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad	Probablemente sin incertidumbre o variabilidad importante	Sin incertidumbre o variabilidad importante			
BALANCE DE LOS EFECTOS	Favorece la comparación	Probablemente favorece la comparación	No favorece ni la intervención ni la comparación.	Probablemente favorezca a la intervención	Favorece a la intervención.	Varía	No sé
RECURSOS REQUERIDOS	Grandes costos	Costos moderados	Costos y ahorros insignificantes	Ahorro moderado	Grandes ahorros	Varía	No sé
EQUIDAD	Reducida	Probablemente la reduce	Probablemente sin impacto	Probablemente aumentado	Aumentada	Varía	No sé
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No sé
FACTIBILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No sé

PREGUNTA 4. ¿Las dietas bajas en sodio reducen la progresión de la enfermedad en pacientes con ERC?

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
PROBLEMA	¿El problema es prioritario? ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente si ● Si ○ Variable ○ No sé	Los beneficios y los riesgos de la restricción de sodio en la dieta de pacientes con ERC han sido evaluados en muchos estudios a nivel mundial. El grupo desarrollador priorizó la formulación de la pregunta sobre las dietas bajas en sodio y la reducción de la progresión de la enfermedad en ERC para la generación de las recomendaciones.	Los panelistas estuvieron de acuerdo que es muy importante la evaluación de la dieta baja en sodio para el tratamiento no farmacológico de la ERC y evitar variabilidad en el manejo de los mismos. Experto temático refiere que en el caso de Nefropatía mesoamericana se debe individualizar la dieta por la presentación del cuadro clínico con pérdida de sales.
EFFECTOS DESEABLES	¿Cuán sustanciales son los efectos anticipados deseables?? ○ Trivial ● Pequeño ○ Moderado ○ Grande ○ Variable ○ No se sabe	No se encontró evidencia de la disminución de la tasa de filtración glomerular por el contrario se presenta un aumento en el riesgo de episodios de hipotensión.	Ninguno.
EFFECTOS INDESEABLES	¿Cuán importantes son los efectos indeseables anticipados? ○ Trivial ○ Pequeño ● Moderado ○ Grande ○ Variable ○ No se sabe	Se presentó aumento del riesgo de episodios de hipotensión, por el contrario, no se observó el mismo efecto en los valores de colesterol sérico.	Ninguno.
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	¿Cuál es la certeza general de la evidencia de los efectos? ○ Muy baja ● Baja ○ Moderada ○ Alta ○ No hay estudios incluidos	Se encuentra baja por riesgo de sesgos en los estudios primarios e imprecisión serias.	Ninguno.

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
VALORES	¿Existe una incertidumbre o variabilidad importante sobre cuánto valoran las personas los resultados principales? ○ Importante incertidumbre o variabilidad ● Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad ○ Probablemente sin incertidumbre o variabilidad importantes ○ Sin incertidumbre o variabilidad importante	Palmer y cols. (2015) encontraron que los pacientes y médicos hacían sentir a los pacientes como niños, reportaron que recibieron consejos no solicitados sobre sus dietas y los pacientes prefirieron guardar secretos sobre las violaciones a su dieta. Los pacientes prefirieron no asistir a reuniones por no aceptar cierta comida y los obligaba a dar explicaciones sobre la enfermedad. También manifestaron sentirse culpables de que su familia tuviera que adoptar su misma dieta insípida y desabrida. Tong y cols. (2009) los pacientes sintieron que recibieron mensajes contradictorios sobre la ingesta, que tenían dos prioridades encontradas, el cumplimiento de las restricciones dietarias y la participación de reuniones sociales.	Los panelistas expertos temáticos refirieron que la percepción de los pacientes es que la vigilancia en la dieta es sumamente restrictiva y no les permite adaptarlas a su vida cotidiana.
BALANCE DE EFECTOS	¿El equilibrio entre los efectos deseables e indeseables favorece la intervención o la comparación? ○ Favorece la comparación ○ Probablemente favorece la comparación ○ No favorece ni la intervención ni la comparación. ○ Probablemente favorezca la intervención ● Favorece la intervención ○ Varía ○ No sé	Los estudios concluyen que se presenta disminución en la proteinuria, pero también presenta aumento en el riesgo de presentar hipotensión con la dieta hiposódica.	Ninguna.
RECURSOS REQUERIDOS	¿Qué tan grandes son los requisitos de recursos (costos)? ○ Grandes costos ○ Costos moderados ● Costos y ahorros insignificantes ○ Ahorro moderado ○ Grandes ahorros ○ Varía ○ No sé	Sullivan y cols. (2017) no se encontró evidencia por porción entre las dietas sin restricción y la dieta renal.	Ninguno.
EQUIDAD	¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud? ○ Reducido ○ Probablemente reducido ● Probablemente sin impacto ○ Probablemente aumentado ○ Aumentado ○ Varía ○ No sé	No se incluyen estudios.	Ninguno.

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
ACEPTABILIDAD	¿La intervención es aceptable para las partes interesadas clave? ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente si ● Si ○ Varía ○ No sé	no se incluyeron estudios.	Pacientes del panel reconocen la necesidad de disminuir la sal en su dieta. Todos los panelistas están de acuerdo en la inclusión de las dietas bajas en sodio en los pacientes con ERC tradicional, no así para la enfermedad renal mesoamericana. Experto temático explica la enfermedad mesoamericana para contexto de los pacientes y trabajadores de salud no nefrólogos.
FACTIBILIDAD	¿Es factible implementar la intervención? ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente si ● Si ○ Varía ○ No sé	No se incluyeron estudios.	Panelistas expertos temáticos expresan la necesidad de fomentar las dietas bajas en sodio en todos los niveles de atención del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Resumen de juicios

	JUICIO						
PROBLEMA	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No sé
EFFECTOS DESEABLES	Trivial	Pequeño	Moderado	Grande		Varía	No sé
EFFECTOS INDESEABLES	Grande	Moderado	Pequeño	Trivial		Varía	No sé
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy bajo	Baja	Moderado	Alto			No hay estudios incluidos.
VALORES	Importante incertidumbre o variabilidad	Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad	Probablemente sin incertidumbre o variabilidad importante	Sin incertidumbre o variabilidad importante			
BALANCE DE LOS EFECTOS	Favorece la comparación	Probablemente favorece la comparación	No favorece ni la intervención ni la comparación.	Probablemente favorezca la intervención.	Favorece la intervención.	Varía	No sé
RECURSOS REQUERIDOS	Grandes costos	Costos moderados	Costos y ahorros insignificantes	Ahorro moderado	Grandes ahorros	Varía	No sé
EQUIDAD	Reducida	Probablemente la reduce	Probablemente sin impacto	Probablemente aumentado	Aumentada	Varía	No sé
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No sé
FACTIBILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No sé

PREGUNTA 5. ¿Son las dietas con bajo aporte proteico efectivas para el manejo de pacientes con ERC?

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
PROBLEMA	¿El problema es prioritario? ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente si ● Si ○ Variable ○ No sé	El grupo desarrollador de guía priorizó la formulación de una pregunta sobre las dietas con bajo aporte proteico que beneficie el manejo de los pacientes con ERC.	Ninguno.
EFFECTOS DESEABLES	¿Cuán sustanciales son los efectos anticipados deseables?? ○ Trivial ○ Pequeño ● Moderado ○ Grande ○ Variable ○ No se sabe	La evidencia soporta la efectividad de la dieta de muy bajo aporte proteico (0.3 a 0.4 g/kg/d) para la disminución de progresión a diálisis o trasplante renal comparada con dieta de bajo aporte proteico, se basa en dos revisiones sistemáticas que muestran su beneficio. Ver anexo 5	Los panelistas refieren que los beneficios son mayores que los riesgos.
EFFECTOS INDESEABLES	¿Cuán importantes son los efectos indeseables anticipados? ● Trivial ○ Pequeño ○ Moderado ○ Grande ○ Variable ○ No se sabe	Se identificó una revisión sistemática que evaluó malnutrición de los pacientes, encontrando que no se presentan diferencias entre los grupos comparados. Ver anexo 5.	Ninguno.
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	¿Cuál es la certeza general de la evidencia de los efectos? ● Muy baja ○ Baja ○ Moderada ○ Alta ○ No hay estudios incluidos	La calidad de la evidencia se encuentra entre muy baja y baja por riesgo de sesgo en los estudios primarios, inconsistencia e imprecisión muy serias.	Expertos temáticos menciona que son muy pocos estudios para el respaldo de la evidencia.
	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES

VALORES	¿Existe una incertidumbre o variabilidad importante sobre cuánto valoran las personas los resultados principales? ○ Importante incertidumbre o variabilidad ● Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad ○ Probablemente sin incertidumbre o variabilidad importantes ○ Sin incertidumbre o variabilidad importante	Chiang y cols. (2017) evaluaron la experiencia con la dieta hipoproteica de 15 pacientes con ERC estadios 3b a 5 (Taiwán). Encontraron que los pacientes tuvieron confusión sobre los alimentos que debían consumir apenas se les ordenó la dieta (no entendían que eran 'proteínas'); dificultades con la preparación de los alimentos y con el cambio en la dieta (especialmente cuando se les ofrecían alimentos durante reuniones de negocios o en restaurantes). Los participantes se adhirieron a la dieta por dos razones principales: mejorar su estado de salud y compartir más tiempo de vida con sus familias. Además, una vez controlaron la dieta, sintieron que su vida transcurría normalmente	Ninguno.
BALANCE DE EFECTOS	¿El equilibrio entre los efectos deseables e indeseables favorece la intervención o la comparación? ○ Favorece la comparación ○ Probablemente favorece la comparación ○ No favorece ni la intervención ni la comparación. ○ Probablemente favorezca la intervención ● Favorece la intervención ○ Varía ○ No sé	Hahn y cols. (2018) la evidencia solo apoya los efectos benéficos en la reducción de la progresión a estadio final en pacientes no diabéticos, diabéticos tipo 1 y en aquellos con TFG menor de 60 ml/min/1.73 m ² , fué insuficiente para apoyar un efecto en la disminución de la mortalidad, cambio en la TFG o en el aumento de malnutrición.	Ninguno.
RECURSOS REQUERIDOS	¿Qué tan grandes son los requisitos de recursos (costos)? ○ Grandes costos ○ Costos moderados ● Costos y ahorros insignificantes ○ Ahorro moderado ○ Grandes ahorros ○ Varía ○ No sé	Mennini y cols. (2014) Encuentran que la dieta muy baja en proteínas fue dominante sobre la moderada en todos los años de seguimiento (2, 3, 5 y 10 años). Esto se debió a que el tratamiento fue más económico y, a la vez, más efectivo en los años ganados de calidad de vida. No se ha incluido evidencia para la nefropatía mesoamericana.	Ninguno
EQUIDAD	¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud? ○ Reducido ○ Probablemente reducido ● Probablemente sin impacto ○ Probablemente aumentado ○ Aumentado ○ Varía ○ No sé	No se incluyó.	Uno de los panelistas expertos menciona, que el tipo de dieta baja en proteínas es diferente, para los pacientes con ERC tradicional y no tradicional.
JUICIO		EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES

ACEPTABILIDAD	¿La intervención es aceptable para las partes interesadas clave? ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente si ● Si ○ Varía ○ No sé	Chiang y cols. (2017) los participantes se adhirieron a la dieta por dos razones principales: mejorar su estado de salud y compartir más tiempo de vida con sus familias. Además, una vez controlaron la dieta, sintieron que su vida transcurría normalmente.	Los expertos mencionan que este tipo de dieta baja en proteínas es de las que más cumplen los pacientes.
FACTIBILIDAD	¿Es factible implementar la intervención? ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente si ● Si ○ Varía ○ No sé	Los pacientes refieren disponibilidad para cumplir con la dieta baja en proteínas, según indicaciones médicas.	Uno de los panelistas temáticos refiere que es factible que todos los pacientes puedan realizar la dieta.

Resumen de juicios

	JUICIO						
PROBLEMA	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No sé
EFFECTOS	Trivial	Pequeño	Moderado	Grande		Varía	No sé
EFFECTOS INDESEABLES	Grande	Moderado	Pequeño	Trivial		Varía	No sé
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy baja	Baja	Moderada	Alta			No hay estudios incluidos.
VALORES	Importante incertidumbre o variabilidad	Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad	Probablemente sin incertidumbre o variabilidad importante	Sin incertidumbre o variabilidad importante			
BALANCE DE LOS EFECTOS	Favorece la comparación	Probablemente favorece la comparación	No favorece ni la intervención ni la comparación.	Probablemente favorezca la intervención.	Favorece la intervención.	Varía	No sé
RECURSOS REQUERIDOS	Grandes costos	Costos moderados	Costos y ahorros insignificantes	Ahorro moderado	Grandes ahorros	Varía	No sé
EQUIDAD	Reducida	Probablemente la reduce	Probablemente sin impacto	Probablemente aumentado	Aumentada	Varía	No sé
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No sé
FACTIBILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No sé

PREGUNTA 6. ¿El ejercicio físico reduce la progresión de la enfermedad en pacientes con enfermedad renal crónica?

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
PROBLEMA	¿El problema es prioritario? ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente si ● Si ○ Variable ○ No sé	El grupo desarrollador de guía priorizó la formulación de una pregunta sobre el ejercicio físico que reduzca la progresión de la enfermedad en pacientes con ERC en base a la siguiente evidencia: Barcellos y cols. (2015) RS incluyó dos experimentos clínicos que analizaron la calidad de vida relacionada con salud en pacientes sin tratamiento dialítico. Wyngaert y cols. (2018) compararon la efectividad del ejercicio aeróbico o de resistencia con el manejo estándar en pacientes con ERC estadios 2-4 (AMSTAR-2: Muy bajo). Barcellos y cols. (2018) evaluaron un programa de ejercicio aeróbico y de resistencia en la disminución de la TFGe en pacientes con ERC hipertensos no diabéticos. Wyngaert y cols. (2018) encuentran evidencia a favor del ejercicio aeróbico o de resistencia, comparado con manejo estándar, en la disminución de la progresión de la ERC determinada por el aumento en la TFGe con el programa de ejercicio. no se encontró mejoría significativa en el resto de dominios de la escala. Aoike y cols. (2017) reportan evidencia de que un programa de ejercicio produce aumento en los puntajes de SF-36 en los dominios de funcionamiento físico, dolor corporal, percepción global de salud y vitalidad en el grupo entrenado en el centro ($p < 0.05$ vs. basal); en el grupo entrenado en casa, los pacientes mejoraron en todos los dominios excepto por el de funcionamiento. En la RS de Cheema y cols. (2014), cuatro estudios reportaron que no se presentaron eventos adversos (uno de ellos en población sin terapia dialítica); uno informó que no hubo diferencias entre la intervención y control (población en diálisis); otro más informó sobre la ruptura del músculo supraespinoso derecho en un adulto mayor que se manejó de forma conservadora	Uno de los panelistas temáticos refiere que existe una estrategia en el Ministerio de Salud en coordinación con el Instituto Nacional de los deportes, llamada Ejercicio es medicina.
EFFECTOS DESEABLES	¿Cuán sustanciales son los efectos anticipados deseables?? ○ Trivial ○ Pequeño ● Moderado ○ Grande ○ Variable ○ No se sabe	Tang y cols. (2017) encontraron que un programa de ejercicio aeróbico, comparado con manejo usual, mejoró la calidad de vida relacionada con salud, en promedio, en el listado de síntomas y problemas, los efectos de la enfermedad renal, la carga de la enfermedad renal y los componentes físico y mental del SF-12 en adultos con ERC temprana (estadios 1 a 3).	Ninguno.

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
EFECTOS INDESEABLES	¿Cuán importantes son los efectos indeseables anticipados? ● Trivial ○ Pequeño ○ Moderado ○ Grande ○ Variable ○ No se sabe	En la RS de Cheema y cols. (2014) cuatro estudios reportaron que no se presentaron eventos adversos (uno de ellos en población sin terapia dialítica); uno informó que no hubo diferencias entre la intervención y control (población en diálisis); otro más informó sobre la ruptura del músculo supraespinoso derecho en un adulto mayor que se manejó de forma conservadora. En los experimentos clínicos de Tang (2017) y Aoike (2017) no se reportaron efectos secundarios con los programas de ejercicio en casa o en un centro de entrenamiento.	Ninguno.
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	¿Cuál es la certeza general de la evidencia de los efectos? ○ Muy baja ● Baja ○ Moderada ○ Alta ○ No hay estudios incluidos	La calidad de la evidencia es de muy baja a moderada por riesgo de sesgo muy serio e imprecisión seria.	Ninguno.
VALORES	¿Existe una incertidumbre o variabilidad importante sobre cuánto valoran las personas los resultados principales? ○ Importante incertidumbre o variabilidad ○ Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad ● Probablemente sin incertidumbre o variabilidad importantes ○ Sin incertidumbre o variabilidad importante.	Aoike y cols. (2017) reportan evidencia de que un programa de ejercicio produce aumento en los puntajes de SF-36 en los dominios de funcionamiento físico, dolor corporal, percepción global de salud y vitalidad.	Ninguno.
BALANCE DE EFECTOS	¿El equilibrio entre los efectos deseables e indeseables favorece la intervención o la comparación? ○ Favorece la comparación ○ Probablemente favorece la comparación ○ No favorece ni la intervención ni la comparación. ○ Probablemente favorezca la intervención ● Favorece la intervención ○ Varía ○ No sé	La evidencia apoya el efecto benéfico de los programas de ejercicio aeróbico en el riesgo en la disminución del deterioro de la TFGe y la mejoría de la calidad de vida relacionada con salud. Los efectos secundarios de los programas de ejercicio no fueron reportados por varios de los estudios. Sin embargo, en los que sí tuvieron dicho reporte, las lesiones fueron infrecuentes y sólo requirieron manejo conservador.	Ninguno.

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
RECURSOS REQUERIDOS	¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos)? ○ Grandes costos ○ Costos moderados ● Costos y ahorros insignificantes ○ Ahorro moderado ○ Grandes ahorros ○ Varía ○ No sé	El grupo desarrollador considera que la intervención no tiene gran impacto en los recursos.	Ninguno.
EQUIDAD	¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud? ○ Reducido ○ Probablemente reducido ● Probablemente sin impacto ○ Probablemente aumentado ○ Aumentado ○ Varía ○ No sé	El grupo desarrollador considera que la intervención puede tener un impacto en la equidad.	
ACEPTABILIDAD	¿La intervención es aceptable para las partes interesadas clave? ○ No ○ Probablemente no ● Probablemente si ○ Si ○ Varía ○ No sé	Clarke y cols. (2015). La mejoría clínica y funcional fue una motivación importante para la práctica de ejercicio.	Ninguno.
FACTIBILIDAD	¿Es factible implementar la intervención? ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente si ● Si ○ Varía ○ No sé	Una de las principales barreras reportadas fue la falta de acceso a lugares de práctica de ejercicio cercanos a su hogar o el clima desfavorable.	Uno de los panelistas temáticos refiere que existe una estrategia en el Ministerio de Salud en coordinación con el Instituto Nacional de los Deportes, llamada Ejercicio es medicina.

Resumen de juicios

	JUICIO							IMPLICACIONES
PROBLEMA	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No sé	
EFFECTOS DESEABLES	Trivial	Pequeño	Moderado	Grande		Varía	No sé	
EFFECTOS INDESEABLES	Grande	Moderado	Pequeño	Trivial		Varía	No sé	
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy bajo	Baja	Moderada	Alta			No hay estudios incluidos.	
VALORES	Importante incertidumbre o variabilidad	Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad	Probablemente sin incertidumbre o variabilidad importante	Sin incertidumbre o variabilidad importante				
BALANCE DE LOS EFECTOS	Favorece la comparación	Probablemente favorece la comparación	No favorece ni la intervención ni la comparación.	Probablemente favorezca la intervención.	Favorece a la intervencion.	Varía	No sé	
RECURSOS REQUERIDOS	Grandes costos	Costos moderados	Costos y ahorros insignificantes	Ahorro moderado	Grandes ahorros	Varía	No sé	
EQUIDAD	Reducida	Probablemente la reduce	Probablemente sin impacto	Probablemente aumentado	Aumentada	Varía	No sé	
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No sé	
FACTIBILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No sé	

PREGUNTA 7. ¿Cuál es la efectividad clínica de los sistemas de apoyo al autocuidado en los pacientes con ERC?

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
PROBLEMA	¿El problema es prioritario? ○ No ○ Probablemente no ● Probablemente si ○ SI ○ Variable ○ No sé	El grupo desarrollador de guía priorizó la formulación de una pregunta sobre la efectividad clínica de los sistemas de apoyo al autocuidado en los pacientes con ERC en base a la siguiente evidencia: Lee y cols. (2016) encontraron evidencia de un efecto moderado a favor de los programas de autocuidado, comparados con manejo usual, en el componente mental de la escala SF-36.	ninguna.
EFFECTOS DESEABLES	¿Cuán sustanciales son los efectos anticipados deseables?? ● Trivial ○ Pequeño ○ Moderado ○ Grande ○ Variable ○ No sé	Lee y cols. (2016) encontraron evidencia de un efecto moderado a favor de los programas de autocuidado, comparados con manejo usual, en el componente mental de la escala SF-36. Sin embargo, la evidencia fue insuficiente para confirmar el efecto de la intervención en el componente físico de la misma escala.	Ninguno.
EFFECTOS INDESEABLES	¿Cuán importantes son los efectos indeseables anticipados? ○ Trivial ● Pequeño ○ Moderado ○ Grande ○ Variable ○ No se sabe	Peng y cols. (2019). Los autores informaron que en cuatro de los estudios evaluados no se reportaron efectos secundarios durante el seguimiento.	Ninguno.
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	¿Cuál es la certeza general de la evidencia de los efectos? ● Muy baja ○ Baja ○ Moderada ○ Alta ○ No hay estudios incluidos	La calidad de la evidencia en la calidad de vida relacionada con salud es, en general, muy baja por riesgo de sesgo serio. La calidad de la evidencia de la mortalidad por cualquier causa y la progresión de la ERC es muy baja por riesgo de sesgo serio e imprecisión de los estimadores	Ninguno.

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
VALORES	¿Existe una incertidumbre o variabilidad importante sobre cuánto valoran las personas los resultados principales? ○ Importante incertidumbre o variabilidad ○ Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad ● Probablemente sin incertidumbre o variabilidad importantes ○ Sin incertidumbre o variabilidad importante	Havas y cols. (2016) exploraron los valores y preferencias de pacientes con ERC en los sistemas de apoyo al autocuidado. Los pacientes identificaron once factores importantes que determinaron la efectividad del autocuidado	Ninguno.
BALANCE DE EFECTOS	¿El equilibrio entre los efectos deseables e indeseables favorece la intervención o la comparación? ○ Favorece la comparación ○ Probablemente favorece la comparación ○ No favorece ni la intervención ni la comparación. ● Probablemente favorezca la intervención ○ Favorece la intervención ○ Varía ○ No sé	El beneficio de la intervención es un efecto moderado en el componente mental de la escala SF-36. No se reportaron beneficios en los demás desenlaces. La intervención no produjo efectos secundarios en la literatura evaluada.	Ninguno.
RECURSOS REQUERIDOS	¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos)? ○ Grandes costos ○ Costos moderados ○ Costos y ahorros insignificantes ○ Ahorro moderado ○ Grandes ahorros ● Varía ○ No sé	El análisis de costos del manejo remoto en casa tuvo resultados contradictorios en la RS de He y cols (2017). Un estudio reportó costos inferiores del manejo remoto en casa, comparado con el esquema tradicional, con teleconferencia y supervisión de cuidado remoto por enfermería en pacientes en hemodiálisis. El estudio restante reportó lo contrario basado en una teleconsulta mensual a través del televisor a pacientes en diálisis peritoneal.	Ninguna.

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
EQUIDAD	¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud? ○ Reducido ○ Probablemente reducido ● Probablemente sin impacto ○ Probablemente aumentado ○ Aumentado ○ Varía ○ No sé	No evidencia	Ninguna.
ACEPTABILIDAD	¿La intervención es aceptable para las partes interesadas clave? ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente si ● Si ○ Varía ○ No sé	Havas y cols. (2016) exploraron los valores y preferencias de pacientes con ERC en los sistemas de apoyo al autocuidado. Una RS con una aceptabilidad alta (hasta 75 %), especialmente con sistemas como programas basados en teléfonos móviles y monitoreo inalámbrico de tensión arterial.	Ninguno.
FACTIBILIDAD	¿Es factible implementar la intervención? ○ No ○ Probablemente no ● Probablemente si ○ Si ○ Varía ○ No sé		A nivel de Ministerio de Salud se elaboran planes de autocuido en los establecimientos de salud.

Resumen de juicios

	JUICIO						
PROBLEMA	No	Probablemente no	Probablemente si	Sí		Varia	No sé
EFFECTOS DESEABLES	Trivial	Pequeño	Moderado	Grande		Varia	No sé
EFFECTOS INDESEABLES	Grande	Moderado	Pequeño	Trivial		Varia	No sé
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy baja	Baja	Moderada	Alta			No hay estudios incluidos.
VALORES	Importante incertidumbre o variabilidad	Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad	Probablemente sin incertidumbre o variabilidad importante	Sin incertidumbre o variabilidad importante			
BALANCE DE LOS EFECTOS	Favorece la comparación	Probablemente favorece la comparación	No favorece ni la intervención ni la comparación.	Probablemente favorezca a la intervención	Favorece a la intervención.	Varia	No sé
RECURSOS REQUERIDOS	Grandes costos	Costos moderados	Costos y ahorros insignificantes	Ahorro moderado	Grandes ahorros	Varia	No sé
EQUIDAD	Reducida	Probablemente la reduce	Probablemente sin impacto	Probablemente aumentado	Aumentada	Varia	No sé
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente si	Sí		Varia	No sé
FACTIBILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente si	Sí		Varia	No sé

PREGUNTA 8. ¿Los adultos con ERC se benefician de una referencia temprana a atención especializada?

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
PROBLEMA	¿El problema es prioritario? ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente si ● Si ○ Variable ○ No sé	El grupo desarrollador de guía priorizó la formulación de una pregunta sobre el beneficio de una referencia temprana de pacientes con ERC para atención especializada.	Panel de expertos sugiere capacitar a médicos generales y médicos de familia del primer nivel de atención para brindar la atención a los pacientes con ERC en estadios 1 al 3a. El Ministerio de Salud ha elaborado Plan de Capacitación de Enfermedades No Transmisibles.
EFFECTOS DESEABLES	¿Cuán sustanciales son los efectos anticipados deseables?? ○ Trivial ○ Pequeño ○ Moderado ● Grande ○ Variable ○ No se sabe	Los beneficios de la referencia temprana se observan en la disminución del riesgo de muerte y los días de hospitalización inicial. Esto se responde con una revisión sistemática ⁽⁴⁶⁾ .	Panel de expertos reconoce la importancia y la oportunidad de la referencia temprana de pacientes sin embargo manifiestan la deficiencia de recurso especializado (médicos internistas) que tiene el país por lo que sugieren capacitar a médicos generales y médicos de familia para brindar la atención.
EFFECTOS INDESEABLES	¿Cuán importantes son los efectos indeseables anticipados? ○ Trivial ○ Pequeño ○ Moderado ○ Grande ○ Variable ● No sé	No hay evidencia.	Ninguno.
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	¿Cuál es la certeza general de la evidencia de los efectos? ● Muy baja ○ Baja ○ Moderada ○ Alta ○ No hay estudios incluidos	La calidad de la evidencia es muy baja por riesgo de sesgo serio en los estudios primarios (observacionales) e inconsistencia muy seria.	Ninguna.

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
VALORES	¿Existe una incertidumbre o variabilidad importante sobre cuánto valoran las personas los resultados principales? ○ Importante incertidumbre o variabilidad ● Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad ○ Probablemente no haya incertidumbre o variabilidad importantes ○ Sin incertidumbre o variabilidad importante	Wilson y cols. (2012) evaluaron las preferencias de pacientes (ERC estadios 3 y 4) y sus médicos tratantes con respecto a las opciones de referencia especializada en el Reino Unido. Tanto médicos como pacientes prefirieron la opción de manejo por medicina general con opción de comunicación con los especialistas vía correo electrónico, telefónica o historia clínica electrónica. Ésta última fué la vía preferida de comunicación por el personal de salud. Los pacientes prefieren el contacto cara a cara para la explicación de su terapia. La opción de sólo especialista fué la menos preferida por médicos generales y pacientes.	Ninguno.
BALANCE DE EFECTOS	¿El equilibrio entre los efectos deseables e indeseables favorece la intervención o la comparación? ○ Favorece la comparación ○ Probablemente favorece la comparación ○ No favorece ni la intervención ni la comparación. ○ Probablemente favorezca la intervención ● Favorece la intervención ○ Varía ○ No sé	Los beneficios de la referencia temprana se observan en la disminución del riesgo de muerte y los días de hospitalización inicial. No se observaron beneficios en la calidad de vida, posiblemente por la selección de pacientes en los estudios.	Ninguno.
RECURSOS REQUERIDOS	¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos)? ○ Grandes costos ○ Costos moderados ○ Costos y ahorros insignificantes ○ Ahorro moderado ○ Grandes ahorros ○ Varía ● No sé	No encontró evidencia de una evaluación costo – efectividad.	
EQUIDAD	¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud? ○ Reducido ○ Probablemente reducido ○ Probablemente sin impacto ○ Probablemente aumentado ● Aumentado ○ Varía ○ No sé	No se encontró evidencia.	Para los expertos temáticos es prioritario la referencia de forma oportuna y pertinente para dar respuesta a los que ellos consideran como epidemia disminuyendo la progresión y mejorando su calidad de vida ante la identificación y manejo de los estadios tempranos de la enfermedad.

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
ACEPTABILIDAD	¿La intervención es aceptable para las partes interesadas clave? ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente si ● Si ○ Varía ○ No sé	No se encontró evidencia.	Los panelistas estuvieron de acuerdo con la referencia temprana y el beneficio que trae para el paciente.
FACTIBILIDAD	¿Es factible implementar la intervención? ○ No ○ Probablemente no ● Probablemente si ○ Si ○ Varía ○ No sé		Los panelistas expresan las dificultades identificadas en el primer nivel de atención con la referencia a especialista. Se aconseja la capacitación a médicos generales y médicos de familia para brindar la atención.

Resumen de juicios

	JUICIO						
PROBLEMA	No	Probablemente no	Probablemente si	Sí		Varía	No sé
EFFECTOS DESEABLES	Trivial	Pequeño	Moderado	Grande		Varía	No sé
EFFECTOS INDESEABLES	Grande	Moderado	Pequeño	Trivial		Varía	No sé
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy baja	bajo	Moderado	Alto			No hay estudios incluidos.
VALORES	Importante incertidumbre o variabilidad	Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad	Probablemente sin incertidumbre o variabilidad importante	Sin incertidumbre o variabilidad importante			
BALANCE DE LOS EFECTOS	Favorece la comparación	Probablemente favorece la comparación	No favorece ni la intervención ni la comparación.	Probablemente favorezca la intervención.	Favorece a la intervención	Varía	No sé
RECURSOS REQUERIDOS	Grandes costos	Costos moderados	Costos y ahorros insignificantes	Ahorro moderado	Grandes ahorros	Varía	No sé
EQUIDAD	Reducida	Probablemente la reduce	Probablemente sin impacto	Probablemente aumentado	Aumentada	Varía	No sé
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No sé
FACTIBILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente si	Sí		Varía	No sé

Pregunta 9: ¿Cuál es la efectividad y la seguridad de las estatinas en la reducción de la progresión de la enfermedad y el daño vascular en pacientes con ERC?

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
PROBLEMA	¿El problema es prioritario? ☐ No ☐ Probablemente no ☐ Probablemente si ☒ SI ☐ Variable ☐ So sé	El grupo desarrollador priorizo esta pregunta por el efecto de las estatinas en los desenlaces como reducción de la mortalidad, y la enfermedad cardiovascular.	Ninguna.
EFFECTOS DESEABLES	¿Cuán sustanciales son los efectos anticipados deseables?? ☐ Trivial ☐ Pequeño ☒ Moderado ☐ Grande ☐ Variable ☐ No se sabe	Major y cols. (2015) encontraron evidencia que apoya el efecto benéfico de las estatinas en la reducción de mortalidad por cualquier causa, eventos cardiovasculares y progresión de la ERC (disminución del deterioro de la TFGe).	Ninguna.
EFFECTOS INDESEABLES	¿Cuán importantes son los efectos indeseables anticipados? ☐ Trivial ☒ Pequeño ☐ Moderado ☐ Grande ☐ Variable ☐ No se sabe	Yan y cols. (2015) encontraron evidencia de que no hay una asociación de la terapia intensiva de estatinas, comparado con el control, en la aparición de eventos adversos serios.	Ninguna.
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	¿Cuál es la certeza general de la evidencia de los efectos? ☐ Muy baja ☐ baja ☒ Moderada ☐ Alta ☐ No hay estudios incluidos	La calidad de la evidencia fué moderada para la mortalidad por cualquier causa y los eventos cardiovasculares mayores por imprecisión seria y por sospecha de sesgo de publicación.	Ninguna.

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
VALORES	¿Existe una incertidumbre o variabilidad importante sobre cuánto valoran las personas los resultados principales? ○ Importante incertidumbre o variabilidad ● Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad ○ Probablemente no haya incertidumbre o variabilidad importantes ○ Sin incertidumbre o variabilidad importante	Havas y cols. (2016) Encontraron que los pacientes requieren asistencia para integrar los regímenes farmacológicos en sus vidas. Los pacientes manifestaron preocupaciones sobre la seguridad de los medicamentos. Además, la información contradictoria que les provee el personal de salud sobre la toma de medicamentos les produce frustración.	Ninguna.
BALANCE DE EFECTOS	¿El equilibrio entre los efectos deseables e indeseables favorece la intervención o la comparación? ○ Favorece la comparación ○ Probablemente favorece la comparación ○ No favorece ni la intervención ni la comparación. ○ Probablemente favorezca la intervención ● Favorece la intervención ○ Varía ○ No sé	Major y cols. (2015) encontraron evidencia que apoya el efecto benéfico de las estatinas en la reducción de mortalidad por cualquier causa, eventos cardiovasculares y progresión de la ERC (disminución del deterioro de la TFGe). La evidencia también sustenta que no hay asociación entre terapia con estatinas y efectos adversos. Por tanto, son más los beneficios que los riesgos en este caso.	Ninguna.
RECURSOS REQUERIDOS	¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos)? ○ Grandes costos ● Costos moderados ○ Costos y ahorros insignificantes ○ Ahorro moderado ○ Grandes ahorros ○ Varía ○ No sé	Schlackow y cols. Evaluaron solo la muerte vascular y eventos vasculares mayores de acuerdo a una reducción de 1 mmol/L en el LDL (equivalentes a 38.67 mg/dL). En los EE. UU., el costo diario de la atorvastatina fue US \$0.103. La atorvastatina aumentó la expectativa de vida de 0.23 a 0.31 QALY en pacientes con ERC estadios 3b a 5 a un costo neto de US \$ 20 300 a US \$ 78 200 por QALY. Ezetimbe no se encuentra disponible en el país. En El Salvador, el precio de atorvastatina tableta de 40 mg es de \$4.8 por unidad de medida equivalente	Ninguna.

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
EQUIDAD	¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud? ☐ Reducido ☐ Probablemente reducido ☐ Probablemente sin impacto ☒ Probablemente aumentado ☐ Aumentado ☐ Varía ☐ No sé	No incluyen estudios para evaluar este componente.	El panel considera que las intervenciones están disponibles para todos los pacientes
ACEPTABILIDAD	¿La intervención es aceptable para las partes interesadas clave? ☐ No ☐ Probablemente no ☐ Probablemente si ☐ Si ☒ Varía ☐ No sé	Havas y cols. (2016). los pacientes requieren asistencia para integrar los regímenes farmacológicos en sus vidas. Los pacientes manifestaron preocupaciones sobre la seguridad de los medicamentos. Además, la información contradictoria que les provee el personal de salud sobre la toma de medicamentos les produce frustración.	Los panelistas expertos expresan que la intervención es más aceptable para la parte médica, que para los pacientes.
FACTIBILIDAD	¿Es factible implementar la intervención? ☐ No ☐ Probablemente no ☐ Probablemente si ☒ Si ☐ Varía ☐ No sé	La atorvastatina se encuentra en los listados oficiales de medicamentos de los diferentes prestadores de servicios de salud en el país, por lo que es factible su implementación.	Panelista temático expresa que, en el MINSAL, se utilizan las estatinas como parte del cuadro básico de medicamentos de los establecimientos.

Resumen de juicios

	JUICIO						
PROBLEMA	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No sé
EFFECTOS DESEABLES	Trivial	Pequeño	Moderado	Grande		Varía	No sé
EFFECTOS INDESEABLES	Grande	Moderado	Pequeño	Trivial		Varía	No sé
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy baja	Bajo	Moderado	Alto			No hay estudios incluidos.
VALORES	Importante incertidumbre o variabilidad	Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad	Probablemente sin incertidumbre o variabilidad importante	Sin incertidumbre o variabilidad importante			
BALANCE DE LOS EFECTOS	Favorece la comparación	Probablemente favorece la comparación	No favorece ni la intervención ni la comparación.	Probablemente favorezca la intervención.	Favorece a la intervención.	Varía	No sé
RECURSOS REQUERIDOS	Grandes costos	Costos moderados	Costos y ahorros insignificantes	Ahorro moderado	Grandes ahorros	Varía	No sé
EQUIDAD	Reducida	Probablemente la reduce	Probablemente sin impacto	Probablemente aumentado	Aumentada	Varía	No sé
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No sé
FACTIBILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No sé

Pregunta 9: ¿Cuál es la efectividad y la seguridad de las estatinas en la reducción de la progresión de la enfermedad y el daño vascular en pacientes con ERC?

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
PROBLEMA	¿El problema es prioritario? ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente si ● Si ○ Variable ○ No sé	El grupo desarrollador priorizó esta pregunta por el efecto de las estatinas en los desenlaces como reducción de la mortalidad, y la enfermedad cardiovascular.	Ninguna.
EFFECTOS DESEABLES	¿Cuán sustanciales son los efectos anticipados deseables?? ○ Trivial ○ Pequeño ● Moderado ○ Grande ○ Variable ○ No se sabe	Major y cols. (2015) encontraron evidencia que apoya el efecto benéfico de las estatinas en la reducción de mortalidad por cualquier causa, eventos cardiovasculares y progresión de la ERC (disminución del deterioro de la TFGe).	Ninguna.

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
EFFECTOS INDESEABLES	¿Cuán importantes son los efectos indeseables anticipados? ○ Trivial ● Pequeño ○ Moderado ○ Grande ○ Variable ○ No se sabe	Yan y cols. (2015) encontraron evidencia de que no hay una asociación de la terapia intensiva de estatinas, comparado con el control, en la aparición de eventos adversos serios.	Ninguna.
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	¿Cuál es la certeza general de la evidencia de los efectos? ○ Muy baja ○ Baja ● Moderada ○ Alta ○ No hay estudios incluidos	La calidad de la evidencia fué moderada para la mortalidad por cualquier causa y los eventos cardiovasculares mayores por imprecisión seria y por sospecha de sesgo de publicación.	Ninguna.
VALORES	¿Existe una incertidumbre o variabilidad importante sobre cuánto valoran las personas los resultados principales? ○ Importante incertidumbre o variabilidad ● Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad ○ Probablemente no haya incertidumbre o variabilidad importantes ○ Sin incertidumbre o variabilidad importante	Havas y cols. (2016) encontraron que los pacientes requieren asistencia para integrar los regímenes farmacológicos en sus vidas. Los pacientes manifestaron preocupaciones sobre la seguridad de los medicamentos. Además, la información contradictoria que les provee el personal de salud sobre la toma de medicamentos les produce frustración.	Ninguna.
BALANCE DE EFECTOS	¿El equilibrio entre los efectos deseables e indeseables favorece la intervención o la comparación? ○ Favorece la comparación ○ Probablemente favorece la comparación ○ No favorece ni la intervención ni la comparación. ○ Probablemente favorezca la intervención ● Favorece la intervención ○ Varía ○ No sé	Major y cols. (2015) encontraron evidencia que apoya el efecto benéfico de las estatinas en la reducción de mortalidad por cualquier causa, eventos cardiovasculares y progresión de la ERC (disminución del deterioro de la TFGe). La evidencia también sustenta que no hay asociación entre terapia con estatinas y efectos adversos. Por tanto, son más los beneficios que los riesgos en este caso.	Ninguna.

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
RECURSOS REQUERIDOS	¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos)? ○ Grandes costos ● Costos moderados ○ Costos y ahorros insignificantes ○ Ahorro moderado ○ Grandes ahorros ○ Varía ○ No sé	Schlackow y cols. evaluaron solo la muerte vascular y eventos vasculares mayores de acuerdo a una reducción de 1 mmol/L en el LDL (equivalentes a 38.67 mg/dL). En los EE. UU., el costo diario de la atorvastatina fue US \$0.103. La atorvastatina aumentó la expectativa de vida de 0.23 a 0.31 QALY en pacientes con ERC estadios 3b a 5 a un costo neto de US \$ 20 300 a US \$ 78 200 por QALY. Ezetimbe no se encuentra disponible en el país. En El Salvador, el precio de atorvastatina tableta de 40 mg es de \$4.8 por unidad de medida equivalente.	Ninguna.
EQUIDAD	¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud? ○ Reducido ○ Probablemente reducido ○ Probablemente sin impacto ● Probablemente aumentado ○ Aumentado ○ Varía ○ No sé	No incluyen estudios para evaluar este componente.	El panel considera que las intervenciones están disponibles para todos los pacientes.
ACEPTABILIDAD	¿La intervención es aceptable para las partes interesadas clave? ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente si ○ Si ● Varía ○ No sé	Havas y cols. (2016) los pacientes requieren asistencia para integrar los regímenes farmacológicos en sus vidas. Los pacientes manifestaron preocupaciones sobre la seguridad de los medicamentos. Además, la información contradictoria que les provee el personal de salud sobre la toma de medicamentos les produce frustración.	Los panelistas expertos expresan que la intervención es más aceptable para la parte médica, que para los pacientes.
FACTIBILIDAD	¿Es factible implementar la intervención? ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente si ● Si ○ Varía ○ No sé	La atorvastatina se encuentra en los listados oficiales de medicamentos de los diferentes prestadores de servicios de salud en el país, por lo que es factible su implementación.	Panelista temático expresa que, en el MINSAL, se utilizan las estatinas como parte del cuadro básico de medicamentos de los establecimientos.

Resumen de juicios

	JUICIO						
PROBLEMA	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No sé
EFFECTOS DESEABLES	Trivial	Pequeño	Moderado	Grande		Varía	No sé
EFFECTOS INDESEABLES	Grande	Moderado	Pequeño	Trivial		Varía	No sé
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy bajo	Bajo	Moderada	Alto			No hay estudios incluidos.
VALORES	Importante incertidumbre o variabilidad	Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad	Probablemente sin incertidumbre o variabilidad importante	Sin incertidumbre o variabilidad importante			
BALANCE DE LOS EFECTOS	Favorece la comparación	Probablemente favorece la comparación	No favorece ni la intervención ni la comparación.	Probablemente favorezca a la intervención	Favorece a la intervención.	Varía	No sé
RECURSOS REQUERIDOS	Grandes costos	Costos moderados	Costos y ahorros insignificantes	Ahorro moderado	Grandes ahorros	Varía	No sé
EQUIDAD	Reducida	Probablemente la reduce	Probablemente sin impacto	Probablemente aumentado	Aumentada	Varía	No sé
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No sé
FACTIBILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No sé

PREGUNTA 10. ¿Cuál es la efectividad y seguridad de los agentes reductores del ácido úrico para retrasar la progresión de la enfermedad en pacientes con enfermedad renal crónica e hiperuricemia sintomática o asintomática?

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
PROBLEMA	¿El problema es prioritario? ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente si ● Si ○ Variable ○ No sé	La Organización Panamericana de la Salud determinó esta pregunta como relevante.	Ninguna.
EFFECTOS DESEABLES	¿Cuán sustanciales son los efectos anticipados deseables?? ○ Trivial ○ Pequeño ○ Moderado ● Grande ○ Variable ○ No se sabe	Su y cols. (2017) sustenta la efectividad de los agentes reductores de ácido úrico en la disminución de la progresión a estadio final de ERC, y el cambio en la TFGe. Golmohammadi y cols. (2018) compararon alopurinol 100 mg con placebo en pacientes con hiperuricemia y ERC. La evidencia en los datos sugiere una disminución en la progresión de la ERC en aquellos que recibieron la intervención en comparación con placebo. La evidencia en los datos sugiere una disminución en la progresión de la ERC en aquellos que recibieron la intervención.	Ninguna.
EFFECTOS INDESEABLES	¿Cuán importantes son los efectos indeseables anticipados? ○ Trivial ○ Pequeño ● Moderado ○ Grande ○ Variable ○ No se sabe	Su y cols. (2017) no encontraron eventos adversos serios reportados. Sin embargo, sí se presentaron efectos secundarios de leves a moderados. Mukri y cols. (2018) encontraron evidencia que sustenta el aumento del riesgo de cualquier evento adverso y dolor articular con febuxostat. En cuanto a los resultados que sugieren mayor riesgo de efectos secundarios, como síntomas gastrointestinales y rash cutáneo, el número de eventos fué bajo, razón por la cual la evidencia es insuficiente para confirmar estas afirmaciones, pero se evidencia mayor presencia de otros eventos adversos relacionados con febuxostat que con alopurinol.	Ninguna.

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	¿Cuál es la certeza general de la evidencia de los efectos? ○ Muy baja ● Baja ○ Moderada ○ Alta ○ No hay estudios incluidos	La calidad de la evidencia es de muy baja a moderada por riesgo de sesgo serio e imprecisión muy seria, especialmente en los resultados de efectos secundarios.	Ninguna
VALORES	¿Existe una incertidumbre o variabilidad importante sobre cuánto valoran las personas los resultados principales? ○ Importante incertidumbre o variabilidad ● Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad ○ Probablemente sin incertidumbre o variabilidad importantes ○ Sin incertidumbre o variabilidad importante	Un estudio encontró que los pacientes requieren asistencia para integrar los regímenes farmacológicos en sus vidas. Esto incluye la forma como integran los recordatorios para la toma de los medicamentos, qué tanto comprenden los efectos de los medicamentos que toman (por ejemplo, los efectos secundarios) y las consecuencias de no adherirse al manejo farmacológico.	Ninguna
BALANCE DE EFECTOS	¿El equilibrio entre los efectos deseables e indeseables favorece la intervención o la comparación? ○ Favorece la comparación ○ Probablemente favorece la comparación ○ No favorece ni la intervención ni la comparación. ○ Probablemente favorezca la intervención ● Favorece la intervención ○ Varía ○ No sé	Su y cols. (2017) sustenta la efectividad de los agentes reductores de ácido úrico en la disminución de la progresión a estadio final de ERC, y el cambio en la TFGe. La evidencia sustenta el efecto benéfico de los agentes reductores de ácido úrico en el riesgo de la progresión a estadio final de ERC y en la disminución del deterioro de la TFGe. Aunque los resultados sugieren mayor riesgo de efectos secundarios, como síntomas gastrointestinales y rash cutáneo, la evidencia en los datos es insuficiente para confirmarlos.	Ninguna
RECURSOS REQUERIDOS	¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos)? ○ Grandes costos ○ Costos moderados ○ Costos y ahorros insignificantes ○ Ahorro moderado ○ Grandes ahorros ● Varía. ○ No sé	Gandhi y cols. (2015)) evaluaron la costo efectividad a cinco años del febuxostat comparado con el alopurinol desde la perspectiva de los pacientes (EE. UU.) con un modelo de Markov de pacientes con gota. Por tanto, se considera que febuxostat es un tratamiento costo-efectivo en estas circunstancias. El alopurinol se encuentra disponible en todos los establecimientos de salud de los 3 niveles de atención del MINSAL, de acuerdo a su LIME. Febuxostat se encuentra disponible en el ISSS de acuerdo a su Listado Oficial de Medicamentos LOM	Ninguna

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
EQUIDAD	¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud? ○ Reducido ○ Probablemente reducido ○ Probablemente sin impacto ● Probablemente aumentado. ○ Aumentado ○ Varía ○ No lo sé	No incluyen estudios para evaluar este componente.	Los medicamentos ya sea uno u otro, o ambos, se encuentran disponibles en todos los establecimientos del Sistema Nacional Integrado de Salud.
ACEPTABILIDAD	¿La intervención es aceptable para las partes interesadas clave? ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente si ○ Si ● Varía ○ No sé		Panelistas expertos temáticos expresan que es más aceptable para la parte médica, que para los pacientes.
FACTIBILIDAD	¿Es factible implementar la intervención? ○ No ○ Probablemente no ● Probablemente si ○ Si ○ Varía ○ No sé	No incluyen estudios para evaluar este componente.	Los panelistas expertos temáticos expresan que, en el Sistema Nacional Integrado de Salud, se encuentra disponible el medicamento Alopurinol como parte del cuadro básico de medicamentos de todos los establecimientos.

Resumen de juicios

	JUICIO						
PROBLEMA	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No sé
EFFECTOS DESEABLES	Trivial	Pequeño	Moderado	Grande		Varía	No sé
EFFECTOS INDESEABLES	Grande	Moderado	Pequeño	Trivial		Varía	No sé
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy bajo	Baja	Moderado	Alto			No hay estudios incluidos.
VALORES	Importante incertidumbre o variabilidad	Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad	Probablemente sin incertidumbre o variabilidad importante	Sin incertidumbre o variabilidad importante			
BALANCE DE LOS EFECTOS	Favorece la comparación	Probablemente favorece la comparación	No favorece ni la intervención ni la comparación.	Probablemente favorezca a la intervención	Favorece a la intervención.	Varía	No sé
RECURSOS REQUERIDOS	Grandes costos	Costos moderados	Costos y ahorros insignificantes	Ahorro moderado	Grandes ahorros	Varía	No sé
EQUIDAD	Reducida	Probablemente la reduce	Probablemente sin impacto	Probablemente aumentada	Aumentada	Varía	No sé
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No sé
FACTIBILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No sé

PREGUNTA 11. ¿Cuál es la efectividad clínica y la seguridad de los antagonistas del sistema renina-angiotensina-aldosterona en pacientes con enfermedad renal crónica?

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
PROBLEMA	¿El problema es prioritario? ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente si ● Si ○ Variable ○ No sé	La Organización Panamericana de la Salud priorizo esta pregunta como relevante.	Ninguna
EFFECTOS DESEABLES	¿Cuán sustanciales son los efectos anticipados deseables?? ○ Trivial ○ Pequeño ○ Moderado ● Grande ○ Variable ○ No se sabe	La evidencia sustenta que la administración de los IECA, ARA-II y ARM produce efectos benéficos como la reducción de la progresión de la enfermedad renal y el riesgo de eventos cardiovasculares mayores.	Ninguna
EFFECTOS INDESEABLES	¿Cuán importantes son los efectos indeseables anticipados? ○ Trivial ○ Pequeño ● Moderado ○ Grande ○ Variable ○ No se sabe	Xie y cols. (2015) En cuanto a los desenlaces de seguridad, la evidencia confirma el aumento del riesgo de hipercalemia y tos. Currie y cols. (2016) encontraron un aumento de la hipercalemia en pacientes con ARM adicional a IECA o ARA-II, comparados con monoterapia de IECA o ARA-II.	Ninguna
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	¿Cuál es la certeza general de la evidencia de los efectos? ○ Muy baja ○ Baja ● Moderada ○ Alta ○ No hay estudios incluidos	En las comparaciones IECA o ARA-II vs. placebo la calidad de la evidencia fue moderada a alta en la progresión de la enfermedad, mortalidad por cualquier causa, eventos cardiovasculares mayores e hipercalemia. La imprecisión seria de los resultados disminuyó la certeza en los estimadores. La calidad de la evidencia fue baja en el desenlace angioedema y edema por imprecisión muy seria. En las comparaciones IECA o ARA-II vs. control activo la calidad de la evidencia fue baja a moderada en la progresión de la enfermedad, mortalidad por cualquier causa y eventos cardiovasculares. Las limitaciones en el control de sesgos y la precisión de los resultados disminuyeron la certeza en la evidencia. La calidad de la evidencia fue alta para los eventos cardiovasculares y la mortalidad por cualquier causa en la comparación de terapia dual vs. monoterapia.	Ninguna

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
VALORES	¿Existe una incertidumbre o variabilidad importante sobre cuánto valoran las personas los resultados principales? ● Importante incertidumbre o variabilidad (Evaluar acorde a las anteriores) ○ Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad ○ Probablemente sin incertidumbre o variabilidad importantes ○ Sin incertidumbre o variabilidad importante	Un estudio encontró que los pacientes requieren asistencia para integrar los regímenes farmacológicos en sus vidas. Esto incluye la forma como integran los recordatorios para la toma de los medicamentos, qué tanto comprenden los efectos de los medicamentos que toman (por ejemplo, los efectos secundarios) y las consecuencias de no adherirse al manejo farmacológico. Los pacientes manifestaron preocupaciones sobre la seguridad de los medicamentos.	Ninguna
BALANCE DE EFECTOS	¿El equilibrio entre los efectos deseables e indeseables favorece la intervención o la comparación? ● Favorece la comparación ○ Probablemente favorece la comparación ○ No favorece ni la intervención ni la comparación. ○ Probablemente favorezca la intervención ○ Favorece la intervención ○ Varía ○ No sé	La evidencia sustenta que la administración de los IECA, ARA-II y ARM produce efectos benéficos como la reducción de la progresión de la enfermedad renal y el riesgo de eventos cardiovasculares mayores. Sin embargo, la presencia de efectos adversos moderados como hipercalcemia, tos, edema o angioedema y ginecomastia sugieren la implementación de una monitorización clínica y de electrolitos cercana por parte del personal de salud tratante. La evidencia no sustenta la efectividad de los inhibidores directos de la renina, en comparación con los ARA-II, en la disminución de la progresión de la ERC.	Ninguna
RECURSOS REQUERIDOS	¿Qué tan grandes son los requisitos de recursos (costos)? ○ Grandes costos ○ Costos moderados ○ Costos y ahorros insignificantes ○ Ahorro moderado ○ Grandes ahorros ● Varía ○ No sé	En todos los establecimientos del Sistema Único Integrado de Salud, se cuenta con medicamentos IECA y ARA-II. De acuerdo a los listados oficiales de medicamentos de los diferentes prestadores de servicios.	Ninguna

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
ACEPTABILIDAD	¿La intervención es aceptable para las partes interesadas clave? ○ No ○ Probablemente no ● Probablemente si ○ Si ○ Varía ○ No sé	Los pacientes manifestaron preocupaciones sobre la seguridad de los medicamentos. Además, la información contradictoria que les provee el personal de salud sobre la toma de medicamentos les produce frustración.	Ninguna.
FACTIBILIDAD	¿Es factible implementar la intervención? ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente si ● Si ○ Varía ○ No sé	Se cuenta con tratamiento con AINE o ARA II a pacientes que lo ameritan en los establecimientos de salud.	Ninguna.

Resumen de juicios

	JUICIO						
PROBLEMA	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No sé
EFFECTOS	Trivial	Pequeño	Moderado	Grande		Varía	No sé
EFFECTOS INDESEABLES	Grande	Moderado	Pequeño	Trivial		Varía	No sé
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy bajo	Bajo	Moderado	Alto			No hay estudios incluidos.
VALORES	Importante incertidumbre o variabilidad	Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad	Probablemente sin incertidumbre o variabilidad importante	Sin incertidumbre o variabilidad importante			
BALANCE DE LOS EFECTOS	Favorece la comparación	Probablemente favorece la comparación	No favorece ni la intervención ni la comparación.	Probablemente favorezca la intervención.	Favorece la intervención.	Varía	No sé
RECURSOS REQUERIDOS	Grandes costos	Costos moderados	Costos y ahorros insignificantes	Ahorro moderado	Grandes ahorros	Varía	No sé
EQUIDAD	Reducida	Probablemente la reduce	Probablemente sin impacto	Probablemente aumentado	Aumentada	Varía	No sé
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No sé
FACTIBILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No sé

PREGUNTA 12. ¿Cuál es la efectividad clínica de los antiagregantes orales o la terapia anticoagulante en la reducción de la enfermedad cardiovascular en pacientes con ERC?

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
PROBLEMA	¿El problema es prioritario? ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente si ● Si ○ Variable ○ No sé		Ninguna.
EFFECTOS DESEABLES	¿Cuán sustanciales son los efectos anticipados deseables?? ○ Trivial ○ Pequeño ○ Moderado ● Grande ○ Variable ○ No se sabe	La evidencia confirma la disminución del riesgo de evento cerebrovascular y muerte por causa cardiovascular con la terapia combinada con anticoagulante oral directo como sus siglas en inglés (DOAC) y aspirina, en comparación con aspirina. También sustenta la administración de warfarina ajustada según metas del INR, en comparación con aspirina más warfarina en dosis bajas y fijas, para la disminución de riesgo de apoplejía o embolismo sistémico.	Ninguna.
EFFECTOS INDESEABLES	¿Cuán importantes son los efectos indeseables anticipados? ○ Trivial ○ Pequeño ● Moderado ○ Grande ○ Variable ○ No se sabe	La evidencia en los datos confirma el aumento en el riesgo de sangrado mayor con la terapia combinada, en comparación con monoterapia con aspirina. No sustentó la superioridad de efectos deseables de la aspirina sobre el placebo en población primaria. Sin embargo, sí sustentó el aumento de efectos secundarios como el riesgo de sangrado. También, hay evidencia del aumento en el riesgo de efectos adversos como sangrado mayor, con la terapia combinada con DOAC y aspirina, en comparación con aspirina.	Ninguna.

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	¿Cuál es la certeza general de la evidencia de los efectos? ○ Muy baja ● Baja ○ Moderada ○ Alta ○ No hay estudios incluidos	En las comparaciones de DOAC vs. warfarina la certeza en la evidencia fué moderada a alta con preocupaciones en la consistencia y precisión de los resultados. En las comparaciones de warfarina titulada vs. aspirina más warfarina fija la certeza en la evidencia fue muy baja a baja con preocupaciones en el riesgo de sesgo y la consistencia y precisión de los resultados. En las comparaciones de aspirina vs. placebo la certeza en la evidencia fué de muy baja a moderada con preocupaciones en la consistencia y precisión de los resultados. En las comparaciones entre terapia combinada con DOAC (rivaroxabán) y aspirina vs. aspirina en monoterapia, la calidad de la evidencia fue muy baja a baja por preocupaciones en el riesgo de sesgo y la imprecisión de los datos.	Ninguna.
VALORES	¿Existe una incertidumbre o variabilidad importante sobre cuánto valoran las personas los resultados principales? ● Importante incertidumbre o variabilidad ○ Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad ○ Probablemente no haya incertidumbre o variabilidad importantes ○ Sin incertidumbre o variabilidad importante	Un estudio encontró que los pacientes requieren asistencia para integrar los regímenes farmacológicos en sus vidas. Esto incluye la forma como integran los recordatorios para la toma de los medicamentos, qué tanto comprenden los efectos de los medicamentos que toman (por ejemplo, los efectos secundarios) y las consecuencias de no adherirse al manejo farmacológico. Los pacientes manifestaron preocupaciones sobre la seguridad de los medicamentos. Una RS encontró que pacientes con FA pueden estar dispuestos a aceptar un incremento en el riesgo de sangrado para disminuir la probabilidad de un accidente cerebrovascular.	Ninguna.
BALANCE DE EFECTOS	¿El equilibrio entre los efectos deseables e indeseables favorece la intervención o la comparación? ● Favorece la comparación ○ Probablemente favorece la comparación ○ No favorece ni la intervención ni la comparación. ○ Probablemente favorezca la intervención ○ Favorece la intervención ○ Varía ○ No sé	En sujetos con fibrilación auricular, la evidencia sustenta que la administración de DOAC disminuye el riesgo de apoplejía o embolia sistémica en aquellos con ERC leve o moderada, así como el de apoplejía como desenlace único, en comparación con warfarina. En cuanto a los efectos secundarios, la evidencia sustenta la disminución de sangrado mayor en pacientes con ERC leve y de hemorragia interventricular en pacientes con ERC leve y moderada en comparación con warfarina. La evidencia sustenta la administración de warfarina ajustada según metas del INR, en comparación con aspirina más warfarina en dosis bajas y fijas, para la disminución de riesgo de apoplejía o embolismo sistémico. En cuanto a efectos secundarios, la evidencia fue insuficiente para confirmar la superioridad de warfarina ajustada según el INR en este mismo escenario. La evidencia confirma la disminución del riesgo de evento cerebrovascular y muerte por causa cardiovascular con la terapia combinada con DOAC y aspirina, en comparación con aspirina. Sin embargo, también hay evidencia del aumento en el riesgo de efectos adversos como sangrado mayor.	Ninguna.

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
RECURSOS REQUERIDOS	¿Qué tan grandes son los requisitos de recursos (costos)? ○ Grandes costos ● Costos moderados ○ Costos y ahorros insignificantes ○ Ahorro moderado ○ Grandes ahorros ○ Varía ○ No sé	Se cuenta con los fármacos en todos los listados de medicamentos oficiales de los diferentes prestadores de salud del SUIIS para el manejo con antiagregantes orales o terapia anticoagulante, según necesidad.	Ninguno.
EQUIDAD	¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud? ○ Reducido ○ Probablemente reducido ○ Probablemente sin impacto ○ Probablemente aumentado ● Aumentado ○ Varía ○ No sé	Se cuenta con los fármacos en todos los listados de medicamentos oficiales de los diferentes prestadores de salud del SUIIS para el manejo con antiagregantes orales o terapia anticoagulante, según necesidad.	Ninguna.
ACEPTABILIDAD	¿La intervención es aceptable para las partes interesadas clave? ○ No ○ Probablemente no ● Probablemente si ○ Si ○ Varía ○ No lo sé	Un estudio encontró que son recomendables las intervenciones que aumenten la autoeficacia y motivación para la toma de medicamentos y no tanto las que establecen metas clínicas que los pacientes perciben como «irreales».	Los pacientes manifestaron preocupaciones sobre la seguridad de los medicamentos. Además, la información contradictoria que les provee el personal de salud sobre la toma de medicamentos les produce frustración.
FACTIBILIDAD	¿Es factible implementar la intervención? ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente si ● Si ○ Varía ○ No sé		Los expertos manifiestan que es factible implementar.

Resumen de juicios

	JUICIO						
PROBLEMA	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No sé
EFFECTOS	Trivial	Pequeño	Moderado	Grande		Varía	No sé
EFFECTOS INDESEABLES	Grande	Moderado	Pequeño	Trivial		Varía	No sé
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy bajo	Baja	Moderado	Alto			No hay estudios incluidos.
VALORES	Importante incertidumbre o variabilidad	Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad	Probablemente sin incertidumbre o variabilidad importante	Sin incertidumbre o variabilidad importante			
BALANCE DE LOS EFFECTOS	Favorece la comparación	Probablemente favorece la comparación	No favorece ni la intervención ni la comparación.	Probablemente favorezca la intervención.	Favorece la intervención.	Varía	No sé
RECURSOS REQUERIDOS	Grandes costos	Costos moderados	Costos y ahorros insignificantes	Ahorro moderado	Grandes ahorros	Varía	No sé
EQUIDAD	Reducida	Probablemente la reduce	Probablemente sin impacto	Probablemente aumentado	Aumentada	Varía	No sé
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No sé
FACTIBILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No sé

Pregunta 13. ¿Cuál es el riesgo de desarrollo o progresión de enfermedad renal crónica (ERC) después de un episodio de insuficiencia renal aguda?

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
PROBLEMA	¿El problema es prioritario? ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente si ● Si ○ Variable ○ No sé	(Heung y cols.) reportaron un gradiente biológico entre la duración de IRA y el riesgo de desarrollar ERC estadio 3 en todas las etapas de IRA. Por otra parte, Palombo y cols. encuentran evidencia a favor de la asociación entre la duración de IRA mayor a tres días y la incidencia de ERC. See y cols. (2019) encuentran evidencia a favor del aumento en el riesgo de ERC incidente y progresión a ERC de estadio final. Para ambos desenlaces se encontró un gradiente biológico con los estadios de la IRA.	ninguna.
EFFECTOS DESEABLES	¿Cuán sustanciales son los efectos anticipados deseables?? ● Trivial ○ Pequeño ○ Moderado ○ Grande ○ Variable ○ No se sabe	No se reportan efectos benéficos para esta exposición.	Ninguno.
EFFECTOS INDESEABLES	¿Cuán importantes son los efectos indeseables anticipados? ○ Trivial ○ Pequeño ○ Moderado ● Grande ○ Variable ○ No se sabe	La evidencia indica una asociación entre IRA y ERC incidente y progresión a estadio final de la ERC.	Ninguno.
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	¿Cuál es la certeza general de la evidencia de los efectos? ● Muy baja ○ Baja ○ Moderada ○ Alta ○ No hay estudios incluidos.	La certeza en la evidencia en la ERC incidente y la progresión a estadio final en See y cols. (2017) fue muy baja por la inclusión de estudios observacionales con riesgo de sesgo e inconsistencia. En la asociación entre duración y ERC incidente (Mehta 2018), la certeza fue baja por inconsistencia seria y sospecha de sesgo de publicación.	Ninguno.

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
VALORES	¿Existe una incertidumbre o variabilidad importante sobre cuánto valoran las personas los resultados principales? ○ Importante incertidumbre o variabilidad ○ Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad ● Probablemente sin incertidumbre o variabilidad importante ○ Sin incertidumbre o variabilidad importante.	No incluyen estudios para evaluar este componente.	Ninguno.
BALANCE DE EFECTOS	¿El equilibrio entre los efectos deseables e indeseables favorece la intervención o la comparación? ○ Favorece la comparación ○ Probablemente favorece la comparación ● No favorece ni la intervención ni la comparación. ○ Probablemente favorezca la intervención ○ Favorece la intervención ○ Varía ○ No sé	La evidencia indica una asociación entre IRA y ERC incidente y progresión a estadio final de la ERC. No se reportan efectos benéficos para esta exposición.	Ninguno.
RECURSOS REQUERIDOS	¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos)? ○ Grandes costos ○ Costos moderados ○ Costos y ahorros insignificantes ○ Ahorro moderado ○ Grandes ahorros ○ Varía ● No sé	No incluyen estudios para evaluar este componente.	Ninguna.
EQUIDAD	¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud? ○ Reducido ○ Probablemente reducido ○ Probablemente sin impacto ○ Probablemente aumentado ○ Aumentado ○ Varía ● No sé	No incluyen estudios para evaluar este componente.	Ninguna.

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
ACEPTABILIDAD	¿La intervención es aceptable para las partes interesadas clave? ☐ No ☐ Probablemente no ☐ Probablemente si ☐ Si ☐ Varía ☒ No se	No incluyen estudios para evaluar este componente.	Ninguno.
FACTIBILIDAD	¿Es factible implementar la intervención? ☐ No ☐ Probablemente no ☐ Probablemente si ☐ Si ☐ Varía ☒ No sé	No incluyen estudios para evaluar este componente.	Ninguno.

Resumen de juicios

	JUICIO						
PROBLEMA	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No sé
EFFECTOS DESEABLES	Trivial	Pequeño	Moderado	Grande		Varía	No sé
EFFECTOS INDESEABLES	Grande	Moderado	Pequeño	Trivial		Varía	No sé
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy baja	Baja	Moderada	Alto			No hay estudios incluidos.
VALORES	Importante incertidumbre o variabilidad	Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad	Probablemente sin incertidumbre o variabilidad importante	Sin incertidumbre o variabilidad importante			
BALANCE DE LOS EFECTOS	Favorece la comparación	Probablemente favorece la comparación	No favorece ni la intervención ni la comparación.	Probablemente favorezca a la intervención	Favorece a la intervención.	Varía	No sé
RECURSOS REQUERIDOS	Grandes costos	Costos moderados	Costos y ahorros insignificantes	Ahorro moderado	Grandes ahorros	Varía	No sé
EQUIDAD	Reducida	Probablemente la reduce	Probablemente sin impacto	Probablemente aumentado	Aumentada	Varía	No sé
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No sé
FACTIBILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No sé

PREGUNTA 14. ¿La utilización de AINEs aumenta la progresión de la enfermedad en pacientes con ERC?

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
PROBLEMA	¿El problema es prioritario? ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente si ● Si ○ Variable ○ No sé	Los AINEs se encuentran asociados con efectos secundarios, como la progresión en el deterioro de la TFGe y la IRA. Sin embargo, la disminución de TFGe está asociada con dosis altas y no dosis regulares de AINEs	Los panelistas están de acuerdo en la asociación de altas dosis de AINE con la progresión de la ERC.
EFFECTOS DESEABLES	¿Cuán sustanciales son los efectos anticipados deseables?? ○ Trivial ○ Pequeño ● Moderado ○ Grande ○ Variable ○ No se sabe	Dos revisiones sistemáticas reportan que los efectos benéficos de los AINEs están dados principalmente en control del dolor, la inflamación y calidad de vida.	Los panelistas refieren que si no hay otras medidas para la mitigación del dolor se puede dar AINE, pero deberá ser individualizada en cada caso y condición del paciente, y de ser necesario referirlo a las clínicas de dolor y cuidados paliativos (mencionado por médico anestesiólogo)
EFFECTOS INDESEABLES	¿Cuán importantes son los efectos indeseables anticipados? ○ Trivial ○ Pequeño ● Moderado ○ Grande ○ Variable ○ No se sabe	Dos revisiones sistemáticas reportan que los AINEs se encuentran asociados con efectos secundarios, como la progresión en la TFGe y la IRA. Sin embargo, la disminución de TFGe está asociada con dosis altas y no dosis regulares de AINEs.	Ninguno.
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	¿Cuál es la certeza general de la evidencia de los efectos? ● Muy baja ○ Baja ○ Moderada ○ Alta ○ No hay estudios incluidos	La certeza en la evidencia en Nderitu y cols. (2013) fué de muy baja a baja por riesgo de sesgo incierto. Se encontró inconsistencia seria en la progresión acelerada de la TFGe en el análisis global. La certeza en la evidencia en Zhang y cols. (2017) fue muy baja por inconsistencia muy seria.	

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
VALORES	¿Existe una incertidumbre o variabilidad importante sobre cuánto valoran las personas los resultados principales? ● Importante incertidumbre o variabilidad ○ Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad ○ Probablemente no haya incertidumbre o variabilidad importantes ○ Sin incertidumbre o variabilidad importante	Los beneficios de los AINEs están dados principalmente en control del dolor, la inflamación y calidad de vida desde el punto de vista del paciente.	Panelistas expertos temáticos, tienen diferentes opiniones al uso de AINES. Sin embargo, es recomendable brindar a los pacientes una alternativa para el tratamiento del dolor
BALANCE DE EFECTOS	¿El equilibrio entre los efectos deseables e indeseables favorece la intervención o la comparación? ● Favorece la comparación ○ Probablemente favorece la comparación ○ No favorece ni la intervención ni la comparación. ○ Probablemente favorezca la intervención ○ Favorece la intervención ○ Varía ○ No sé	Los AINEs se encuentran asociados con efectos secundarios, como la progresión en la TFG e la IRA. Sin embargo, la disminución de TFG e está asociada con dosis altas y no dosis regulares de AINEs. Los efectos benéficos de los AINEs están dados principalmente en control del dolor, la inflamación y la calidad de vida.	Del panel de expertos refieren que los pacientes en su mayoría cumplen las indicaciones, pero la venta de medicamentos de AINEs no es controlada.
RECURSOS REQUERIDOS	¿Qué tan grandes son los requisitos de recursos (costos)? ○ Grandes costos ● Costos moderados ○ Costos y ahorros insignificantes ○ Ahorro moderado ○ Grandes ahorros ○ Varía ○ No sé	Se cuenta con diferentes alternativas de AINEs en todos los establecimientos de los diferentes prestadores de servicios del SUI, acorde a sus listados oficiales de medicamentos.	Ninguno.
EQUIDAD	¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud? ○ Reducido ○ Probablemente reducido ○ Probablemente sin impacto ○ Probablemente aumentado ● Aumentado ○ Varía ○ No sé	El correcto manejo del dolor está asociado a una mejor calidad de vida de los pacientes.	

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
ACEPTABILIDAD	¿La intervención es aceptable para las partes interesadas clave? ○ No ○ Probablemente no ● Probablemente si ○ Si ○ Varía ○ No sé	No incluyen estudios para evaluar este componente.	Se considera que existe aceptabilidad por parte de la mayoría de los profesionales, aunque existe preocupación sobre su uso.
FACTIBILIDAD	¿Es factible implementar la intervención? ○ No ○ Probablemente no ● Probablemente si ○ Si ○ Varía ○ No sé	Se cuenta con diferentes alternativas de AINEs en todos los establecimientos de los diferentes prestadores de servicios del SUIIS, acorde a sus listados oficiales de medicamentos y se cuenta con clínicas del dolor y cuidados paliativos para pacientes que así lo requieran.	Ninguna.

Resumen de juicios

	JUICIO						
PROBLEMA	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No sé
EFFECTOS	Trivial	Pequeño	Moderado	Grande		Varía	No sé
EFFECTOS INDESEABLES	Grande	Moderado	Pequeño	Trivial		Varía	No sé
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy baja	Bajo	Moderado	Alto			No hay estudios incluidos.
VALORES	Importante incertidumbre o variabilidad	Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad	Probablemente sin incertidumbre o variabilidad importante	Sin incertidumbre o variabilidad importante			
BALANCE DE LOS EFECTOS	Favorece la comparación	Probablemente favorece la comparación	No favorece ni la intervención ni la comparación	Probablemente favorezca la intervención	Favorece la intervención	Varía	No sé
RECURSOS REQUERIDOS	Grandes costos	Costos moderados	Costos y ahorros insignificantes	Ahorro moderado	Grandes ahorros	Varía	No sé
EQUIDAD	Reducida	Probablemente la reduce	Probablemente sin impacto	Probablemente aumentado	Aumentada	Varía	No sé
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No sé
FACTIBILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No sé

PREGUNTA 15. ¿Cómo se clasifica la ERC según los valores de TFG y albuminuria en el riesgo de progresión de la ERC?

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
PROBLEMA	¿El problema es prioritario? ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente si ● Si ○ Variable ○ No sé		
EFFECTOS DESEABLES	¿Cuán sustanciales son los efectos anticipados deseables?? ○ Trivial ○ Pequeño ○ Moderado ● Grande ○ Variable ○ No sé	Siete estudios reportan que los estratos con TFGe y razón A/C están asociados con los desenlaces renales y la mortalidad en pacientes con ERC.	Panel de expertos manifiesta que todos los clínicos de primer nivel deberían de realizar o conocer la clasificación.
EFFECTOS INDESEABLES	¿Cuán importantes son los efectos indeseables anticipados? ● Trivial ○ Pequeño ○ Moderado ○ Grande ○ Variable ○ No se	No se reportaron efectos indeseables del uso de estos marcadores.	Ninguno.
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	¿Cuál es la certeza general de la evidencia de los efectos? ● Muy baja ○ Baja ○ Moderada ○ Alta ○ No hay estudios incluidos	La calidad de la evidencia es de muy baja a moderada. Se encontraron inconsistencia seria, efectos grandes y gradiente dosis respuesta en los desenlaces.	Ninguno.

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
VALORES	¿Existe una incertidumbre o variabilidad importante sobre cuánto valoran las personas los resultados principales? ○ Importante incertidumbre o variabilidad ○ Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad ○ Probablemente no haya incertidumbre o variabilidad importantes ● Sin incertidumbre o variabilidad importante	No se incluyó.	Pacientes desconocen cómo se realiza la clasificación y el porqué de su uso. Todos los clínicos reconocen la importancia de la clasificación.
BALANCE DE EFECTOS	¿El equilibrio entre los efectos deseables e indeseables favorece la intervención o la comparación? ○ Favorece la comparación ○ Probablemente favorece la comparación ○ No favorece ni la intervención ni la comparación. ○ Probablemente favorezca la intervención ● Favorecen a la intervención ○ Varía ○ No sé	Los datos indican que, de diferentes fuentes de información, los estratos con TFGe y razón A/C están asociados con los desenlaces renales y la mortalidad en pacientes con ERC. No se reportaron efectos indeseables del uso de estos marcadores.	Ninguno.
RECURSOS REQUERIDOS	¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos)? ○ Grandes costos ● Costos moderados ○ Costos y ahorros insignificantes ○ Ahorro moderado ○ Grandes ahorros ○ Varía ○ No sé	No incluyen estudios para evaluar este componente.	Expertos temáticos mencionan la falta de reactivo para identificar albuminuria en establecimientos de salud.
EQUIDAD	¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud? ○ Reducido ○ Probablemente reducido ○ Probablemente sin impacto ○ Probablemente aumentado ● Aumentado ○ Varía ○ No sé	No incluyen estudios para evaluar este componente.	Ninguno.

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
ACEPTABILIDAD	¿La intervención es aceptable para las partes interesadas clave? ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente si ● Si ○ Varía ○ No sé	No incluyen estudios para evaluar este componente.	Ninguno
FACTIBILIDAD	¿Es factible implementar la intervención? ○ No ○ Probablemente no ● Probablemente si ○ Si ○ Varía ○ No sé	No incluyen estudios para evaluar este componente.	Expertos temáticos mencionan la falta de reactivo para identificar albuminuria en establecimientos de salud.

Resumen de juicios

	JUICIO						
PROBLEMA	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No se
EFFECTOS DESEABLES	Trivial	Pequeño	Moderado	Grande		Varía	No sé
EFFECTOS INDESEABLES	Grande	Moderado	Pequeño	Trivial		Varía	No sé
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy baja	Baja	Moderada	Alta			No hay estudios incluidos.
VALORES	Importante incertidumbre o variabilidad	Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad	Probablemente sin incertidumbre o variabilidad importante	Sin incertidumbre o variabilidad importante			
BALANCE DE LOS EFECTOS	Favorece la comparación	Probablemente favorece la comparación	No favorece ni la intervención ni la comparación.	Probablemente favorezca la intervención.	Favorece a la intervención.	Varía	No sé
RECURSOS REQUERIDOS	Grandes costos	Costos moderados	Costos y ahorros insignificantes	Ahorro moderado	Grandes ahorros	Varía	No sé
EQUIDAD	Reducida	Probablemente la reduce	Probablemente sin impacto	Probablemente aumentado	Aumentada	Varía	No sé
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No sé
FACTIBILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente si	Sí		Varía	No sé

PREGUNTA 16. ¿El estado hipertensivo es un factor que modifica el efecto de la progresión de ERC en las categorías de TFGe y razón A/C?

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
PROBLEMA	¿El problema es prioritario? ☐ No ☒ Probablemente no ☐ Probablemente si ☐ Si ☐ Variable ☐ No sé		Ninguna.
EFFECTOS DESEABLES	¿Cuán sustanciales son los efectos anticipados deseables?? ☒ Trivial ☐ Pequeño ☐ Moderado ☐ Grande ☐ Variable ☐ No se sabe	Se encontró un Metaanálisis que identificó los valores de TFGe y razón A/C independientemente del estado hipertensivo del paciente como factor pronóstico.	Ninguno.

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
EFFECTOS INDESEABLES	¿Cuán importantes son los efectos indeseables anticipados? ● Trivial ○ Pequeño ○ Moderado ○ Grande ○ Variable ○ No se sabe	Se encontró un Metanálisis, pero no se encontró la medición de estos efectos	Ninguno.
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	¿Cuál es la certeza general de la evidencia de los efectos? ● Muy baja ○ Baja ○ Moderada ○ Alta ○ No hay estudios incluidos	La calidad de la evidencia es muy baja por inconsistencia seria.	Ninguno.
VALORES	¿Existe una incertidumbre o variabilidad importante sobre cuánto valoran las personas los resultados principales? ○ Importante incertidumbre o variabilidad ○ Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad ● Probablemente sin incertidumbre o variabilidad importantes ○ Sin incertidumbre o variabilidad importante	No se encontró evidencia de la medición de este componente en el Metaanálisis encontrado.	Ninguno.
BALANCE DE EFECTOS	¿El equilibrio entre los efectos deseables e indeseables favorece la intervención o la comparación? ○ Favorece la comparación ○ Probablemente favorece la comparación ● No favorece ni la intervención ni la comparación. ○ Probablemente favorezca la intervención ○ Favorece la intervención ○ Varía ○ No sé	La evidencia identificada muestra que el estado hipertensivo por sí solo no afecta el pronóstico de la ERC.	Ninguno.

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
RECURSOS REQUERIDOS	¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos)? ○ Grandes costos ○ Costos moderados ○ Costos y ahorros insignificantes ○ Ahorro moderado ○ Grandes ahorros ○ Varía ● No sé	No se encontraron estudios que permitan evaluar este componente.	No se cuenta con el reactivo.
EQUIDAD	¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud? ○ Reducido ○ Probablemente reducido ● Probablemente sin impacto ○ Probablemente aumentado ○ Aumentado ○ Varía ○ No sé	No se encontraron estudios que permitan evaluar este componente.	Ninguno
ACEPTABILIDAD	¿La intervención es aceptable para las partes interesadas clave? ○ No ○ Probablemente no ● Probablemente si ○ Si ○ Varía ○ No sé	El Metanálisis encontrado no hace mención de este componente	Ninguno
FACTIBILIDAD	¿Es factible implementar la intervención? ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente si ● Si ○ Varía ○ No sé	El grupo desarrollador cundiera que es factible implementar la recomendación.	

Resumen de juicios

	JUICIO						
PROBLEMA	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No sé
EFFECTOS DESEABLES	Trivial	Pequeño	Moderado	Grande		Varía	No sé
EFFECTOS INDESEABLES	Grande	Moderado	Pequeño	Trivial		Varía	No sé
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy bajo	Baja	Moderada	Alto			No hay estudios incluidos.
VALORES	Importante incertidumbre o variabilidad	Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad	Probablemente sin incertidumbre o variabilidad importante	Sin incertidumbre o variabilidad importante			
BALANCE DE LOS EFECTOS	Favorece la comparación	Probablemente favorece la comparación	No favorece ni la intervención ni la comparación.	Probablemente favorezca la intervención.	Favorece a la intervención.	Varía	No sé
RECURSOS REQUERIDOS	Grandes costos	Costos moderados	Costos y ahorros insignificantes	Ahorro moderado	Grandes ahorros	Varía	No sé
EQUIDAD	Reducida	Probablemente la reduce	Probablemente sin impacto	Probablemente aumentado	Aumentada	Varía	No sé
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No sé
FACTIBILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No sé

PREGUNTA 17. ¿La diabetes mellitus es un factor que modifica el efecto de la progresión de ERC en las categorías de TFGe y razón A/C?

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
PROBLEMA	¿El problema es prioritario? ☐ No ☒ Probablemente no ☐ Probablemente si ☐ Si ☐ Variable ☐ No sé		Es importante identificar y dar seguimiento a los pacientes con factores de riesgo sobre todo agroquímicos y los factores ambientales.
EFFECTOS DESEABLES	¿Cuán sustanciales son los efectos anticipados deseables?? ☒ Trivial ☐ Pequeño ☐ Moderado ☐ Grande ☐ Variable ☐ No se sabe	Se encontraron 2 revisiones sistemáticas que sustentan el problema. (Ver tabla 14). Una revisión sistemática menciona que la evidencia fue insuficiente para afirmar que los pacientes con diabetes mellitus tienen un riesgo aumentado de progresar al estadio final de enfermedad renal. Sin embargo, en el análisis de sensibilidad, que omitió uno de los estudios se encuentra un aumento del riesgo los pacientes diabéticos, comparados con los que no lo eran.	Ninguno.
EFFECTOS INDESEABLES	¿Cuán importantes son los efectos indeseables anticipados? ☐ Trivial ☐ Pequeño ☒ Moderado ☐ Grande ☐ Variable ☐ No se sabe	El grupo desarrollador considera que son importantes, aunque la evidencia es muy baja.	Ninguno.
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	¿Cuál es la certeza general de la evidencia de los efectos? ☒ Muy baja ☐ Baja ☐ Moderada ☐ Alta ☐ No hay estudios incluidos	La calidad de la evidencia se encuentra entre baja y muy baja por inconsistencia e imprecisión serias.	Ninguno.

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
VALORES	¿Existe una incertidumbre o variabilidad importante sobre cuánto valoran las personas los resultados principales? ○ Importante incertidumbre o variabilidad ● Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad ○ Probablemente sin incertidumbre o variabilidad importantes ○ Sin incertidumbre o variabilidad importante	En las revisiones sistemáticas encontradas no hay evidencia de la medición de este componente.	Ninguno.
BALANCE DE EFECTOS	¿El equilibrio entre los efectos deseables e indeseables favorece la intervención o la comparación? ○ Favorece la comparación ○ Probablemente favorece la comparación ● No favorece ni la intervención ni la comparación. ○ Probablemente favorezca la intervención ○ Favorece la intervención ○ Varía ○ No lo sé	La evidencia identificada muestra que diabetes mellitus por sí solo no afecta el pronóstico de la ERC.	Ninguno.
RECURSOS REQUERIDOS	¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos)? ○ Grandes costos ○ Costos moderados ● Costos y ahorros insignificantes ○ Ahorro moderado ○ Grandes ahorros ○ Varía ○ No sé	No se encontró evidencia de este componente en la revisión sistemática revisada.	Ninguno.
EQUIDAD	¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud? ○ Reducido ○ Probablemente reducido ● Probablemente sin impacto ○ Probablemente aumentado ○ Aumentado ○ Varía ○ No sé	No se encontró evidencia de este componente en la revisión sistemática revisada.	Ninguno.

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
ACEPTABILIDAD	¿La intervención es aceptable para las partes interesadas clave? ☐ No ☐ Probablemente no ☒ Probablemente si ☐ Sí ☐ Varía ☐ No sé	No se encontró evidencia de este componente en la revisión sistemática revisada.	Ninguno.
FACTIBILIDAD	¿Es factible implementar la intervención? ☐ No ☐ Probablemente no ☐ Probablemente si ☒ Sí ☐ Varía ☐ No sé	No se encontró evidencia de este componente en la revisión sistemática revisada, pero se considera que es factible implementarla.	Ninguno.

Resumen de juicios

	JUICIO						
PROBLEMA	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No se
EFFECTOS DESEABLES	Trivial	Pequeño	Moderado	Grande		Varía	No se
EFFECTOS INDESEABLES	Grande	Moderado	Pequeño	Trivial		Varía	No se
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy bajo	Bajo	Moderado	Alto			No hay estudios incluidos
VALORES	Importante incertidumbre o variabilidad	Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad	Probablemente sin incertidumbre o variabilidad importante	Sin incertidumbre o variabilidad importante			
BALANCE DE LOS EFECTOS	Favorece la comparación	Probablemente favorece la comparación	No favorece ni la intervención ni la comparación.	Probablemente favorezca la intervención.	Favorece a la intervención.	Varía	No se
RECURSOS REQUERIDOS	Grandes costos	Costos moderados	Costos y ahorros insignificantes	Ahorro moderado	Grandes ahorros	Varía	No se
EQUIDAD	Reducida	Probablemente la reduce	Probablemente sin impacto	Probablemente aumentado	Aumentada	Varía	No se
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No se
FACTIBILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente si	Si		Varía	No se