

RESUMEN EJECUTIVO

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

CÁNCER RENAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS



VERSIÓN COMPLETA de la Guía de Práctica Clínica de Cáncer Renal en personas menores de 15:

<https://diprece.minsal.cl/garantias-explicitas-en-salud-auge-o-ges/cancer-renal-en-personas-de-15-anos-y-mas/recomendaciones-grade/>

MINISTERIO DE SALUD. RESUMEN EJECUTIVO GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA CÁNCER RENAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS. SANTIAGO: MINSAL.

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de disseminación y capacitación. Prohibida su venta.

Fecha de Publicación: 2021

RECOMENDACIONES DE LA GUÍA

RECOMENDACIONES	GRADO DE RECOMENDACIÓN	CERTEZA EN LA EVIDENCIA
RECOMENDACIONES DE PRONÓSTICO		
En personas mayores de 15 años con cáncer renal avanzado, el Ministerio de Salud RECOMIENDA no usar marcador pronóstico molecular PD-L1 para definir tratamiento.	FUERTE	BAJA ⊕⊕○○
RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO		
En personas de 15 años y más con cáncer renal metastásico, el Ministerio de Salud SUGIERE usar terapias combinadas basadas en el uso de inhibidores de checkpoint de la vía PD-1 como primera línea de tratamiento por sobre usar inhibidores de la tirosin quinasa como sunitinib o pazopanib. <i>Comentarios del panel de expertos:</i> - Si bien existe incertidumbre respecto a su magnitud, el panel considera que el beneficio en sobrevida global de usar estas terapias podría ser importantes para las personas. - El alto costo de estas terapias es considerado como la principal brecha para poder implementar esta intervención, debido a que no cuenta con financiamiento garantizado en el sistema de salud actual (público o privado). - Las combinaciones sugeridas por el panel, basadas en el uso de inhibidores de check point de la vía PD-1 son: - pembrolizumab+ axitinib - avelumumab+ axitinib - nivolumab + ipilimumab - Los estudios actualmente disponibles para estas terapias no cuentan con el seguimiento necesario para estimar el beneficio en sobrevida global. Por lo que esta recomendación podría modificarse en el futuro.	CONDICIONAL	BAJA ⊕⊕○○
En personas de 15 años y más con cáncer renal metastásico, el Ministerio de Salud SUGIERE dar solo terapia sistémica con inhibidores de la tirosin quinasa (TKI) en comparación de asociar la terapia sistémica y la nefrectomía citorréductiva. <i>Comentarios del panel:</i> El panel considera que la evidencia existente muestra	CONDICIONAL	BAJA ⊕⊕○○

resultados debatibles, y que quienes podrían beneficiarse de la nefrectomía citorreductiva, que tiene como propósito un beneficio oncológico, son aquellas personas que presentan un riesgo intermedio con 1 punto de acuerdo con los Criterios de Heng.		
En personas mayores de 15 años con cáncer renal localizado, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar nefrectomía mínimamente invasiva o laparoscópica en comparación a realizar nefrectomía abierta. <i>Comentario del panel:</i> La técnica laparoscópica podría ofrecer un beneficio similar a la cirugía abierta, pero con menos efectos adversos, menores costos y una estadía hospitalaria más breve. Sin embargo, su realización requiere de cirujanos entrenados y con experiencia, los cuales pudieran no estar disponibles en todos los centros hospitalarios.	CONDICIONAL	BAJA 
En personas mayores de 15 años con cáncer renal metastásico, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar tratamiento de las metástasis más terapia sistémica en comparación a realizar solo terapia sistémica. <i>Comentarios del panel:</i> El beneficio del tratamiento de las metástasis más la terapia sistémica es importante para las personas, sin embargo, en aquellas personas en que pueda realizarse el tratamiento completo de las metástasis (oligometastásicos) y que según evaluación de comité oncológico multidisciplinario tengan buena funcionalidad de acuerdo con las escalas <i>performance status</i> o ECOG, pudiera retrasarse el inicio de la terapia sistémica, por los posibles efectos adversos asociados a esta terapia.	CONDICIONAL	MUY BAJA 
En personas mayores de 15 años con tumores renales pequeños menores a 4 cm, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar nefrectomía parcial por sobre realizar terapias focales mínimamente invasivas (crioterapia, radiofrecuencia o radioterapia) o seguimiento activo.	CONDICIONAL	MUY BAJA 

RECOMENDACIONES DE SEGUIMIENTO

En personas mayores de 15 años con tumores renales menores de 4 cm, no candidatos a nefrectomía parcial, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar seguimiento activo en comparación a realizar terapias focales mínimamente invasivas.

CONDICIONAL

MUY BAJA



RECOMENDACIONES DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

En personas mayores de 15 años con cáncer renal con indicación quirúrgica, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar cirugía en centros de alto volumen.

Comentario del panel:

- El panel considera que la mayor brecha de implementabilidad corresponde al fortalecimiento de la red de derivación y optimización de la gestión de casos.
- En Chile la mediana de cirugías renales anuales es de 15, por lo que un centro de alto volumen considera aquellos que realizan al menos esa cantidad.

CONDICIONAL

MUY BAJA



En personas mayores de 15 años con diagnóstico de cáncer renal el Ministerio de Salud SUGIERE realizar consejería genética en comparación a no realizar.

BUENA PRÁCTICA CLÍNICA

Las recomendaciones fueron formuladas durante el año 2021 utilizando el sistema GRADE.

1. DESCRIPCIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA DEL PROBLEMA O CONDICIÓN DE SALUD

Epidemiología

La incidencia del carcinoma de células renales (CCR) ha aumentado en las últimas décadas, siendo a nivel mundial el sexto cáncer más frecuentemente diagnosticado en hombres y el décimo en mujeres (1). Sin embargo, la sobrevida ha mejorado en las últimas tres décadas. Esto se ha dado, en parte, por el incremento del diagnóstico incidental de cánceres pequeños indolentes, que ocurre por detección de imágenes en molestias no específicas de tipo músculo-esquelético y gastrointestinal (1,2).

A nivel mundial, durante el año 2013, se diagnosticaron más de 350.000 personas con CCR, y se reportaron más de 140.000 muertes al año, por esta causa (1,2).

Este cáncer es más común en hombres que en mujeres, con una relación de 1,5:1. El peak de desarrollo de la patología es entre los 60 y 70 años de edad (1,2), presentándose el 77% de los casos posterior a los 55 años (3).

En Chile, la mortalidad por CCR entre el año 1983 al 2015 ha experimentado un incremento del 1,1% anual (IC 95% 0,8-1,3) y una tasa de incidencia de 4,35 por 100.000 habitantes para el año 2015 (4).

Etiopatogenia

Los tipos de CCR más comunes son los de células claras, papilar y cromóforo, los cuales representan el 85 a 90% de las enfermedades malignas de riñón (2).

Las metástasis más comunes para este tipo de cáncer son las que se encuentran en pulmón, hueso y cerebro, menos común son las que se alojan en glándulas adrenales, el riñón contralateral o en el hígado (2).

Presentación clínica

El cáncer renal, es predominantemente silente, siendo solo el 30% de los pacientes diagnosticados por sus síntomas. La hematuria macro o microscópica es el síntoma más común, aunque también se puede presentar dolor abdominal y edema de extremidades. Además, en todas las etapas, este cáncer puede generar productos biológicos activos similares a hormonas o citoquinas, las cuales pueden causar síndromes paraneoplásicos clínicamente relevantes (2).

El examen físico es una herramienta limitada para el diagnóstico de este cáncer; empero, una masa abdominal palpable, un varicocele de nueva aparición o edema en las extremidades inferiores, siempre debe dar lugar a sospecha y ser evaluado con imágenes para descartar una neoplasia retroperitoneal (2).

2. OBJETIVO Y ALCANCES DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

OBJETIVO GENERAL:

Generar recomendaciones, basadas en la mejor evidencia disponible, para el manejo clínico de personas de 15 años y más con diagnóstico de Cáncer Renal.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Entregar recomendaciones para el tratamiento del Cáncer Renal en personas de 15 años y más.

TIPO DE PERSONAS Y ESCENARIO CLÍNICO:

Personas de 15 años y más con diagnóstico de cáncer renal que reciben atención a nivel secundario y terciario de salud en el sector público y privado de salud.

USUARIOS DE LA GUÍA:

Equipos oncológicos del sistema público y privado que estén capacitados para el abordaje de este problema de salud.

3. MÉTODOS

Para la elaboración de esta Guía se constituyó un **equipo elaborador** compuesto por: un coordinador temático, metodólogos, responsables de la búsqueda y síntesis de evidencia, expertos clínicos, referentes del Ministerio de Salud y del Fondo Nacional de Salud (FONASA), y un representante de la sociedad civil, quienes realizaron su declaración de conflictos de interés y confidencialidad. Las reuniones se desarrollaron de manera telemática en modalidad sincrónica y fueron guiadas por las coordinadoras metodológicas en el desarrollo de los juicios respecto de los dominios de la tabla de la Evidencia a la Decisión (EtD). Se discutió cada juicio de manera abierta y se llegó a conclusión mediante consenso, y cuando esto no fue logrado en una primera instancia, se realizó votación a través de herramienta de la plataforma utilizada para la reunión telemática.

- Ver más detalle en [Equipo Elaborador y declaración de potenciales conflicto de intereses - Guía Cáncer Renal en personas de 15 años y más 2021](#)

Para cada una de las preguntas de la guía se realizó una búsqueda electrónica amplia de revisiones sistemáticas y estudios aleatorizados en las bases de datos Cochrane database of systematic reviews (CDSR); PubMed; EMBASE desde su fecha de inicio hasta agosto 2020 (apéndice 1). No se aplicaron restricciones en base al idioma o estado de publicación. Dos revisores de manera independiente realizaron la selección de los títulos y los resúmenes, la evaluación del texto completo y la extracción de datos. Un tercer miembro del equipo resolvió cualquier discrepancia entre los distintos revisores. Adicionalmente se realizó una búsqueda de estudios de valores y preferencias de las personas, costo-efectividad y costos.

PRIORIZACIÓN DE PREGUNTAS CLÍNICAS

El equipo elaborador planteó todas las potenciales preguntas, definiendo claramente la población, intervención y comparación. Luego de un proceso de evaluación se descartó la pregunta N°16: *En personas mayores de 15 años con cáncer renal metastásico ¿Se debe “ofrecer terapia sistémica con TKI asociada con inmunoterapia” en comparación a “ofrecer monoterapia”?* quedando finalmente las siguientes 14 preguntas a desarrollar en la versión 2020-2021 de la GPC:

Pronóstico

1. En personas mayores de 15 años con cáncer renal metastásico ¿Se debe “usar marcador pronóstico molecular PD-L1 para definir tratamiento (tipo de terapia sistémica)” en comparación a “no usar”?

Tratamiento

2. En personas mayores de 15 años con cáncer renal metastásico ¿Se debe “usar combinación pembrolizumab+axitinib como primera línea de tratamiento” en comparación a “usar inhibidores de tirosin quinasa (sunitinib o pazopanib)”?

3. En personas mayores de 15 años con cáncer renal metastásico ¿Se debe “usar combinación avelumab+axitinib como primera línea de tratamiento” en comparación a “usar inhibidores de tirosin quinasa (sunitinib o pazopanib)”?
4. En personas mayores de 15 años con cáncer renal metastásico ¿Se debe “usar combinación nivolumab+ipilimumab como primera línea de tratamiento” en comparación a “usar inhibidores de tirosin quinasa (sunitinib o pazopanib)”?
5. En personas mayores de 15 años con tumores renales pequeños, menores de 4 cm ¿Se deben “realizar terapias focales mínimamente invasivas” en comparación a “realizar nefrectomía parcial”?
6. En personas mayores de 15 años con tumores renales pequeños, menores de 4 cm, no candidatos a nefrectomía parcial (mayor de 75 años o con comorbilidades, con pronóstico de sobrevida menor a 5 años) ¿Se deben “realizar terapias focales mínimamente invasivas” en comparación a “realizar seguimiento”?
7. En personas mayores de 15 años con cáncer renal metastásico ¿Se debe “realizar tratamiento de las metástasis más terapia sistémica” en comparación a “realizar sólo terapia sistémica”?
8. En personas mayores de 15 años con cáncer renal oligometastásico ¿Se debe “realizar tratamiento de las metástasis” en comparación a “realizar terapia sistémica”?
9. En personas mayores de 15 años con cáncer renal metastásico ¿Se debe “realizar nefrectomía citorreductiva más terapia sistémica con TKI” en comparación a “tratar sólo con TKI”?
10. En personas mayores de 15 años con cáncer renal localizado ¿Se debe “realizar cirugía mínimamente invasiva” en comparación a “realizar cirugía abierta”?
11. En personas mayores de 15 años con cáncer renal metastásico riesgo intermedio de Heng ¿Se debe “realizar nefrectomía citorreductiva” en comparación a “no realizar nefrectomía citorreductiva”?
12. En personas mayores de 15 años diagnóstico de cáncer renal ¿Se debe “realizar consejería genética” en comparación a “no realizar”?

Seguimiento

13. En personas mayores de 15 años con tumores renales pequeños menores de 4 cm ¿Se debe “realizar seguimiento” en comparación a “nefrectomía parcial”?

Atención Hospitalaria

14. En personas mayores de 15 años con cáncer renal con indicación de cirugía ¿Se debe “realizar cirugía en centros de alto volumen” en comparación a “realizar cirugía en centros de bajo volumen”?

La pregunta N°13: En familiares de personas mayores de 15 años con diagnóstico de cáncer renal ¿se debe “realizar consejería genética” en comparación a “no realizar” ?, fue abordada como una recomendación de buena práctica, dado que el panel consideró necesario formular esta recomendación en el contexto nacional.

Posterior a la realización de las recomendaciones, el equipo metodológico consideró, para facilitar la comprensión de estas, agrupar algunas recomendaciones que estaban relacionadas entre sí:

- Inhibidores de checkpoint de la vía PD-1 en comparación a inhibidores de la tirosin quinasa (preguntas 2, 3 y 4)
- Terapia sistémica en comparación a terapia sistémicas más nefrectomía (preguntas 9 y 12)
- Nefrectomía parcial en comparación a terapias focales mínimamente invasivas y seguimiento activo (preguntas 5 y 15)
- Tratamiento de las metástasis más terapia sistémica en comparación a solo terapia sistémica (preguntas 7 y 8).

Ver más detalle en [Informe de Priorización de preguntas - Guía de Práctica Clínica Cáncer Renal en personas mayores de 15 años](#)

ELABORACIÓN DE RECOMENDACIONES

Las recomendaciones de esta Guía fueron elaboradas de acuerdo al sistema “*Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation*” (GRADE) (5). Para cada una de las preguntas seleccionadas, se realizó la búsqueda y la síntesis de evidencia respecto de:

1. Efectos deseables e indeseables de la intervención versus comparación: La síntesis de evidencia se realizó con el formato de Tabla de Resumen de Hallazgos GRADE (Summary of Findings - SoF) cuando fue posible.
2. Valores y preferencias de las personas respecto a la intervención versus comparación.
3. Costos de la intervención y comparación
4. Costo efectividad de la intervención versus comparación.

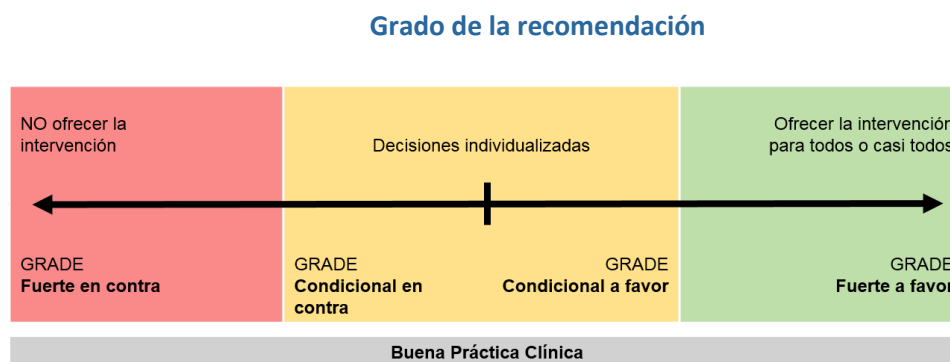
Ver más detalle en [Recomendaciones GRADE](#)

El grupo elaborador formuló las recomendaciones considerando su experiencia clínica, la evidencia respecto a los desenlaces de interés (por ejemplo: mortalidad, días de hospitalización, calidad de vida, etc.), los valores y preferencias de las personas, la viabilidad de implementación, y el uso de recursos.

Para mayor detalle consultar [Guía de Práctica Clínica Cáncer Renal en personas mayores de 15 años en la página web del MINSAL.](#)

4. CÓMO INTERPRETAR LAS RECOMENDACIONES

El sistema GRADE distingue el grado de la recomendación y certeza de la evidencia sobre la cual se realiza la recomendación.



Las recomendaciones fuertes y condicionales deben interpretarse de la siguiente manera:

FUERTE: Indican que existe una alternativa claramente superior, por lo que seguir la recomendación es la conducta más apropiada en TODAS o CASI TODAS LAS CIRCUNSTANCIAS O CASOS. Salvo casos muy justificados, la gran mayoría de las personas deberían recibir el curso de acción recomendado. Este tipo de recomendación puede ser **Fuerte a Favor** o **Fuerte en Contra** de la intervención.

CONDICIONAL: Seguir la recomendación es la conducta más adecuada en la MAYORÍA DE LOS CASOS, pero se requiere considerar y entender la evidencia de efectos, valores y preferencias, costos y disponibilidad de recursos en que se sustenta la recomendación. Estas recomendaciones se generan cuando existe incertidumbre respecto de cuál alternativa resulta mejor, por lo tanto, distintas opciones pueden ser adecuadas para distintas personas o circunstancias. Para aplicar una recomendación condicional puede ser importante conversar con la persona los potenciales beneficios y riesgos de la intervención propuesta, y tomar una decisión en conjunto que sea coherente con las preferencias de cada persona. Este tipo de recomendación puede ser **Condicional a Favor** o **Condicional en Contra** de la intervención.

BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: Son recomendaciones excepcionales relacionadas con intervenciones que corresponden a estándares mínimos y necesarios para la atención en salud para las cuales no es necesario realizar una búsqueda de evidencia. Estas recomendaciones estarán categorizadas como **Buenas Prácticas Clínicas**.

CERTEZA DE LA EVIDENCIA

El concepto de certeza de la evidencia se refiere a la confianza que se tiene en que los estimadores del efecto son apropiados para apoyar una recomendación determinada. El sistema GRADE propone cuatro niveles de certeza en la evidencia:

Certeza	Definición
Alta ⊕⊕⊕⊕	Existe una alta confianza de que la evidencia identificada es apropiada para formular una recomendación
Moderada ⊕⊕⊕○	Existe una confianza moderada de que la evidencia identificada es apropiada para formular una recomendación
Baja ⊕⊕○○	Existe incertidumbre respecto de que la evidencia identificada es apropiada para formular una recomendación, ya sea porque existe poca evidencia o porque esta tiene limitaciones.
Muy baja ⊕○○○	Existe considerable incertidumbre respecto de que la evidencia identificada es apropiada para formular una recomendación, ya sea porque existe muy poca evidencia o porque esta tiene limitaciones importantes.

Ver más detalle en [Manual metodológico Desarrollo de Guías de Práctica Clínica.](#)

5. EQUIPO ELABORADOR

El equipo elaborador que ha participado de la presente elaboración es responsable, según sus competencias, del conjunto de las preguntas y recomendaciones formuladas.

Coordinación	Clínica: Diego Reyes Osorio. Médico Urólogo. Instituto Nacional del Cáncer (INCANCER). Jefe de Unidad de Urología Clínica Bupa Santiago
	Temática: Francisca Plaza Parrochia. Profesional. Departamento Manejo Integral del Cáncer y otros Tumores. División de Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud.
Metodólogos	Coordinadoras: S. Pamela Burdiles Fraile. Matrona. Unidad de Evidencia Clínica. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud. Paula Nahuelhual Karen. Kinesióloga. Unidad de Evidencia Clínica. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud.
	Apoyo: Katherine Cerda Figueroa. Enfermera. Unidad de Evidencia Clínica. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud.

PANEL DE EXPERTOS

Francisco Orlandi Jorquera	Médico Cirujano. Especialista en Oncología Médica. Instituto Nacional del Cáncer (INCANCER)
Alejandra Pizarro González	Médico Cirujano. Especialista en Radiología. Clínica Indisa. Sociedad chilena de radiología
Juan Carlos Román Sobarzo	Médico Cirujano. Especialista en Urología. Instituto Nacional del Cáncer (INCANCER)
Laura García Fernández	Químico Farmacéutico. Sociedad Chilena de Farmacia Oncológica.
Denisse Vasquez Muñoz	Químico Farmacéutico. Hospital Félix Bulnes
Iván Gallegos Méndez	Médico Cirujano. Especialista en Anatomía patológica. Hospital Clínico Universidad de Chile

Tomás Merino Lara	Médico Cirujano. Especialista en Radioterapia Oncológica. Pontificia Universidad Católica.
Nataly López Sobrevia	Médico Cirujano. Especialista en medicina paliativa Hospital Guillermo Grant Benavente. Clínica Sanatorio Alemán.
Francisco Vidangossy Guzmán	Director Fundación Cáncervida (Sociedad Civil en cáncer)

RESPONSABLES DE LA BÚSQUEDA Y SÍNTESIS DE EVIDENCIA

Epistemonikos Foundation¹	Búsqueda de evidencia de los efectos clínicos y magnitud de los beneficios y riesgos de las intervenciones
Centro de evidencia UC¹	Gabriel Rada Giacaman; Luis Ortiz Muñoz; Macarena Morel Marambio; Francisca Verdugo Paiva; Rocío Bravo Jeria. Elaboración de tablas de síntesis de evidencia de los efectos clínicos, y de los beneficios y riesgos de las intervenciones
Katherine Cerda Figueroa²	Valores y preferencias de las personas.
Francisco Araya Castillo²	Informes sobre evaluaciones de costo-efectividad de las intervenciones.
Verónica Medina Urrutia³	Costos en Chile de las intervenciones.

¹ La búsqueda de evidencia fueron externalizadas del Ministerio de Salud a través de licitación pública y adjudicada a las empresas señaladas.

² Departamento Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud

³ Departamento Desarrollo de Productos. Fondo Nacional de Salud (FONASA).

DISEÑO, EDICIÓN, DESARROLLO Y MANTENCIÓN PLATAFORMA WEB

Miguel Contreras Torrejón	Ingeniero Informático. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud.
----------------------------------	--

DECLARACIÓN DE POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Los integrantes del equipo elaborador declaran no tener potenciales conflictos de interés.

6. REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN

En el contexto de la creación y promulgación en Septiembre del año 2020 de la Ley Nacional del Cáncer número 21.258 que rinde homenaje póstumo al doctor Claudio Mora, y su reglamento, es que se releva al cáncer como un problema de salud pública y se establece un marco normativo para la planificación, desarrollo y ejecución de políticas públicas, programas y acciones destinadas a establecer las causas y prevenir el aumento de la incidencia del cáncer, el adecuado tratamiento integral y la recuperación de la persona diagnosticada con dicha enfermedad. Así, dentro de la ley se establece la necesidad de contar con guías de práctica clínica actualizadas, dichas Guías Clínicas deberán ser revisadas cada dos años, o cada vez que lo amerite una favorable evaluación de la evidencia científica disponible.

7. FINANCIAMIENTO DE LA GUÍA

El desarrollo de esta guía de práctica clínica fue financiado íntegramente por el Ministerio de Salud

8. REFERENCIA

1. Capitanio U, Bensalah K, Bex A, Boorjian SA, Bray F, Coleman J, et al. Epidemiology of Renal Cell Carcinoma [Figure presented]. *Eur Urol* [Internet]. 2019;75(1):74–84. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2018.08.036>
2. Capitanio U, Montorsi F. Renal cancer. *Lancet* [Internet]. 2016;387(10021):894–906. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00046-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00046-X)
3. Kidney and Renal Pelvis Cancer — Cancer Stat Facts [Internet]. [cited 2021 Jul 5]. Available from: <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/kidrp.html>
4. López JF. Epidemiología del cáncer urogenital en Chile. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2018;29(2):118–27. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2018.02.012>
5. Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, Alderson P, Dahm P, Falck-Ytter Y, et al. GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: The significance and presentation of recommendations. *J Clin Epidemiol*. 2013;66(7):719–25.