SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE PLANIFICACIÓN SANITARIA
DEPARTAMENTO EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS Y SALUD BASADA EN EVIDENCIA

Informe de Priorización de Preguntas
Guía de Práctica Clínica Trasplante Renal 2018

La División de Prevención y Control de Enfermedades en conjunto con la División de Planificación Sanitaria, periódicamente elaboran y actualizan Guías de Práctica Clínica (GPC), lo cual implica definir las potenciales preguntas clínicas en formato específico, para luego priorizarlas[1].

FORMULACIÓN DE PREGUNTAS CLÍNICAS

En una reunión presencial el Equipo Coordinador del Ministerio de Salud[2], después de instruir en la metodología Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) para la elaboración de GPC, incentivó a los Panelistas[3] a formular preguntas de decisión clínica centradas en los efectos de intervenciones a comparar.

La formulación de las preguntas asociadas a la temática de la GPC, se contextualizan en el escenario de la práctica clínica en Chile, considerando tanto el sistema de salud público como privado. En esta etapa se definieron los siguientes componentes de la pregunta: población, la intervención de interés, la intervención de comparación[4].

Tabla n°1: Estructura "Población, Intervención, Comparación" (PIC) para pregunta clínicas.

P	Población	Población a la cual está dirigida la intervención. Se requiere precisar lo más detalladamente posible: edad, etapa de la enfermedad, factores de riesgo, etc.
I	Intervención	Intervención que se quiere evaluar, suele ser una intervención innovadora o reciente.
C	Comparación	Intervención comparadora, por lo general es la intervención que se realiza habitualmente. La comparación debe ser una intervención que sea válida tanto en términos éticos como en términos de factibilidad.

Tras el debate entre los Panelistas se formularon 9 preguntas clínicas (ver Tabla n°1) y se priorizaron los outcomes o desenlaces por cada pregunta.
Tabla N°1

[1] Ministerio de Salud de Chile. Manual Metodológico Desarrollo de Guías de Práctica Clínica. Gobierno de Chile. Santiago; 2014.
[2] Equipo del Ministerio de Salud, constitutido por profesionales de del Departamento de Enfermedades No Transmisibles de la División de Prevención y Control de Enfermedades
[3] Expertos clínicos, referentes del MINSAL y de FONASA convocados especialmente para la elaboración de la GPC.
[4] Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Atkins D, Brozek J, Vist G, et al. GRADE guidelines: 2. Framing the question and deciding on important outcomes. J Clin Epidemiol [Internet]. 2011 Apr 1 [cited 2018 Jun 12];64(4):395–400.

Preguntas clínicas formuladas
1. En personas con trasplante renal de bajo riesgo inmunológico o con PRA menor a 20% se debe realizar inducción con Antagonistas de receptor IL-2 o no
2. En personas con trasplante renal de bajo riesgo inmunológico o PRA<20% se debe usar un Antagonistas de receptor IL-2 comparado con Anticuerpo Policlonal (conejo -Timoglobulina) como tratamiento de inducción
3. ¿En personas con trasplante renal de alto riesgo inmunológico o PRA>20% debe preferirse Antagonistas de receptor IL-2 comparado con Anticuerpo Policlonal (conejo - Timoglobulina) como tratamiento de inducción?
4. ¿En personas con trasplante renal se debe usar en esquema de mantención basado en inhibidores de mTOR (Sirolimus, Everolimus) versus Inhibidores de calcineurina (Ciclosporina, Tacrolimus, Tacrolimus XL)?
5. ¿En personas con trasplante renal se debe usar un esquema de mantención basado en Ciclosporina versus Tacrolimus (Tacrolimus, Tacrolimus XL)?
6. En población pediátrica con trasplante renal, en el esquema de mantención, se debe usar corticoides comparado con no usar?
7. En personas con trasplante renal con antecedentes de deterioro progresivo de la función renal de origen no aloinmune en tratamiento con un Inhibidor de Calcineurina, se debe cambiar a un inhibidor de mTOR comparado con no cambiar (no minimización).
8. En personas con trasplante renal con antecedentes de cáncer en tratamiento con un Inhibidor de Calcineurina, se debe cambiar a un inhibidor de mTOR (minimización) comparado con no cambiar (no minimización).
9. .En personas con trasplante renal con alto riesgo de retraso de la función del injerto ¿Se debe realizar inducción con Antagonistas de receptor IL-2 versus Anticuerpo Policlonal (conejo)

DESENLACES PRIORIZADOS POR PREGUNTA

1 En personas con trasplante renal de bajo riesgo inmunológico o con PRA menor a 20% se debe realizar inducción con Antagonistas de receptor IL-2 o no?

Outcomes propuestos	**Final**
Rechazo agudo	**9**
Sobrevida paciente	**9**
Sobrevida injerto	**9**
Riesgo de cáncer	**8**
Función del injerto	**8**
Riesgo de BK virus	**5**
Riesgo de CMV	**5**
Riesgo de infecciones graves	**5**
Retraso función injerto	**3**

Pregunta 2- ¿En personas con trasplante renal de bajo riesgo inmunológico o PRA<20% se debe usar un Antagonistas de receptor IL-2 comparado con Anticuerpo Policlonal (conejo -Timoglobulina) como tratamiento de inducción?

Outcomes propuestos	**Final**
Sobrevida paciente	**9**
Sobrevida injerto	**9**
Rechazo agudo	**8**
Función del injerto	**8**
Riesgo de infecciones graves	**7**
Riesgo de cáncer	**7**
Riesgo de BK virus	**5**
Riesgo de CMV	**5**
Retraso función injerto	**3**

Pregunta 3 ¿En personas con trasplante renal de alto riesgo inmunológico o PRA≥20% debe preferirse Antagonistas de receptor IL-2 comparado con Anticuerpo Policlonal (conejo -Timoglobulina) como tratamiento de inducción?

Outcomes propuestos	**Final**
Sobrevida paciente	**9**
Sobrevida injerto	**9**
Rechazo agudo	**8**
Función del injerto	**8**
Riesgo de infecciones graves	**7**
Riesgo de cáncer	**7**
Riesgo de BK virus	**6**
Riesgo de CMV	**6**
Retraso función injerto	**3**

4 ¿En personas con trasplante renal se debe usar en esquema de mantención basado en inhibidores de mTOR (Sirolimus, Everolimus) versus Inhibidores de calcineurina (Ciclosporina, Tacrolimus, Tacrolimus XL)?

Outcomes propuestos	**Final**
Sobrevida paciente	**9**
Sobrevida injerto renal	**9**
Adherencia	**9**
Aparición de anticuerpo donante específico	**8**
Riesgo de rechazo humoral agudo	**8**
Riesgo de rechazo crónico	**8**
Riesgo de rechazo celular agudo	**6**
Riesgo de infecciones graves	**8**
Función del Injerto	**7**

Riesgo de BK virus	**7**
Riesgo de cáncer	**7**
Riesgo de CMV	**6**
Enfermedades metabólicas asociadas	**5**
Enfermedad cardiovascular	**5**
Efectos adversos	**7**
Calidad de vida (ansiedad, impacto sobre el trabajo, depresión)	**7**

5 ¿En personas con trasplante renal se debe usar un esquema de mantención basado en Ciclosporina versus Tacrolimus (Tacrolimus, Tacrolimus XL)?

Outcomes propuestos	**Final**
Sobrevida paciente	**9**
Sobrevida injerto renal	**9**
Adherencia	**9**
Aparición de anticuerpo donante específico	**8**
Riesgo de rechazo humoral agudo	**8**
Riesgo de rechazo crónico	**8**
Riesgo de rechazo celular agudo	**6**
Riesgo de infecciones graves	**8**
Función del Injerto	**7**
Riesgo de BK virus	**7**
Riesgo de cáncer	**7**
Riesgo de CMV	**6**
Enfermedades metabólicas asociadas	**5**
Enfermedad cardiovascular	**5**
Efectos adversos	**7**
Calidad de vida (ansiedad, impacto sobre el trabajo, depresión)	**7**

Preguntas 6 En población pediátrica con trasplante renal, en el esquema de mantención, se debe usar corticoides comparado con no usar?

Outcomes propuestos	**Final**
Sobrevida paciente	**9**
Sobrevida injerto renal	**9**
Adherencia	**9**
Aparición de anticuerpo donante específico	**8**

Riesgo de rechazo humoral agudo	**8**
Riesgo de rechazo crónico	**8**
Riesgo de rechazo celular agudo	**6**
Riesgo de infecciones graves	**8**
Función del Injerto	**7**
Enfermedades metabólicas asociadas	**5**
Enfermedad cardiovascular	**5**
Impacto en el crecimiento pondo estatural	**7**
Calidad de vida (ansiedad, impacto sobre actividad diaria	**3**

7 En personas con trasplante renal con antecedentes de deterioro progresivo de la función renal de origen no aloinmune en tratamiento con un Inhibidor de Calcineurina, se debe cambiar a un inhibidor de mTOR comparado con no cambiar (no minimización).

Outcomes propuestos	**Final**
Rechazo agudo	**9**
Sobrevida paciente	**9**
Sobrevida injerto	**9**
Riesgo de nuevo cáncer	**8**
Función del injerto	**8**
Riesgo de infecciones graves	**8**
Efecto adversos (edema, aumento de peso, síndrome edematoso, proteinuria, dislipidemia, neumonitis, infecciones)	**6**

8 En personas con trasplante renal con antecedentes de cáncer en tratamiento con un Inhibidor de Calcineurina, se debe cambiar a un inhibidor de mTOR (minimización) comparado con no cambiar (no minimización).

Outcomes propuestos	**Final**
Rechazo agudo	**9**
Sobrevida paciente	**9**
Sobrevida injerto	**9**
Riesgo de nuevo cáncer	**8**
Función del injerto	**8**
Riesgo de infecciones graves	**8**
Efecto adversos (edema, aumento de peso, síndrome edematoso, proteinuria, dislipidemia, neumonitis, infecciones)	**6**

PREGUNTA 9. EN PERSONAS CON TRASPLANTE RENAL CON ALTO RIESGO DE RETRASO DE LA FUNCIÓN DEL INJERTO ¿SE DEBE REALIZAR INDUCCIÓN CON ANTAGONISTAS DE RECEPTOR IL-2 VERSUS ANTICUERPO POLICLONAL (CONEJO)?

Outcomes propuestos	**Final**
Rechazo agudo	**9**
Sobrevida paciente	**9**
Sobrevida injerto	**9**
Riesgo de nuevo cáncer	**8**
Función del injerto	**8**
Riesgo de infecciones graves	**8**
Efecto adversos (edema, aumento de peso, síndrome edematoso, proteinuria, dislipidemia, neumonitis, infecciones)	**6**

MIEMBROS DEL EQUIPO ELABORADOR QUE PARTICIPARON DE LA PRIORIZACIÓN DE PREGUNTAS DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

Nombre	Profesión	Instituciones
Dra. Jaqueline Pefaur	Jefa de Nefrología	Hospital Barros Luco Trudeau Nefróloga de Clínica Santa María, Docente Universidad de Chile, miembro de comisión trasplante renal Ministerial
Dr. Oscar Espinoza	Médico Nefrólogo	Hospital Salvador y Clínica Santa María
Dra Pia Rosati	Médico Nefrólogogía Infantil	Hospital San Juan de Dios, Clínica Santa Maria, miembro de comisión trasplante renal Ministerial
Dra Mireya Ortiz	Médico Nefrólogo	de Pontificia Universidad Católica de Chile, miembro de comisión trasplante renal Ministerial
Dr José Miguel Palacios	Médico Cirujano de Trasplante	Hospital San Juan de Dios y Clínica Alemana de Stgo, miembro de comisión trasplante renal Ministerial
Dr Alvaro Kompantski	Médico Cirujano de Trasplante	Hospital Sótero del Río, Clínica Santa María
Dra. Susana Elgueta	Médico Inmunóloga	Instituto de Salud Pública
EU. Jésica Galvez	Enfermera	Hospital Barros Lucos, miembro de comisión trasplante renal Ministerial
Sra. Magdalena Walbaum	Kinesióloga	Departamento Enfermedades no transmisisbles
Dr. Camilo Ulloa	Médico Nefrólogo	Hospital Barros Luco Nefrólogo Clínica Alemana de Santiago Asesor Enfermedades no transmisibles, Ministerio de Salud
Dr. Pablo Troncoso	Médico Urólogo	Presidente Sociedad Chilena de Trasplante, miembro de comisión trasplante renal Ministerial
Dr. Jose Luis Rojas	Médico	Coordinador mesa de trasplante, División de Gestión dela Red Asistencial
Sra. Ana María Merelo		División de Gestión dela Red Asistencial