Revista RECITIUTM
Revista Electrónica de Ciencia y Tecnología de la Universidad Politécnica Territorial de Maracaibo
ISSN: 2443-4426; Dep. Legal: PPI201402ZU4563
Vol. 12 N° 2 (2026)

Desarrollo de Cuidados Paliativos en Insuficiencia Renal Crónica Avanzada en Centro y Latinoamérica: Revisión Sistemática

Pérez de Pérez, Yamilet [1]
Universidad Iberoamericana del Ecuador
yamiletpp@yahoo.es

Molina Vargas, Lucia [2]
Universidad Iberoamericana del Ecuador
lucy1602m@gmail.com

Bonilla Sierra, Patricia [3]
Universidad Iberoamericana del Ecuador
pbonilla65@utpl.edu.ec

Recibido:13/03/2026
Aceptado: 12/05/2026

RESUMEN

El presente artículo explica la enfermedad renal crónica avanzada en Centro y Latinoamérica prioriza la tecnología dialítica sobre el enfoque paliativo. El Objetivo, sintetizar la evidencia regional sobre cuidados paliativos renales (CPR) y manejo renal conservador (MRC) en adultos. En cuanto a la metodología se realizó una revisión de alcance (PRISMA-ScR) en PubMed, SciELO, LILACS, Scopus y Google Scholar (2015-2025). Se seleccionaron 30 artículos. Respecto a los resultados Se identificó una elevada carga sintomática (fatiga, dolor) frecuentemente subdiagnosticada. En pacientes frágiles, el MRC demostró supervivencia comparable a la diálisis, con mayor preservación funcional y calidad de vida. No obstante, su aplicación enfrenta barreras estructurales (modelos prodiálisis), déficit formativo profesional y factores socioculturales que limitan la planificación anticipada. Seguidamente se concluye que persiste una brecha crítica entre evidencia y práctica. Aunque los CPR y el MRC son alternativas sólidas, su subutilización exige una integración temprana para evolucionar hacia sistemas de salud más equitativos y humanos.

Palabras clave: Cuidados Paliativos Renales; Enfermedad Renal Crónica Avanzada; Manejo Renal Conservador; Enfoque Paliativos en Centro Latinoamérica.

[1] Dra. Ciencias Médica. Anestesióloga. Algólogo. Magíster Scientiarium en Informática Educativa. Jefe Unidad de Cuidados Paliativos de Red Nacional de Hospitales. San Salvador.
[2] Médico de Familia. Ministerio de Salud Pública. Cotopaxi-Ecuador.
[3] Anestesióloga. Algólogo. Decano Facultad de Medicina de Universidad Técnica Particular de Loja. Ecuador.
.

Revista RECITIUTM
Revista Electrónica de Ciencia y Tecnología de la
Universidad Politécnica Territorial de Maracaibo
ISSN: 2443-4426; Dep. Legal: PPI201402ZU4563
Vol. 12 N° 2 (2026)

Development of Palliative Care in Advanced Chronic Kidney Disease in Central and Latin America: A Systematic Review

ABSTRACT

This article explains how advanced chronic kidney disease in Central and Latin America prioritizes dialysis technology over palliative care. The objective is to synthesize the regional evidence on renal palliative care (RPC) and conservative renal management (CRM) in adults. A comprehensive review (PRISMA-ScR) was conducted in PubMed, SciELO, LILACS, Scopus, and Google Scholar (2015-2025). Thirty articles were selected. The results identified a high symptom burden (fatigue, pain) that is frequently underdiagnosed. In frail patients, CRM demonstrated survival comparable to dialysis, with greater functional preservation and quality of life. However, its application faces structural barriers (pro-dialysis models), a lack of professional training, and sociocultural factors that limit advance care planning. The article concludes that a critical gap persists between evidence and practice. Although CPR and MRC are solid alternatives, their underutilization demands early integration to evolve towards more equitable and humane health systems.
Keywords: Renal Palliative Care; Advanced Chronic Kidney Disease; Palliative care approach in Central Latin America.

Introducción

América Latina atraviesa actualmente una transición epidemiológica y demográfica sin precedentes, caracterizada por un envejecimiento acelerado de la población y una prevalencia creciente de enfermedades crónicas no transmisibles. En este escenario, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial se han consolidado como los principales precursores de la Enfermedad Renal Crónica (ERC), una patología que hoy representa un desafío crítico para la salud pública regional (Davison et al., 2024; Lowe-Jones et al., 2024) **.** Las tasas de incidencia en estadios terminales no solo han aumentado en volumen, sino que han comenzado a saturar la capacidad operativa y financiera de los sistemas sanitarios, planteando interrogantes urgentes sobre la sostenibilidad de los modelos de atención vigentes (Chou et al., 2022; Scherer et al., 2023).

Históricamente, el abordaje de la nefrología se ha cimentado en un imperativo tecnológico centrado casi exclusivamente en la Terapia de Reemplazo Renal (TRR).

Sin embargo, la expansión global de la diálisis ha visibilizado una nueva realidad clínica: un perfil de paciente incidente cada vez más anciano, frecuentemente octogenario, que convive con múltiples comorbilidades, deterioro cognitivo severo y síndromes de fragilidad (Bravo-Zúñiga et al., 2017; Nitola-Mendoza et al., 2024). Para este subgrupo poblacional, el inicio de la hemodiálisis no siempre se traduce en una mejora de la supervivencia o de la funcionalidad, lo que cuestiona la hegemonía de la tecnología dialítica como respuesta única frente a las necesidades de soporte integral y dignidad humana.

En este contexto, el Manejo Renal Conservador (MRC) emerge no como la ausencia de tratamiento o una medida de abandono, sino como una estrategia clínica planificada, holística y estrictamente centrada en la persona. Alineado con las directrices internacionales de las guías KDIGO (Navaneethan et al., 2025)**,** el MRC propone un conjunto de intervenciones orientadas a retrasar la progresión de la enfermedad, minimizar los riesgos cardiovasculares y, fundamentalmente, gestionar la carga sintomática mediante un soporte psicosocial y espiritual continuo, prescindiendo de la diálisis cuando los riesgos de esta superan sus beneficios **.** Resulta imperativo, además, distinguir el Manejo Elegido, fruto de un proceso ético de decisiones compartidas, del Manejo Restringido, el cual se deriva injustamente de barreras socioeconómicas y falta de acceso al sistema sanitario (Noble et al., 2015; Teruel et al., 2015).

Paralelamente, los Cuidados Paliativos Renales (CPR), también denominados Kidney Supportive Care (KSC), buscan aplicar los principios de la medicina paliativa a pacientes con ERC avanzada desde estadios tempranos (4 y 5), independientemente de si eligen o no la diálisis (Lowe-Jones et al., 2024). Su objetivo es mitigar el sufrimiento multidimensional en las esferas física, emocional y social. No obstante, en Latinoamérica y Centroamérica, la implementación de estos programas es todavía incipiente y marcadamente heterogénea (Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica, 2020.; Reyes, 2021). Persiste una deuda asistencial profunda en los servicios de salud, que continúan priorizando la infraestructura

técnica sobre el control sintomático y la planificación anticipada de la atención (Davison et al., 2024; Nitola-Mendoza et al., 2024).

Recientemente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reforzado esta necesidad al incorporar en su agenda pautas que abarcan desde la prevención primaria hasta el acceso equitativo a terapias de sustitución y el fortalecimiento de los sistemas de cuidados paliativos (Organización Mundial de la Salud, 2025). Sin embargo, a pesar de estas directrices internacionales, existe aún una brecha significativa en la integración de la evidencia regional sobre los resultados clínicos y las barreras estructurales que limitan el MRC y los CPR en el contexto latinoamericano. Los estudios disponibles suelen ser fragmentados y carecen de una síntesis contextualizada que permita orientar políticas públicas efectivas. La presente investigación surge de la necesidad de sistematizar dicho conocimiento para transformar la atención renal en un modelo más humano, equitativo y centrado en la persona.

De estas realidades surge la siguiente pregunta científica: ¿Cuál es la evidencia disponible sobre la implementación de CPR y MRC en pacientes con ERCA en Latinoamérica, considerando la carga sintomática, los desenlaces clínicos y las barreras estructurales existentes?

Objetivo: Sintetizar la evidencia disponible (CPR) y MRC en adultos con Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) en Latinoamérica y Centroamérica durante el período 2015–2025, para informar a clínicos, gestores y tomadores de decisiones sobre la necesidad, eficacia y viabilidad de estos modelos en el contexto regional.

Materiales y Métodos

Esta investigación es una revisión sistemática de alcance orientada a mapear conceptos clave y literatura gris bajo un enfoque holístico del fenómeno renal a nivel regional (López-Cortes et al., 2022). Su ejecución se alinea con la extensión

PRISMA-ScR para garantizar la transparencia, reproducibilidad y el rigor científico en el análisis del soporte renal en Latinoamérica.

Criterios de elegibilidad.

Se aplicaron los siguientes criterios para la selección de la evidencia:

- **Inclusión:** Estudios en adultos con ERCA (estadios 4 y 5), con énfasis en pacientes mayores de 75 años, frágiles o con alta comorbilidad, candidatos a MRC, CPR o PAA. Se incluyeron investigaciones cuantitativas, cualitativas, mixtas, revisiones (narrativas y sistemáticas), guías clínicas y documentos de política pública realizados en **Latinoamérica y Centroamérica**. Los idiomas considerados fueron español, portugués e inglés (2015-2025), incluyendo literatura gris de repositorios oficiales.
- **Exclusión:** Pacientes con trasplante renal activo (sin fallo de injerto), reportes de casos aislados, editoriales, cartas al editor y comunicaciones sin datos empíricos. Asimismo, se descartaron registros cuyo texto completo no fue recuperable para garantizar la integridad del análisis crítico.

Fuentes de información.

La búsqueda se realizó entre junio-agosto/2025 en las bases de datos: PubMed, SciELO, LILACS, Scopus y Google Scholar, limitándose a estudios publicados entre 2015 y 2025. De un total de 480 registros, tras eliminar duplicados (n=85), cribar títulos y resúmenes (n=395), se recuperaron 115 informes para lectura a texto completo.

Tras un análisis de elegibilidad, se excluyeron 85 artículos por abordar estadios iniciales de ERC, trasplante activo o carecer de rigor metodológico y enfoque directo en CPR o Planificación Anticipada. La muestra final consistió en 30 artículos, incluyendo revisiones narrativas, sistemáticas, integradoras y cualitativas, estudios observacionales, de cohorte, casos y controles, y metodológicos. La gestión bibliográfica se sistematizó mediante el software Zotero 7.

Selección de fuentes de evidencia

El proceso de selección constó de dos fases: un cribado independiente de títulos y resúmenes por dos revisores para eliminar duplicados e irrelevancias, seguido de la evaluación de elegibilidad a texto completo. Las discrepancias se resolvieron mediante consenso o la intervención de un tercer investigador.

Descripción de la Estrategia de Búsqueda

La búsqueda se estructuró mediante la combinación de términos controlados (**DeCS/MeSH**) y palabras clave en español, inglés y portugués, organizados en tres bloques temáticos: Condición Clínica, Intervención/Enfoque y Contexto Geográfico. Se utilizaron los operadores booleanos **OR** para agrupar sinónimos y **AND** para cruzar las categorías principales (en español, inglés y portugués)

"Renal Insufficiency, Chronic"[Mesh] OR "Chronic Kidney Disease" OR "End-Stage Renal Disease") AND ("Palliative Care"[Mesh] OR "Conservative Management"[Mesh] OR

"Kidney Supportive Care" OR "Conservative Kidney Management") AND ("Latin America"[Mesh] OR "Central America"[Mesh] OR "South America")

Proceso de Extracción de Datos (Data Charting).

Se diseñó un formulario digital de extracción (Data Charting) para estandarizar la evidencia en cinco categorías: contexto, metodología, dimensiones conceptuales, resultados clínico-humanos y barreras de implementación en Latinoamérica.

Evaluación de la calidad metodológica.

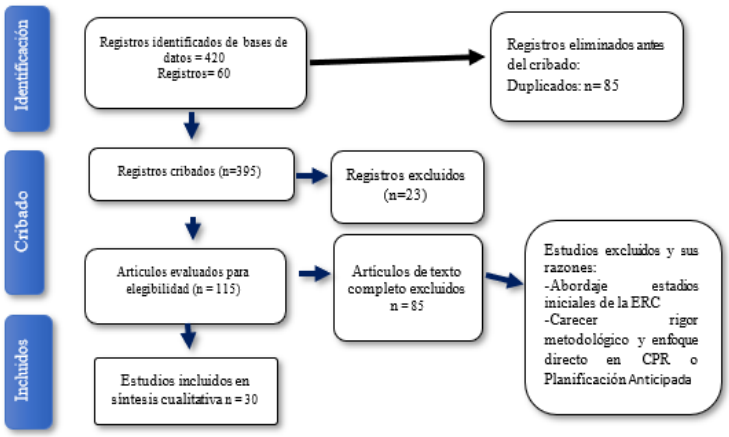
Para jerarquizar la calidad de los 30 documentos incluidos, se empleó el modelo de evidencia integral del Joanna Briggs Institute (JBI), complementado con el sistema GRADE para determinar la certeza de los hallazgos. Esta combinación permite evaluar tanto la eficacia clínica como la experiencia humana, clasificando la evidencia en tres bloques:

- **Niveles 1, 2 y 3 (Alta y Moderada Certeza):** Provienen de revisiones sistemáticas y estudios experimentales. Aportan datos sólidos sobre supervivencia y eficacia clínica del manejo conservador, sustentando recomendaciones fuertes según el sistema GRADE.
- **Nivel 4 (Baja Certeza):** Deriva de estudios descriptivos y cualitativos. Aunque poseen menor rigor estadístico, son esenciales para evidenciar la carga sintomática y las necesidades emocionales del paciente.
- **Nivel 5 (Opinión de expertos y programas):** Representa el nivel metodológico base; sin embargo, en el contexto latinoamericano aporta viabilidad técnica y experiencia clínica ante la escasez de ensayos controlados.

Resultados y Discusión

De los registros identificados inicialmente, se seleccionaron 30 documentos finales tras aplicar los criterios de exclusión y depuración de duplicados, de ellos son: 1 programa de intervención, 3 revisiones sistemáticas, 3 revisiones cualitativas, 1 estudio metodológico, 11 estudios observacionales descriptivos, 2 estudios de casos y controles, 4 revisiones narrativas, 1 estudio epidemiológico, 3 revisiones integrativas, 1 estudio de cohorte (ver Figura 1)."

Figura 1. Diagrama de flujo de PRISMAScR.



1. Características de los estudios incluidos según categorías de análisis.

La evidencia analizada se articula en tres ejes: **la carga sintomática** (física y psicológica), los desenlaces clínicos y las barreras de atención. En cuanto a la ***caracterización de la carga sintomática***, se reporta una prevalencia crítica de síntomas físicos, como fatiga, dolor y prurito, que impactan directamente en la funcionalidad diaria y suelen estar infradiagnosticados (Cantillo-Medina, 2021).

En la esfera psicológica, Martínez & Torres (2019), identifican niveles significativos de ansiedad, depresión y el fenómeno de "duelo anticipado", vinculado a la pérdida de autonomía y del rol social del paciente. Estos hallazgos guardan una estrecha relación con la espiritualidad del sujeto. Por su parte, autores con alta certeza de evidencia (Nivel 1 JBI / GRADE Alta) como Viramontes (2020) demuestran que la intervención paliativa y la educación terapéutica no solo optimizan parámetros clínicos (potasio y fósforo), sino que reducen el distrés emocional y facilitan la toma de decisiones compartida.

En definitiva, la implementación de los CPR mejora tangiblemente la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), consolidándose como la estrategia de elección para preservar la dignidad y el alivio multidimensional del sufrimiento en el fallo renal terminal, pero además consideran la importancia de la toma de decisiones compartida cuando el paciente decide no iniciar diálisis.

En el ámbito del soporte emocional, Herrera et al. (2018) concluyen que la inducción educativa, al incluir a la familia, reduce los síntomas emocionales y mejora el afrontamiento en diálisis peritoneal. En esta línea, Arteaga et al. (2019) destacan que la educación y la atención espiritual en la terapia de reemplazo renal permiten al paciente enfrentar mejor su tratamiento y generar actitudes positivas. Paralelamente, Huérfano et al. (2018) apuntan sobre el papel crucial de enfermería en la provisión de información para respaldar el afrontamiento dialítico, mientras que (Moreno Rubio et al., 2016) abogan por una atención multidisciplinar que integre la

esfera emocional y espiritual del paciente trasplantado, evitando que esta última recaiga únicamente en el individuo.

Un avance significativo en la región es la validación de instrumentos por Trindade et al. (2025), quienes mediante el IPOS-Renal permiten transitar de la opinión subjetiva a una medición clínica estandarizada. Por su parte, Licandro et al. (2022) (Nivel 4 / GRADE Moderada) evidenciaron en un estudio multicéntrico en Montevideo la severa carga sintomática de los pacientes renales paliativos, defendiendo la integración nacional entre nefrología y cuidados paliativos.

Aunque la mayoría de los estudios sobre carga sintomática se clasifican en Nivel 4 JBI, su valor es fundamental para captar el sufrimiento multidimensional e incentivar investigaciones de mayor fuerza. En síntesis, la carga sintomática en Latinoamérica es severa, y las revisiones de Nivel 1 incluidas otorgan una recomendación fuerte a la integración precoz de los cuidados paliativos para mitigar síntomas no controlados.

Caracterización de los estudios de la categoría de desenlaces clínicos.

En esta dimensión, el análisis aborda la supervivencia y calidad de vida desde diversas aristas. Sampaio de Brito (2015) (Nivel 4 JBI) identificó que el trasplante renal genera cambios positivos, destacando el retorno a las actividades diarias como la mayor ganancia, aunque persisten estresores como el miedo a la pérdida del injerto y desafíos con la medicación inmunosupresora. Por su parte, Valdés et al. (2020) (Nivel 4 JBI) subrayan la necesidad de vigilancia epidemiológica ante el aumento de la incidencia en estadio 5, señalando la creación de servicios paliativos como una urgencia de salud pública para evitar el colapso de los sistemas de diálisis y asegurar una muerte digna.

En cuanto a la gestión clínica, Tavares et al. (2021) denuncian la brecha entre la teoría y la práctica nefrológica, defendiendo el manejo conservador, la toma de decisiones compartida y la planificación anticipada ante la incipiente integración de

los CPR. Coincidiendo con esta visión, Torales y Altuna (2019) valoran que una preparación adecuada para la diálisis de soporte no solo mejora la supervivencia, sino que garantiza la sostenibilidad financiera del sistema. Finalmente, Orlandoni (2023) destaca que el acceso a la terapia y la calidad de vida están condicionados por factores socioeconómicos críticos y la estabilidad de los recursos hospitalarios, enfatizando la prevención y detección temprana como herramientas esenciales para retrasar la progresión de la enfermedad.

Al abordar las complicaciones clínicas, Moreira et al. (2022) (Nivel 4 JBI / GRADE Baja) caracterizan los riesgos asociados a los accesos vasculares, destacando las complicaciones infecciosas como desenlaces críticos. Por otro lado, Morales et al. (2021) (Nivel 1 JBI / GRADE Fuerte) y Sánchez et al. (2023) (Nivel 3 JBI / GRADE Moderada) rompen con el modelo médico tradicional al posicionar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) como el principal desenlace; específicamente, Sánchez et al. 2023, alertan que el Manejo Conservador preserva una estabilidad cognitiva similar o superior a la hemodiálisis, favoreciendo la autonomía. En complemento, la revisión sistemática de Morales et al. (2021) enfatiza que este manejo exige intensificar el control de síntomas para garantizar el bienestar.

Respecto a los desenlaces funcionales, Gavilema-Lema (2025) (Nivel 5 JBI / GRADE Débil) plantea que, aunque ciertas modalidades de reemplazo renal presentan ventajas técnicas, las intervenciones deben ajustarse a las condiciones del paciente y recursos disponibles, siendo esencial el rol de enfermería en el manejo de protocolos y tecnología para garantizar la seguridad. En esta línea integral, Quirola Amaya (2023) y Tabete et al. (Nivel 4 JBI / GRADE Baja) coinciden en que, ante condiciones clínicas y sociales complejas, el manejo renal conservador y el afrontamiento a la muerte representan la opción más ética y beneficiosa. Finalmente, Cabrera et al. (2025) concluyen que la elevada mortalidad cardiovascular obliga a priorizar el cribado renal en adultos mayores. Aunque estos

últimos estudios se sitúan en los niveles 4 y 5 de JBI, su valor es fundamental para comprender la complejidad de la subjetividad y la experiencia vivida del paciente.

Resultados: Modelos de Atención y Barreras estructurales.

Esta dimensión analiza los factores que obstaculizan la atención paliativa renal. Fernández et al. (2021) y Tavares et al. (2018) identifican como barrera principal el enfoque curativo arraigado en la formación nefrológica, urgiendo a invertir en competencias paliativas. Por su parte, Lemos et al. (2024) reconocen el déficit educativo del personal de enfermería para integrar el manejo de la espiritualidad. En este sentido, Hernández-Zambrano (2019) recomienda la participación activa de enfermería en la planificación para mitigar impactos negativos en familias, mientras Rojas Alvarado (2024) defiende la necesidad de un abordaje integral en pacientes no candidatos a diálisis.

Ante estas brechas, Velasco de Avalos (2020) y Gularte et al. 2021 proponen guías, protocolos y programas de intervención psicológica para estandarizar la toma de decisiones y el soporte emocional. Asimismo, Silva et al. (2024) enfatizan que la escasez de protocolos, la formación académica inadecuada y la comunicación ineficaz del equipo multidisciplinario comprometen la continuidad de los cuidados. Aunque los estudios de esta categoría se clasifican en los niveles JBI 4 y 5, resultan trascendentales para identificar las barreras invisibles que condicionan la calidad asistencial en los programas de CPR en Latinoamérica.

Estado actual de la implementación regional según resultados del estudio.

Síntesis de Resultados por Dimensiones

1. Carga Sintomática: El desarrollo regional es asimétrico. Hay aportes y análisis de diferentes variables que parten de investigaciones desarrolladas en varios países, pero no se definen como líneas investigativas cohesionadas que incorporen sus aportes a la práctica asistencial. Se destaca la validación instrumental (IPOS-Renal) y espiritualidad (Trindade et al., 2025; Moreno Rubio et al., 2016), mientras

Viramontes, et al. (2020); Morales et al. (2021) aportan evidencias Nivel 1 sobre eficacia biológica y emocional. Licandro et al. (2022), en el contexto uruguayo, abogan por la integración de la atención paliativa frente a una elevada carga sintomática en los pacientes con enfermedad renal avanzada.

También hay una mirada hacia la importancia de las emociones positivas en el proceso paliativo y en atender el afrontamiento a la muerte y el duelo anticipado (Martínez & Torres, 2019; Cantillo-Medina, 2021) y Herrera et al., 2018 aboga por la psicoeducación como recurso para el autocuidado en diálisis peritoneal y se enfatiza la necesidad de formación y capacitación en los profesionales de salud (Arteaga et al., 2019).

2. Desenlaces Clínicos: Se prioriza la CVRS y autonomía. (Morales et al., 2021; Sánchez et al., 2023) demuestran que el MC ofrece estabilidad cognitiva superior a la diálisis con control de síntomas. Se insiste en el seguimiento emocional post-trasplante (Sampaio de Brito, 2015). Y no se pierde de vista la importancia de intervenciones y planificación anticipada en la toma de decisiones de las acciones y su repercusión emocional y física en estas poblaciones renales (Torales & Altuna, 2019; Tavares et al., 2021). En otros escenarios los desenlaces dependen de factores socioeconómicos (Orlandoni, 2023; Tabete et al., 2021), mientras que otros autores resaltan la vigilancia epidemiológica, protocolos de enfermería para la seguridad del paciente y sobre acciones de prevención primaria y secundaria que involucran a la atención primaria de salud (Moreira et al., 2022; Valdés et al., 2020; Gavilema-Lema, 2025).

3. Modelos y Barreras: La resistencia principal es el paradigma de "curación a ultranza" (Fernández et al., 2021; Tavares et al., 2018). Existen carencias en formación de enfermería sobre espiritualidad y planificación (Lemos et al., 2024; Hernández-Zambrano, 2019). La escasez de protocolos y fallas en comunicación multidisciplinaria compromete la atención, en tanto la planificación anticipada de los cuidados contribuye a la atención personalizada, sobre todo cuando están debidamente protocolizadas (Silva et al., 2024; Rojas Alvarado, 2024). Ante esto,

se proponen guías clínicas y programas de intervención psicológica (Velasco de Avalos, 2020; Gularte et al., 2021) para estandarizar la toma de decisiones.

4. Conclusión: Aunque predomina el nivel JBI 4-5, la evidencia regional capta la complejidad del sufrimiento renal, demostrando que la calidad asistencial exige reformar competencias blandas y protocolizar los CPR. Además, unificar criterios que respondan a las pautas de las organizaciones científicas y al estado del arte en materia de atención de calidad a pacientes y sus familias en CPR. Pocas investigaciones incluyen a la familia y al cuidador principal aun cuando es ampliamente tratado en los conceptos de cuidados paliativos:

Tabla No. 1. ***Matriz de Síntesis de la Evidencia Incluida (n=30)***

ID	Autor (Año, País)	Diseño Metodológico	Población (n)	Enfoque Principal	Hallazgo Principal	Calidad metodológica
I. Carga sintomática						
01	Intervenciones salud en ERC. (Elías-Viramontes et al., 2020) **MX**	Rev. Sistemática	28 artículos	Implementación de intervenciones de salud	La educación mejora los indicadores de laboratorio y reduce síntomas emocionales.	JBI: Nivel 1 GRADE: Alta
02	**Percepción y CP** (Martínez & Torres, 2019) **MX**	Cualitat/ Fenome-nológico	15 pctes	Vivencias del paciente	El paciente experimenta "duelo anticipado" y falta de opciones reales frente a la diálisis.	JBI Nivel 4 GRADE: Muy Baja / Débil
03	Escala de CPR(IPOS-Renal) (Trindade et al., 2025). BR	Estudio Metodológico.	153 pactes	Escala Integrada de Resultados de Cuidados Paliativos	versión en portugués del IPOS-renal es válida, para identificar síntomas biopsicosociales	JBI Nivel 3 (GRADE)Alta / Fuerte

04	Desempeño neurocognitivo en ERCA Sánchez, et al, 2024) **CL**	Observacional/, descrpit/ Transv.	80 pctes	Neurocognición	pacientes con ERCA en HD muestran + deterioro en sus funciones ejecutivas que el grupo de pacientes con MC.	JBI: Nivel 3 GRADE: Moderada/ Fuerte
05	CV y pacientes trasplantados (Cantillo-Medina et al., 2021) **CO**	Observacional/, descrpit/ Transv.	70 pctes	Calidad vida en trasplante renal	Dimensiones positivas favorecen CV afrontamiento de las personas trasplantadas	JBI: Nivel 4 GRADE: Baja
06	Emociones/paciente Trasplantado (Moreno Rubio et al., 2016) CO	Observacional/, descrpit/ Transversal.	176 paciente	Salud mental en ERC	Respalda apoyo interdisciplinario y rol enfermero en el seguimiento emocional	JBI: Nivel 4 GRADE: Baja
07	Inducción en diálisis peritoneal (, 2018) Herera, 2018 **PN**	Cuantitat. pre-post 1 grupo	12 pctes	Intervención educativa	la capacitación mejora los comportamientos relacionados con el tratamiento y prevención/ infecciones DP	Nivel 4 Muy bajo
08	Tratamiento y cuidados /pacientes en diálisis (Arteaga et al., 2019) **EC**	Revisión narrativa	N/P	Plan de cuidados paliativos	justifica soporte paliativo acompañando a la terapia de reemplazo renal, destaca educación y atención espiritual.	JBI: nivel 5 GRADE: baja / débil

09	Perfil clínico epidemiol/ pctes de tercera edad en hemodiálisis Tabete, et al. 2024 **VN**	Observacional/, descrpit/ Transv.	143 pctes	prevalencia y perfil clínico epidemiológico	Alta prevalencia adulto mayor en diálisis asociado a comorbilidad y el bajo nivel socio económico	JBI: Nivel 4 GRADE: Moderada
10	Necesidades espirituales/ pctes hemodiálisis (Rodríguez-Ramírez et al., 2023) **CU**	Observacional/, descrpit/ Transv.	47 pacientes	espiritualidades en pacientes en hemodiálisis	El sufrimiento se asoció al sexo, la tenencia de hijos y a determinadas necesidades espirituales.	JBI: Nivel GRADE: Muy Baja / Débil
11	Carga sintomática, CP en diálisis (Licandro et al 2022) **UY**	Observacional/, descrpit/ Transversal	185 pacientes	Carga sintomática en pacientes/ ERCA en diálisis crónica	Prevalencia alta de síntomas. Necesidad integración/CP-nefrología/ abordaje adecuado de este grupo de pacientes.	JBI: Nivel 4 GRADE: Moderada
12	Carga sintomática, CP en diálisis (Licandro et al 2022) UY	Observacional/, descrpit/ Transversal	185 pacientes	Carga sintomática en pacientes/ ERCA en diálisis crónica	Prevalencia alta de síntomas. Necesidad integración/CP-nefrología/ abordaje adecuado de este grupo de pacientes.	JBI: Nivel 4 GRADE: Moderada
	I. Desenlaces clínicos.					

12	Prevalence/incidenchronic kidney disease (Valdés et al., 2020) CU	Epidemiológico / Descrip. Longitudinal	N/p	Prevalencia / incidencia ERC	Descripción acciones atención a pacientes con ECR en todas sus fases. Según síntomas y estadío	JBI: Nivel 4 GRADE: Moderada / Fuerte
13	Suporte renal: en pacientes / DRC(Tavares et al., 2021) BR	Rev. Bibliog. Narrativa	73 referencias	Cuidados de apoyo renal y planificación anticipada	Resultados contextualizados sobre el tema.	JBI: Nivel 5 GRADE. Baja / Fuerte
14	CP y CV en pctes con ERCA. (Morales et al., 2021) **CH**	Rev. Sistemática cualitativa	24 artículos	CP y su impacto en la CV	Reafirma la implementación de CP logra mejor CV en pacientes/ ERCA etapa 5. Pocos estudios del tema	JBI: Nivel 1 GRADE: Alta / Fuerte
15	Dificultades post trasplante renal: (Brito et al., 2015)Sampaio de Brito, 2015) BR	Cualitativo	50 Pacientes	Percepción y emociones ante el trasplante	el TR proporcionó varios cambios positivos en la rutina del paciente	JBI: Nivel 4 GRADE: Baja / Fuerte
16	Necesidades paciente - cuidador/ diálisis (Huérfano	Revisión Integrativa	37 estudios	Cuidados enfermería en terapia de diálisis.	La práctica del cuidado enfermero nefrológico contribuye satisfacción de necesidades.	JBI: Nivel 2 GRADE: Moder /débil

	Martínez et al., 2018) **CO**					
17	CP y estimación pronóstica de vida en ERCA (Quirola Amaya et al., 2023) **EC**	descriptivo observacional, transversal	60 pacientes	Necesidades paliativas	Los pacientes ecuatorianos demandan mayor soporte espiritual y manejo del miedo a morir.	Nivel 4 GRADE: Baja
18	Cuidados enfermeros/pacientes críticos con ERC (Gavilema-Lema et al., 2025) EC	Revisión sistemática	27 artículos	Cuidados de enfermería en terapia de reemplazo renal	Importancia del monitoreo constante y la capacitación continua de enfermería/garantizar la seguridad del paciente.	JBI: Nivel 5 GRADE: Débil
19	ERC/ pacientes de la unidad de diálisis (Orlandoni et al., 2023) **VN**	casos y controles	31: estudio 37: control	factores riesgo ERC y su progresión	Identifica FR prevalentes. sugieren la importancia de la detección temprana de estos factores de riesgo	JBI: Nivel 4 GRADE: Baja
20	Características pactes/accesos vasculares/ hemodiálisis	cuantitativa, de tipo descriptivo y corte	115 pacientes Denlaces	Caracterización clínica	Acceso vascular para hemodiálisis	JBI: Nivel 4 GRADE: Baja / Débil

	(Moreira-Martínez et al., 2022) **CU**	transversal	clínicos			
21	Pesquisaje ERC estadios 3-5 en pacientes hospitalizados (Cabrera et al., 2025) CU	Observac. descr. / Retrospect.	1 465 pacientes	Prevalencia de la ERCA (estadios 3-5) y los factores asociados	Elevada mortalidad cardiovascular refuerza la necesidad de priorizar el cribado renal en AM.	JBI. Nivel 4 GRADE: Moderada / Débil
	II. **Barreras estructurales**.					
22	CP na formação de médicos nefrologistas: (Fernandes et al., 2021) BR	Revisión narrativa	No precisado.	Capacitación en CP	Se necesita desarrollar competencias inherentes a los nefrólogos para la adecuada asistencia paliativa en la ERC	JBI: Nivel 5 GRADE: Moderado/ Fuerte
23	CP na doença renal crônica: (Silva et al., 2024) BR	Revisión narrativa	43 artículos	No precisado	Colaboración interdisciplinar, planificación anticipada de los cuidados contribuye a atención personalizada	JBI: Nivel 5 GRADE: Baja / Débil
24	Educación y CP para médicos	Observ. / descriptivo	55	Competencias profesionales en CP	Toma de decisiones nefrológicas tiende a priorizar la visión	JBI. Nivel 5 GRADE: Fuerte

	(Tavares et al., 2018) BR	transversal			médica y la voluntad familiar sobre la autonomía del paciente.	
25	CP/necesidades percibidas hemodiálisis Hernández-Zambrano et al., 2019) CO	Cualitativo/Fenomenológico	16 sujetos	Vivencia y percepciones de la enfermedad	La interrupción del proyecto de vida es la necesidad de mayor impacto negativo en de los pacientes y cuidadores familiares.	JBI: Nivel 4 GRADE: Baja / Fuerte
26	Diálisis/ impacto (Torales et al., 2019.) AR	Cohorte, retrospectivo y analítico	311 pacientes	Estudio multicéntricorco impacto de la diálisis	El ingreso no programado a diálisis incrementa/ mortalidad y hospitalización durante el primer año.	JBI: Nivel 3.a. GRADE: Moderada
27	Toma de decisiones en ERCA. Gularte et al 2021 UY	Observacional../descriptivo/transvers.	69 nefrólogos	Toma decisiones nefrológicas	Perciben mayor preparación /toma de decisiones en ERCA/. Necesaria integración entre los equipos de CP y nefrología	JBI: Nivel 4. GRADE - Moderada)
28	Propuesta atención psicológica/ IRC de (Velasco de Avalos et al, 2020) SAL	Programa intervención psicológica	No necesario	Intervención psicológica / psicoeducación en CP nefrológicos	propone psicoeducación, reestructuración cognitiva, gestión emocional y regulación conductual en pacientes paliativos	JBI: Nivel 5 GRADE: débil

29	Protocolo de manejo paliativo/ERCA 5 (Rojas Alvarado, 2024) CR	Revisión integrativa		Protocolo de manejo paliativo/ ERCA no candidatos a diálisis	Propuesta de medidas de manejo, además de recomendaciones útiles en la práctica médica diaria	JBI: Nivel 5 GRADE: Fuerte
30	A dimensão espiritual/ CP (Lemos et al., 2024) BR	Revisión Integrativa	10 artículos.	Perspectiva de la enfermería brasileña	La espiritualidad ayuda en el afrontamiento del paciente renal/ desconocimiento de los equipos de salud para integrarla en la práctica clínica	JBI: Nivel 2 GRADE Moderada / Fuerte

Fuente: elaborado por las autoras, 2026

Discusión

Los hallazgos revelan que Latinoamérica atraviesa una fase de transición caracterizada por avances normativos que no logran integrarse plenamente en la práctica clínica (Atlas de Cuidados Paliativos, 2020, Calice-Silva et al., 2024**,** Obrador et al., 2024). Persisten marcadas desigualdades estructurales en la generación de conocimiento y en la capacidad de respuesta de los sistemas de salud en países centroamericanos (González-Bedat et al., 2015). Esta brecha entre la evidencia disponible y su implementación efectiva constituye un reto para consolidar modelos de atención renal centrados en la persona en la región.

Carga sintomática: coherencia entre evidencia local e internacional

Los estudios incluidos describen una carga sintomática multidimensional (física, emocional y espiritual) que incluye duelo anticipado y sufrimiento existencial, hallazgos altamente concordantes con la literatura internacional (Arroyo-Montes & Ochoa-Tapia, 2024).

A nivel global, revisiones clásicas y estudios prospectivos recientes confirman que estos síntomas son frecuentes y subdiagnosticados, reportando incluso medianas de 19 a 21 síntomas simultáneos en hemodiálisis (Luna-Ríos & Juárez-Sánchez, 2023). Investigaciones internacionales ratifican que la fatiga, el dolor y los trastornos del sueño afectan al 40-70% de la población renal, impactando severamente la calidad de vida (García-Galicia et al., 2024).

La carga sintomática en diálisis es equiparable a la del cáncer avanzado, con síntomas residuales que comprometen severamente el bienestar (Quintal-Medina et al., 2020; Siriwardana et al., 2020). Incluso en estadios no dialíticos, hasta el 96% de los pacientes presenta al menos un síntoma, incluyendo afectaciones psicológicas y sociales que refuerzan el padecimiento orgánico (Arroyo-Montes & Ochoa**-**).

Pese al progreso tecnológico, la severidad de estos síntomas no ha disminuido significativamente en el tiempo, sugiriendo que el avance técnico no se traduce necesariamente en una mejor experiencia para el paciente (Bossola et al., 2024).

Este fenómeno responde a un modelo de atención centrado en parámetros biomédicos donde la evaluación sintomática no es rutinaria (Mehrotra et al., 2023), generando una discordancia entre el sufrimiento experimentado y el tratado por los equipos de salud (Gutiérrez Sánchez et al., 2018).

Por ello, resulta imprescindible integrar herramientas validadas como el IPOS-Renal (da Trindade et al., 2025), especialmente donde la carga sintomática persiste pese a las terapias sustitutivas (Sánchez Hernández et al., 2018; Huérfano Martínez et al., 2018). Finalmente, la dimensión espiritual se reconoce globalmente como un factor protector clave ante el sufrimiento, aunque persiste una brecha universal para su integración holística en la práctica clínica (Bravin et al., 2019).

Desenlaces clínicos: cuestionamiento del paradigma centrado en la supervivencia.

En esta categoría, la predominancia de estudios observacionales permite un acercamiento a la realidad de los sujetos, identificando áreas críticas donde el sistema de salud debe intervenir para ofrecer tratamientos integrales y personalizados. Este hallazgo es consistente con la literatura internacional, la cual demuestra que pacientes en diálisis y en cuidados paliativos presentan niveles similares de carga sintomática y deterioro de la calidad de vida, sin diferencias significativas en ciertos desenlaces (Yong et al., 2009).

Se evidencia que la diálisis de alta calidad técnica optimiza parámetros biomédicos, pero no necesariamente mejora la calidad de vida del paciente (Zúñiga-San-Martín, 2014). En consecuencia, diversos programas de atención para la ERC avanzada abogan por modelos centrados en la persona y su individualidad, trascendiendo la expresión biológica de la patología. Bajo este enfoque, el éxito terapéutico no se mide únicamente por la prolongación de la vida, sino por la preservación de la dignidad y la autonomía en la etapa terminal.

El enfoque paliativo emerge como una estrategia clave para priorizar la capacidad funcional y la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) sobre los indicadores biomédicos tradicionales. Revisiones internacionales confirman que, aunque la diálisis puede prolongar la vida, este beneficio se diluye en adultos mayores con alta comorbilidad, donde el manejo conservador preserva mejor la autonomía **(**Scripcariu et al., 2026).

Estudios como el CKDopps ratifican que la carga sintomática es el principal determinante de la calidad de vida, independientemente del estadio dialítico (Siriwardana et al., 2020). Se privilegia el manejo conservador en términos de CVRS (Garrido Blanco et al., 2018; Lleixá et al., 2016), sugiriendo que, con el apoyo adecuado, este enfoque mantiene el bienestar pese a las restricciones terapéuticas (Buur et al., 2021). Dado que la ERCA es un problema de salud pública de alta vulnerabilidad, la comunidad científica está llamada a estandarizar la toma de decisiones ante la heterogeneidad de la evidencia actual (Buur et al., 2021b).

Finalmente, el Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica (2020) muestra un desarrollo asimétrico: mientras Chile, Uruguay, Costa Rica y Colombia poseen marcos legales sólidos, otros países como Venezuela o Nicaragua presentan niveles incipientes. Estos resultados reclaman un cambio de paradigma alineado con pautas internacionales: transitar de un modelo centrado en la supervivencia hacia uno enfocado en el control sintomático y la dignidad del paciente.

Modelos de atención y barreras estructurales.

El modelo biomédico dominante, estructurado en torno a la diálisis, resulta insuficiente para abordar la multimorbilidad y la carga sintomática debido a la escasa planificación anticipada (Kurella Tamura et al., 2018**).** Aunque existe un consenso ético sobre el bajo coste y el alto beneficio de los CPR (Fortín Magaña et al., 2017) persiste una realidad crítica: hasta el 70% de los pacientes que requieren atención paliativa no la reciben (Cooper et al., 2025).

En Latinoamérica, la formación es una barrera principal; solo 36 programas incluyen CP en su malla curricular en ocho países de la región (de Barbieri et al., 2024). Esta falta de capacitación y de educación limita la toma de decisiones y el cumplimiento de normativas, las cuales a menudo no se aplican por restricciones contextuales. A nivel formativo, la deficiente comunicación clínica genera inseguridad profesional para abordar dilemas complejos (de Barbieri et al., 2024). En consecuencia, la implementación de modelos interdisciplinarios y la integración temprana del enfoque paliativo son imperativos para garantizar una toma de decisiones compartida y mejorar la calidad de vida de los pacientes con ERCA.

Con frecuencia los síntomas en la ERCA permanecen subtratados debido a modelos centrados en la enfermedad, incentivos financieros desalineados y una atención fragmentada (Kurella Tamura et al., 2018). La planificación anticipada enfrenta barreras adicionales como la rigidez y desconocimiento profesional, la incertidumbre pronóstica y factores culturales (Adenwalla et al., 2024). Pese a que programas de *renal supportive care* reducen significativamente la carga sintomática

(Siriwardana et al., 2020), su implementación es desigual, reflejando problemas estructurales en la formación y organización de los sistemas de salud.

El acceso a una muerte digna y a cuidados paliativos integrales sigue siendo un dilema, especialmente en países de ingresos bajos y medios (Reyes, 2021). En Latinoamérica, esta fisura se agrava por inequidades en políticas públicas, ausencia de registros robustos y falta de personal capacitado (Cortés Sanabria et al., 2024). Finalmente, el contexto sociocultural regional redefine la autonomía individual hacia una autonomía relacional, con una fuerte participación familiar en la toma de decisiones (Gómez-Salgado et al., 2026). Si bien esta dinámica funciona como factor protector y de apoyo social, también puede generar tensiones éticas, malas decisiones y conflictos en el manejo del final de la vida (Butler et al., 2020).

A nivel cultural, factores como la religiosidad, las creencias sobre la enfermedad y la desconfiaza sistémica condicionan la aceptación de la planificación anticipada **(McDermott & Selman, 2018)** no depende exclusivamente de la claridad de la información médica, sino que está mediada por un complejo entramado cultural y social lo que condiciona y, en ocasiones, inhibe la participación activa en la toma de decisiones compartida y prevalece la conspiración del silencio para evitar el impacto emocional en el enfermo.

Se concluye que la integración de **los CPR en Latinoamérica requiere una transición del paradigma biomédico hacia un modelo centrado en la CVRS**. El abordaje paliativo es eficaz para aliviar el sufrimiento multidimensional del paciente, a menudo invisibilizado por el duelo anticipado, y ofrece resultados funcionales similares a la diálisis, aportando además eficiencia y sostenibilidad económica a los sistemas de salud. No obstante, su implementación plena enfrenta barreras estructurales críticas, como el déficit formativo y la ausencia de protocolos. Esto exige una reforma de las políticas públicas que posicione la atención paliativa como un derecho humano fundamental y un estándar de calidad asistencial en la región.

Conclusiones

A pesar del marco normativo en Latinoamérica, el predominio del modelo biomédico limita la integración de los CPR. Aunque el MRC es una alternativa válida, su expansión requiere superar barreras estructurales y formativas mediante la incorporación temprana de enfoques paliativos, la toma de decisiones compartida y una adaptación profunda al contexto sociocultural y familiar del paciente

Es evidente que la limitada formación de los profesionales de la salud genera importantes vacíos en la comprensión y aplicación de los cuidados paliativos. Este déficit profesional no solo disminuye la calidad de la asistencia, sino que atraviesa todas las variables del proceso, desatendiendo las necesidades del paciente y la familia como protagonistas de la atención paliativa.

Recomendaciones

Las políticas de salud de cada país latinoamericano deben concientizar sobre la necesidad de transformar la concepción de los procesos paliativitas renales, a partir de sus propias características económicas, culturales, en aras de brindar servicios integrados a los pacientes y su familia.

Incorporar a los programas formativos de estudiantes y profesionales de ciencias de la salud la formación en Cuidados Paliativos Renales (CPR) que trasciendan el currículo técnico-clínico, priorizando el desarrollo de competencias en ética y comunicación. Dichos programas deben capacitar al profesional para liderar procesos de toma de decisiones compartida que sean culturalmente sensibles, integrando formalmente a la familia como agente de apoyo social en estos procesos.

Limitaciones del estudio:

La heterogeneidad metodológica de los estudios incluidos y la variabilidad en la calidad de la evidencia restringen la posibilidad de establecer conclusiones definitivas. Asimismo, la ambigüedad terminológica entre manejo conservador y cuidados paliativos renales pudo haber influido en la recuperación de estudios.

El acceso limitado a algunos estudios ha dado lugar a que algunos reportes de gran valor científico no se hayan incorporado a los estudios participantes.

Conflicto de intereses: No existen conflictos de intereses de ninguna naturaleza.

Referencias Bibliográficas.

Adenwalla, S. F., O'Halloran, P., Faull, C., Murtagh, F. E. M., & Graham-Brown, M. P. M. (2024). **Advance care planning for patients with end-stage kidney disease on dialysis: Narrative review of the current evidence, and future considerations.** *Journal of Nephrology*, *37*(3), 547-560. https://doi.org/10.1007/s40620-023-01841-3

Arroyo-Montes, A. Y., & Ochoa-Tapia, E. (2024). **Depresión y ansiedad en pacientes con hemodiálisis en atención primaria.** *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, *62*(6), e5507. https://doi.org/10.5281/zenodo.13306713

Arteaga, P. E. S., Sánchez, Y. V. R., Arteaga, M. J. H., Landa, M. J. M., Chumo, N. E. C., & Velasquez, M. L. C. (2019). **Tratamiento y cuidados de pacientes sometidos a diálisis.** *RECIAMUC*, *3*(4), 259-282. https://doi.org/10.26820/reciamuc/3.(4).octubre.2019.259-282

Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos. (2020). ***Atlas de cuidados paliativos en Latinoamérica*** (2.ª ed.). Medbox. https://www.medbox.org/document/atlas-de-cuidados-paliativos-en-latinoamerica

Bossola, M., Mariani, I., Piccinni, C. P., Spoliti, C., & Di Stasio, E. (2024**). Symptom burden in patients on maintenance hemodialysis: Prevalence and severity 17 years apart.** *Journal of Clinical Medicine*, *13*(18), 5529. https://doi.org/10.3390/jcm13185529

Bravin, A. M., Trettene, A. D. S., Andrade, L. G. M. de, & Popim, R. C. (2019). **Benefits of spirituality and/or religiosity in patients with chronic kidney disease: An integrative review.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, *72*(2), 541-551. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0051

Bravo-Zúñiga, J., Chávez-Gómez, R., Gálvez-Inga, J., Villavicencio-Carranza, M., Espejo-Sotelo, J., & Riveros-Aguilar, M. (2017). **Progression of chronic renal disease in a reference hospital of social security of Peru 2012-2015**. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, *34*(2), 209-217. https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.342.2493

Butler, C. R., Vig, E. K., O'Hare, A. M., Liu, C.-F., Hebert, P. L., & Wong, S. P. Y. (2020**). Ethical concerns in the care of patients with advanced kidney**

disease: A national retrospective study, 2000-2011. *Journal of General Internal Medicine*, *35*(4), 1035-1043. https://doi.org/10.1007/s11606-019-05466-w

Buur, L. E., Madsen, J. K., Eidemak, I., Krarup, E., Lauridsen, T. G., Taasti, L. H., & Finderup, J. (2021). **Does conservative kidney management offer a quantity or quality of life comparable to dialysis? A systematic review.** *Nephrology*, *26*(12), 941-953. https://doi.org/10.1111/nep.13944

Cabrera, J. A. C., Peña, H. A., Vargas, M. de la C. V., López, M. A., & Valdés, R. H. (2025). **Pesquisaje de enfermedad renal crónica presuntiva estadios 3-5 en pacientes hospitalizados en la Isla de la Juventud, Cuba.** *Revista Cubana de Nefrología*, *3*. https://revnefrologia.sld.cu/index.php/nefrologia/article/view/79

Calice-Silva, V., Neyra, J. A., Ferreiro Fuentes, A., et al. (2024). **Capacity for the management of kidney failure in the International Society of Nephrology Latin America region: Report from the 2023 ISN Global Kidney Health Atlas (ISN-GKHA).** *Kidney International Supplements*, *13*(1), 43-56. https://doi.org/10.1016/j.kisu.2024.01.001

Cantillo-Medina, C. P., Sánchez-Castro, L. F., Ramírez-Guerrero, A. M., Muñoz-Bolaños, M. D., Quintero-Penagos, H. F., & Cuero-Montaño, S. V. (2021). **Calidad de vida y caracterización de las personas con enfermedad renal crónica trasplantadas.** *Enfermería Nefrológica*, *24*(1), 83-92. https://doi.org/10.37551/s2254-28842021009

Chou, A., Li, K. C., & Brown, M. A. (2022**). Survival of older patients with advanced CKD managed without dialysis: A narrative review**. *Kidney Medicine*, *4*(5), 100447. https://doi.org/10.1016/j.xkme.2022.100447

Cooper, A. L., Panizza, N., Bartlett, R., Martin-Robins, D., & Brown, J. A. (2025). **A period prevalence study of palliative care need and provision in adult patients attending hospital-based dialysis units.** *Journal of Nephrology*, *38*(2), 687-695. https://doi.org/10.1007/s40620-024-02193-2

Cortés Sanabria, L., Ayala Cortés, R. A., & Martínez Melendres, B. (2024). **Disparidad e inequidad en el acceso a las terapias de reemplazo renal en Latinoamérica.** *Trayectorias Humanas Trascontinentales*, (17). https://doi.org/10.25965/trahs.5876

Cubillo, B. R., et al. (2025). **Tratamiento paliativo-conservador en la enfermedad renal crónica y el trasplante renal: Un enfoque multidisciplinario e integral.** *NefroPlus*, *17*(1), 1-29. https://doi.org/10.1016/S1888-9700(25)00027-1

Davison, S. N., Richardson, M. M., & Roberts, G. V. (2024). **Measuring symptoms across the spectrum of chronic kidney disease: Strategies for**

incorporation into kidney care. *Seminars in Nephrology*, *44*(3-4), 151546. https://doi.org/10.1016/j.semnephrol.2024.151546

De Barbieri, I., Strini, V., Noble, H., Carswell, C., Rocchi, M. B. L., & Sisti, D. (2024). **Facilitators and barriers to receiving palliative care in people with kidney disease: Predictive factors from an international nursing perspective.** *Nursing Reports*, *14*(1), 220-229. https://doi.org/10.3390/nursrep14010018

Elías-Viramontes, A. de C., Casique-Casique, L., & Rodríguez-Loreto, J. E. (2020). **La persona con enfermedad renal crónica: Una revisión sistemática de las intervenciones de salud.** *Enfermería Nefrológica*, *23*(4), 333-344. https://doi.org/10.37551/s2254-28842020034

Fernandes, A. C. A., Pinto, J. T. J. M., Melo, L. C. N. de, Duarte, J. F., & Guedes, F. L. (2021**). Como incluir os cuidados paliativos na formação de médicos nefrologistas: Revisão da literatura.** *Research, Society and Development*, *10*(6), e3010615310. https://doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15310

García-Galicia, A., et al. (2024). **Conocimiento y calidad de vida en enfermedad renal crónica y diálisis peritoneal.** *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, *62*(1), e5307. https://doi.org/10.5281/zenodo.10278107

Garrido Blanco, R., et al. (2018). **Calidad de vida y enfermedad renal crónica avanzada. Influencia del aclaramiento renal.** *Enfermería Nefrológica*, *21*(4), 359-367. https://doi.org/10.4321/s2254-28842018000400005

Gavilema-Lema, J. F., Cáceres-Taya, E. V., & Figuera-Ávila, P. A. (2025). **Cuidados de enfermería en terapia de reemplazo renal intermitente en pacientes críticos con enfermedad renal.** *Cienciamatria*, *11*(20), 123-141. https://doi.org/10.35381/cm.v11i20.1542

Guenzani, D., et al. (2018). **Is there an association between severity of illness and psychiatric symptoms in patients with chronic renal failure?** *Psychology, Health & Medicine*, *23*(8), 970-979. https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1426868

Gularte, G., Larrañaga, R., Leites, L., Lucas, M., & Méndez, C. (2021). **Toma de decisiones en enfermedad crónica avanzada y cuidados paliativos [Trabajo de Ciclo de Metodología Científica II, Universidad de la República].** Repositorio Institucional Colibrí. https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/34335

Gutiérrez Sánchez, D., Leiva-Santos, J. P., Macías López, M. J., & Cuesta-Vargas, A. I. (2018). **Prevalencia de síntomas en enfermedad renal crónica avanzada.** *Nefrología (English Edition)*, *38*(5), 560-562. https://doi.org/10.1016/j.nefro.2017.11.021

Hernández-Zambrano, S., et al. (2019). **Necesidades de cuidado paliativo en hemodiálisis percibidas por pacientes, cuidadores principales informales y profesionales de enfermería**. *Enfermería Nefrológica*, *22*(2), 141-149. https://doi.org/10.4321/s2254-28842019000200005

Herrera Mitre, Y. D. C. (2018). **El cuidado durante el tratamiento de diálisis peritoneal para pacientes y familiares, desde la perspectiva de enfermería** [Tesis de maestría, Universidad de Panamá]. Repositorio Institucional de la Universidad de Panamá. http://up-rid.up.ac.pa/id/eprint/1865

Hole, B., et al. (2025). **A choice experiment of older patients' preferences for kidney failure treatments.** *Kidney International*, *107*(1), 130-142. https://doi.org/10.1016/j.kint.2024.08.032

Huérfano Martínez, D., Álvarez Zambrano, D., Arias Silva, E., & Carreño Moreno, S. (2018). **Necesidades de personas en terapia de diálisis y sus cuidadores: Revisión integrativa.** *Enfermería Nefrológica*, *21*(2), 155-165. https://doi.org/10.4321/s2254-28842018000200007

Kurella Tamura, M., et al. (2018). **Palliative care disincentives in CKD: Changing policy to improve CKD care.** *American Journal of Kidney Diseases*, *71*(6), 866-873. https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2017.12.017

Lemos, K. C., Souza, M. C. D. S., & Borges, M. D. S. (2024). **A dimensão espiritual dos cuidados paliativos na doença renal crônica: Revisão integrativa**. *Revista Enfermagem UERJ*, *32*, e82335. https://doi.org/10.12957/reuerj.2024.82335

Licandro, G., et al. (2022). **Carga sintomática y necesidad de atención paliativa en pacientes en tratamiento dialítico crónico.** Estudio multicéntrico - Montevideo 2022 [Trabajo de investigación, Universidad de la República]. Repositorio Institucional Colibrí. https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/38057

Lleixá, M. A., Solé, J. A., Marín, L. C., Miravete, E. S., Segura, E. M., & Usach, T. S. (2016). **Valoración de la calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica terminal mediante un cuestionario de resultados percibidos por los pacientes.** *Enfermería Nefrológica*, *19*(4), 331-340. https://doi.org/10.4321/S2254-28842016000400004

López-Cortés, O. D., Betancourt-Núñez, A., Bernal Orozco, M. F., & Vizmanos, B. (2022). Scoping reviews: **Una nueva forma de síntesis de la evidencia.** *Investigación en Educación Médica*, *11*(44), 98-104. https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2022.44.22447

Lowe-Jones, R., et al. (2024). **Capacity for the management of kidney failure in the International Society of Nephrology North America and the**

Caribbean region: Report from the 2023 ISN Global Kidney Health Atlas (ISN-GKHA). *Kidney International Supplements*, *13*(1), 83-96. https://doi.org/10.1016/j.kisu.2024.01.003

Luna-Ríos, O. A., & Juárez-Sánchez, J. O. (2023). **Calidad de vida en pacientes en terapia de sustitución renal en hemodiálisis.** *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, *61*(Suppl 2), S295-S300. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11960714/

Martínez, A. D. la C., & Torres, R. M. G. (2019). **Percepción de los pacientes con enfermedad renal crónica y terminal sobre los cuidados paliativos**. *Horizonte de Enfermería*, *30*(2), 138-152. https://ojs.uc.cl/index.php/RHE/article/view/11918

McDermott, E., & Selman, L. E. (2018). **Cultural factors influencing advance care planning in progressive, incurable disease: A systematic review with narrative synthesis.** *Journal of Pain and Symptom Management*, *56*(4), 613-636. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.07.006

Mehrotra, R., et al. (s. f.). **Managing the symptom burden associated with maintenance dialysis: Conclusions from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Controversies Conference.** Recuperado el 18 de abril de 2026 de https://research-repository.griffith.edu.au/items/4f4d0a20-7e92-472a-b1e1-09abc1b40adf

Morales, F. E. C., Guerrero, S. Y. G., Reyes, C. V. B. R., Geraldo, A. M. G., & Saavedra, A. F. B. (2021). **Cuidados paliativos en la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada sin terapia de sustitución renal.** *Cuidados de Enfermería y Educación en Salud*, *6*, 41-54. https://doi.org/10.15443/ceyes.v6i1.1585

Moreira-Martínez, M. M., et al. (2022). **Características de pacientes con insuficiencia renal crónica y accesos vasculares para hemodiálisis.** *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, *26*(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1561-31942022000200013

Moreno Rubio, F., Mora Villarroel, S. L., Castelblanco Toro, C., Molina López, C., & Ortiz Varela, L. A. (2016). **Trastorno emocional en el paciente renal trasplantado.** *Enfermería Nefrológica*, *19*(2), 147-153. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842016000200007

Navaneethan, S. D., et al. (2025). **KDOQI US Commentary on the KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of CKD.** *American Journal of Kidney Diseases*, *85*(2), 135-176. https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2024.08.003

Nitola-Mendoza, L., et al. (2024). **Nomenclature in palliative and kidney supportive care: Not just at the end-of-life**. *Journal of Pain and Symptom Management*. 10.1016/j.nefroe.2024.07.005

Noble, H. R., et al. (2015). **PAlliative Care in chronic Kidney diSease: The PACKS study—quality of life, decision making, costs and impact on carers in people managed without dialysis.** *BMC Nephrology*, *16*, 104. https://doi.org/10.1186/s12882-015-0084-7

Obrador, G. T., et al. (2024). **Documento de consenso sobre nuevas terapias para retrasar la progresión de la enfermedad renal crónica con énfasis en los iSGLT-2: Implicación para Latinoamérica.** https://bonga.unisimon.edu.co/server/api/core/bitstreams/c3e42e4f-546c-4016-880d-5750f669a279/content

Organización Mundial de la Salud. (2025). **Cuidados paliativos** https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos

Orlandoni, J., Orlandoni, G., & Cumares, E. (2023). **Enfermedad renal crónica en pacientes de la unidad de diálisis del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes 2022.** *Revista GICOS*, *8*(3), 29-40. https://portal.amelica.org/ameli/journal/351/3514553003/html/

Quintal-Medina, I. A., Rocha-González, H. I., Noyola-García, M. E., & Flores-Padilla, M. G. (2020). **Factores asociados a carga sintomática residual en pacientes con diálisis peritoneal: Estudio de cohorte.** *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, *58*(2), 174-180.

Quirola Amaya, E., Montenegro Guama, L., & Almagro Sangucho, J. (2023). **Necesidad de cuidados paliativos y estimación pronóstica de vida en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada**. *Medicina Paliativa*, *30*(3). https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9627671

Reyes, M. S. C. (2021). **Cuidados paliativos como un derecho humano: Un nuevo reto para el siglo XXI.** *Utopía y Praxis Latinoamericana*, *26*. https://www.redalyc.org/journal/279/27966751019/27966751019.pdf

Rodríguez-Ramírez, C., Grau-Valdés, Y., Conrado-Hernández, J., & Grau-Abalo, J. A. (2023). **El sufrimiento y las necesidades espirituales en pacientes cubanos con enfermedad renal crónica en hemodiálisis.** *Enfermería Nefrológica*, *26*(2), 168-176. https://doi.org/10.37551/S2254-28842023017

Rojas Alvarado, P. (2024). **Protocolo de manejo paliativo para pacientes con enfermedad renal crónica terminal (ERC 5) no candidatos de terapia de soporte renal, síntomas principales y medidas de soporte paliativo [Protocolo clínico].** https://www.kerwa.ucr.ac.cr/items/b4ee893a-a1d4-461b-b463-da1cdd5b985f

Sampaio de Brito, D. C. S. de, et al. (2015). **Análisis de los cambios y dificultades surgidas después del trasplante renal: Una investigación cualitativa**. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *23*, 419-426. https://doi.org/10.1590/0104-1169.0106.2571

Sánchez, L., Lanis, B., Meza, N., & Rohde, G. (2024). **Desempeño neurocognitivo en pacientes con enfermedad renal crónica terminal: Diferencias entre el manejo médico conservador y la hemodiálisis.** *Revista Médica de Chile*, *152*(8). https://doi.org/10.4067/s0034-98872024000800856

Scherer, J. S., et al. (2023). **Conservative kidney management practice patterns and resources in the United States: A cross-sectional analysis of CKDopps data.** *Kidney Medicine*, *5*(11), 100726. https://doi.org/10.1016/j.xkme.2023.100726

Scripcariu, D., et al. (2026). **Dialysis versus conservative kidney management in older adults: Why one size does not fit all**. *International Urology and Nephrology*. https://doi.org/10.1007/s11255-026-05009-3

Silva, V. B., et al. (2024). **Cuidados paliativos na doença renal crônica: Revisão narrativa.** *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, *14*(42), 609-628. https://doi.org/10.24276/rrecien2024.14.42.609628

Siriwardana, A. N., Hoffman, A. T., Brennan, F. P., Li, K., & Brown, M. A. (2020). **Impact of renal supportive care on symptom burden in dialysis patients: A prospective observational cohort study.** *Journal of Pain and Symptom Management*, *60*(4), 725-736. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.030

Tabete, E., Leal, J., Scovino, F., Soto, F., & Pérez, M. (2024**). Prevalencia y perfil clínico epidemiológico de pacientes de tercera edad en hemodiálisis en el estado Carabobo, Venezuela.** *Comunidad y Salud*, *22*(1)

Tavares, A. P. dos S., et al. (2018). **The need for training in palliative care for physicians in other specialties: Brazilian nephrologists empowerment (or appropriation) on renal supportive care**. *Annals of Palliative Medicine*, *7*(Suppl 3), S176-S186. https://doi.org/10.21037/apm.2018.07.07

Tavares, A. P. dos S., et al. (2021). **Cuidados de suporte renal: Una actualización da situación atual dos cuidados paliativos em pacientes com DRC.** *Brazilian Journal of Nephrology*, *43*, 74-87. https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2020-0017

Teruel, J. L., et al. (2015). **Home palliative care for patients with advanced chronic kidney disease: Preliminary results.** *Healthcare*, *3*(4), 1064-1074. https://doi.org/10.3390/healthcare3041064

Torales, S., Vallejos, A., & Valenti, L. (s. f.). ***Hacia un nuevo paradigma en el abordaje de la enfermedad renal crónica avanzada***.

Trindade, M. A. da, Figueiredo, A. E. P. L., & Poli-de-Figueiredo, C. E. (2025). **Translation, cross-cultural adaptation, and validation of the Integrated Palliative Care Outcome Scale Renal (IPOS-Renal) for Brazilian Portuguese**. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, *48*(2), e20250133. https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2025-0133en

Valdés, R. H., et al. (2020). **Prevalence and incidence of chronic kidney disease in Cuba.** *Clinical Nephrology*, *93*(1), 68-71. https://doi.org/10.5414/CNP92S111

Velasco de Ávalos, M. (2024). **Propuesta de programa de cuidados psicológicos paliativos dirigido a pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que reciben atención en la unidad de hemodiálisis y a sus cuidadores en la Clínica Asistencial El Carmelo del departamento de San Salvador** [Tesis de grado, Universidad de El Salvador]. Repositorio Institucional de la Universidad de Salvador. https://repositorio.ues.edu.sv/bitstreams/9019d4b9-01b0-458f-b417-e99d84b0c6b1/download

Vindrola-Padros, C., Mertnoff, R., Lasmarias, C., & Gómez-Batiste, X. (2018). **Palliative care education in Latin America: A systematic review of training programs for healthcare professionals.** *Palliative & Supportive Care*, *16*(1), 107-117. https://doi.org/10.1017/S147895151700061X

Yong, D. S. P., Kwok, A. O. L., Wong, D. M. L., Suen, M. H. P., Chen, W. T., & Tse, D. M. W. (2009). **Symptom burden and quality of life in end-stage renal disease: A study of 179 patients on dialysis and palliative care.** *Palliative Medicine*, *23*(2), 111-119. https://doi.org/10.1177/0269216308101099

Zúñiga-San-Martín, C. (2014). **Cuidados de soporte/paliativos en diálisis. ¿Por qué, cuándo y cómo?** *Diálisis y Trasplante*, *35*(1), 20-26. https://doi.org/10.1016/j.dialis.2013.08.003