



**Pontificia Universidad
Católica del Ecuador**

**Conocimientos, actitudes y prácticas de las necesidades de
cuidados paliativos en pacientes con enfermedad renal
crónica en el período de julio a septiembre del 2024 en
médicos especialistas en nefrología del Ecuador**

Trabajo de titulación previa a la obtención del Título de
Especialistas en Cuidados Paliativos

Vanessa Michelle Barzallo Puebla M.D

María Cristina Galiano Vásquez M.D

Director: Dr. Fausto Gady Torres Toala

Quito – Ecuador

2025

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, **Vanessa Michelle Barzallo Puebla** portadora de la cédula de identidad No 1724582315 declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo a la obtención del título de ESPECIALISTA EN CUIDADOS PALIATIVOS son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.

Vanessa Michelle Barzallo Puebla

CI: 1724582315

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, **María Cristina Galiano Vásquez** portadora de la cédula de identidad No 1719006239 declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo a la obtención del título de ESPECIALISTA EN CUIDADOS PALIATIVOS son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.

María Cristina Galiano Vásquez

CI:1719006239

AGRADECIMIENTO

A Dios, que guía nuestro camino día a día, del cual hemos recibido miles de bendiciones y la fortaleza necesaria que nos ha permitido cumplir nuestros sueños.

A nuestros padres por su ejemplo de perseverancia y trabajo constante, cuya experiencia de vida es motivo de admiración y respeto.

A nuestra Institución que a través de sus dignidades de turno quienes nos concedieron la oportunidad de enriquecer los conocimientos que irán en beneficio de la colectividad, sembrando en nosotros ese gran espíritu de superación personal y profesional, por su constante apoyo moral y por permitir contar con la información para la elaboración del presente proyecto.

DEDICATORIA

A Dios, por demostrarnos que en la vida no hay propósitos imposibles, y que los sueños de ayer son la esperanza de hoy y se convertirán en la realidad del mañana.

Este esfuerzo va aplacado de manera muy especial con infinito amor.

A nuestros padres quienes cultivaron el estudio y nos impulsaron los ideales, y con su capacidad nos inculcaron valores éticos y morales para ser profesionales íntegras y transparentes en todos nuestros actos, y que con sus sabios consejos nos enseñaron a vencer las dificultades que se presentan con fe y actitud positiva.

A nuestros mentores quienes han sido nuestra fuente de inspiración, a ellos dedicamos este proyecto fruto del gran esfuerzo y entendimiento que día a día labraron nuestro destino.

TABLA DE CONTENIDOS

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD	3
DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD	4
AGRADECIMIENTO	5
DEDICATORIA	6
TABLA DE CONTENIDOS	7
Lista de tablas	9
Lista de gráficos	10
Resumen	10
Abstract	11
Capítulo I	12
1.	¡Error! Marcador no definido.
1.1 Justificación	14
1.2 Planteamiento del problema	16
1.3 Formulación de la pregunta de Investigación	18
1.4 Objetivos	18
1.4.1 Objetivo General	18
1.4.2 Objetivos Específicos	18
Capitulo II	19
2. Marco Teórico	19
2.1. Cuidados Paliativos	21
2.1.1 Historia y evolución	21

2.1.2 Principios y objetivos de los cuidados paliativos.	22
2.1.3 Diferencias entre cuidados paliativos y cuidados curativos	23
2.2. Enfermedad Renal Crónica (ERC)	24
2.2.1 Clasificación de la ERC	25
2.2.2 Estadios de progresión y características clínicas.	25
2.2.3 Impacto de la ERC en la calidad de vida de los pacientes	26
2.3. Necesidades de Cuidados Paliativos en ERC	27
2.3.1 Manejo del dolor y síntomas en pacientes con ERC	28
2.3.2 Atención a las necesidades psicosociales y emocionales de los pacientes	29
2.3.3 Planificación anticipada y toma de decisiones en el final de la vida	30
2.4. Conocimientos sobre Cuidados Paliativos entre Médicos Nefrólogos	31
2.4.1 Educación y formación de profesionales de la salud en cuidados paliativos	31
2.4.2 Conocimiento y comprensión de los cuidados paliativos entre pacientes y familiares	32
2.4.3. Evaluación de la capacitación en cuidados paliativos	33
2.5. Actitudes de los Médicos Nefrólogos hacia los Cuidados Paliativos	34
2.5.1 Actitudes de los profesionales de la salud hacia el manejo paliativo de la ERC	34
2.5.2 Actitudes de los pacientes y familiares hacia los cuidados paliativos	35
2.5.3. Barreras y facilitadores para la implementación de cuidados paliativos	36
2.6 Prácticas Actuales de Cuidados Paliativos en Nefrología	37
2.6.1 Modelos de atención y prácticas clínicas en cuidados paliativos para ERC	37
2.6.2 Estrategias para la integración de cuidados paliativos en la atención renal	38
2.6.3 Ejemplos de buenas prácticas y estudios de caso	39
2.7 Barreras para la Implementación de Cuidados Paliativos en ERC	40

2.7.1 Evaluación de la calidad de vida en pacientes con ERC que reciben cuidados paliativos	40
2.7.2 Comparación entre la calidad de vida en cuidados paliativos y cuidados estándar	41
2.7.3 Resultados de estudios que evalúan la eficacia de los cuidados paliativos en ERC	42
2.8 Herramientas para la Identificación de Necesidades Paliativas en ERC	43
2.8.1 Evaluación Integral del Paciente con ERC	44
2.8.2 Herramientas de Evaluación del Dolor y Síntomas Físicos	45
2.8.3 Evaluación Psicosocial y Emocional	45
2.9 Impacto de los Cuidados Paliativos en la Calidad de Vida de Pacientes con ERC	46
2.9.1 Mejora en la Gestión de Síntomas y Bienestar Físico	47
2.9.2 Apoyo Psicosocial y Calidad de Vida Emocional	48
2.9.3 Calidad de Vida Global y Satisfacción con la Atención Médica	49
2.10 Estrategias para Mejorar los Conocimientos y Prácticas de Cuidados Paliativos en Nefrología	50
2.10.1 Programas de Formación y Educación para Profesionales de la Salud	50
2.10.2 Implementación de Protocolos y Guías Clínicas	51
Capítulo III	53
Metodología	53
3.1. Tipo de estudio	53
3.2. Población y Muestra	53
3.3 Criterios de selección	54
3.3.1. Criterios de inclusión	54
3.3.2. Criterios de exclusión	55

3.4. Procedimiento de recolección de datos	55
Capítulo IV	61
4.1 Resultados	61
4.1.1 Análisis de variables descriptoras del profesional de salud	61
4.1.2 Análisis de conocimientos	62
4.1.2.1 Análisis de conocimientos por pregunta	64
4.1.2.2 Correlación de las variables sobre el porcentaje de conocimientos	65
4.1.3 Análisis de prácticas	66
4.1.3.1 Correlación de las variables de años de estudio, utilización de NECPAL y puntaje de prácticas	68
4.1.4 Análisis de actitudes	70
4.1.4.1 Análisis de las preguntas	73
4.1.4.2 Correlación de las variables entre Establecimiento de Trabajo y Nivel de Actitud	74
4.1.5 Análisis global de CAP	75
4.1.5.2 Análisis de conocimiento vs análisis de actitud	75
4.1.5.3 Formación en cuidados paliativos vs conocimientos	76
Capítulo V	78
5.1 Discusión	78
Capítulo VI	82
6.1. Conclusiones y recomendaciones	82
6.1.1 Conclusiones	82
6.1.2 Recomendaciones	83

Referencias Bibliográficas	85
Anexos	105
Anexo A. Operacionalización de las variables	105
Anexo B. Carta de aprobación CEISH SOLCA	107
Anexo C. Carta de aprobación SEN	108

Lista de tablas

Tabla 1: Estadísticos de puntaje de conocimiento	61
Tabla 2: Correlación de variables cuantitativa con porcentaje de conocimiento.....	64
Tabla 3: Correlación de variables de año de estudio, NECPAL y prácticas.....	68
Tabla 4: Estadísticos por pregunta de actitudes	70
Tabla 5: Analisis por pregunta de actitudes	72
Tabla 6: Correlación de establecimiento y nivel de actitud	73
Tabla 7: Análisis de conocimiento / práctica / actitud	74
Tabla 8: Análisis de conocimiento / lugar de trabajo/ años de experiencia	75
Tabla 9: Análisis de actitud / lugar de trabajo/ años de experiencia.....	76
Tabla 10: Análisis de práctica / lugar de trabajo/años de experiencia/ formacion	79

Lista de Figuras

Figura 1 : Estadísticos por pregunta de conocimiento	63
Figura 2: Estadísticos por pregunta de prácticas.....	66
Figura 3 Estadísticos por pregunta de prácticas.....	66
Figura 4 Porcentaje general de prácticas	67
Figura 5 Puntaje general de actitud	71

Resumen

Introducción: Los cuidados paliativos son fundamentales para mejorar la calidad de vida de pacientes con enfermedades crónicas avanzadas, como la enfermedad renal crónica (ERC). La integración entre servicios es limitada debido a barreras relacionadas con conocimientos, actitudes y prácticas de los especialistas. Este estudio aborda estas dimensiones entre los médicos nefrólogos del Ecuador, en un contexto de creciente necesidad de atención paliativa.

Objetivo: Determinar cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas de las necesidades de cuidados paliativos en pacientes con enfermedad renal crónica en médicos especialistas en nefrología del Ecuador.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal y cuantitativo entre julio y septiembre de 2024, una muestra de 108 médicos nefrólogos del Ecuador. Se aplicó una encuesta estructurada para los datos sociodemográficos, conocimientos sobre NECPAL CCOMSS-ICO 4.0, actitudes hacia cuidados paliativos y prácticas relacionadas con la frecuencia de atención a pacientes y limitaciones percibidas en servicios de cuidados paliativos. El análisis estadístico incluyó frecuencias, pruebas de Chi-cuadrado y análisis de correspondencia, realizado con SPSS v25.

Resultados: La muestra estuvo compuesta por un 50% de hombres, edad promedio de 43,28 años y una media de 8,65 años de experiencia profesional. La mayoría obtuvo su título en Ecuador (38,9%) y ejerce en el sector público (64,8%), principalmente en Quito (59,3%). El 28,7% reportó contar con unidades de cuidados paliativos, y el 45,4% percibió limitaciones en la disponibilidad de cuidados paliativos. Los especialistas con más experiencia mostraron menor resistencia a remitir pacientes ($p < 0,05$). Hay falta de claridad en criterios de derivación como una barrera importante. Además, el conocimiento del instrumento NECPAL fue limitado.

Conclusiones: Los resultados evidencian una infraestructura insuficiente de cuidados paliativos, acompañada de brechas en formación y actitudes entre los especialistas. Existe la necesidad de fortalecer la capacitación e, diseñar protocolos claros de derivación y reducir barreras en el sector público mediante mejoras en infraestructura y recursos. Esto permitirá una integración más efectiva de los cuidados paliativos en la atención nefrológica.

Palabras clave: Cuidados paliativos, nefrología, enfermedad renal crónica, Ecuador, actitudes médicas.

Abstract

Introduction: Palliative care is essential to improve the quality of life of patients with advanced chronic diseases, such as chronic kidney disease (CKD). The integration of these services is limited due to barriers related to specialists' knowledge, attitudes, and practices. This study addresses these dimensions among nephrologists in Ecuador, in a context of increasing need for palliative care.

Objective: To determine the knowledge, attitudes, and practices of palliative care needs in patients with chronic kidney disease in nephrology specialists in Ecuador.

Materials and Methods: A descriptive, cross-sectional, and quantitative study was conducted between July and September 2024, in a sample of 108 nephrologists in Ecuador. A structured survey was applied to collect sociodemographic data, knowledge about the NECPAL CCOMSS-ICO 4.0 instrument, attitudes toward referral to palliative care, and practices related to the frequency of patient care and perceived limitations in palliative care services. Statistical analysis included frequencies, Chi-square tests, and correspondence analysis, performed with SPSS v25.

Results: The sample was composed of 50% men, average age of 43.28 years and 8.65 years of professional experience. The majority obtained their degree in Ecuador (38.9%) and work in the public sector (64.8%), mainly in Quito (59.3%). Only 28.7% reported having palliative care units, and 45.4% perceived significant limitations in the availability of these services. More experienced specialists showed less resistance to referring patients to palliative care ($p < 0.05$). Lack of clarity in referral criteria was identified as an important barrier. In addition, knowledge of the NECPAL instrument was limited, reflecting an urgent need for training.

Conclusions: The results show an insufficient infrastructure for palliative care in the nephrology field of Ecuador, accompanied by gaps in training and attitudes among specialists. The need to strengthen training in tools such as NECPAL, design clear referral protocols and reduce barriers in the public sector through improvements in infrastructure and resources is highlighted. This will allow a more effective integration of palliative care in nephrology care.

Keywords: Palliative care, nephrology, chronic kidney disease, Ecuador, medical attitudes.

Capítulo I

1. Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) es una condición progresiva caracterizada por la disminución gradual de la función renal, que afecta a millones de personas en todo el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que entre el 8% y el 10% de la población adulta padece algún grado de ERC, lo que la convierte en un problema de salud pública significativo (World Health Organization, 2018). La progresión de la ERC a menudo conduce a la necesidad de tratamientos complejos y a la gestión de síntomas múltiples y debilitantes, lo que subraya la importancia de los cuidados paliativos en esta población.

Los cuidados paliativos se centran en mejorar la calidad de vida de los pacientes que enfrentan enfermedades graves mediante el manejo del dolor y otros síntomas, así como el apoyo psicológico y espiritual. La inclusión de cuidados paliativos en la atención de pacientes con ERC es fundamental, ya que estos pacientes frecuentemente experimentan una carga sintomática elevada y una disminución de la calidad de vida. Sin embargo, la implementación efectiva de estos cuidados requiere una comprensión clara de los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) de los profesionales de la salud y los pacientes respecto a los cuidados paliativos (Rao et al., 2021).

Investigaciones recientes han revelado que existe una variabilidad considerable en los conocimientos y actitudes hacia los cuidados paliativos entre los profesionales de la salud que atienden a pacientes con ERC. Un estudio realizado por Kim et al. (2023) encontró que muchos médicos no se sienten suficientemente capacitados para proporcionar cuidados paliativos y tienen una comprensión limitada de cuándo y cómo integrar estos cuidados en el tratamiento de la ERC. Esto puede resultar en una atención subóptima y en una mayor carga de sufrimiento para los pacientes.

Además de los conocimientos y actitudes de los profesionales, es crucial considerar las prácticas actuales en la atención de pacientes con ERC. Estudios han demostrado que, a pesar de la evidencia de los beneficios de los cuidados paliativos, estos no se integran de manera rutinaria en la atención de pacientes con ERC (Lu & Chai, 2021). Las barreras para la implementación incluyen la falta de recursos, la formación insuficiente y las actitudes negativas hacia los cuidados paliativos entre algunos profesionales de la salud (Schofield et al., 2021).

En cuanto a los pacientes con ERC, sus percepciones y actitudes hacia los cuidados paliativos también son variadas. Un estudio realizado por Ahumada-Canale et al. (2023) indicó que muchos pacientes no están familiarizados con el concepto de cuidados paliativos y tienden a asociarlo únicamente con el cuidado al final de la vida, en lugar de verlo como una forma de mejorar la calidad de vida en cualquier etapa de la enfermedad. Esta falta de conocimiento puede afectar la disposición de los pacientes a aceptar y beneficiarse de los cuidados paliativos.

La evaluación de los CAP relacionados con los cuidados paliativos en pacientes con ERC es esencial para desarrollar estrategias educativas y de intervención que mejoren la integración de estos cuidados en la práctica clínica. Estudios sugieren que la educación y la capacitación específica en cuidados paliativos pueden mejorar significativamente los conocimientos y actitudes de los profesionales de la salud, lo que a su vez puede mejorar las prácticas y la calidad de la atención proporcionada a los pacientes (Hui et al., 2018).

La integración de cuidados paliativos en la atención de pacientes con ERC es fundamental para mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Sin embargo, para lograr una implementación efectiva, es necesario abordar las deficiencias en los CAP tanto de los profesionales de la salud como de los pacientes. La investigación continua en este campo es decisiva para identificar las

mejores estrategias de educación e intervención que promuevan una comprensión y aceptación más amplia de los cuidados paliativos en la población con ERC.

1.1 Justificación

La identificación precoz y la calidad de la atención paliativa integral y holística en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) es crucial debido a la naturaleza progresiva y a menudo incapacitante de esta enfermedad. Los pacientes con ERC que responden de manera limitada a los tratamientos específicos experimentan una evolución gradual que puede incluir crisis repetidas y, eventualmente, llegar a una situación terminal con un pronóstico de vida limitado. Esta condición se asocia a un deterioro progresivo que impacta no solo físicamente, sino también emocional, social y espiritualmente. Según Udomkarnjananun et al. (2021), la atención paliativa en la ERC es fundamental para abordar las necesidades complejas de estos pacientes, mejorando su calidad de vida al manejar los síntomas y proporcionar apoyo psicológico y espiritual.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido que la atención de pacientes con enfermedades crónicas avanzadas y necesidades de cuidados paliativos representa uno de los principales desafíos para los sistemas de salud pública (World Health Organization, 2018). En respuesta a este desafío, la OMS ha recomendado la implementación de medidas de atención paliativa precoz para enfrentar la creciente carga de la cronicidad. La atención paliativa temprana no solo mejora la calidad de vida de los pacientes, sino que también puede contribuir a una mejor gestión de los recursos sanitarios y a una reducción de las hospitalizaciones innecesarias (Lakin et al., 2022).

Además, se dispone del instrumento NECPAL CCOMS-ICO 4.0, diseñado específicamente para identificar de forma precoz a personas con ERC que tienen necesidades de atención paliativa. Según Troncoso et al. (2021), el instrumento NECPAL CCOMS-ICO 4.0 es

una herramienta valiosa para los profesionales de la salud, facilitando la identificación de pacientes con necesidades paliativas y permitiendo una intervención temprana y adecuada.

Sin embargo, en Ecuador, aún no se han realizado estudios que investiguen los (CAP) de los médicos nefrólogos respecto a las necesidades paliativas de sus pacientes con ERC. Esta carencia de investigación representa una brecha significativa en la literatura y subraya la necesidad de llevar a cabo el presente estudio. Balata et al. (2023) sostienen que entender los CAP de los médicos es crucial para desarrollar programas de formación y políticas que mejoren la integración de los cuidados paliativos en la práctica clínica diaria.

Además, la creciente prevalencia de la ERC en Ecuador y el impacto significativo que tiene en la calidad de vida de los pacientes y sus familias hace que este tema sea de vital importancia. Un estudio que explore los CAP de los médicos nefrólogos en Ecuador no solo proporcionará datos esenciales para la mejora de la atención paliativa, sino que también contribuirá a una mayor concientización y sensibilización sobre la importancia de estos cuidados en la comunidad médica y entre los responsables de la formulación de políticas. Schofield et al. (2021) afirman que los cuidados paliativos deben ser reconocidos como un derecho humano fundamental, y es esencial garantizar su acceso para todos los pacientes que lo necesiten.

La presente investigación se justifica plenamente por la necesidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes con ERC en Ecuador a través de la implementación de cuidados paliativos integrales y holísticos. Este estudio proporcionará una base de evidencia sólida para la creación de programas de formación dirigidos a médicos nefrólogos, fomentando así una atención más compasiva y centrada en el paciente. Además, los hallazgos podrán influir en la formulación de políticas de salud que promuevan la integración de los cuidados paliativos en todos los niveles del

sistema sanitario ecuatoriano, contribuyendo así a un mejor manejo de la cronicidad y a una atención más humanizada para los pacientes con ERC.

1.2 Planteamiento del problema

La enfermedad renal en etapa terminal (ERCT) es una afección altamente mórbida que requiere atención costosa y que demanda mucho tiempo. El manejo óptimo de la ERCT puede mejorar significativamente la calidad de vida y la supervivencia de los pacientes. Sin embargo, diversas barreras como el acceso limitado a la atención, la predominancia de un tratamiento reactivo en lugar de proactivo y las disparidades en las poblaciones minoritarias tienen un impacto negativo en la atención de los pacientes con ERCT. Swanepoel et al. (2020) destacan que estas barreras resultan en un manejo subóptimo de la enfermedad, con consecuencias graves tanto para los pacientes como para los sistemas de salud.

A nivel mundial, la prevalencia de la enfermedad renal crónica (ERC) está en aumento, impulsada principalmente por factores de riesgo como la diabetes, la hipertensión, la obesidad, y el envejecimiento de la población. Según la Organización Panamericana de la Salud (2024), el incremento es especialmente notable en los países en desarrollo, donde los recursos para el manejo de la ERC son limitados y la carga económica es desproporcionadamente alta. En los países de altos ingresos, la prevalencia estimada de ERC es también significativa, alcanzando el 14% en Estados Unidos, el 13% en Canadá y Australia, y el 12% en Oriente Medio, Asia oriental y América Latina (Karam et al., 2023).

En Ecuador, desde el año 2020, existe el Registro Ecuatoriano de Diálisis y Trasplante (REDT), una herramienta desarrollada para la investigación epidemiológica, la planificación de la atención de salud, y la mejora de la calidad de los servicios para los pacientes con enfermedad renal crónica, considerada una enfermedad catastrófica. Sin embargo, a pesar de esta herramienta,

el país ha visto un incremento descontrolado de pacientes que requirieron Terapia de Reemplazo Renal (TRR). En el año 2021, la tasa de prevalencia fue de 1.074 pacientes por millón de habitantes y la tasa de incidencia de 206,05 pacientes por millón de habitantes (Ministerio de Salud Pública, 2024).

Actualmente, en Ecuador, 16.595 pacientes se encuentran en TRR, lo que representa el 0,09% de la población total (17.989.912 habitantes, según el INEC). Este pequeño porcentaje de la población incurre en un gasto anual aproximado de 287.559.600 millones de dólares, con la mayor parte de este dinero destinado a la Red Privada Complementaria de Salud, aproximadamente 258.233.400 millones (Ministerio de Salud Pública, 2024). Este cálculo no incluye los costos adicionales por complicaciones que cada paciente puede experimentar, lo que sugiere que los costos reales son aún mayores.

Se estima que más de 40 millones de personas en el mundo necesitan cuidados paliativos, de las cuales el 78% viven en países subdesarrollados (Writing Committee Members et al., 2021). Según la OMS (2020), los cuidados paliativos son los cuidados destinados a mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades incurables y a sus familias, controlando los problemas asociados, previniendo y aliviando el sufrimiento a través del oportuno y adecuado tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales.

En el contexto de las enfermedades crónicas, los cuidados paliativos son fundamentales para proporcionar una mejor calidad de vida a los pacientes. Específicamente, en los pacientes con enfermedad renal crónica, estos cuidados son cruciales desde el inicio del diagnóstico para mejorar su calidad de vida. La capacidad para comunicarse efectivamente, así como el conocimiento para resolver complicaciones y manejar la sintomatología, son esenciales para mejorar la calidad de

vida de estos pacientes. Además, el conocimiento sobre bioética es crucial al momento de iniciar, cambiar o suspender terapéuticas para el paciente (Rao et al., 2021).

La falta de estudios sobre los CAP de los médicos nefrólogos en Ecuador respecto a las necesidades paliativas de los pacientes con ERC representa una brecha significativa en la literatura. Esta investigación es esencial para desarrollar programas de formación y políticas que mejoren la integración de los cuidados paliativos en la práctica clínica diaria, asegurando así una atención más comprensiva y centrada en el paciente.

1.3 Formulación de la pregunta de Investigación

¿Cuáles son los CAP de las necesidades de cuidados paliativos en pacientes con enfermedad renal crónica en el período de julio a septiembre del 2024 en médicos especialistas en nefrología del Ecuador?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

- Determinar cuáles son los CAP de las necesidades de cuidados paliativos en pacientes con enfermedad renal crónica en médicos especialistas en nefrología del Ecuador.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Describir al personal de estudio de acuerdo con las variables sociodemográficas.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre el instrumento NECPAL CCOMSS-ICO 4.0 en médicos especialistas en nefrología del Ecuador.
- Explorar las actitudes y prácticas de las necesidades de cuidados paliativos en pacientes con enfermedad renal crónica en médicos especialistas en nefrología del Ecuador.

Capítulo II

2. Marco Teórico

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son un grupo de patologías caracterizadas por una evolución lenta y en conjunto representan el 60% de las muertes en el mundo cada año; y, dentro del 80% son en países de bajos y medianos ingresos. Las más prevalentes son las enfermedades cardiovasculares y renales (Llisterri et al., 2021). La atención a pacientes con condiciones crónicas avanzadas representa uno de los principales desafíos para los sistemas de salud en el mundo, ya que entre los años 1990 al 2019 se evidenció seis causas principales que se reporta en DALYS (Disability adjusted life years) en sus siglas en inglés, entre las que se encuentran la enfermedad renal crónica (ERC).

La Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) define a la ERC como “la disminución de la función renal expresada por un filtrado glomerular (FG) estimado menor a 60 ml / min / 1,73 m² o como la presencia de daño renal de forma persistente (proteinuria, alteraciones en el sedimento de orina o en las pruebas de imagen renal) durante al menos tres meses”. Se considera que la ERC se encuentra en la última etapa o etapa final cuando hay un 15 % o menos de funcionalidad del riñón en el FG (Gutiérrez Sánchez et al., 2018).

En el estudio EPIDEMIOLOGÍA DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN ESPAÑA (EPIRCE) entre los años 2004-2008 evidenció que el 9,1 % de la población mayor de 18 años presentaron ERC, porcentaje que se incrementó al 21,4% en pacientes con una edad mayor a 65 años. Con un análisis más actual en España, en el estudio ENRICA-Renal la prevalencia se ha incrementado en un 15,1 % (Llisterri et al., 2021). Esta identificación podría determinar la necesidad de introducir un enfoque paliativo independientemente del servicio o del entorno del

paciente, ya que se entiende que dentro de 69 – 82 % requerirán este tipo de manejo integral durante su enfermedad.

En el Ecuador, el informe del Ministerio de Salud Pública (MSP) realizado en junio del 2021, reportó un total de 19.327 pacientes ingresados en el Registro Nacional de Diálisis y Trasplantes (REDT), con un incremento del 23,3 % entre 2020 y 2021 (Llisterri et al., 2021). La ERC es una de las patologías que genera gran costo al sistema de salud por lo que es importante su detección temprana (GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators, 2020).

Los pacientes que reciben tratamiento de sustitución renal experimentan un descenso en su calidad de vida, pérdida de la independencia con disminución de la vida social. Por otro lado, un porcentaje considerable de pacientes al encontrarse en una etapa avanzada de una enfermedad renal deciden discontinuar el tratamiento de sustitución renal o a su vez nunca iniciar el mismo (Imamah & Lin, 2021). Es importante que se lleve a cabo una relación estrecha de los CP con los profesionales de salud que son parte del servicio de nefrología para identificar pacientes con un estado avanzado de la ERC (Calsina-Berna et al., 2022).

Los pacientes con ERC se benefician de la atención en CP al recibir un mejor control de síntomas (físicos, emocionales y espirituales), preparación de voluntades anticipadas (en las cuales se determina los deseos del paciente); así como acompañamiento durante el duelo (Imamah & Lin, 2021). La falta de comprensión de cuándo un paciente requiere los CP pueden provocar retrasos en el manejo adecuado. Con la finalidad de que esta evaluación no sea subjetiva se ha generado la herramienta necesidades paliativas (NECPAL) que es un instrumento validado, basado en la guía de indicadores pronósticos, por la que se identifica a los pacientes que requieren CP en la cual se considera la identificación positiva a todo paciente, al momento de aplicar la pregunta sorpresa,

con respuesta “No” y al menos otra pregunta de la herramienta con respuesta positiva (Calsina-Berna et al., 2022).

Las necesidades paliativas complejas sugieren realizar evaluaciones periódicas en las unidades de hemodiálisis, así como un enfoque asistencial multidisciplinar para dar respuesta a los requerimientos identificados (Blanco Mavillard et al., 2017).

2.1. Cuidados Paliativos

Los cuidados paliativos son fundamentales para el manejo de enfermedades crónicas y avanzadas. Según la Organización Panamericana de la Salud (2024), estos cuidados se enfocan en la mejora de la calidad de vida de los pacientes al aliviar el sufrimiento asociado con enfermedades que amenazan la vida. Esto se logra mediante la identificación temprana de problemas y el tratamiento adecuado del dolor, así como de otros problemas físicos, psicológicos y espirituales que puedan surgir.

Además, los cuidados paliativos son útiles en la fase terminal de la vida, tanto como a lo largo del curso de la enfermedad para ser verdaderamente efectivos. destacan que el enfoque integral y continuo de los cuidados paliativos puede facilitar una mejor adaptación del paciente a su condición y proporcionar apoyo esencial tanto al paciente como a su familia en todas las etapas de la enfermedad.

2.1.1 Historia y evolución

La historia de los cuidados paliativos se remonta a la antigüedad, pero su desarrollo formal y sistemático como disciplina médica ocurrió en el siglo XX. El movimiento moderno de cuidados paliativos comenzó en la década de 1960 con la labor pionera de Cicely Saunders, quien fundó el St. Christopher’s Hospice en Londres en 1967. Saunders introdujo el concepto de "dolor total",

que abarca los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales del sufrimiento del paciente (Neale et al., 2020).

En las décadas siguientes, los cuidados paliativos se expandieron globalmente. En Estados Unidos, el movimiento ganó impulso con la creación del primer programa de cuidados paliativos en el Hospital Yale-New Haven en 1974. Este avance reflejaba una creciente conciencia sobre la necesidad de tratar a los pacientes con enfermedades incurables con un enfoque integral y humanitario (National Academies, 2001).

La evolución de los cuidados paliativos también ha sido impulsada por investigaciones y políticas de salud pública. Por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó en 2002 una guía que define los cuidados paliativos y sus principios, subrayando la importancia de aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias (Organización Panamericana de la Salud, 2024).

En la actualidad, los cuidados paliativos están integrados en muchos sistemas de salud y se reconocen como una parte esencial de la atención médica. La investigación continua y el desarrollo de políticas han permitido que los cuidados paliativos se adapten a las necesidades cambiantes de las poblaciones, incluyendo pacientes con enfermedades renales crónicas, que requieren un enfoque especializado para manejar los síntomas y mejorar su calidad de vida (Lalani & Cai, 2022).

2.1.2 Principios y objetivos de los cuidados paliativos.

Los cuidados paliativos se basan en principios fundamentales diseñados para proporcionar una atención holística a los pacientes con enfermedades incurables. Un principio clave es el alivio del dolor y otros síntomas angustiantes. La OMS destaca que los cuidados paliativos afirman la

vida y consideran la muerte como un proceso normal y no intentan ni acelerar ni retrasar la muerte (Organización Panamericana de la Salud, 2024).

Otro objetivo importante es ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte. Esto incluye apoyo emocional, espiritual y psicológico, tanto para los pacientes como para sus familias. Según un estudio reciente, los cuidados paliativos deben centrarse en mejorar la calidad de vida a través de un enfoque interdisciplinario que incluya a médicos, enfermeras, trabajadores sociales y otros profesionales de la salud (Thomas, 2020).

La comunicación clara y compasiva es también un principio esencial. Los profesionales de cuidados paliativos deben ser capaces de discutir las opciones de tratamiento y el pronóstico de manera que los pacientes y sus familias puedan tomar decisiones informadas sobre su atención (Bakitas et al., 2015). Investigaciones recientes subrayan la importancia de la comunicación efectiva para mejorar la satisfacción del paciente y reducir la ansiedad y el estrés.

Además, los cuidados paliativos deben ser accesibles y equitativos. La OMS aboga por la integración de los cuidados paliativos en todos los niveles del sistema de salud para garantizar que todos los pacientes, independientemente de su condición socioeconómica, tengan acceso a una atención adecuada y compasiva (World Health Organization, 2018).

2.1.3 Diferencias entre cuidados paliativos y cuidados curativos

Los cuidados paliativos y los cuidados curativos tienen objetivos y enfoques distintos. Los cuidados curativos se centran en curar la enfermedad o en prolongar la vida del paciente mediante tratamientos agresivos y a menudo invasivos. Por otro lado, los cuidados paliativos se centran en

aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida, sin necesariamente buscar una cura (Pieniżek et al., 2020).

Una diferencia clave es el momento en que se administran. Los cuidados curativos generalmente se aplican durante las primeras etapas de una enfermedad, mientras que los cuidados paliativos pueden comenzar en cualquier momento durante la enfermedad, incluso desde el diagnóstico, y pueden administrarse junto con tratamientos curativos (Knaul et al., 2018).

El enfoque de los cuidados paliativos es holístico y considera el bienestar físico, emocional, social y espiritual del paciente. Un estudio reciente indica que "los cuidados paliativos ayudan a los pacientes a enfrentar el final de la vida con dignidad y confort", lo cual contrasta con el enfoque de los cuidados curativos, que a menudo se centra únicamente en el tratamiento de la enfermedad física (Van Zuilekom et al., 2024).

La toma de decisiones en cuidados paliativos es frecuentemente colaborativa y centrada en el paciente. Se fomenta una toma de decisiones compartida entre el paciente, su familia y el equipo de atención médica, para asegurar que "las preferencias y valores del paciente sean respetados". Este enfoque contrasta con los cuidados curativos, donde las decisiones a menudo son tomadas por los médicos basadas en consideraciones clínicas (Seow et al., 2022).

2.2. Enfermedad Renal Crónica (ERC)

La enfermedad renal crónica se define por una pérdida gradual y progresiva de la función renal. Para Karam et al. (2023) la ERC es una condición seria que puede llevar a insuficiencia renal terminal y requerir tratamientos complejos como la diálisis o el trasplante. Los factores de riesgo predominantes incluyen la diabetes y la hipertensión, que están en aumento a nivel mundial y afectan a una proporción significativa de la población.

El manejo de la ERC implica una combinación de estrategias para controlar los síntomas y retardar la progresión de la enfermedad. Esto puede incluir modificaciones en la dieta, medicamentos, y en casos avanzados, terapias de reemplazo renal. Según Karam et al. (2023), un manejo inadecuado puede resultar en complicaciones severas y una reducción significativa en la calidad de vida del paciente, haciendo esencial un enfoque integral y adaptado a cada caso.

2.2.1 Clasificación de la ERC

La enfermedad renal crónica (ERC) se clasifica en diferentes etapas, que reflejan la severidad de la insuficiencia renal y sus implicaciones clínicas. De acuerdo con la clasificación más reciente, la ERC se divide en cinco estadios basados principalmente en el nivel de filtración glomerular (FG) (Waziri et al., 2019). Este enfoque permite una evaluación precisa del grado de deterioro renal y ayuda a guiar las decisiones terapéuticas.

El estadio 1 de la ERC se caracteriza por una filtración glomerular ≥ 90 ml/min/1.73 m², con signos de daño renal, pero sin alteraciones significativas en la función renal. En contraste, el estadio 5, también conocido como enfermedad renal terminal, se define por un filtrado glomerular < 15 ml/min/1.73 m² y la necesidad de terapia de reemplazo renal, como diálisis o trasplante (Saran et al., 2020). Esta clasificación permite un seguimiento más específico y la implementación de estrategias de manejo personalizadas.

Además, la clasificación incluye aspectos de laboratorio y clínicos para una evaluación completa. Por ejemplo, la presencia de proteinuria y alteraciones en la imagenología renal se consideran en la determinación de la gravedad de la ERC (Ortiz et al., 2022). La integración de estos criterios es esencial para una correcta estratificación del riesgo y para la optimización del manejo clínico. La clasificación de la ERC proporciona un marco integral para la evaluación de

la función renal y la planificación del tratamiento. La continua investigación y refinamiento de estos estadios son cruciales para mejorar la calidad de vida de los pacientes con ERC (Xu et al., 2024).

2.2.2 Estadios de progresión y características clínicas.

La progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) se caracteriza por un deterioro gradual de la función renal, medido a través de la tasa de filtración glomerular (FG) y la presencia de complicaciones asociadas (Cabrera et al., 2020). Los estadios de progresión reflejan la severidad del daño renal y son esenciales para guiar el manejo clínico. Cada estadio se define por niveles específicos de FG y por la presencia de síntomas clínicos que pueden variar en severidad.

En el Estadio 1, los pacientes presentan una FG normal o levemente disminuida, pero con evidencia de daño renal en los análisis de orina o en estudios de imagen (Bikbov et al., 2020). A medida que la ERC progresa a través de los estadios, el FG disminuye y los síntomas clínicos se vuelven más evidentes, incluyendo hipertensión, anemia y alteraciones en el equilibrio electrolítico.

El Estadio 3 se divide en dos subestadios, 3a y 3b, que reflejan diferentes grados de disminución de FG y diferentes necesidades terapéuticas (Chen et al., 2019). En el Estadio 4, la FG es significativamente baja y los pacientes suelen presentar síntomas graves que requieren intervenciones más intensivas. Finalmente, en el Estadio 5, la enfermedad renal alcanza su fase terminal y los pacientes requieren diálisis o trasplante renal para sobrevivir (Butler et al., 2019).

Las características clínicas de cada estadio afectan la calidad de vida de los pacientes, ya que las complicaciones asociadas como la acidosis metabólica, la hiperpotasemia y el deterioro de la función cardiovascular se vuelven más prominentes en los estadios avanzados (Aljawadi et al.,

2024). Este conocimiento es crucial para la implementación de estrategias de manejo y para la mejora de los resultados en pacientes con ERC.

2.2.3 Impacto de la ERC en la calidad de vida de los pacientes

El impacto de la enfermedad renal crónica (ERC) en la calidad de vida de los pacientes es significativo y multifacético, afectando tanto aspectos físicos como psicosociales. La ERC avanzada a menudo conlleva una serie de síntomas debilitantes, incluyendo fatiga, dolor y deterioro cognitivo, que pueden afectar severamente la calidad de vida (Guedes et al., 2020). Además, las restricciones dietéticas y los requisitos de tratamiento pueden contribuir a una disminución en la calidad de vida.

Un estudio realizado por Busa et al. (2022) reveló que los pacientes con ERC en estadios avanzados experimentan una reducción en su bienestar general, lo que se refleja en puntuaciones más bajas en las escalas de calidad de vida específicas para enfermedades crónicas. Los síntomas como el prurito, la anemia y la pérdida de apetito son comunes y pueden reducir la capacidad del paciente para participar en actividades diarias (Mardiyah & Azmy, 2022).

El impacto psicológico de la ERC también es considerable. Los pacientes con ERC pueden enfrentar ansiedad, depresión y estrés significativo debido a la progresión de la enfermedad y la necesidad de tratamientos intensivos como la diálisis (Marthoenis et al., 2021). Las estrategias para abordar el bienestar emocional y proporcionar apoyo psicosocial son esenciales para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Además, el impacto de la ERC no solo afecta a los pacientes, sino también a sus familias. La carga de cuidados, las implicaciones financieras y el impacto emocional en los cuidadores son aspectos importantes que deben considerarse al evaluar el impacto global de la ERC (Panthi et al.,

2023). La intervención temprana y el soporte integral pueden ayudar a mitigar estos efectos negativos y mejorar la calidad de vida en general.

2.3. Necesidades de Cuidados Paliativos en ERC

Integrar cuidados paliativos en la gestión de la ERC puede tener un impacto profundo en la calidad de vida de los pacientes. Rao et al. (2021) argumentan que los cuidados paliativos deben ser una parte integral del manejo de la ERC desde el diagnóstico hasta las etapas avanzadas. Estos cuidados abordan no solo el alivio del dolor y otros síntomas físicos, sino también el apoyo emocional y espiritual, lo cual es crucial para el bienestar del paciente.

La implementación temprana de cuidados paliativos puede mejorar significativamente el bienestar general del paciente. Según Connor y Sepulveda (2014), los estudios han demostrado que los pacientes que reciben cuidados paliativos adecuados reportan una mayor satisfacción con su atención y una mejor calidad de vida. Estos cuidados también pueden ayudar a manejar las complejas necesidades emocionales y psicológicas que enfrentan los pacientes con ERC avanzada.

2.3.1 Manejo del dolor y síntomas en pacientes con ERC

El manejo del dolor y otros síntomas en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) es un aspecto crucial de los cuidados paliativos. El dolor en pacientes con ERC puede ser multifacético, incluyendo dolor osteoarticular, neuropático y visceral, y su manejo requiere un enfoque integral y personalizado (Pellegrino & Schmidt, 2020). Los analgésicos opioides son frecuentemente utilizados, pero su administración debe ser cuidadosamente ajustada debido a los efectos secundarios potenciales y la necesidad de evitar la acumulación en pacientes con función renal comprometida (Odoma et al., 2023).

Además del dolor, los pacientes con ERC suelen experimentar síntomas como prurito, náuseas y fatiga. El prurito, por ejemplo, se ha asociado con el prurito urémico, que puede ser

debilitante y desafiante de tratar. Los estudios han demostrado que los tratamientos con antihistamínicos y agentes antipruriginoso pueden proporcionar alivio, aunque su eficacia varía entre los pacientes (Swarna et al., s. f.). La fatiga, que es común en la ERC, se asocia con la anemia y la acumulación de toxinas urémicas, y su manejo puede requerir intervenciones como la corrección de los niveles de hemoglobina y el uso de agentes estimulantes de la eritropoyesis (Mardiyah & Azmy, 2022).

El enfoque del manejo de los síntomas debe ser integral y adaptado a las necesidades individuales del paciente. La colaboración entre diferentes especialidades y el uso de un equipo multidisciplinario son esenciales para lograr una gestión efectiva del dolor y los síntomas en el contexto de la ERC avanzada (Canllavi et al., 2021). El cuidado paliativo debe enfocarse no solo en el alivio de los síntomas físicos, sino también en mejorar el bienestar general del paciente a través de un manejo adecuado de los síntomas asociados.

2.3.2 Atención a las necesidades psicosociales y emocionales de los pacientes

La atención a las necesidades psicosociales y emocionales en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) es fundamental para proporcionar una atención paliativa integral. Los pacientes con ERC a menudo enfrentan desafíos emocionales significativos, incluyendo ansiedad, depresión y estrés, que pueden afectar su calidad de vida y el manejo de la enfermedad (Bulathwatta et al., 2023). La intervención temprana y el apoyo psicosocial son esenciales para abordar estos aspectos.

La ansiedad y la depresión en pacientes con ERC pueden ser exacerbadas por la carga de la enfermedad crónica, las limitaciones en la vida diaria y la incertidumbre sobre el futuro. Un estudio reciente encontró que la terapia cognitivo-conductual y otras intervenciones psicológicas pueden ser efectivas en la reducción de los síntomas depresivos y ansiosos en esta población (Potts

et al., 2018). La integración de servicios de salud mental en el plan de cuidados puede mejorar significativamente el bienestar emocional de los pacientes.

El apoyo familiar y social también juega un papel crucial en la atención psicosocial. Los cuidadores y familiares a menudo enfrentan una carga significativa, lo que puede contribuir al estrés y la fatiga emocional. Programas de apoyo y educación para familiares pueden ser beneficiosos para ayudarles a manejar el estrés asociado con el cuidado de un ser querido con ERC (Helou et al., 2020). Además, la inclusión de grupos de apoyo y redes comunitarias puede proporcionar una red de apoyo emocional y social para los pacientes y sus familias.

En conclusión, la atención a las necesidades psicosociales y emocionales en pacientes con ERC es un componente esencial de los cuidados paliativos. La combinación de intervenciones psicológicas, apoyo familiar y recursos comunitarios puede contribuir a una mejora significativa en la calidad de vida de los pacientes (Chu et al., 2023).

2.3.3 Planificación anticipada y toma de decisiones en el final de la vida

La planificación anticipada y la toma de decisiones en el final de la vida son aspectos esenciales en el cuidado de pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) avanzada. La planificación anticipada permite a los pacientes y sus familias discutir así como documentar sus preferencias sobre el cuidado al final de la vida, lo cual es especialmente importante en el contexto de la ERC, donde las decisiones sobre tratamientos como la diálisis y el trasplante pueden ser complejas y emocionalmente cargadas (Winterbottom et al., 2024).

La comunicación efectiva entre los profesionales de la salud y los pacientes es crucial para la planificación anticipada. Los estudios sugieren que las conversaciones tempranas sobre las preferencias de tratamiento y los objetivos de cuidado pueden mejorar la satisfacción del paciente y reducir el estrés asociado con las decisiones de final de vida (Wilson et al., 2020). Las

herramientas de planificación anticipada, como los documentos de directrices anticipadas y los poderes notariales de atención médica, ayudan a asegurar que las decisiones reflejen los deseos del paciente y proporcionen claridad para los proveedores de atención.

La toma de decisiones compartida, en la que los pacientes, sus familias y los equipos de atención trabajan juntos para tomar decisiones informadas sobre el cuidado, es una estrategia recomendada en el cuidado paliativo para pacientes con ERC (Frandsen et al., 2023). Esta aproximación puede ayudar a abordar las preocupaciones y expectativas del paciente, facilitando una transición más suave hacia el cuidado al final de la vida.

La planificación anticipada y la toma de decisiones en el final de la vida son componentes clave de los cuidados paliativos en pacientes con ERC. Fomentar la comunicación abierta, utilizar herramientas de planificación anticipada y aplicar enfoques de toma de decisiones compartida puede mejorar la calidad de vida y el bienestar general de los pacientes en la fase terminal de la enfermedad (Wilkin et al., 2024).

2.4. Conocimientos sobre Cuidados Paliativos entre médicos nefrólogos

Los conocimientos de los médicos nefrólogos sobre cuidados paliativos son cruciales para su adecuada implementación. Sin embargo, investigaciones han mostrado que muchos médicos tienen una formación limitada en esta área, lo que puede afectar la calidad de la atención proporcionada (Swanepoel et al., 2020). La falta de formación especializada puede llevar a una implementación inadecuada de cuidados paliativos y una menor calidad en el manejo de los pacientes.

Coss Morales et al. (2024) destacan que la educación continua en cuidados paliativos es esencial para mejorar la competencia de los nefrólogos. La formación adecuada no solo aumenta el conocimiento técnico, sino que también mejora la confianza y la capacidad de los médicos para

abordar las necesidades paliativas de sus pacientes de manera efectiva. La integración de estos temas en los programas de residencia y en la educación continua es crucial para mejorar la atención en este campo.

2.4.1 Educación y formación de profesionales de la salud en cuidados paliativos

La educación y formación de profesionales de la salud en cuidados paliativos es fundamental para asegurar la calidad de los cuidados ofrecidos a pacientes con enfermedad renal crónica (ERC). La integración de los cuidados paliativos en la formación médica y de enfermería ha sido una prioridad creciente en la última década. Según Ernecoff et al. (2022), la inclusión de temas de cuidados paliativos en los currículos médicos puede mejorar significativamente la capacidad de los profesionales para manejar síntomas complejos y tomar decisiones éticas en la atención de pacientes terminales.

La formación continua es igualmente crucial para los profesionales que ya están en la práctica. De acuerdo con Parekh de Campos et al. (2022), los programas de educación continua y los talleres especializados en cuidados paliativos pueden proporcionar a los profesionales herramientas actualizadas y estrategias efectivas para abordar los desafíos en el manejo del dolor y el apoyo psicosocial. Estos programas deben ser accesibles y adaptados a las necesidades específicas de los profesionales en diferentes contextos clínicos.

Además, la educación interprofesional, que involucra a médicos, enfermeras, trabajadores sociales y otros profesionales de la salud, es esencial para un enfoque coordinado en el cuidado paliativo. Un estudio de Damschroder et al. (2022) destacaron que la formación interprofesional mejora la comunicación y la colaboración entre los diferentes miembros del equipo de salud, lo cual es vital para ofrecer una atención integrada y centrada en el paciente.

2.4.2 Conocimiento y comprensión de los cuidados paliativos entre pacientes y familiares

El conocimiento y comprensión de los cuidados paliativos entre pacientes y familiares es crucial para la implementación efectiva de los mismos. La educación dirigida a pacientes y familiares puede mejorar su capacidad para tomar decisiones informadas y manejar las complicaciones asociadas con enfermedades crónicas avanzadas. Según Li et al. (2021), la educación sobre los objetivos de los cuidados paliativos y las opciones disponibles puede aumentar la satisfacción del paciente y mejorar la calidad de vida.

La falta de conocimiento sobre los cuidados paliativos puede llevar a malentendidos y a la percepción de que estos cuidados están destinados solo para los últimos días de vida. Un estudio de Wongprom y Chaithanasarn (2023) encontró que muchos pacientes y familiares tienen una comprensión limitada sobre la naturaleza y los beneficios de los cuidados paliativos, lo que puede afectar negativamente su disposición a recibir estos cuidados.

Además, las intervenciones educativas que incluyen sesiones de orientación y materiales informativos han demostrado ser efectivas para mejorar la comprensión de los cuidados paliativos. Las investigaciones de Parekh de Campos et al. (2022) subrayan la importancia de ofrecer información clara y accesible a los pacientes y sus familias para facilitar una mejor toma de decisiones y una gestión más efectiva de la enfermedad.

2.4.3. Evaluación de la capacitación en cuidados paliativos

La evaluación de la capacitación en cuidados paliativos es esencial para garantizar que los profesionales de la salud adquieran las competencias necesarias para proporcionar una atención de alta calidad. La evaluación efectiva de los programas de capacitación puede identificar áreas de mejora y asegurar que los objetivos educativos sean alcanzados. Según

Hughes et al. (2023), la implementación de evaluaciones periódicas y la retroalimentación continua son prácticas clave para mantener la calidad de la formación en cuidados paliativos.

Las herramientas de evaluación deben abordar tanto el conocimiento teórico como las habilidades prácticas. Un estudio de Gryscek et al. (2020) indica que las evaluaciones que combinan exámenes teóricos con simulaciones prácticas permiten una mejor evaluación de las competencias clínicas y de comunicación de los profesionales de la salud. Esta combinación es crucial para preparar a los profesionales para los desafíos reales que enfrentarán en la práctica.

Además, la evaluación debe ser un proceso continuo y adaptativo. Las necesidades de capacitación en cuidados paliativos pueden evolucionar con el tiempo y con los avances en la práctica médica. La investigación de Ansari et al. (2022) destaca la importancia de revisar y actualizar los programas de capacitación basándose en los resultados de las evaluaciones y en los comentarios de los participantes.

2.5. Actitudes de los médicos nefrólogos hacia los Cuidados Paliativos

Las actitudes de los médicos hacia los cuidados paliativos juegan un papel crucial en su implementación. La percepción de los nefrólogos sobre la importancia de los cuidados paliativos puede variar, y a menudo está influenciada por factores como la formación previa y las creencias personales (Lanini et al., 2022). La falta de familiaridad con los beneficios de los cuidados paliativos puede llevar a una adopción limitada de estos cuidados en la práctica clínica.

Según un estudio de Swanepoel et al. (2020), las actitudes positivas hacia los cuidados paliativos están asociadas con una mayor probabilidad de su integración en el manejo de pacientes con ERC. Los médicos que reconocen la importancia de estos cuidados y cuentan con el apoyo

adecuado son más propensos a ofrecer una atención integral que aborde las necesidades físicas, emocionales y espirituales de sus pacientes.

2.5.1 Actitudes de los profesionales de la salud hacia el manejo paliativo de la ERC

Las actitudes de los profesionales de la salud hacia el manejo paliativo en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) juegan un papel crucial en la calidad de los cuidados proporcionados. Un estudio de Gelfand et al. (2020) reveló que, aunque los profesionales reconocen la importancia de los cuidados paliativos, a menudo enfrentan barreras como la falta de formación específica y el tiempo limitado para dedicar a la atención integral de los pacientes. Estas barreras pueden llevar a una subutilización de los cuidados paliativos y a una falta de integración en el plan de tratamiento de los pacientes con ERC.

Las percepciones y actitudes hacia los cuidados paliativos también pueden estar influenciadas por creencias personales y profesionales. De acuerdo con Sever et al. (2020), algunos profesionales de la salud pueden tener dudas sobre la eficacia de los cuidados paliativos en el contexto de la ERC, lo que puede llevar a una preferencia por tratamientos agresivos y curativos en lugar de un enfoque más centrado en la calidad de vida. La educación continua y la formación en cuidados paliativos son esenciales para cambiar estas actitudes y mejorar la aceptación y la práctica de estos cuidados.

Además, un estudio de Sanders et al. (2024) encontró que el apoyo institucional y la existencia de protocolos claros para la implementación de cuidados paliativos pueden influir positivamente en las actitudes de los profesionales de la salud. La creación de un entorno que promueva la colaboración interdisciplinaria y la comunicación efectiva entre los miembros del equipo de atención puede facilitar una mayor integración de los cuidados paliativos en la práctica clínica.

2.5.2 Actitudes de los pacientes y familiares hacia los cuidados paliativos

Las actitudes de los pacientes y familiares hacia los cuidados paliativos son fundamentales para la aceptación y la efectividad de estos cuidados. La percepción de los cuidados paliativos como un enfoque que solo se utiliza en las etapas finales de la enfermedad puede limitar su uso y eficacia. Según Li et al. (2021), muchos pacientes y sus familiares pueden no estar completamente informados sobre los beneficios y objetivos de los cuidados paliativos, lo que puede llevar a una resistencia a adoptar estos cuidados hasta que la enfermedad esté muy avanzada.

El nivel de conocimiento y la comprensión de los cuidados paliativos pueden influir significativamente en las actitudes de los pacientes y familiares. Un estudio de Busa et al. (2022) encontró que los pacientes con ERC y sus familiares que reciben educación adecuada sobre los cuidados paliativos tienden a tener una actitud más positiva hacia estos cuidados y son más propensos a optar por ellos como parte de su plan de tratamiento. La información clara y accesible es crucial para mejorar la percepción y aceptación de los cuidados paliativos.

Además, el impacto de la cultura y las creencias personales también juega un papel importante en las actitudes hacia los cuidados paliativos. Investigaciones de Noble et al. (2015) sugieren que las actitudes hacia los cuidados paliativos pueden estar influenciadas por factores culturales y religiosos, que pueden afectar la disposición de los pacientes y sus familias a aceptar y participar en estos cuidados. Es esencial abordar estas creencias y proporcionar información culturalmente sensible para mejorar la aceptación y la integración de los cuidados paliativos.

2.5.3. Barreras y facilitadores para la implementación de cuidados paliativos

La implementación de cuidados paliativos en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) enfrenta diversas barreras y facilitadores. Entre las barreras más comunes se encuentran la falta de formación especializada entre los profesionales de la salud y la resistencia a cambiar las

prácticas establecidas. Un estudio de Neale et al. (2020) identificó que la falta de capacitación adecuada en cuidados paliativos y la carencia de protocolos específicos son obstáculos significativos para su implementación efectiva en la práctica clínica.

Las limitaciones en los recursos también representan una barrera importante. Según Abel et al. (2018), las instituciones de salud a menudo carecen de los recursos necesarios, como personal capacitado y materiales educativos, para implementar de manera efectiva programas de cuidados paliativos. La asignación de recursos adecuados y la creación de equipos multidisciplinarios pueden ayudar a superar estas limitaciones y facilitar la implementación de cuidados paliativos.

Por otro lado, ciertos facilitadores pueden mejorar la integración de los cuidados paliativos. La investigación de Helou et al. (2020) destaca que el apoyo institucional y la colaboración interdisciplinaria son factores clave para la implementación exitosa de cuidados paliativos. La creación de un entorno en el que se valore la atención integral y se fomente la comunicación entre profesionales de salud y pacientes puede facilitar la aceptación y la adopción de estos cuidados.

2.6 Prácticas actuales de Cuidados Paliativos en nefrología

Las prácticas de cuidados paliativos en nefrología varían según el contexto y los recursos disponibles. En muchos casos, los cuidados paliativos se introducen solo en las etapas avanzadas de la enfermedad, cuando los síntomas son más graves y las opciones de tratamiento son limitadas (Rao et al., 2021). Esta implementación tardía puede reducir la efectividad de los cuidados paliativos y limitar su impacto en la calidad de vida del paciente.

La integración temprana de los cuidados paliativos en la atención de pacientes con ERC puede mejorar los resultados y proporcionar un alivio más completo de los síntomas. Según Coss Morales et al. (2024), las prácticas de cuidados paliativos deben comenzar desde el diagnóstico de la ERC y continuar a lo largo de la progresión de la enfermedad. La adopción de un enfoque

proactivo permite a los médicos abordar las necesidades de los pacientes de manera más efectiva y adaptarse a los cambios en su condición.

2.6.1 Modelos de atención y prácticas clínicas en cuidados paliativos para ERC

Existen diversos modelos de atención para la implementación de cuidados paliativos en pacientes con ERC. Uno de los modelos prominentes es el modelo integrado, que combina cuidados paliativos con la atención renal estándar. De acuerdo con Marsh et al. (2024), este enfoque busca proporcionar una atención continua y coordinada que aborde tanto las necesidades curativas como paliativas, mejorando así la calidad de vida del paciente. La integración de estos modelos permite un manejo más holístico de la ERC, abordando aspectos físicos, emocionales y psicológicos de la enfermedad.

Otro modelo importante es el modelo especializado en cuidados paliativos, que se centra exclusivamente en el manejo de los síntomas y la calidad de vida sin intención de curar la enfermedad subyacente. Según Metzger et al. (2021), este modelo es particularmente útil en etapas avanzadas de la ERC, donde el enfoque está en aliviar el dolor, controlar los síntomas y proporcionar apoyo emocional y psicológico. La aplicación de este modelo puede requerir equipos de profesionales especializados y recursos adicionales, pero ofrece un enfoque intensivo en el bienestar del paciente.

El modelo de cuidados paliativos basado en la comunidad ofrece un enfoque diferente al incluir a los pacientes en su entorno familiar y social. Un estudio de Chu et al. (2023) encontró que este modelo puede mejorar la satisfacción del paciente y la adherencia al tratamiento al permitir que los cuidados paliativos se adapten a las necesidades y preferencias individuales del paciente dentro de su propio hogar. Este modelo también puede facilitar el acceso a cuidados continuos y el apoyo familiar, esenciales en el manejo de la ERC.

2.6.2 Estrategias para la integración de cuidados paliativos en la atención renal

La integración de cuidados paliativos en la atención renal es esencial para mejorar la calidad de vida de los pacientes con ERC. Una estrategia clave es la implementación de protocolos de atención que incluyan tanto aspectos curativos como paliativos. Según Ernecoff et al. (2022), desarrollar guías clínicas que integren cuidados paliativos en los tratamientos renales puede asegurar que las necesidades del paciente sean atendidas de manera integral y continua.

Otra estrategia efectiva es la formación y sensibilización del personal de salud en cuidados paliativos. Un estudio de Chiu et al. (2021) demostró que proporcionar capacitación específica en cuidados paliativos a los equipos de atención renal puede mejorar la confianza y la competencia en el manejo de síntomas y la comunicación con los pacientes sobre sus preferencias de cuidado. Esta formación también facilita una mejor colaboración entre los especialistas en cuidados paliativos y los equipos de atención renal.

La integración de cuidados paliativos puede ser facilitada mediante la implementación de equipos interdisciplinarios que colaboren en la atención del paciente. La investigación de Chu et al. (2023) señala que los equipos interdisciplinarios que incluyen médicos, enfermeras, trabajadores sociales y especialistas en cuidados paliativos pueden proporcionar una atención más completa y coordinada, lo cual es crucial para abordar las diversas necesidades de los pacientes con ERC.

2.6.3 Ejemplos de buenas prácticas y estudios de caso

El análisis de buenas prácticas y estudios de caso en cuidados paliativos para pacientes con ERC proporciona una perspectiva valiosa sobre la implementación exitosa de estos cuidados. Un ejemplo de buena práctica es el modelo de cuidados paliativos implementado en el Hospital General de Massachusetts, que integró equipos de cuidados paliativos con atención renal para

proporcionar un enfoque coordinado en el manejo de síntomas y la planificación de cuidados (Helou et al., 2020). Este enfoque resultó en una mejora significativa en la calidad de vida de los pacientes y en la satisfacción de los familiares.

Otro caso de éxito se observa en el Centro de Cuidados Paliativos de la Universidad de California, San Francisco, que desarrolló un programa específico para pacientes con ERC que incluyó educación para pacientes y familiares, así como la formación del personal de salud (Butler et al., 2019). Este programa demostró ser efectivo en la mejora de la comprensión y aceptación de los cuidados paliativos y en la reducción de la utilización de servicios de emergencia.

El estudio de caso en la Clínica de Cuidados Paliativos de la Universidad de Toronto mostró cómo la integración de cuidados paliativos en la atención renal puede ser facilitada mediante la colaboración con equipos comunitarios y la implementación de protocolos de comunicación efectivos (Tziraki et al., 2020). Este enfoque no solo mejoró el acceso a cuidados paliativos, sino que también promovió una mayor adherencia a los planes de tratamiento y una mejor calidad de vida para los pacientes.

2.7 Barreras para la implementación de Cuidados Paliativos en ERC

La implementación de cuidados paliativos en pacientes con ERC enfrenta varias barreras significativas. Entre las principales barreras se incluyen la falta de formación adecuada, la percepción de que los cuidados paliativos son solo para pacientes en fase terminal, y las limitaciones en el acceso a recursos y servicios especializados (Swanepoel et al., 2020). Estas barreras pueden limitar la capacidad de los médicos para proporcionar una atención integral y centrada en el paciente.

Superar estas barreras requiere un enfoque multifacético que incluya la educación y formación continua para los profesionales de la salud, así como el desarrollo de políticas de salud

pública que promuevan la integración de cuidados paliativos en la atención estándar para la ERC (Chiu et al., 2021). La creación de un entorno de apoyo y la disponibilidad de recursos adecuados son esenciales para facilitar la implementación efectiva de los cuidados paliativos.

2.7.1 Evaluación de la calidad de vida en pacientes con ERC que reciben cuidados paliativos

La evaluación de la calidad de vida en pacientes con ERC que reciben cuidados paliativos es crucial para comprender el impacto de estos cuidados en su bienestar general. Según Metzger et al. (2021), los cuidados paliativos pueden mejorar significativamente la calidad de vida de los pacientes con ERC al enfocarse en el alivio de los síntomas y el manejo integral del dolor. Los estudios indican que los pacientes que reciben cuidados paliativos reportan una mayor satisfacción con su cuidado y una mejor calidad de vida en comparación con aquellos que solo reciben tratamientos estándar.

La investigación de FitzGerald et al. (2023) también destaca que la calidad de vida en pacientes con ERC que reciben cuidados paliativos es superior en términos de bienestar físico y emocional. Los investigadores encontraron que estos pacientes experimentan una reducción en el dolor y la ansiedad, así como una mejoría en su capacidad para realizar actividades diarias y mantener relaciones sociales significativas. La implementación de intervenciones específicas para el manejo de los síntomas y el apoyo psicosocial contribuye a estos resultados positivos.

La evaluación continua y sistemática de la calidad de vida en pacientes con ERC bajo cuidados paliativos puede ayudar a identificar áreas de mejora en la atención, por lo que es importante utilizar herramientas de medición de calidad de vida validadas para realizar un seguimiento efectivo del impacto de los cuidados paliativos y ajustar las estrategias de intervención según sea necesario.

2.7.2 Comparación entre la calidad de vida en cuidados paliativos y cuidados estándar

Comparar la calidad de vida entre pacientes con ERC que reciben cuidados paliativos y aquellos que reciben cuidados estándar es fundamental para evaluar la eficacia de los cuidados paliativos. Un estudio realizado por Davison et al. (2024) comparó la calidad de vida en estos dos grupos y encontró que los pacientes que recibían cuidados paliativos reportaron una mejor calidad de vida en términos de manejo del dolor, bienestar emocional y satisfacción con la atención recibida. Los resultados sugieren que los cuidados paliativos ofrecen beneficios significativos en comparación con los cuidados estándar, que a menudo se centran únicamente en el tratamiento de la enfermedad.

La investigación de Wang et al. (2022) proporciona evidencia adicional de que los cuidados paliativos pueden mejorar la calidad de vida en pacientes con ERC en comparación con los cuidados estándar. Los investigadores encontraron que los pacientes bajo cuidados paliativos experimentaron menos síntomas de depresión y ansiedad y tuvieron una mayor capacidad para participar en actividades diarias en comparación con aquellos que recibieron solo cuidados estándar. Este estudio resalta la importancia de considerar los cuidados paliativos como una opción válida para mejorar el bienestar integral del paciente.

En una investigación comparativa realizada por Helou et al. (2020) también refuerza estos hallazgos al demostrar que los pacientes que reciben cuidados paliativos muestran mejoras significativas en la calidad de vida, particularmente en la gestión de los síntomas y el apoyo emocional, en comparación con los que reciben cuidados estándar. Estos resultados sugieren que la integración de cuidados paliativos podría ser beneficiosa para la atención de pacientes con ERC, ofreciendo un enfoque más centrado en el paciente y menos en la enfermedad.

2.7.3 Resultados de estudios que evalúan la eficacia de los cuidados paliativos en ERC

La eficacia de los cuidados paliativos en pacientes con ERC ha sido objeto de numerosos estudios que han evaluado su impacto en diferentes aspectos de la atención. En el trabajo realizado por Gelfand et al. (2020) se evaluó la eficacia de los cuidados paliativos en pacientes con ERC y encontró mejoras significativas en el manejo del dolor, la reducción de la ansiedad y la depresión, así como una mayor satisfacción con la atención recibida. Estos resultados sugieren que los cuidados paliativos son efectivos en mejorar diversos aspectos del bienestar del paciente.

La investigación de Eckardt et al. (2023) también proporciona evidencia de que los cuidados paliativos pueden ser altamente efectivos en el contexto de la ERC. El estudio reportó una reducción en la frecuencia de hospitalizaciones y visitas a servicios de emergencia, así como una mejora en la calidad de vida general de los pacientes que recibieron cuidados paliativos en comparación con aquellos que solo recibieron cuidados estándar. La eficacia de los cuidados paliativos en la reducción de las intervenciones médicas invasivas y en la mejora de la calidad de vida se destaca en estos hallazgos.

Otro estudio longitudinal realizado por Olagunju et al. (2019) evaluó la eficacia de un programa de cuidados paliativos específico para pacientes con ERC y encontró resultados positivos en términos de manejo de síntomas y apoyo emocional. Los pacientes que participaron en el programa mostraron una mayor estabilidad emocional y una mejor calidad de vida en comparación con aquellos que recibieron cuidados estándar, destacando la importancia de los cuidados paliativos en el manejo integral de la enfermedad renal crónica.

2.8 Herramientas para la identificación de necesidades paliativas en ERC

El uso de herramientas específicas para identificar las necesidades de cuidados paliativos en pacientes con ERC es crucial para proporcionar una atención adecuada y oportuna. El NECPAL

CCOMS-ICO 4.0 es un instrumento diseñado para identificar de forma precoz a las personas con necesidades paliativas (Organización Panamericana de la Salud, 2024). Esta herramienta permite a los profesionales de la salud evaluar sistemáticamente las necesidades de los pacientes y planificar una intervención adecuada.

La implementación de herramientas como el NECPAL CCOMS-ICO 4.0 puede mejorar la calidad de la atención al proporcionar una estructura para la identificación temprana de necesidades paliativas. Según un estudio de Swanepoel et al. (2020), la utilización de estas herramientas facilita la integración de cuidados paliativos en la atención médica, permitiendo a los médicos abordar las necesidades de los pacientes de manera más efectiva y oportuna.

2.8.1 Evaluación integral del paciente con ERC

La evaluación integral del paciente con enfermedad renal crónica (ERC) es fundamental para proporcionar un cuidado adecuado y personalizado. Este tipo de evaluación no solo abarca los aspectos médicos y físicos de la enfermedad, sino también las dimensiones psicológicas, sociales y espirituales del paciente. Según Kelepouris et al. (2023), una evaluación integral permite a los profesionales de la salud identificar todas las necesidades del paciente y desarrollar un plan de cuidado que mejore su calidad de vida. La evaluación integral debe ser continua y adaptarse a las necesidades cambiantes del paciente a lo largo del tiempo.

Un enfoque multidisciplinario es esencial para realizar una evaluación integral efectiva. Según Helou et al. (2020), la colaboración entre médicos, enfermeras, trabajadores sociales, y otros profesionales de la salud asegura que todas las dimensiones de la salud del paciente sean consideradas. Este enfoque permite identificar problemas que pueden no ser evidentes en una evaluación médica tradicional y proporcionar un cuidado más completo y coordinado.

La implementación de programas de evaluación integral también ha demostrado ser beneficiosa para la toma de decisiones clínicas y la planificación de cuidados a largo plazo. Según Fotheringham et al. (2022), estos programas pueden mejorar la adherencia al tratamiento y la satisfacción del paciente, ya que consideran sus valores, preferencias y objetivos personales. Además, una evaluación integral puede facilitar la comunicación entre el paciente y el equipo de salud, promoviendo una relación de confianza y colaboración.

2.8.2 Herramientas de evaluación del dolor y síntomas físicos

La evaluación del dolor y otros síntomas físicos en pacientes con ERC es crucial para el manejo adecuado de la enfermedad y la mejora de la calidad de vida. Existen diversas herramientas y escalas validadas que permiten a los profesionales de la salud evaluar estos síntomas de manera precisa y sistemática. Según FitzGerald et al. (2023), el uso de escalas como la Escala Visual Analógica (EVA) y la Escala de Evaluación Numérica (NRS) puede proporcionar una medida cuantitativa del dolor que experimenta el paciente, facilitando el ajuste de los tratamientos analgésicos.

Además de las escalas de dolor, es importante evaluar otros síntomas físicos comunes en pacientes con ERC, como la fatiga, la disnea y el prurito. La herramienta *Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)* es ampliamente utilizada para este propósito y ha demostrado ser efectiva en la identificación de múltiples síntomas simultáneamente según Davison et al. (2024). Esta herramienta permite a los profesionales de la salud realizar una evaluación rápida y completa, lo que es esencial para el manejo proactivo de los síntomas.

La implementación de herramientas de evaluación del dolor y síntomas físicos en la práctica clínica puede mejorar significativamente la calidad de vida de los pacientes con ERC. Según Eckardt et al. (2023), el uso regular de estas herramientas facilita la detección temprana de

cambios en el estado de salud del paciente y permite intervenciones oportunas. Además, una evaluación sistemática puede ayudar a personalizar los planes de cuidado, asegurando que se aborden todas las necesidades del paciente de manera efectiva.

2.8.3 Evaluación psicosocial y emocional

La evaluación psicosocial y emocional es un componente esencial del cuidado integral de los pacientes con ERC. La enfermedad renal crónica no solo afecta el bienestar físico de los pacientes, sino que también tiene un impacto significativo en su salud mental y calidad de vida. Según Chu et al. (2023), la depresión y la ansiedad son comunes en pacientes con ERC y pueden influir negativamente en su adherencia al tratamiento y en los resultados de salud. La evaluación psicosocial ayuda a identificar estas condiciones y permite la implementación de intervenciones adecuadas.

Herramientas como la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) son útiles para evaluar el estado emocional de los pacientes con ERC (Sousa et al., 2024). Estas herramientas proporcionan una medida cuantitativa de los síntomas de depresión y ansiedad, lo que facilita la identificación de pacientes que requieren apoyo psicológico adicional. La detección temprana y el manejo adecuado de los problemas emocionales son cruciales para mejorar la calidad de vida y el bienestar general del paciente.

La evaluación psicosocial también debe considerar el impacto de la ERC en la vida social y familiar del paciente. Según Burke et al. (2023), la enfermedad renal crónica puede causar estrés significativo en las relaciones familiares y sociales, lo que a su vez puede afectar el bienestar emocional del paciente. La evaluación de estos factores permite a los profesionales de la salud ofrecer un apoyo más completo y personalizado, abordando no solo los síntomas físicos de la enfermedad, sino también sus repercusiones psicosociales

2.9 Impacto de los Cuidados Paliativos en la calidad de vida de pacientes con ERC

Los cuidados paliativos tienen un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes con ERC. La evidencia sugiere que los cuidados paliativos pueden reducir el sufrimiento, mejorar el bienestar emocional y físico, y proporcionar un mayor nivel de satisfacción con la atención médica (Rao et al., 2021). Este impacto positivo es especialmente importante en el contexto de enfermedades crónicas y progresivas como la ERC.

La integración de cuidados paliativos desde las etapas tempranas de la enfermedad puede proporcionar un alivio más completo de los síntomas y apoyar a los pacientes en su adaptación emocional a la enfermedad. Según Tusó (2013), los pacientes que reciben cuidados paliativos reportan una mayor calidad de vida y una mejor capacidad para manejar los desafíos asociados con la ERC. Estos cuidados también pueden reducir la necesidad de intervenciones hospitalarias y mejorar la experiencia general del paciente.

2.9.1 Mejora en la gestión de síntomas y bienestar físico

La gestión efectiva de síntomas es esencial para mejorar el bienestar físico de los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC). Los cuidados paliativos juegan un papel crucial en este aspecto, enfocándose en el alivio del dolor y otros síntomas asociados con la ERC. Según Chinnadurai et al. (2020), la implementación de estrategias de manejo del dolor y el uso de analgésicos adecuados pueden reducir significativamente el malestar físico en estos pacientes. El estudio destaca que los pacientes que reciben cuidados paliativos informan de una disminución notable en la intensidad del dolor y una mejora general en su bienestar físico.

Además del manejo del dolor, los cuidados paliativos también abordan otros síntomas comunes en la ERC, como la fatiga, el prurito y la disnea de acuerdo con Metzger et al. (2021) señalaron que los cuidados paliativos incluyen intervenciones específicas para cada uno de estos

síntomas, lo que resulta en una mejor calidad de vida. Por ejemplo, las técnicas de manejo de la fatiga, como el ejercicio moderado y la terapia ocupacional, han mostrado ser efectivas para mejorar la energía y la funcionalidad diaria de los pacientes.

La personalización del plan de cuidados es otro componente vital en la mejora del bienestar físico. Según Gelfand et al. (2020), la evaluación regular y la adaptación del plan de tratamiento a las necesidades individuales del paciente son esenciales para el manejo efectivo de los síntomas. Este enfoque personalizado no solo mejora la gestión de los síntomas, sino que también aumenta la satisfacción del paciente con la atención recibida, destacando la importancia de un enfoque integral y centrado en el paciente en los cuidados paliativos.

2.9.2 Apoyo psicosocial y calidad de vida emocional

El apoyo psicosocial es un componente esencial de los cuidados paliativos para pacientes con ERC, dado su impacto significativo en la calidad de vida emocional. La depresión y la ansiedad son comunes en estos pacientes debido a la naturaleza crónica y progresiva de la enfermedad. De acuerdo con Chu et al. (2023), la integración de servicios de apoyo psicosocial, como la terapia psicológica y el asesoramiento, puede ayudar a mitigar estos efectos emocionales negativos. El estudio muestra que los pacientes que reciben apoyo psicosocial tienen una mejoría notable en su estado emocional y una reducción de los síntomas de depresión y ansiedad.

Además, el apoyo psicosocial también incluye la intervención familiar, lo cual es crucial para la calidad de vida emocional del paciente. Kalantar-Zadeh et al. (2021), destacan la importancia de involucrar a la familia en el proceso de cuidado, ya que esto no solo proporciona un apoyo emocional adicional al paciente, sino que también mejora la cohesión familiar y reduce el estrés asociado con el cuidado de un ser querido con ERC. La comunicación abierta y el apoyo mutuo dentro de la familia son fundamentales para el bienestar emocional del paciente.

Los programas de apoyo psicosocial también abordan aspectos relacionados con la resiliencia y la capacidad de afrontamiento de los pacientes. Según Sousa et al. (2024), estos programas pueden incluir técnicas de manejo del estrés, entrenamiento en habilidades de afrontamiento y grupos de apoyo entre pares. Estos elementos no solo ayudan a los pacientes a manejar mejor su enfermedad, sino que también mejoran su percepción de control y su calidad de vida emocional, creando un entorno de apoyo integral que favorece el bienestar global del paciente.

2.9.3 Calidad de vida global y satisfacción con la atención médica

La calidad de vida global y la satisfacción con la atención médica son indicadores cruciales de la efectividad de los cuidados paliativos en pacientes con ERC. De acuerdo con Metzger et al. (2021), los pacientes que reciben cuidados paliativos tienden a reportar una mejor calidad de vida en comparación con aquellos que solo reciben cuidados estándar. Los cuidados paliativos se centran en la persona como un todo, abordando no solo los aspectos físicos, sino también los emocionales, sociales y espirituales, lo que contribuye a una mejora significativa en la calidad de vida global.

La satisfacción con la atención médica es otro aspecto clave que se ve influenciado positivamente por los cuidados paliativos. FitzGerald et al. (2023), encontraron que los pacientes que participan en programas de cuidados paliativos expresan mayores niveles de satisfacción con la atención recibida. Esto se debe a la naturaleza centrada en el paciente de los cuidados paliativos, donde las necesidades y preferencias del paciente son prioritarias, y se promueve una comunicación abierta y continua entre el paciente y el equipo de atención.

La integración de cuidados paliativos puede reducir las hospitalizaciones y mejorar los resultados clínicos, lo cual también contribuye a una mayor satisfacción del paciente. Según Helou et al. (2020), la implementación de cuidados paliativos ha demostrado ser efectiva en la reducción

de la frecuencia y duración de las hospitalizaciones, lo que no solo mejora la calidad de vida del paciente, sino que también reduce el estrés y la carga económica asociada con la atención médica intensiva. Estos factores en conjunto contribuyen a una percepción más positiva de la atención médica recibida.

2.10 Estrategias para mejorar los conocimientos y prácticas de Cuidados Paliativos en nefrología

Para mejorar los conocimientos y prácticas de cuidados paliativos en nefrología, es fundamental implementar estrategias efectivas que incluyan educación y formación continua, así como el desarrollo de guías clínicas basadas en evidencia. La formación en cuidados paliativos debe ser una parte integral de la educación médica para nefrólogos y otros profesionales de la salud (Coss Morales et al., 2024)

El fomento de la investigación en cuidados paliativos y la adaptación de las mejores prácticas a diferentes contextos clínicos son también cruciales para mejorar la atención. Según un estudio de Swanepoel et al. (2020), la implementación de guías clínicas y protocolos basados en evidencia puede mejorar significativamente la calidad de los cuidados paliativos y apoyar a los médicos en la provisión de una atención integral y centrada en el paciente.

2.10.1 Programas de formación y educación para profesionales de la salud

La formación y educación continuada de los profesionales de la salud en cuidados paliativos es fundamental para garantizar la calidad de la atención a pacientes con ERC. Según Cabrera et al. (2020), los programas de formación deben incluir aspectos teóricos y prácticos, abarcando temas como el manejo del dolor, la comunicación con pacientes y familiares, y la planificación anticipada de cuidados. La implementación de estos programas puede mejorar significativamente las competencias de los profesionales y la calidad del cuidado proporcionado.

La capacitación en cuidados paliativos debe ser interdisciplinaria, involucrando a médicos, enfermeras, trabajadores sociales y otros profesionales de la salud. Metzger et al. (2021) enfatizan que un enfoque interdisciplinario en la formación permite a los profesionales trabajar de manera más eficaz en equipos multidisciplinarios, lo que es esencial para el cuidado integral de pacientes con ERC. Este tipo de formación también promueve una mejor comprensión de los roles y responsabilidades de cada miembro del equipo, facilitando una atención más coordinada y centrada en el paciente.

La educación en cuidados paliativos también debe ser continua y adaptativa, actualizándose conforme avanza la investigación y cambian las prácticas clínicas. Según Chu et al. (2023), la formación continua asegura que los profesionales de la salud estén al tanto de las últimas guías y recomendaciones en el campo de los cuidados paliativos. Además, programas de educación basados en la evidencia pueden aumentar la confianza y competencia de los profesionales en el manejo de situaciones complejas, mejorando así los resultados de los pacientes.

2.10.2 Implementación de protocolos y guías clínicas

La implementación de protocolos y guías clínicas en el manejo de cuidados paliativos para pacientes con enfermedad renal crónica ERC es esencial para asegurar una atención estandarizada y de alta calidad. Según FitzGerald et al. (2023), las guías clínicas proporcionan un marco basado en la evidencia que ayuda a los profesionales de la salud a tomar decisiones informadas y consistentes en el cuidado de estos pacientes. La adopción de guías específicas para cuidados paliativos en ERC puede mejorar la gestión de síntomas, el manejo del dolor y la planificación de cuidados avanzados.

Los protocolos y guías clínicas también facilitan la coordinación y la comunicación dentro del equipo de salud, lo que es crucial para la atención integral del paciente. Eckardt et al. (2023),

señalan que la implementación de guías clínicas estandarizadas permite una mejor comunicación entre los distintos miembros del equipo multidisciplinario, asegurando que todos los profesionales sigan las mismas recomendaciones y procedimientos. Esto no solo mejora la calidad del cuidado, sino que también reduce el riesgo de errores y variabilidad en la atención proporcionada.

La evaluación y actualización regular de estos protocolos es crucial para mantener su relevancia y efectividad. Según Davison et al. (2024), la revisión periódica de las guías clínicas permite incorporar nuevos hallazgos de investigación y mejores prácticas, asegurando que los pacientes reciban el cuidado más actualizado y basado en la evidencia. La implementación efectiva de protocolos y guías clínicas requiere también la capacitación continua de los profesionales de la salud, garantizando que estén familiarizados con las recomendaciones actuales y puedan aplicarlas adecuadamente en su práctica diaria.

Capítulo III

Metodología

3.1. Tipo de estudio

Este estudio se llevó a cabo como una investigación observacional, descriptiva y transversal. En el enfoque observacional, se recolectó y analizó información existente sobre sus CAP relacionadas con los cuidados paliativos en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC). Este enfoque permitió obtener datos objetivos y representativos de las prácticas médicas en el contexto ecuatoriano durante el período estudiado.

El diseño descriptivo tuvo como propósito fundamental caracterizar las variables de interés, como el nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos, las actitudes hacia su implementación y las prácticas clínicas asociadas. A través de este enfoque, se logró proporcionar una visión detallada y comprensiva de estas dimensiones, identificando tendencias, fortalezas y áreas de mejora en la atención brindada por los médicos especialistas en nefrología.

Por último, el carácter transversal del estudio implicó que la recolección de datos se realizó en un único período de tiempo, específicamente entre julio y septiembre de 2024. Este diseño permitió capturar un corte en el tiempo que refleja el estado actual de los CAP en cuidados paliativos dentro del grupo de especialistas en nefrología. Al centrarse en este intervalo específico, se identificaron patrones contemporáneos que podrán servir como base para futuras intervenciones educativas, políticas o clínicas en el ámbito de la nefrología y los cuidados paliativos.

3.2. Población y muestra

La población de este estudio estuvo constituida por 108 médicos especialistas en nefrología que ejercen su profesión en Ecuador y que tienen experiencia en el manejo de pacientes con enfermedad renal crónica (ERC). Este grupo incluye a profesionales que laboran en instituciones

de salud tanto públicas como privadas, cubriendo diferentes regiones del país. La elección de esta población permitió obtener una visión integral y representativa de las prácticas y actitudes relacionadas con los cuidados paliativos en este ámbito especializado.

La muestra de este estudio fue equivalente a la población total, es decir, estuvo conformada por los mismos 108 médicos especialistas en nefrología, quienes fueron seleccionados de manera no probabilística por conveniencia. Este enfoque permitió incluir a los profesionales que estuvieron disponibles y dispuestos a participar durante el período de recolección de datos, que se realizó entre julio y septiembre de 2024. La selección de esta muestra buscó asegurar que los participantes se encontraron en diversas instituciones y regiones del país, para reflejar de manera adecuada las características y prácticas predominantes en el contexto nacional.

El tamaño de la muestra se consideró adecuado para el propósito del estudio, ya que permitió obtener datos suficientes para describir las dimensiones de CAP de los especialistas en relación con los cuidados paliativos en pacientes con ERC. Este número de participantes también facilitó un análisis confiable de los resultados y garantizó la representación de distintas perspectivas dentro del campo de la nefrología en Ecuador.

3.3 Criterios de selección

3.3.1. Criterios de inclusión

- Especialidad en nefrología: Médicos con título de especialistas en nefrología, reconocidos por una institución acreditada en Ecuador.
- Experiencia en el manejo de pacientes con ERC: Profesionales que trabajan activamente en el tratamiento de pacientes con enfermedad renal crónica.

- Residencia laboral en Ecuador: Médicos que ejercen su profesión en instituciones públicas o privadas dentro del territorio ecuatoriano.
- Disponibilidad para participar: Profesionales que aceptaron voluntariamente responder las encuestas en el período de julio a septiembre de 2024.
- Idiomas: Médicos que comprenden y responden adecuadamente en español, para garantizar la comprensión de las preguntas de la encuesta.

3.3.2. Criterios de exclusión

- Especialistas en otras áreas: Profesionales que no posean una especialidad en nefrología.
- Falta de experiencia reciente: Médicos que no hayan tratado pacientes con enfermedad renal crónica.
- Ubicación fuera del país: Profesionales que, aunque sean ecuatorianos, se encuentren trabajando fuera del territorio nacional durante el período de recolección de datos.
- Falta de consentimiento informado: Médicos que no aceptaron participar en el estudio y no firmaron el mismo.
- Encuestas incompletas: Profesionales que entregaron cuestionarios con respuestas incompletas o inconsistentes que afecten la calidad de los datos.

3.4. Procedimiento de recolección de datos

La recolección de datos se llevó a cabo entre los meses de julio y septiembre de 2024, siguiendo un protocolo estructurado para garantizar la calidad y confiabilidad de la información obtenida. El procedimiento incluyó las siguientes etapas:

Planificación inicial

Se elaboró un cronograma detallado que especificaba las fechas y los lugares para la aplicación de las encuestas, considerando la disponibilidad de los médicos especialistas en nefrología. Asimismo, se diseñó y validó previamente el instrumento de recolección de datos (encuesta estructurada), que incluyó preguntas relacionadas con:

- CAP sobre cuidados paliativos en pacientes con enfermedad renal crónica.
- Variables sociodemográficas, como edad, sexo, región de trabajo y años de experiencia.
- Variables descriptivas específicas del especialista, como tipo de institución donde labora (pública, privada o mixta), formación complementaria en cuidados paliativos y frecuencia de atención a pacientes en estadio terminal.

Reclutamiento de participantes

Se contactó a los 108 médicos especialistas en nefrología de Ecuador a través de asociaciones profesionales, directorios médicos y redes de contacto en instituciones de salud públicas y privadas. A cada participante se le explicó el propósito del estudio y se le proporcionó un formulario de consentimiento informado para garantizar su participación voluntaria y el cumplimiento de los principios éticos de la investigación.

Aplicación de las encuestas

Las encuestas fueron administradas de manera presencial y en línea, según la preferencia y disponibilidad de los participantes. Para los casos presenciales, se dispuso de investigadores capacitados para entregar y recoger los formularios en el lugar de trabajo de los médicos. En el caso de las encuestas en línea, se utilizó una plataforma digital confiable, que permitiera garantizar la confidencialidad de las respuestas. La encuesta constaba de tres secciones principales:

- Datos sociodemográficos: Edad, sexo, lugar de residencia, y región laboral.
- Características del especialista: Tipo de institución donde labora, formación adicional en cuidados paliativos, y años de experiencia en nefrología.
- Preguntas específicas relacionadas con los conocimientos, actitudes y prácticas sobre cuidados paliativos en pacientes con ERC.

Supervisión y monitoreo

Durante el proceso de recolección de datos, se realizó un monitoreo continuo para identificar y resolver cualquier inconveniente. Se verificó que las encuestas fueran completadas en su totalidad antes de su inclusión en la base de datos, descartando aquellas con respuestas incompletas o inconsistentes. Este control garantizó la integridad y validez de los datos recolectados.

Consolidación y almacenamiento de datos

Una vez finalizada la recolección, las respuestas se consolidaron en una base de datos única, protegida por medidas de seguridad, como contraseñas y accesos restringidos. Esto garantizó la confidencialidad de la información y el cumplimiento de las normativas éticas y legales aplicables.

Este procedimiento permitió obtener datos integrales que no solo describen los CAP de los médicos especialistas en nefrología en relación con los cuidados paliativos, sino también un perfil sociodemográfico y profesional detallado que enriquece el análisis de los resultados.

Análisis de los datos

El análisis de los datos recolectados se llevó a cabo utilizando el software estadístico SPSS versión 25, garantizando la precisión y el rigor en el procesamiento y análisis de la información. A continuación, se detalla el procedimiento aplicado para las diferentes categorías de variables:

Análisis de variables sociodemográficas

Se realizó un análisis descriptivo univariado de las variables sociodemográficas recolectadas (edad, sexo, región laboral, entre otras). Este análisis incluyó:

- Medidas de tendencia central y dispersión: Para variables continuas como la edad y los años de experiencia, se calcularon media, mediana, desviación estándar, valores mínimos y máximos.
- Frecuencias y porcentajes: Para variables categóricas como el sexo, región de trabajo y tipo de institución laboral, se elaboraron tablas de distribución de frecuencias y gráficos para facilitar la interpretación de los datos.

Análisis de variables descriptivas específicas del especialista

Para las características profesionales de los especialistas (tipo de institución, formación adicional en cuidados paliativos, y frecuencia de atención a pacientes en estadio terminal), se utilizaron:

- Tablas de contingencia: Se emplearon para identificar relaciones entre las variables categóricas, como la formación adicional y el tipo de institución.
- Pruebas de Chi-cuadrado: Estas pruebas se aplicaron para determinar la existencia de asociaciones significativas entre las variables categóricas.

- Estadísticos descriptivos: Se calcularon medidas de tendencia central y dispersión para variables continuas relacionadas con años de experiencia.

Análisis multivariado

Se aplicaron técnicas multivariadas para analizar las relaciones entre los CAP en cuidados paliativos y las variables sociodemográficas o profesionales:

- Regresión logística binaria o multinomial: Se utilizó para identificar predictores significativos de una actitud positiva o negativa hacia los cuidados paliativos, tomando como variables independientes factores como la formación adicional, el tipo de institución laboral y la experiencia.
- Análisis de correspondencia múltiple: Este método permitió identificar patrones de asociación entre las prácticas de los especialistas y sus características sociodemográficas o profesionales.
- Análisis de varianza (ANOVA): Para evaluar diferencias significativas en los conocimientos y actitudes entre diferentes grupos de especialistas según sus características laborales, como el tipo de institución o la región.

Presentación e interpretación de resultados

Los resultados del análisis se presentaron en forma de tablas y figuras para facilitar su interpretación. Los valores p obtenidos en las pruebas estadísticas se consideraron significativos si $p < 0.05$. Además, se acompañaron los resultados con intervalos de confianza del 95% para las principales medidas obtenidas.

Este enfoque integral permitió obtener una visión detallada de los datos, desde una perspectiva descriptiva hasta un análisis profundo de las relaciones entre las diferentes variables,

proporcionando conclusiones sólidas para la toma de decisiones y recomendaciones en el ámbito de los cuidados paliativos en pacientes con ERC.

Capítulo IV

4.1 Resultados

4.1.1 *Análisis de variables descriptoras del profesional de salud*

Se presentan las frecuencias absolutas del sexo de los médicos especialistas en nefrología que participaron en el estudio. De un total de 108 encuestados, 54 son hombres y 54 son mujeres, representando una distribución equitativa de sexo. La edad de los especialistas varía entre un mínimo de 30 años y un máximo de 65 años, con una media de 43,28 años y una desviación estándar de 6,855.

Además, se muestran porcentajes de los países donde los médicos especialistas en nefrología obtuvieron su título. Según los datos, Ecuador destaca como el país de formación más representativo, con 42 médicos (38,9%). Le siguen Argentina con 30 especialistas (27,8%) y Cuba con 13 especialistas (12,0%). Otros países como Venezuela (8,3%), España (4,6%), México (3,7%), Rusia (2,8%), Brasil y Colombia (ambos con 0,9%) tienen una representación menor.

La principal ciudad donde los médicos especialistas en nefrología ejercen su práctica es Quito con 64 profesionales (59,3%), seguido de Guayaquil, que alberga a 13 especialistas (12,0%). Otras ciudades como Cuenca, Azogues, Ibarra, Machala y Portoviejo tienen una representación menor, cada una con 3 especialistas (2,8%). Por otro lado, varias ciudades como Bahía de Caráquez, El Carmen, Loja, Riobamba y Santo Domingo tienen 2 especialistas (1,9%), mientras que ciudades como Ambato, Esmeraldas, Manta, Quevedo, Salinas y Ventanas cuentan con un solo especialista cada una (0,9%). Según los datos, 70 especialistas (64,8%) trabajan en el sector público, mientras que 38 (35,2%) lo hacen en el sector privado.

Al analizar los resultados se encontró que 77 especialistas (71,3%) indicaron que no disponen de una unidad o servicio de cuidados paliativos, mientras que 31 especialistas (28,7%) afirmaron que sí cuentan con este recurso.

4.1.2 Análisis de conocimientos

El análisis del puntaje de conocimientos en Cuidados Paliativos aplicados a médicos especialistas en nefrología en Ecuador, evidenció una distribución heterogénea en los niveles de conocimiento. Para esto se generó una nueva variable "Puntaje de Conocimiento" la cual se construyó a partir de las respuestas a 4 ítems del cuestionario, diseñados para evaluar el dominio teórico de los médicos sobre cuidados paliativos en el contexto de la nefrología. A cada pregunta se le asignó un valor ponderado (25 puntos), con excepción del ítem sobre tratamiento conservador, que fue calificado según escalas de desempeño (25, 50, 75 y 100).

Esta variable fue tratada como cuantitativa continua, permitiendo su análisis mediante estadística descriptiva y pruebas de correlación no paramétricas. La muestra total analizada estuvo compuesta por 108 profesionales, cuyos puntajes oscilaron entre 6,25 y 100 puntos, reflejando amplias diferencias en la formación y dominio del tema. En la Tabla 1, los indicadores estadísticos descriptivos resumen numéricamente esta dispersión, facilitando la visualización de las diferencias en el nivel de conocimientos de la población estudiada.

Desde el punto de vista estadístico, se observó una media de 34,55 puntos, lo que indica que en general los conocimientos se encuentran en un nivel bajo. La mediana y la moda coincidieron en 37,50, lo cual sugiere una ligera simetría en la distribución, aunque con tendencia a la concentración de valores en niveles intermedios. La desviación estándar fue de 19,51, evidenciando una variabilidad considerable en los resultados.

El análisis de cuartiles mostró que el 25% de los participantes obtuvo puntajes iguales o inferiores a 18,75 (Q1), mientras que el 50% central se ubicó entre 18,75 y 56,25 puntos, lo cual confirma la dispersión de los resultados. Solo el 25% restante superó el puntaje de 56,25 (Q3), lo que indica que una minoría alcanzó niveles altos de conocimiento en cuidados paliativos.

Para clasificar los niveles de conocimiento, se utilizaron puntos de corte establecidos en función de los cuartiles obtenidos en la distribución estadística y en concordancia con criterios educativos de desempeño:

- El umbral de $\leq 31,25\%$ se definió como nivel bajo, al ubicarse por debajo del rango intercuartílico y reflejar un desempeño insuficiente.
- El rango intermedio (31,25% a 68,75%) representa al grupo mayoritario con conocimientos parciales o aceptables.
- El rango alto se considera $\geq 75\%$, al superar el tercer cuartil y reflejar dominio avanzado.

Al analizar los rangos de niveles de conocimiento, encontramos que los niveles bajos representan aproximadamente 45,4% de la muestra, lo que indica que casi la mitad de los especialistas tienen un conocimiento insuficiente sobre cuidados paliativos en el contexto de la nefrología. Los niveles intermedios de conocimiento corresponden al 46,3% y los niveles altos de conocimiento tan solo el 5,6% y de esto el 2,8% (3 médicos) lograron el puntaje máximo.

Tabla 1

Estadísticos de Puntaje de Conocimiento

Indicador Estadístico	Puntaje
Media	34,55
Mediana	37,50
Moda	37,50
Desviación	19,51
Cuartiles	25
	50
	75
	18,75
	37,50
	56,25

Nota. Esta tabla muestra el puntaje de conocimiento según medidas de tendencia central

4.1.2.1 Análisis de conocimientos por pregunta

Se observa en la figura 1 que las tres primeras preguntas, muestran niveles bajos a moderados de aciertos (14% a 49%), mientras que la cuarta pregunta, evaluada mediante una escala de desempeño, tuvo un promedio de aciertos del 44,68%. Estos resultados reflejan un dominio parcial del conocimiento en cuidados paliativos por parte de los médicos evaluados.

Figura 1

Estadísticos por preguntas de conocimiento



Nota. Esta figura representa el análisis de conocimientos por preguntas en la que destacan en color verde un mayor número de aciertos, en rojo un menor conocimiento y en naranja un dominio parcial de conocimientos.

4.1.2.2 Correlación de las variables sobre el porcentaje de conocimientos

En los resultados que se observan en la tabla 2 muestran que no existe correlación significativa entre edad, años de experiencia versus conocimiento.

Tabla 2*Correlación de variables cuantitativas con porcentaje de conocimientos*

Correlación de Conocimientos			
		Años de experiencia	Edad
Puntaje de Conocimiento	Correlación de Pearson (r)	-,012	,109
	Valor p (unilateral)	,451	,131
N		108	108

4.1.3 Análisis de prácticas

Para evaluar la dimensión práctica en cuidados paliativos, se analizaron cinco ítems correspondientes al bloque de prácticas del cuestionario, aplicados a médicos especialistas en nefrología. Las preguntas contemplan desde el uso de instrumentos de derivación hasta la frecuencia de participación en decisiones clínicas. Cada ítem fue codificado de forma dicotómica (0 = No, 1 = Sí), excepto el último ítem sobre frecuencia que se evaluó en escala ordinal de 1 a 5. Con estos datos, se calcularon medidas estadísticas descriptivas, incluyendo porcentaje de aciertos promedio representado por la media, desviación estándar, con el objetivo de identificar el grado de implementación práctica de los cuidados paliativos en la muestra evaluada.

Se evidencian que la práctica clínica en cuidados paliativos entre médicos nefrólogos es variable y parcialmente implementada. La mayoría de los participantes refirió derivar pacientes al servicio de cuidados paliativos (73%), lo cual representa un aspecto positivo de la práctica clínica. Sin embargo, se observa una disminución progresiva en el uso de herramientas específicas (53%), en la aplicación de la escala NECPAL (43%) y, de forma más preocupante, en la existencia de políticas institucionales para la suspensión del tratamiento de diálisis (20%).

En cuanto a la participación en decisiones éticas relacionadas con el inicio o suspensión del tratamiento renal sustitutivo, la mediana fue de 3, lo que corresponde a una frecuencia “ocasional”, aunque con dispersión significativa. Estos hallazgos indican que, aunque algunos componentes de la práctica están presentes, existe una clara necesidad de fortalecer los protocolos institucionales, el uso de herramientas estandarizadas y la formación práctica continua, especialmente en aspectos ético-clínicos son fundamentales para la atención integral del paciente con enfermedad renal crónica.

En este estudio, se evaluó la práctica clínica de los médicos especialistas en nefrología con respecto a la aplicación de cuidados paliativos. La figura 2 presenta la distribución de los niveles de práctica clínica en cuidados paliativos, destacando la prevalencia del nivel bajo entre los participantes. Para facilitar el análisis e interpretación de los resultados, la escala Likert original de cinco puntos fue recodificada en tres niveles de práctica: baja práctica (categorías 1 y 2), práctica moderada (categoría 3) y alta práctica (categorías 4 y 5). Esta transformación respondió al criterio de agrupar niveles de frecuencia clínicamente similares y facilitar la comparación global entre los participantes.

Figura 2

Estadísticos por preguntas de prácticas

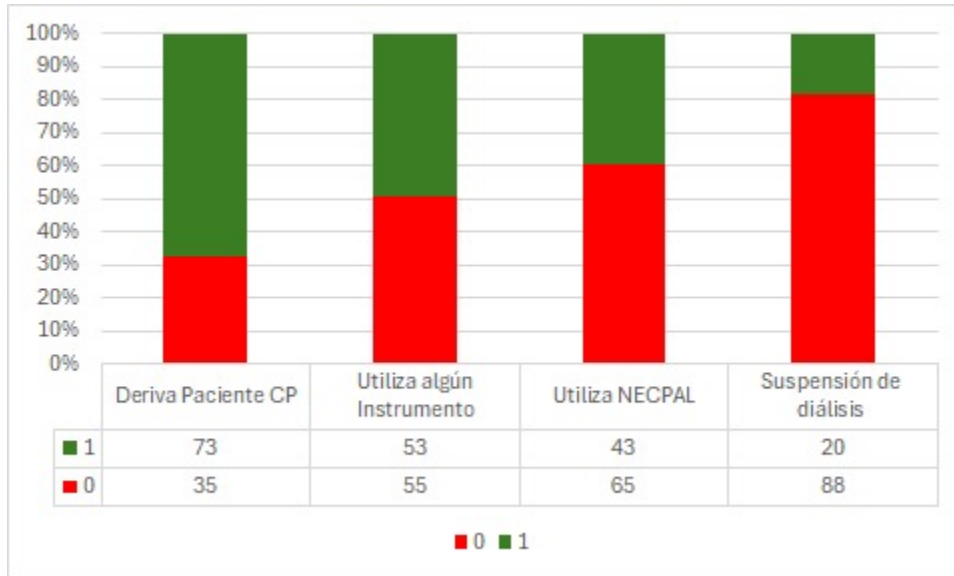
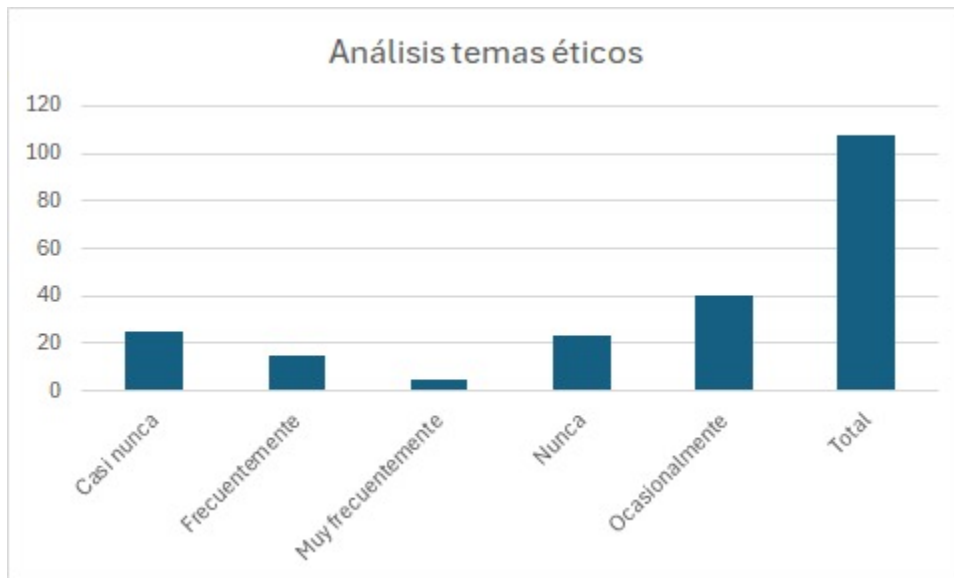


Figura 3

Estadísticos por preguntas de prácticas

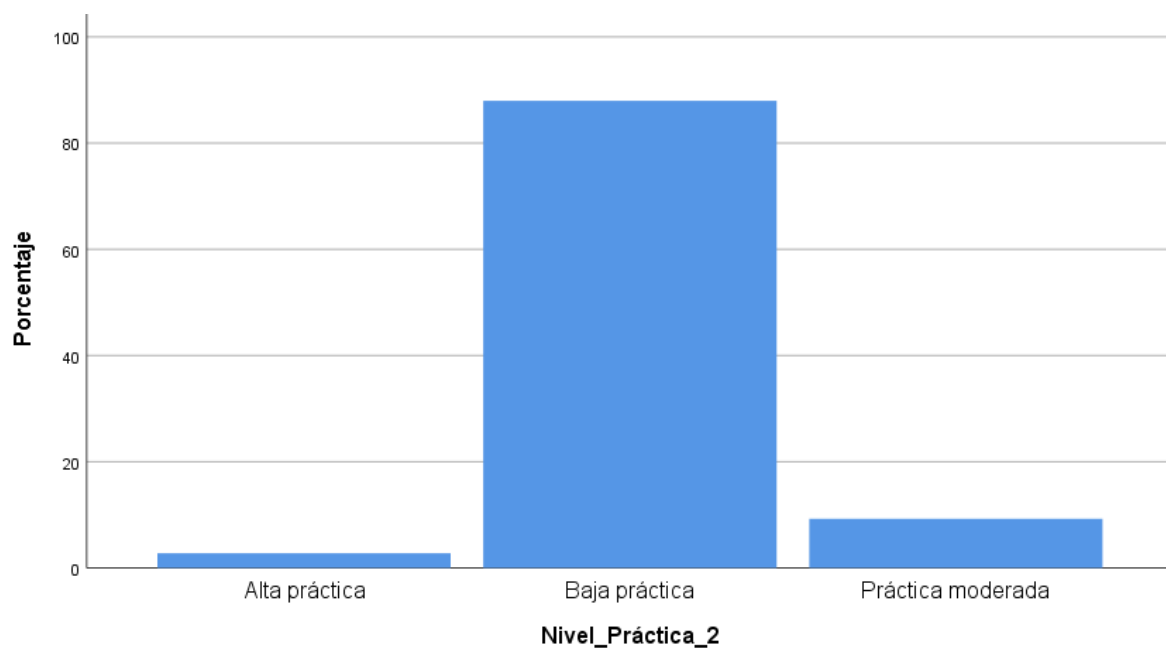


Nota: La última pregunta corresponde a una escala ordinal de frecuencia (de 1 = "Nunca" a 5 = "Muy frecuentemente"), por lo que no se calcula porcentaje de aciertos, y su media se interpreta como frecuencia promedio.

Los resultados que se evidencian en la Figura 4 muestran que la gran mayoría de los médicos evaluados presenta un nivel de práctica baja (88%) en relación con la implementación de cuidados paliativos en el ejercicio de la nefrología, mientras que solo el 2,8% alcanza un nivel considerado alto. Estos hallazgos indican una brecha significativa entre el conocimiento teórico y su aplicación en la práctica, lo cual podría estar relacionado con la falta de protocolos, capacitación práctica o integración institucional del enfoque paliativo. Esta distribución justifica la necesidad de intervenciones formativas y organizacionales que fortalezcan la aplicación efectiva de cuidados paliativos en el ámbito clínico.

Figura 4

Porcentaje general de prácticas



4.1.3.1 Correlación de las variables de años de estudio, utilización de NECPAL y puntaje de prácticas.

En primer lugar, se identificó una correlación positiva débil pero significativa entre los años de experiencia y el puntaje de prácticas ($\rho = 0,254$; $p = 0,008$). Esto sugiere que, a mayor experiencia profesional, los médicos tienden a tener una participación ligeramente más activa en la implementación de cuidados paliativos, aunque la relación no es fuerte.

Asimismo, en la tabla 3 podemos observar una correlación positiva moderada y altamente significativa entre el uso de la escala NECPAL y el puntaje de prácticas ($\rho = 0,423$; $p < 0,001$). Esta relación indica que aquellos médicos que reportan utilizar la escala NECPAL presentan un mayor nivel de aplicación práctica de cuidados paliativos, lo cual refuerza la utilidad de esta herramienta como facilitadora en la atención clínica.

Tabla 3

Correlación de las variables de años de estudio, NECPAL y puntaje de prácticas

Correlación de Prácticas			
		Años de experiencia	NECPAL
Puntaje de Práctica	Correlación de Spearman	0,25	0.42
		Sig. (unilateral)	
		0.01	,000
Total		108	108

4.1.4 Análisis de actitudes

En esta sección se presenta el análisis descriptivo de las actitudes de los médicos especialistas en nefrología frente a los cuidados paliativos en el contexto de la enfermedad renal crónica. Para ello, se evaluaron cinco ítems clave que abordan aspectos como la formación

recibida, las barreras percibidas, la toma de decisiones clínicas y la percepción sobre la integración de los cuidados paliativos al servicio de nefrología. A cada ítem se le calculó el porcentaje de aciertos promedio (basado en su escala máxima), así como su desviación estándar con el objetivo de identificar patrones de respuesta y nivel general de actitud entre los participantes. Los resultados se detallan en la Tabla 4.

Tabla 4

Estadísticos por preguntas de actitudes

	Porcentaje de aciertos promedios
¿Ha recibido formación en cuidados paliativos?	40,8
¿Qué le ha impedido formarse en Cuidados Paliativos?	73
¿Qué tan complicado es tomar la decisión de suspender o no iniciar Tratamiento Renal Sustitutivo y optar por un Tratamiento Renal Conservador?	43,2
¿Identifica barreras para la derivación de pacientes a Cuidados Paliativos?	76,4
¿Indique qué tan necesario considera la integración de Cuidados Paliativos al servicio de Nefrología en el Ecuador?	91,6

La clasificación de las actitudes permite identificar distintos niveles de apertura, sensibilización y compromiso de los profesionales frente a los cuidados paliativos en nefrología. En primer lugar, se evidencia una alta valoración sobre la necesidad de integrar los cuidados paliativos al servicio de nefrología, con un porcentaje de aciertos promedio del 91,6% y una mediana de 5, lo que indica una actitud fuertemente positiva en este aspecto.

De igual manera, la identificación de barreras en la derivación también obtuvo un alto puntaje (76,4%), lo que demuestra una conciencia clara sobre los obstáculos estructurales y organizativos que dificultan la implementación de cuidados paliativos. Por el contrario, la pregunta sobre si el médico ha recibido formación reflejó el nivel más bajo de actitud positiva (40,8%), con

una mediana de 1, lo que indica escasa formación previa y una actitud limitada en cuanto a preparación profesional.

En cuanto a la complejidad percibida para tomar decisiones clínicas relacionadas con el tratamiento renal conservador, la actitud fue neutral a ligeramente negativa, con una mediana de 2 y una desviación moderada, lo que evidencia dudas o inseguridad frente a estas decisiones éticas. Finalmente, la reconstrucción de barreras para formarse en cuidados paliativos reflejó un nivel medio-alto (73%), lo que puede interpretarse como una actitud abierta a la formación, pero limitada por factores externos como falta de tiempo, recursos o acceso.

En esta sección se evaluó la actitud global de los médicos especialistas en nefrología frente a los cuidados paliativos en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC). Para ello, se construyó un puntaje acumulativo a partir de las respuestas a los ítems del bloque de actitud, el cual fue posteriormente recodificado en tres categorías: buena actitud, actitud neutral y baja actitud. Esta recategorización se realizó con base en puntos de corte establecidos por percentiles, con el fin de facilitar la interpretación y comparación de los niveles actitudinales entre los participantes. Los resultados obtenidos se presentan en la Figura 5, donde se muestra la distribución de estos niveles de actitud en la población estudiada.

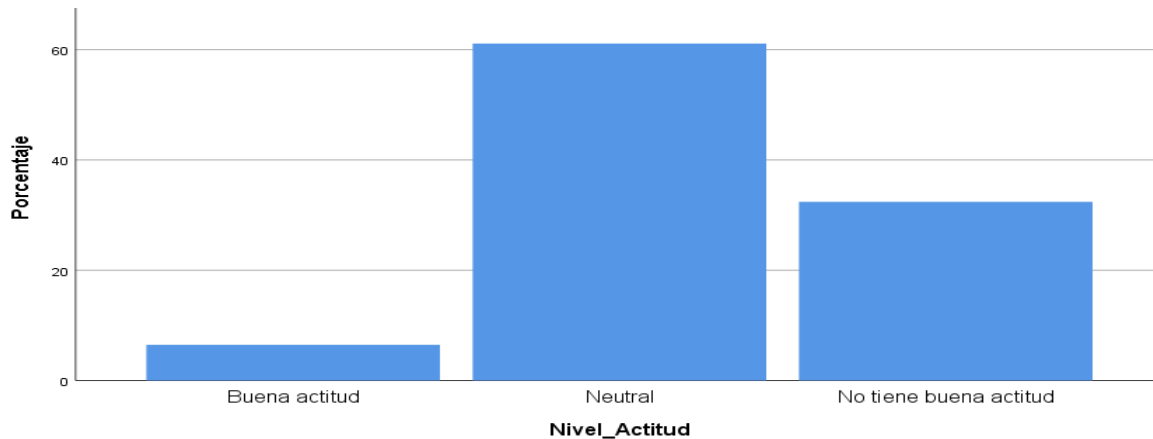
Los datos reflejan que la mayoría de los médicos (61,2%) tienen una actitud neutral hacia los cuidados paliativos, lo que indica que no están completamente comprometidos ni en contra de su implementación en la práctica nefrológica.

Por otro lado, un 32,4% de los médicos muestran una actitud negativa o poco favorable, lo que sugiere resistencia o desconocimiento sobre el valor de los cuidados paliativos en nefrología. Solo el 6,5% de los médicos tienen una actitud positiva hacia esta área, lo que evidencia que muy

pocos especialistas están plenamente convencidos de su importancia en la atención de pacientes con enfermedad renal crónica avanzada.

Figura 5

Puntaje General de actitud



4.1.4.1 Análisis de las preguntas sobre actitudes

Para complementar el análisis de la dimensión actitudinal, se realizó una clasificación de las respuestas individuales de cada ítem en tres niveles: actitud positiva, neutral y negativa. Esta recategorización se basó en los valores de las escalas tipo Likert utilizadas (de 1 a 5), agrupadas de la siguiente forma:

- Actitud positiva: respuestas con valores de 4 a 5
- Actitud neutral: respuestas con valor 3
- Actitud negativa: respuestas con valores de 1 a 2

Esta transformación se aplicó directamente sobre las tablas de frecuencias de cada pregunta, sin necesidad de recodificar variables en SPSS, agrupando manualmente las frecuencias según los rangos definidos. El objetivo fue identificar, de manera más clara, la proporción de participantes con disposición favorable, indecisa o desfavorable frente a aspectos claves

relacionados con los cuidados paliativos en el ejercicio de la nefrología. Los resultados se presentan a continuación en la Tabla 5.

Tabla 5

Análisis de preguntas de actitudes

PREGUNTA	ACT POSITIVA (%)	NEUTRAL (%)	NEGATIVO (%)
¿Ha recibido formación en cuidados paliativos?	32	17	59
¿Qué le ha impedido formarse en Cuidados Paliativos?	62	15	31
¿Qué tan complicado es tomar la decisión de suspender o no iniciar Tratamiento Renal Sustitutivo y optar por un Tratamiento Renal Conservador?	12	20	76
¿Identifica barreras para la derivación de pacientes a Cuidados Paliativos?	51	43	14
¿Indique qué tan necesario considera la integración de Cuidados Paliativos al servicio de nefrología en el Ecuador?	103	5	0

Los resultados reflejan una heterogeneidad considerable en las actitudes de los médicos nefrólogos frente a los cuidados paliativos. Si bien se evidencia una actitud altamente positiva respecto a la integración de cuidados paliativos al servicio de nefrología (95,4%), así como un alto reconocimiento de barreras para la derivación de pacientes (47,2% positiva y 39,8% neutral), se observaron áreas de debilidad importantes. En particular, solo 29,6% de los encuestados indicó haber recibido formación en cuidados paliativos, y un 70,4% manifestó una actitud negativa frente a la complejidad de tomar decisiones clínicas relacionadas con el tratamiento renal conservador, lo cual podría reflejar incertidumbre ética o falta de apoyo institucional.

En conjunto, estos resultados sugieren que, aunque la valoración conceptual de los cuidados paliativos es favorable, persisten limitaciones estructurales, formativas y actitudinales que deben ser abordadas a través de programas de capacitación, actualización clínica y políticas claras que favorezcan la incorporación del enfoque paliativo en la práctica nefrológica cotidiana.

4.1.4.2 Correlación de las variables entre Establecimiento de Trabajo y Nivel de Actitud

Se analizó la posible asociación entre el tipo de establecimiento de trabajo y el nivel de actitud hacia los cuidados paliativos mediante una prueba de chi-cuadrado (χ^2), utilizando SPSS. Las variables fueron categorizadas de acuerdo con los datos obtenidos: el establecimiento como variable nominal (sin orden), y el nivel de actitud como variable ordinal con tres niveles (negativa, neutral, positiva). También se calculó el coeficiente Cramer's V como medida de intensidad de asociación, se muestra en tabla 6.

Tabla 6

Correlación de establecimiento y nivel de actitud

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,18 ^a	2	,56
Razón de verosimilitud	1,19	2	,55
N de casos válidos	108		

Nota. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5.
El recuento mínimo esperado es 2,92.

El valor de $p = 0,555$ es mucho mayor que 0.05, lo que indica que no existe una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de establecimiento en el que laboran los médicos y su nivel de actitud hacia los cuidados paliativos.

Además, el aviso sobre celdas con frecuencias esperadas menores a 5 sugiere que los resultados deben interpretarse con cautela, ya que se puede haber vulnerado uno de los supuestos del test de chi cuadrado (frecuencias esperadas ≥ 5 en al menos el 80% de las celdas).

4.1.5 Análisis global de CAP

Se realizó una regresión logística binaria para explorar la asociación entre el nivel de conocimiento en cuidados paliativos (alto vs. bajo) y las variables puntaje de práctica y puntaje de actitud, tal como se muestra en la Tabla 7.

Los resultados mostraron que no hay significancia. Aunque el OR de práctica (1,351) sugiere que a mayor práctica hay más probabilidad de tener buen conocimiento, en la actitud el OR es cercano lo que demuestra que no hay asociación

Tabla 7

Análisis de conocimiento – práctica - actitud

Variables	Sig.	OR (Exp (B))	95% C.I. para EXP(B) Inferior	Superior
Práctica	,27	1,35	,80	2,30
Actitud	,87	1,08	,45	2,56

En la tabla 8 se muestra una regresión logística binaria para evaluar la asociación entre el nivel de conocimiento en cuidados paliativos (alto vs bajo), el lugar de trabajo y los años de experiencia profesional.

Los resultados mostraron que los profesionales que laboran en el lugar codificado como categoría 1 (Público) tuvieron 2,4 veces más probabilidades de alcanzar un alto nivel de conocimiento, aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa (OR = 2,377; IC 95%: 0,929–6,085; p = 0,071). Por otro lado, los años de experiencia mostraron una asociación negativa significativa con el conocimiento (OR = 0,856; IC 95%: 0,768–0,954; p = 0,005), indicando que los médicos con menos años de ejercicio profesional presentaron un mayor nivel de conocimiento en esta área, posiblemente relacionado con formación más reciente o sensibilización académica.

Tabla 8*Análisis de conocimiento – lugar de trabajo – años de experiencia*

	Sig.	Exp (B)	95% C.I. para EXP(B)	
			Inferior	Superior
Lugar de trabajo (1)	,07	2,38	,93	6,09
Años experiencia	,01	,86	,77	,95

Nota: El valor (1) de lugar de trabajo (1) se refiere a la categoría comparada con la de referencia. 1 = público y la referencia es privado, este OR indica mayor probabilidad de alto conocimiento para quienes trabajan en el sector público (pero no significativa al 5%, aunque cercana).

Se realizó una regresión logística binaria para determinar la asociación entre el nivel de práctica clínica en cuidados paliativos y las variables: lugar de trabajo, años de experiencia, formación en CP y sexo, tal como se muestra en la tabla 9.

El análisis reveló que únicamente la formación en cuidados paliativos fue un factor significativo (OR = 0.024; IC 95%: 0.005–0.109; $p < 0.001$), lo que indica que no haber recibido formación reduce drásticamente la probabilidad de tener una práctica clínica adecuada en este ámbito. En cambio, las variables lugar de trabajo (OR = 0.856; $p = 0.767$), años de experiencia (OR = 1.001; $p = 0.987$) y sexo (OR = 1.665; $p = 0.375$) no mostraron asociación significativa con la práctica profesional, lo que sugiere que estos factores no influyen directamente en la implementación de estrategias paliativas en el contexto nefrológico.

Tabla 9*Análisis de actitud – lugar de trabajo – años de experiencia – formación – sexo*

	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
			Inferior	Superior
Años experiencia	,98	1,00	,91	1,09
Lugar de Trabajo	,76	,85	,30	2,38
Falta Formación	,00	,02	,00	,10
Sexo	,37	1,66	,54	5,12

Se realizó una regresión logística binaria para explorar la asociación entre [nivel de conocimiento / actitud / práctica] y tres variables independientes: años de experiencia profesional, lugar de trabajo y formación en cuidados paliativos, tal como se muestra en la tabla 10.

El análisis mostró que los años de experiencia se asociaron significativamente con el resultado analizado (OR = 1.156, IC 95%: 1.027–1.301; $p = 0.016$), indicando que, a mayor tiempo de ejercicio profesional, mayor probabilidad de tener [alto conocimiento / actitud positiva / buena práctica]. En contraste, el lugar de trabajo (OR = 0.553; $p = 0.413$) y la formación en cuidados paliativos (OR = 3.692; $p = 0.119$) no mostraron asociaciones estadísticamente significativas, aunque esta última variable presentó una tendencia que podría ser relevante en un modelo más ajustado o con mayor muestra.

Tabla 10

Análisis de práctica – lugar de trabajo – años de experiencia – formación

	Sig.	Exp (B)	95% C.I. para EXP(B)	
			Inferior	Superior
Años experiencia	,016	1,156	1,027	1,301
Lugar de Trabajo	,413	,553	,134	2,284
Formación	,119	3,692	,716	19,037

Capítulo V

5.1 Discusión

La presente discusión aborda los hallazgos obtenidos en el estudio sobre el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de los nefrólogos sobre las necesidades de cuidados paliativos en pacientes con enfermedad crónica avanzada, analizando variables como género, país de obtención del título, ciudad de ejercicio profesional, sector laboral, disponibilidad de unidades de cuidados paliativos, edad, años de experiencia y frecuencia de atención a pacientes. Estos resultados se contrastan con la literatura existente para contextualizar y comprender mejor las tendencias observadas.

El estudio reveló una distribución equitativa entre hombres y mujeres, con un 50% para cada género. Esta paridad es consistente con tendencias globales en la medicina, donde se observa una creciente participación femenina en especialidades tradicionalmente dominadas por hombres (Stevens et al., 2024). En España, por ejemplo, la proporción de mujeres en nefrología ha aumentado significativamente en las últimas décadas, lo que refleja un cambio en la composición de las fuerzas laborales médicas (García-Maset et al., 2022). Esta equidad de género puede influir positivamente en la diversidad de perspectivas y enfoques en la atención nefrológica (LOS40 lassic, 2024).

La mayoría de los nefrólogos encuestados obtuvieron su título en Ecuador (38,9%), seguido de Argentina (27,8%) y Cuba (12%). Esta diversidad en la formación académica refleja una tendencia regional donde los profesionales buscan educación en países con programas reconocidos en nefrología. Según la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión, países como Argentina y Cuba son reconocidos por sus programas de formación en esta

especialidad (Álvarez, 2024). Esta variedad en la formación puede aportar enfoques diversos en la práctica clínica, enriqueciendo la atención al paciente (Sánchez-Cárdenas & García, 2022).

La mayoría de los nefrólogos ejercen en Quito (59,3%) y Guayaquil (12%), las dos ciudades más grandes de Ecuador. Esta concentración urbana es común en muchos países, donde los especialistas tienden a ubicarse en áreas metropolitanas con mayor infraestructura médica y oportunidades profesionales (Vázquez-García et al., 2019). Sin embargo, esta distribución puede generar disparidades en el acceso a atención nefrológica en regiones rurales, lo que plantea desafíos para la equidad en salud (Ariño Rosó et al., 2022).

El 64,8% de los nefrólogos trabaja en el sector público, mientras que el 35,2% lo hace en el privado. Esta predominancia del sector público es consistente con la estructura del sistema de salud en Ecuador, donde la atención especializada es mayoritariamente proporcionada por instituciones públicas (Gorostidi et al., 2014). No obstante, la presencia significativa del sector privado indica una diversificación en las opciones de atención, lo que puede influir en la accesibilidad y calidad de los servicios ofrecidos (Chan et al., 2021).

Solo el 28,7% de los nefrólogos reportó la existencia de una unidad o servicio de cuidados paliativos en su lugar de trabajo. Esta baja disponibilidad es preocupante, considerando la importancia de los cuidados paliativos en la atención integral de pacientes con enfermedades crónicas avanzadas (Elías-Viramontes et al., 2020). Según la Organización Mundial de la Salud, la integración de cuidados paliativos en todos los niveles de atención es esencial para mejorar la calidad de vida de los pacientes (Nitola Mendoza et al., 2024). La falta de estos servicios puede limitar las opciones terapéuticas y el apoyo disponible para pacientes y sus familias (Sedda & Lima, 2023).

La edad promedio de los nefrólogos fue de 43,28 años, con un rango de 30 a 65 años. Los años de experiencia oscilaron entre 1 y 27, con una media de 8,65 años. Estos datos indican una fuerza laboral relativamente joven, lo que puede ser beneficioso en términos de adaptabilidad y adopción de nuevas prácticas (Logroño Jacome, 2024). Sin embargo, también destaca la necesidad de programas de desarrollo profesional continuo para asegurar la actualización constante en conocimientos y habilidades (López Pérez, 2024).

Se observó que los nefrólogos con una alta frecuencia de atención a pacientes reportaron mayores limitaciones en la disponibilidad de servicios de cuidados paliativos. Este hallazgo sugiere que la carga de trabajo puede influir en la percepción de disponibilidad y acceso a estos servicios (Milena Hernández-Zambrano et al., 2019). Estudios previos han demostrado que una alta carga asistencial puede limitar el tiempo y los recursos disponibles para derivar y coordinar cuidados paliativos, afectando la calidad de la atención proporcionada (Jimenez Cortes & Ramos Sánchez, 2022).

El análisis mostró que los nefrólogos con menos años de experiencia presentaron una mayor resistencia a remitir pacientes a cuidados paliativos. Este resultado es consistente con estudios que indican que la falta de experiencia y formación específica en cuidados paliativos puede generar inseguridad y reticencia en la derivación de pacientes (Morales et al., 2021). La implementación de programas de capacitación en cuidados paliativos durante la formación nefrológica podría mitigar esta resistencia y mejorar la atención integral al paciente (Castro Ponce, 2022).

Se identificó que la falta de claridad en los criterios para derivar a cuidados paliativos es una barrera significativa. La ausencia de protocolos estandarizados puede generar incertidumbre y variabilidad en la práctica clínica (Pincay Real, 2025). La Sociedad Española de Nefrología y la

Sociedad Española de Cuidados Paliativos han desarrollado guías para facilitar la integración de cuidados paliativos en la atención nefrológica, enfatizando la necesidad de criterios claros y consensuados (Sánchez Hernández et al., 2018). La adopción de estas guías podría mejorar la consistencia en la derivación y la calidad de la atención proporcionada.

Los resultados indicaron que ni la actitud ni la práctica clínica mostraron una asociación estadísticamente significativa con el nivel de conocimiento en cuidados paliativos. Aunque el puntaje de práctica presentó una tendencia positiva (OR = 1.351), esta no fue significativa ($p = 0.266$), al igual que la actitud (OR = 1.075; $p = 0.871$). Esto sugiere que, en esta muestra, poseer conocimientos sobre cuidados paliativos no necesariamente implica una mejor actitud o aplicación práctica.

Este hallazgo coincide parcialmente con investigaciones previas que señalan que el conocimiento técnico no siempre se traduce en práctica efectiva ni en disposición positiva (Hernández et al., 2021). Se refuerza así la necesidad de programas formativos integrales que aborden, además de contenidos teóricos, aspectos actitudinales y éticos que fortalezcan la competencia clínica en cuidados paliativos (Cotarma et al., 2025).

Los resultados indican que los profesionales con más años de experiencia tienen una mayor probabilidad de poseer un alto nivel de conocimiento en cuidados paliativos (OR = 1.156; IC 95%: 1.027–1.301; $p = 0.016$). Este hallazgo sugiere que la experiencia acumulada en la práctica clínica contribuye significativamente al desarrollo del conocimiento en esta área. Sin embargo, el lugar de trabajo no mostró una asociación significativa con el nivel de conocimiento, lo que podría indicar que las oportunidades de adquirir conocimientos en cuidados paliativos no difieren sustancialmente entre instituciones públicas y privadas. Este resultado es coherente con estudios previos que han señalado la experiencia clínica como un factor determinante en la adquisición de

conocimientos en cuidados paliativos. Montero et al. (2023) encontraron que el personal de enfermería con mayor experiencia tenía niveles más altos de conocimiento en cuidados paliativos.

En el análisis de la actitud hacia los cuidados paliativos, ninguna de las variables estudiadas (lugar de trabajo, años de experiencia, formación y sexo) mostró una asociación estadísticamente significativa. Esto sugiere que la actitud positiva hacia los cuidados paliativos podría estar influenciada por factores no evaluados en este estudio, como creencias personales, valores culturales o experiencias previas con pacientes en fase terminal. La literatura destaca la complejidad de las actitudes hacia los cuidados paliativos, indicando que factores como la educación formal, la exposición a pacientes terminales y las experiencias personales pueden influir en las actitudes de los profesionales de la salud. Huertas (2015) desarrolló una escala para medir las actitudes hacia los cuidados paliativos, resaltando la importancia de considerar múltiples dimensiones en su evaluación.

El análisis de la práctica clínica en cuidados paliativos reveló que la formación específica en esta área es un factor determinante para una práctica adecuada. Los profesionales sin formación en cuidados paliativos tienen una probabilidad significativamente menor de implementar prácticas adecuadas (OR = 0.024; IC 95%: 0.005–0.109; $p < 0.001$). Este hallazgo subraya la necesidad de programas de formación estructurados y accesibles para los profesionales de la salud. Este resultado se alinea con estudios que han demostrado la efectividad de la formación continua en mejorar las competencias en cuidados paliativos. Oses Zubiri et al. (2020) diseñaron un curso de formación continuada en cuidados paliativos basado en competencias, evidenciando mejoras en la práctica clínica de los participantes.

Capítulo VI

6.1. Conclusiones y recomendaciones

6.1.1 Conclusiones

Durante el estudio se logró obtener un perfil del médico especialista en nefrología, con un detallado conocimiento sobre sus variables sociodemográficas como lo son su edad, sexo, y años de experiencia y otros detalles, además de reconocer cuáles son sus conocimientos, actitudes y practicas respecto a cuidados paliativos

El nivel de conocimiento global fue bajo dentro de los profesionales, siendo un porcentaje mínimo de profesionales los que alcanzaron un puntaje máximo. Esto evidencia una brecha formativa significativa en torno al uso del instrumento NECPAL, que es clave para la identificación precoz de necesidades paliativas.

Las actitudes hacia los cuidados paliativos fueron mayoritariamente neutrales o no positivas, y la práctica clínica resultó baja en los participantes. La formación específica en cuidados paliativos fue la única variable con efecto significativo en la práctica, lo que subraya la necesidad de fortalecer la capacitación formal para mejorar la atención integral en nefrología.

6.1.2 Recomendaciones

- Implementar políticas públicas para incentivar la distribución equitativa de especialistas en áreas rurales y menos urbanizadas, mediante programas de beneficios o incentivos laborales.

- Fortalecer la formación en cuidados paliativos dentro de la nefrología, incorporando programas de educación continua que incluyan no solo aspectos teóricos, sino también simulaciones clínicas y capacitación práctica en el manejo de pacientes con enfermedad renal crónica avanzada.
- Implementar estrategias de sensibilización y cambio cultural en los centros de salud, promoviendo espacios de discusión sobre la importancia de los cuidados paliativos y su impacto en la calidad de vida del paciente, con la participación activa de los médicos nefrólogos.
- Reducir las barreras estructurales que limitan la implementación de los cuidados paliativos, estableciendo protocolos claros de derivación, fomentando la colaboración con equipos de cuidados paliativos y asegurando la disponibilidad de recursos y personal capacitado en los hospitales y centros de nefrología.
- Desarrollar un modelo integral para la integración de cuidados paliativos en la nefrología, que contemple la educación médica continua, la creación de equipos interdisciplinarios, el apoyo institucional y la elaboración de guías clínicas basadas en evidencia, asegurando así su correcta aplicación en la práctica clínica.

Referencias

- Abel, J., Kellehear, A., & Karapliagou, A. (2018). Palliative care—The new essentials. *Annals of Palliative Medicine*, 7(Suppl 2), Article Suppl 2. <https://doi.org/10.21037/apm.2018.03.04>
- Ahumada-Canale, A., Jeet, V., Bilgrami, A., Seil, E., Gu, Y., & Cutler, H. (2023). Barriers and facilitators to implementing priority setting and resource allocation tools in hospital decisions: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 322, 115790. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115790>
- Aljawadi, M. H., Babaeer, A. A., Alghamdi, A. S., Alhammad, A. M., Almuqbil, M. S., & Alonazi, K. F. (2024). Quality of life tools among patients on dialysis: A systematic review. *Saudi Pharmaceutical Journal*, 32(3), 101958. <https://doi.org/10.1016/j.jsps.2024.101958>
- Álvarez, L. (2024, octubre 11). «La muerte sigue siendo un gran tabú para las familias, los pacientes y los profesionales sanitarios»: Miriam Félix, psicóloga de paliativos del Hospital de Móstoles. Cadena SER. <https://cadenaser.com/cmadrid/2024/10/11/la-muerte-sigue-siendo-un-gran-tabu-para-las-familias-los-pacientes-y-los-profesionales-sanitarios-miriam-felix-psicologa-clinica-de-la-unidad-de-cuidados-paliativos-del-hospital-de-mostoles-ser-madrid-oeste/>
- Ansari, A., Baron, A., Nelson-Becker, H., Deamant, C., Fitchett, G., Fister, E., O'Mahony, S., & Levine, S. (2022). Practice Improvement Projects in an Interdisciplinary Palliative Care Training Program. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 39(7), 831-837. <https://doi.org/10.1177/104990912111044689>
- Ariño Rosó, M., Araguás Mora, D. J., Minchot Ballarín, J., Martínez Giménez, A., Martínez Giménez, B., & Mora Alíns, S. (2022). Caso clínico. Insuficiencia renal. *Revista Sanitaria de Investigación*, 3(1), 126.
- Bakitas, M. A., Tosteson, T. D., Li, Z., Lyons, K. D., Hull, J. G., Li, Z., Dionne-Odom, J. N., Frost, J., Dragnev, K. H., Hegel, M. T., Azuero, A., & Ahles, T. A. (2015). Early Versus Delayed Initiation of Concurrent Palliative Oncology Care: Patient Outcomes in the ENABLE III Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology*, 33(13), 1438. <https://doi.org/10.1200/JCO.2014.58.6362>
- Balata, M. R., Ferreira, A. S., da Silva Sousa, A., Meinertz, L. F., de Sá, L. M., Araujo, V. G., Papathanasiou, J., & Lopes, A. J. (2023). Assessment of Functional Capacity in Patients with Nondialysis-Dependent Chronic Kidney Disease with the Glittre Activities of Daily Living Test. *Healthcare*, 11(12), Article 12. <https://doi.org/10.3390/healthcare11121809>
- Bikbov, B., Purcell, C. A., Levey, A. S., Smith, M., Abdoli, A., Abebe, M., Adebayo, O. M., Afarideh, M., Agarwal, S. K., Agudelo-Botero, M., Ahmadian, E., Al-Aly, Z., Alipour, V., Almasi-Hashiani, A., Al-Raddadi, R. M., Alvis-Guzman, N., Amini, S., Andrei, T., Andrei, C. L., ... Vos, T. (2020). Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 395(10225), 709-733. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30045-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30045-3)

- Blanco Mavillard, I., Leiva Santos, J. P., Bolaños Herrezuelo, G., Jaume Riutort, C., Julià Móra, J. M., Rodríguez Calero, M. Á., Blanco Mavillard, I., Leiva Santos, J. P., Bolaños Herrezuelo, G., Jaume Riutort, C., Julià Móra, J. M., & Rodríguez Calero, M. Á. (2017). Evaluación de necesidades paliativas en el paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, *20*(3), 215-220. <https://doi.org/10.4321/s2254-28842017000300003>
- Bulathwatta, D. T., Borchet, J., Rudnik, A., & Bidzan, M. (2023). Psychosocial well-being among individuals with chronic kidney disease undergoing hemodialysis treatment and their caregivers: A protocol of a mixed method study in Sri Lanka and Poland. *Frontiers in Psychology*, *14*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1194991>
- Burke, C., Doody, O., & Lloyd, B. (2023). Healthcare practitioners' perspectives of providing palliative care to patients from culturally diverse backgrounds: A qualitative systematic review. *BMC Palliative Care*, *22*, 182. <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01285-3>
- Busa, I., Ordóñez-Mena, J. M., Yang, Y., Wolstenholme, J., Petrou, S., Taylor, C. J., O'Callaghan, C. A., Fraser, S. D. S., Taal, M. W., McManus, R. J., Hirst, J. A., & Hobbs, F. D. R. (2022). Quality of life in older adults with chronic kidney disease and transient changes in renal function: Findings from the Oxford Renal cohort. *PLoS ONE*, *17*(10), e0275572. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275572>
- Butler, J., Zannad, F., Fitchett, D., Zinman, B., Koitka-Weber, A., von Eynatten, M., Zwiener, I., George, J., Brueckmann, M., Cheung, A. K., & Wanner, C. (2019). Empagliflozin Improves Kidney Outcomes in Patients With or Without Heart Failure. *Circulation: Heart Failure*, *12*(6), e005875. <https://doi.org/10.1161/CIRCHEARTFAILURE.118.005875>
- Cabrera, C. S., Lee, A. S., Olsson, M., Schnecke, V., Westman, K., Lind, M., Greasley, P. J., & Skrtic, S. (2020). Impact of CKD Progression on Cardiovascular Disease Risk in a Contemporary UK Cohort of Individuals With Diabetes. *Kidney International Reports*, *5*(10), 1651-1660. <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2020.07.029>
- Calsina-Berna, A., Amblàs Novellas, J., González-Barboteo, J., Bardés Robles, I., Beas Alba, E., Martínez-Muñoz, M., Madariaga Sánchez, R., & Gómez Batiste Alentorn, X. (2022). Prevalence and clinical characteristics of patients with Advanced Chronic Illness and Palliative Care needs, identified with the NECPAL CCOMS-ICO© Tool at a Tertiary Care Hospital. *BMC Palliative Care*, *21*(1), 210. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01101-4>
- Canllavi, E., Teigell, J., Trujillo, H., Gutiérrez, E., Sánchez, A., Miranda-Utrera, N., & Morales, E. (2021). Acute Page kidney after angioplasty in kidney transplant allografts. *Clinical Kidney Journal*, *14*(8), 1980-1982. <https://doi.org/10.1093/ckj/sfab064>
- Castro Ponce, E. L. (2022). *Cuidados paliativos en pacientes con enfermedad renal crónica en clínicas de Ecuador* [Master thesis, Universidad de Oviedo]. <https://digibuo.uniovi.es/dspace/handle/10651/63380>
- Chan, C., Blankestijn, P., Dember, L., & Gallieni, M. (2021). *Iniciación a la diálisis. Elección de modalidad, acceso y prescripción (2019)*. <https://www.nefrologiaaldia.org/236>

- Chen, T. K., Knicely, D. H., & Grams, M. E. (2019). Chronic Kidney Disease Diagnosis and Management. *JAMA*, 322(13), 1294-1304. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.14745>
- Chinnadurai, R., Sinha, S., Lowney, A. C., & Miller, M. (2020). Pain management in patients with end-stage renal disease and calciphylaxis- a survey of clinical practices among physicians. *BMC Nephrology*, 21(1), 403. <https://doi.org/10.1186/s12882-020-02067-2>
- Chiu, H. H.-L., Murphy-Burke, D. M., Thomas, S. A., Melnyk, Y., Kruthaup-Harper, A. L., Dong, J. (James), Djurdjev, O., Saunders, S., Levin, A., Karim, M., Hargrove, G. M., McCann, D., Uzick, J., Matsell, D., Paille, L., Strubin, T., Kuthrup-Harper, A., Preston, B., Wood, B., ... Melnyk, Y. (2021). Advancing Palliative Care in Patients With CKD: From Ideas to Practice. *American Journal of Kidney Diseases*, 77(3), 420-426. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2020.09.012>
- Chu, W.-M., Kuo, W.-Y., & Tung, Y.-C. (2023). Effects of different palliative care models on decedents with kidney failure receiving maintenance dialysis: A nationwide population-based retrospective observational study in Taiwan. *BMJ Open*, 13(7), e069835. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-069835>
- Connor, S., & Sepulveda, C. (2014). *The Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*.
- Coss Morales, F. E., Gallardo Guerrero, S. Y., Belén Ramírez Reyes, C. V., González Geraldo González Geraldo, A. M., & Bianchetti, A. F. (2024). Cuidados paliativos en la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada sin terapia de sustitución renal. *ResearchGate*. <https://doi.org/10.15443/ceyes.v6i1.1585>
- Cotarma, A. I. V., Felix, J. M. J., & Guillen, D. E. C. J. de. (2025). Conocimiento sobre cuidados paliativos de los profesionales de enfermería de un hospital de Lima. *Revista Enfermería Herediana*, 18, e6037-e6037. <https://doi.org/10.20453/renh.v18i2025.6037>
- Damschroder, L. J., Reardon, C. M., Widerquist, M. A. O., & Lowery, J. (2022). The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. *Implementation Science*, 17(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s13012-022-01245-0>
- 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*, 151546. <https://doi.org/10.1016/j.semnephrol.2024.151546>
- Eckardt, K.-U., Delgado, C., Heerspink, H. J. L., Pecoits-Filho, R., Ricardo, A. C., Stengel, B., Tonelli, M., Cheung, M., Jadoul, M., Winkelmayer, W. C., Kramer, H., Al-Aly, Z., Ashuntantang, G. E., Boor, P., Calice da Silva, V., Coleman, J., Coresh, J., Delanaye, P., Ebert, N., ... Wong, M. M. Y. (2023). Trends and perspectives for improving quality of chronic kidney disease care: Conclusions from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Controversies Conference. *Kidney International*, 104(5), 888-903. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2023.05.013>
- Elías-Viramontes, A. de C., Casique-Casique, L., Rodríguez-Loreto, J. E., 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>

Ernecoff, N. C., Bell, L. F., Arnold, R. M., Shea, C. M., Switzer, G. E., Jhamb, M., Schell, J. O., & Kavalieratos, D. (2022). Clinicians' Perceptions of Collaborative Palliative Care Delivery in Chronic Kidney Disease. *Journal of pain and symptom management*, 64(2), 168-177. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2022.04.167>

FitzGerald, T. J., Joosten, H., Van Buren, M., Vinen, K., & Brown, E. A. (2023). A review of supportive care for older people with advanced chronic kidney disease. *Clinical Kidney Journal*, 16(4), 635-646. <https://doi.org/10.1093/ckj/sfac256>

Fotheringham, J., Vilar, E., Bansal, T., Laboi, P., Davenport, A., Dunn, L., & Hole, A. R. (2022). Patient Preferences for Longer or More Frequent In-Center Hemodialysis Regimens: A Multicenter Discrete Choice Study. *American Journal of Kidney Diseases*, 79(6), 785-795. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2021.09.012>

Frandsen, C. E., Dieperink, H., Trettin, B., & Agerskov, H. (2023). Advance care planning to patients with chronic kidney disease and their families: An intervention development study. *Journal of Clinical Nursing*, 32(23-24), 8104-8115. <https://doi.org/10.1111/jocn.16875>

García-Maset, R., Bover, J., Segura de la Morena, J., Goicoechea Diezhandino, M., Cebollada del Hoyo, J., Escalada San Martín, J., Fácila Rubio, L., Gamarra Ortiz, J., García-Donaire, J. A., García-Matarín, L., Gràcia Garcia, S., Gutiérrez Pérez, M. I., Hernández Moreno, J., Mazón Ramos, P., Montañés Bermudez, R., Muñoz Torres, M., Pablos-Velasco, P. de, Pérez-Maraver, M., Suárez Fernández, C., ... Górriz, J. L. (2022). Documento de información y consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. *Nefrología*, 42(3), 233-264. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2021.07.010>

GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet (London, England)*, 396(10258), 1204-1222. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)

Gelfand, S. L., Scherer, J. S., & Koncicki, H. M. (2020). Kidney Supportive Care: Core Curriculum 2020. *American Journal of Kidney Diseases*, 75(5), 793-806. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2019.10.016>

Gorostidi, M., Santamaría, R., Alcázar, R., Fernández-Fresnedo, G., Galcerán, J. M., Goicoechea, M., Oliveras, A., Portolés, J., Rubio, E., Segura, J., Aranda, P., de Francisco, Á. L. M., del Pino, M. D., Fernández-Vega, F., Górriz, J. L., Luño, J., Marín, R., Martínez, I., Martínez-Castelao, A., ... Ruilope, L. M. (2014). Documento de la Sociedad Española de Nefrología sobre las guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica. *Nefrología*, 34(3), 302-316. <https://doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2014.Feb.12464>

Gryschek, G., Cecilio-Fernandes, D., Mason, S., & de Carvalho-Filho, M. A. (2020). Assessing palliative care education in undergraduate medical students: Translation and validation of the

Self-Efficacy in Palliative Care and Thanatophobia Scales for Brazilian Portuguese. *BMJ Open*, 10(6), e034567. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034567>

Guedes, M., Guetter, C. R., Erbano, L. H. O., Palone, A. G., Zee, J., Robinson, B. M., Pisoni, R., de Moraes, T. P., Pecoits-Filho, R., & Baena, C. P. (2020). Physical health-related quality of life at higher achieved hemoglobin levels among chronic kidney disease patients: A systematic review and meta-analysis. *BMC Nephrology*, 21(1), 259. <https://doi.org/10.1186/s12882-020-01912-8>

Gutiérrez Sánchez, D., Leiva-Santos, J., & Cuesta-Vargas, A. (2018). *Cuidados Paliativos Renales*.

Helou, N., Talhouedec, D., Zumstein-Shaha, M., & Zanchi, A. (2020). A Multidisciplinary Approach for Improving Quality of Life and Self-Management in Diabetic Kidney Disease: A Crossover Study. *Journal of Clinical Medicine*, 9(7), 2160. <https://doi.org/10.3390/jcm9072160>

Hernández, L., Martínez, M., & Roldán, F. (2021). Conocimientos, actitudes y experiencias en cuidados paliativos: Una revisión integradora. *Médecine Palliative*, 20(6), 355-359. <https://doi.org/10.1016/j.medpal.2021.07.001>

Huertas, L. A. (2015). Adaptación en español de la escala de actitudes ante cuidados paliativos: Confiabilidad y análisis factorial. *Psicooncología*, 12(2-3), Article 2-3. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n2-3.51015

Hughes, M. C., Vernon, E., & Hainstock, A. (2023). The effectiveness of community-based palliative care programme components: A systematic review. *Age and Ageing*, 52(9), afad175. <https://doi.org/10.1093/ageing/afad175>

Hui, D., Hannon, B., Zimmermann, C., & Bruera, E. (2018). Improving Patient and Caregiver Outcomes in Oncology: Team-Based, Timely, and Targeted Palliative Care. *CA: a cancer journal for clinicians*, 68(5), 356-376. <https://doi.org/10.3322/caac.21490>

Imamah, N. F., & Lin, H.-R. (2021). Palliative Care in Patients with End-Stage Renal Disease: A Meta Synthesis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(20), 10651. <https://doi.org/10.3390/ijerph182010651>

Jimenez Cortes, R., & Ramos Sánchez, A. (2022). Conocimientos en cuidados paliativos de los profesionales de Enfermería-valoración de App (herramienta de trabajo). *Conocimiento Enfermero*, 5(18), 35-63.

Kalantar-Zadeh, K., Li, P. K.-T., Tantisattamo, E., Kumaraswami, L., Liakopoulos, V., Lui, S.-F., Ulasi, I., Andreoli, S., Balducci, A., Dupuis, S., Harris, T., Hradsky, A., Knight, R., Kumar, S., Ng, M., Poidevin, A., Saadi, G., & Tong, A. (2021). Living well with kidney disease by patient and care-partner empowerment: Kidney health for everyone everywhere. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 54(6), e11098. <https://doi.org/10.1590/1414-431X202011098>

- Karam, S., Wong, M. M. Y., & Jha, V. (2023). Sustainable Development Goals: Challenges and the Role of the International Society of Nephrology in Improving Global Kidney Health. *Kidney360*, 4(10), 1494-1502. <https://doi.org/10.34067/KID.0000000000000237>
- Kelepouris, E., St. Peter, W., Neumiller, J. J., & Wright, E. E. (2023). Optimizing Multidisciplinary Care of Patients with Chronic Kidney Disease and Type 2 Diabetes Mellitus. *Diabetes Therapy*, 14(7), 1111-1136. <https://doi.org/10.1007/s13300-023-01416-2>
- Kim, J. E., Park, W. Y., & Kim, H. (2023). Renal Replacement Therapy For Elderly Patients with ESKD Through Shared Decision-Making. *Electrolytes & Blood Pressure : E & BP*, 21(1), 1-7. <https://doi.org/10.5049/EBP.2023.21.1.1>
- Knaul, F. M., Farmer, P. E., Krakauer, E. L., Lima, L. D., Bhadelia, A., Kwete, X. J., Arreola-Ornelas, H., Gómez-Dantés, O., Rodriguez, N. M., Alleyne, G. A. O., Connor, S. R., Hunter, D. J., Lohman, D., Radbruch, L., Madrigal, M. del R. S., Atun, R., Foley, K. M., Frenk, J., Jamison, D. T., ... Zimmerman, C. (2018). Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: The Lancet Commission report. *The Lancet*, 391(10128), 1391-1454. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32513-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32513-8)
- Lakin, J. R., Sciacca, K., Leiter, R., Killeen, K., Gelfand, S., Tulsy, J. A., Anderson, S., Zupanc, S. N., Williams, T., & Mandel, E. I. (2022). Creating KidneyPal: A Specialty-Aligned Palliative Care Service for People with Kidney Disease. *Journal of Pain and Symptom Management*, 64(6), e331-e339. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2022.08.014>
- Lalani, N., & Cai, Y. (2022). Palliative care for rural growth and wellbeing: Identifying perceived barriers and facilitators in access to palliative care in rural Indiana, USA. *BMC Palliative Care*, 21(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-00913-8>
- Lanini, I., Samoni, S., Husain-Syed, F., Fabbri, S., Canzani, F., Messeri, A., Mediati, R. D., Ricci, Z., Romagnoli, S., & Villa, G. (2022). Palliative Care for Patients with Kidney Disease. *Journal of Clinical Medicine*, 11(13), 3923. <https://doi.org/10.3390/jcm11133923>
- Li, W. W., Chhabra, J., & Singh, S. (2021). Palliative care education and its effectiveness: A systematic review. *Public Health*, 194, 96-108. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.02.033>
- Llisterri, J. L., Micó-Pérez, R. M., Velilla-Zancada, S., Rodríguez-Roca, G. C., Prieto-Díaz, M. Á., Martín-Sánchez, V., Barquilla, A., Polo-García, J., Segura-Fragoso, A., & Cinza-Sanjurjo, S. (2021). Prevalence of chronic kidney disease and associated factors in the Spanish population attended in primary care: Results of the IBERICAN study. *Medicina Clínica (English Edition)*, 156(4), 157-165. <https://doi.org/10.1016/j.medcle.2020.03.011>
- Logroño Jacome, D. E. (2024). *Cuidados de enfermería para extravasación intravenosa periférica de citostáticos en pacientes oncológicos adultos, revisión bibliográfica* [masterThesis, Universidad Uniandes]. <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/18348>
- López Pérez, Y. M. (2024). *Factores descriptores de duelo complicado en cuidados paliativos* [Universidad Complutense de Madrid]. <https://hdl.handle.net/20.500.14352/108784>

- LOS40 lassic. (2024, noviembre 5). *La Rioja aprueba el proyecto de ley de cuidados paliativos para avanzar en el cuidado a los pacientes*. Cadena SER. <https://cadenaser.com/rioja/2024/11/05/la-rioja-aprueba-el-proyecto-de-ley-de-cuidados-paliativos-para-avanzar-en-el-cuidado-a-los-pacientes-radio-rioja/>
- Lu, E., & Chai, E. (2021). Kidney Supportive Care in Peritoneal Dialysis: Developing a Person-Centered Kidney Disease Care Plan. *Kidney Medicine*, 4(2), 100392. <https://doi.org/10.1016/j.xkme.2021.10.005>
- Mardiyah, A., & Azmy, R. A. (2022). Level Fatigue of Chronic Kidney Disease Patients Undergoing Hemodialysis. *Journal of Applied Nursing and Health*, 4(1), Article 1. <https://doi.org/10.55018/janh.v4i1.64>
- Marsh, S., Varghese, A., Snead, C. M., Hole, B. D., O'Hara, D. V., Agarwal, N., Stallworthy, E., Caskey, F. J., Smyth, B. J., & Ducharlet, K. (2024). A Multinational, Multicenter Study Mapping Models of Kidney Supportive Care Practice. *Kidney International Reports*, 9(7), 2198-2208. <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2024.04.055>
- Marthoenis, M., Syukri, M., Abdullah, A., Tandi, T. M. R., Putra, N., Laura, H., Setiawan, A., Sofyan, H., & Schouler-Ocak, M. (2021). Quality of life, depression, and anxiety of patients undergoing hemodialysis: Significant role of acceptance of the illness. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 56(1), 40-50. <https://doi.org/10.1177/0091217420913382>
- Metzger, M., Yoder, J., Fitzgibbon, K., Blackhall, L., & Abdel-Rahman, E. (2021). Nephrology and Palliative Care Collaboration in the Care of Patients With Advanced Kidney Disease: Results of a Clinician Survey. *Kidney Medicine*, 3(3), 368-377.e1. <https://doi.org/10.1016/j.xkme.2021.01.008>
- Milena Hernández-Zambrano, S., Torres Melo, M. L., Barrero Tello, S. S., Saldaña García, I. J., Sotelo Rozo, K. D., Carrillo Algarra, A. J., Rodríguez Valero, K. A., Milena Hernández-Zambrano, S., Torres Melo, M. L., Barrero Tello, S. S., Saldaña García, I. J., Sotelo Rozo, K. D., Carrillo Algarra, A. J., & Rodríguez Valero, K. A. (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>
- Ministerio de Salud Pública. (2024). *Boletín mensual de Salud Renal – Ecuador*. <https://www.salud.gob.ec/boletin-mensual-de-salud-renal-ecuador/>
- Montero, C. J. U., Gonzales, E. R., & Vega, G. P. (2023). Nivel de Conocimiento Sobre Cuidados Paliativos del Personal de Enfermería en un Hospital de Segundo Nivel. *European Scientific Journal, ESJ*, 14, 234-234.
- 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(1), Article 1. <https://doi.org/10.15443/ceyes.v6i1.1585>

- National Academies. (2001). *Improving Palliative Care for Cancer*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/10149>
- Neale, E. P., Middleton, J., & Lambert, K. (2020). Barriers and enablers to detection and management of chronic kidney disease in primary healthcare: A systematic review. *BMC Nephrology*, *21*, 83. <https://doi.org/10.1186/s12882-020-01731-x>
- Nitola Mendoza, L., Sánchez Cárdenas, M. A., Rodríguez, N., Mora Gutiérrez, J. M., Rodríguez Pena, R., Romero González, G., Bleda Pérez, M., Cuenca Casbas, P., Calsina-Berna, A., Pardo, M., Granados Casas, V., Garrido Ballart, P., Beroiz Groh, P., Bover Sanjuan, J., Miralles Basseda, R., Leiva Santos, J. P., Alonso Babarro, A., & Julià Torras, J. (2024). Nomenclatura en cuidados paliativos y de soporte renal: No solo al final de la vida. *Nefrología: publicación oficial de la Sociedad Española de Nefrología*, *44*(4), 475-485.
- Noble, H. R., Agus, A., Brazil, K., Burns, A., Goodfellow, N. A., Guiney, M., McCourt, F., McDowell, C., Normand, C., Roderick, P., Thompson, C., Maxwell, A. P., & Yaqoob, M. M. (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>
- Odoma, V. A., Pitliya, A., AlEdani, E., Bhangu, J., Javed, K., Manshahia, P. K., Nahar, S., Kanda, S., Chatha, U., & Mohammed, L. (2023). Opioid Prescription in Patients With Chronic Kidney Disease: A Systematic Review of Comparing Safety and Efficacy of Opioid Use in Chronic Kidney Disease Patients. *Cureus*, *15*(9), e45485. <https://doi.org/10.7759/cureus.45485>
- Olagunju, A. T., Fadipe, B., Buraimoh, R. W., Ale, O. K., Umezudike, T. I., Ogbolu, R. E., Buyinza, N., Bayuo, J., Mutedzi, B., Nkhoma, K., Namisango, E., Bristowe, K., Yi, D., Downing, J., Aina, O. F., Adeyemi, J. D., Murtagh, F. E. M., & Harding, R. (2019). A longitudinal cohort study of symptoms and other concerns among Nigerian people with stages 3–5 chronic kidney diseases: Study protocol. *Annals of Palliative Medicine*, *8*(2), Article 2. <https://doi.org/10.21037/apm.2018.10.03>
- OMS. (2020, agosto 20). *Cuidados paliativos*. Cuidados paliativos. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Organización Panamericana de la Salud. (2024, mayo 1). *Cuidados paliativos—OPS/OMS*. <https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>
- Ortiz, A., Asociación Información Enfermedades Renales Genéticas (AIRG-E), European Kidney Patients' Federation (EKPF), Federación Nacional de Asociaciones para la Lucha Contra las Enfermedades del Riñón (ALCER), Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo (FRIAT), Red de Investigación Renal (REDINREN), Resultados en Salud 2040 (RICORS2040), Sociedad Española de Nefrología (SENEFRO) Council, Sociedad Española de Trasplante (SET) Council, & Organización Nacional de Trasplantes (ONT). (2022). RICORS2040: The need for collaborative research in chronic kidney disease. *Clinical Kidney Journal*, *15*(3), 372-387. <https://doi.org/10.1093/ckj/sfab170>

- Oses Zubiri, M., Legault, A., Martinez, A. M., Oses Zubiri, M., Legault, A., & Martinez, A. M. (2020). Diseño de un curso de formación continuada en cuidados paliativos basado en competencias. *Ene*, *14*(1). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1988-348X2020000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Panthi, R. C., Dhungana, M., Poudel, D., Joshi, K. R., Bista, A., & Kayastha, G. K. (2023). Quality of Life of Patients With Chronic Kidney Disease Under Maintenance Hemodialysis and Their Caregivers: A Cross-Sectional Study. *Cureus*, *15*(10), e46651. <https://doi.org/10.7759/cureus.46651>
- Parekh de Campos, A., Levoy, K., Pandey, S., Wisniewski, R., DiMauro, P., Ferrell, B. R., & Rosa, W. E. (2022). Integrating Palliative Care into Nursing Care. *The American journal of nursing*, *122*(11), 40-45. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000897124.77291.7d>
- Pellegrino, B., & Schmidt, R. J. (2020). Pain Management in Patients With Kidney Disease—Patients Deserve a Prescriber With Specialty Expertise: KDOQI Controversies Series. *Kidney Medicine*, *3*(1), 9-11. <https://doi.org/10.1016/j.xkme.2020.11.007>
- Pieniżek, M., Pawlak, P., & Radecka, B. (2020). Early palliative care of non-small cell lung cancer in the context of immunotherapy. *Oncology Letters*, *20*(6), 396. <https://doi.org/10.3892/ol.2020.12259>
- Pincay Real, M. M. (2025). *Percepción del cuidado familiar a pacientes con enfermedad renal crónica en el hospital general de Manta*. [bachelorThesis, Jipijapa - Unesum]. <http://repositorio.unesum.edu.ec/handle/53000/7822>
- Potts, M., Cartmell, K. B., Nemeth, L., Bhattacharjee, G., & Qanungo, S. (2018). A Systematic Review of Palliative Care Intervention Outcomes and Outcome Measures in Low-Resource Countries. *Journal of Pain and Symptom Management*, *55*(5), 1382-1397.e7. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.12.487>
- Rao, S. R., Vallath, N., Siddini, V., Jamale, T., Bajpai, D., Sancheti, N. N., & Rangaswamy, D. (2021). Symptom Management among Patients with Chronic Kidney Disease. *Indian Journal of Palliative Care*, *27*(Suppl 1), S14-S29. https://doi.org/10.4103/ijpc.ijpc_69_21
- Sánchez Hernández, R., Zamora González-Mariño, R., & Rodríguez-Osorio Jiménez, L. (2018). Cuidados paliativos en la enfermedad renal crónica. *Nefrología*, *10*(1), 8-15.
- Sánchez-Cárdenas, M. A., & García, C. R. (2022). Enfermería Paliativa. *Universidad El Bosque*, 100.
- Sanders, J. J., Temin, S., Ghoshal, A., Alesi, E. R., Ali, Z. V., Chauhan, C., Cleary, J. F., Epstein, A. S., Firn, J. I., Jones, J. A., Litzow, M. R., Lundquist, D., Mardones, M. A., Nipp, R. D., Rabow, M. W., Rosa, W. E., Zimmermann, C., & Ferrell, B. R. (2024). Palliative Care for Patients With Cancer: ASCO Guideline Update. *Journal of Clinical Oncology*, *42*(19), 2336-2357. <https://doi.org/10.1200/JCO.24.00542>

- Saran, R., Robinson, B., Abbott, K. C., Bragg-Gresham, J., Chen, X., Gipson, D., Gu, H., Hirth, R. A., Hutton, D., Jin, Y., Kapke, A., Kurtz, V., Li, Y., McCullough, K., Modi, Z., Morgenstern, H., Mukhopadhyay, P., Pearson, J., Pisoni, R., ... Shahinian, V. (2020). US Renal Data System 2019 Annual Data Report: Epidemiology of Kidney Disease in the United States. *American Journal of Kidney Diseases*, 75(1), A6-A7. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2019.09.003>
- Schofield, G., Dittborn, M., Huxtable, R., Brangan, E., & Selman, L. E. (2021). Real-world ethics in palliative care: A systematic review of the ethical challenges reported by specialist palliative care practitioners in their clinical practice. *Palliative Medicine*, 35(2), 315-334. <https://doi.org/10.1177/0269216320974277>
- Sedda, B. C., & Lima, F. L. T. de. (2023). Autonomía del paciente sometido a quimioterapia en el Instituto Nacional del Cáncer. *Revista Bioética*, 31, e3261PT. <https://doi.org/10.1590/1983-803420233261ES>
- Seow, H., Barbera, L. C., McGrail, K., Burge, F., Guthrie, D. M., Lawson, B., Chan, K. K. W., Peacock, S. J., & Sutradhar, R. (2022). Effect of Early Palliative Care on End-of-Life Health Care Costs: A Population-Based, Propensity Score-Matched Cohort Study. *JCO Oncology Practice*, 18(1), e183-e192. <https://doi.org/10.1200/OP.21.00299>
- Sever, M. Ş., Jager, K. J., Vanholder, R., Stengel, B., Harambat, J., Finne, P., Tesař, V., Barbullushi, M., Bumblytë, I. A., Zakharova, E., Spasovski, G., Resic, H., Wiecek, A., Blankestijn, P. J., Bruchfeld, A., Cozzolino, M., Goumenos, D., Soler, M. J., Rychlík, I., ... Massy, Z. A. (2020). A roadmap for optimizing chronic kidney disease patient care and patient-oriented research in the Eastern European nephrology community. *Clinical Kidney Journal*, 14(1), 23-35. <https://doi.org/10.1093/ckj/sfaa218>
- Sousa, H., Ribeiro, O., & Figueiredo, D. (2024). Development process, clinical utility, and preliminary psychometric evidence of a new tool for screening psychological distress in renal care settings: The Hemodialysis Distress Thermometer (HD-DT). *Psychology & Health*, 0(0), 1-27. <https://doi.org/10.1080/08870446.2024.2347662>
- Stevens, P. E., Ahmed, S. B., Carrero, J. J., Foster, B., Francis, A., Hall, R. K., Herrington, W. G., Hill, G., Inker, L. A., Kazancıoğlu, R., Lamb, E., Lin, P., Madero, M., McIntyre, N., Morrow, K., Roberts, G., Sabanayagam, D., Schaeffner, E., Shlipak, M., ... Levin, A. (2024). KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International*, 105(4), S117-S314. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2023.10.018>
- Swanepoel, C. R., McCulloch, M. I., Abraham, G., Donner, J.-A., Alrukhaimi, M. N., Blake, P. G., Bunnag, S., Claus, S., Dreyer, G., Ghnaimat, M. A., Ibhais, F. M., Liew, A., McKnight, M., Mengistu, Y. T., Naicker, S., Niang, A., Obrador, G. T., Perl, J., Rashid, H. U., ... Finkelstein, F. O. (2020). Challenges for sustainable end-stage kidney disease care in low-middle-income countries: The problem of the workforce. *Kidney International Supplements*, 10(1), e49-e54. <https://doi.org/10.1016/j.kisu.2019.11.007>

- Swarna, S. S., Aziz, K., Zubair, T., Qadir, N., & Khan, M. (s. f.). Pruritus Associated With Chronic Kidney Disease: A Comprehensive Literature Review. *Cureus*, *11*(7), e5256. <https://doi.org/10.7759/cureus.5256>
- Thomas, J. deLima. (2020). Pandemic as Teacher—Forcing Clinicians to Inhabit the Experience of Serious Illness. *New England Journal of Medicine*, *383*(4), 306-307. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2015024>
- Troncoso, J., Morales-Meyer, T., Villarroel, L., Turrillas, P., & Rodríguez-Nuñez, A. (2021). Adaptación y validación en Chile del instrumento de identificación de pacientes con necesidad de atención paliativa: NECPAL-CCOMS-ICO 3.1©. *Atencion Primaria*, *53*(4), 101994. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.101994>
- Tuso, P. (2013). The Renal Palliative Care Program. *The Permanente Journal*, *17*(1), 78-79. <https://doi.org/10.7812/TPP/12-061>
- Tziraki, C., Grimes, C., Ventura, F., O’Caoimh, R., Santana, S., Zavagli, V., Varani, S., Tramontano, D., Apóstolo, J., Geurden, B., De Luca, V., Tramontano, G., Romano, M. R., Anastasaki, M., Lionis, C., Rodríguez-Acuña, R., Capelas, M. L., dos Santos Afonso, T., Molloy, D. W., ... Illario, M. (2020). Rethinking palliative care in a public health context: Addressing the needs of persons with non-communicable chronic diseases. *Primary Health Care Research & Development*, *21*, e32. <https://doi.org/10.1017/S1463423620000328>
- Udomkarnjananun, S., Phulkerd, T., Thammathiwat, T., Townamchai, N., Surinrat, E., Tiankanon, K., Surintrspanont, J., Iampenkhae, K., Vanichanan, J., Jutivorakool, K., Avihingsanon, Y., & Praditpornsilpa, K. (2021). Cytomegalovirus tubulo-glomerulitis and intratubular granuloma: Key histopathological findings in allograft cytomegalovirus infection. *Nephrology*, *26*(4), 369-370. <https://doi.org/10.1111/nep.13810>
- Van Zuilekom, I., Metselaar, S., Godrie, F., Onwuteaka-Philipsen, B., & van Os-Medendorp, H. (2024). Generalist, specialist, or expert in palliative care? A cross-sectional open survey on healthcare professionals’ self-description. *BMC Palliative Care*, *23*(1), 120. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01449-9>
- Vázquez-García, D., Rica-Escuín, M. D. la, Germán-Bes, C., Caballero-Navarro, A. L., Vázquez-García, D., Rica-Escuín, M. D. la, Germán-Bes, C., & Caballero-Navarro, A. L. (2019). Afrontamiento y percepción profesional en la atención al final de la vida en los servicios hospitalarios de emergencias. Una revisión sistemática cualitativa. *Revista Española de Salud Pública*, *93*. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272019000100504&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Wang, X., Shi, Q., Mo, Y., Liu, J., & Yuan, Y. (2022). Palliative care needs and symptom burden in younger and older patients with end-stage renal disease undergoing maintenance hemodialysis: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Sciences*, *9*(4), 422-429. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2022.09.015>

- Waziri, B., Duarte, R., & Naicker, S. (2019). Chronic Kidney Disease–Mineral and Bone Disorder (CKD-MBD): Current Perspectives. *International Journal of Nephrology and Renovascular Disease*, *12*, 263-276. <https://doi.org/10.2147/IJNRD.S191156>
- Wilkin, K., Fang, M. L., & Sixsmith, J. (2024). Implementing advance care planning in palliative and end of life care: A scoping review of community nursing perspectives. *BMC Geriatrics*, *24*, 294. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-04888-4>
- Wilson, J. G., English, D. P., Owyang, C. G., Chimelski, E. A., Grudzen, C. R., Wong, H., Aslakson, R. A., Aslakson, R., Ast, K., Carroll, T., Dzeng, E., Harrison, K. L., Kaye, E. C., LeBlanc, T. W., Lo, S. S., McKenna, K., Nageswaran, S., Powers, J., Rotella, J., ... Vickey, T. (2020). End-of-Life Care, Palliative Care Consultation, and Palliative Care Referral in the Emergency Department: A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, *59*(2), 372-383.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.09.020>
- Winterbottom, A., Hurst, H., Murtagh, F. E. M., Bekker, H. L., Ormandy, P., Hole, B., Russon, L., Murphy, E., Bucknall, K., & Mooney, A. (2024). Development of a Resource for Health Professionals to Raise Advance Care Planning Topics During Kidney Care Consultations: A Multiple User-Centered Design. *Kidney Medicine*, *6*(9), 100874. <https://doi.org/10.1016/j.xkme.2024.100874>
- Wongprom, I., & Chaithanasarn, A. (2023). A survey of palliative care domains and the palliative care provision confidence of Thai family practitioners. *BMC Palliative Care*, *22*(1), 147. <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01272-8>
- World Health Organization. (2018). *Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: A WHO guide for planners, implementers and managers*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/274559>
- Writing Committee Members, Gulati, M., Levy, P. D., Mukherjee, D., Amsterdam, E., Bhatt, D. L., Birtcher, K. K., Blankstein, R., Boyd, J., Bullock, -Palmer Renee P., Conejo, T., Diercks, D. B., Gentile, F., Greenwood, J. P., Hess, E. P., Hollenberg, S. M., Jaber, W. A., Jneid, H., Joglar, J. A., ... Shaw, L. J. (2021). 2021 AHA/ACC/ASE/CHEST/SAEM/SCCT/SCMR Guideline for the Evaluation and Diagnosis of Chest Pain. *Journal of the American College of Cardiology*, *78*(22), e187-e285. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2021.07.053>
- Xu, C., Tsihlis, G., Chau, K., Trinh, K., Rogers, N. M., & Julovi, S. M. (2024). Novel Perspectives in Chronic Kidney Disease-Specific Cardiovascular Disease. *International Journal of Molecular Sciences*, *25*(5), Article 5. <https://doi.org/10.3390/ijms25052658>


Anexos

Anexo A. Operacionalización de las variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Tipo
Género	Categoría asignada al sexo biológico del médico especialista.	Sociodemográfica	Masculino, femenino	Nominal	Cualitativa
País de obtención del título	País donde el médico especialista obtuvo su título en nefrología.	Sociodemográfica	Ecuador, Argentina, Cuba, otros	Nominal	Cualitativa
Ciudad de ejercicio profesional	Ciudad donde el médico ejerce la especialidad de nefrología.	Sociodemográfica	Quito, Guayaquil, otras	Nominal	Cualitativa
Sector laboral	Ámbito institucional donde el médico ejerce su profesión.	Sociodemográfica	Público, privado	Nominal	Cualitativa
Disponibilidad de servicios de cuidados paliativos	Existencia de una unidad o servicio de cuidados paliativos en el lugar de trabajo del médico.	Institucional	Sí, no	Nominal	Cualitativa
Edad	Número de años cumplidos por el médico especialista.	Sociodemográfica	Edad en años	Rango continuo	Cuantitativa
Años de experiencia	Tiempo que el médico especialista ha ejercido la profesión en nefrología.	Sociodemográfica	Tiempo en años	Rango continuo	Cuantitativa
Frecuencia de atención a pacientes	Percepción del médico sobre la cantidad de pacientes atendidos regularmente.	Prácticas profesionales	Alta, media, baja	Ordinal	Cualitativa

Criterios poco claros para derivación	Percepción del médico sobre la claridad de los criterios para remitir a cuidados paliativos.	Percepción sobre cuidados paliativos	Bajo, moderado, alto	Ordinal	Cualitativa
Resistencia a remitir a cuidados paliativos	Actitud del médico hacia la remisión de pacientes a cuidados paliativos.	Actitudes hacia cuidados paliativos	Bajo, moderado, alto	Ordinal	Cualitativa
Nivel de conocimiento sobre NECPAL	Conocimiento del médico especialista sobre el instrumento NECPAL CCOMSS-ICO 4.0 para cuidados paliativos.	Conocimientos	Bajo, medio, alto	Ordinal	Cualitativa
Limitaciones en disponibilidad de servicios	Percepción del médico sobre las barreras relacionadas con la disponibilidad de servicios de cuidados paliativos en su lugar de trabajo.	Barreras institucionales	Bajo, moderado, alto	Ordinal	Cualitativa

Anexo B. Carta de aprobación CEISH SOLCA

	ANEXO 6. FORMATO DE CARTA DE EXENCIÓN	CÓDIGO:	SQ-DM-CEISH-REG-0003-F01006
		VERSIÓN:	0002
	DIRECCIÓN MÉDICA	VIGENTE DESDE:	21/01/2023
	COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS, SOLCA NÚCLEO DE QUITO	PAG:	Página 2 de 2

Declaratoria de compromiso de confidencialidad de manejo de la información, firmada por todos los investigadores que forman parte de la investigación (Anexo 11).	2	10/06/2024
Consentimiento Informado	2	10/06/2024
Encuesta	10	10/06/2024
Hoja de vida del investigador principal e investigador(es) de cada centro de investigación, que evidencie su experiencia en el área de estudio.	9	10/06/2024
Declaración de conflicto de interés investigador principal	1	10/06/2024
Declaración de conflicto de interés investigadores secundarios	1	10/06/2024

Esta carta de exención tiene una vigencia de un año, contado desde 14 de junio de 2024. La investigación deberá ejecutarse de conformidad a lo descrito en el protocolo de investigación presentado al CEISH SOLCA, Núcleo de Quito. Cualquier modificación a la documentación antes descrita, deberá ser presentada a este Comité para su revisión y aprobación.

El Investigador es responsable de la veracidad y autoría del estudio, deberá enviar una copia de la publicación del o los artículos científicos derivados de esta investigación y se compromete al uso y manejo ético de los datos y la información derivada.

El autor (es) reconocerá a la Sociedad Ecuatoriana de Nefrología, como la fuente que facilitó los datos para la presente investigación.


Atentamente,



WILMER TARUPI M.
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS

Dr. Wilmer Tarupi M.
Presidente del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
CEISH SOLCA, Núcleo de Quito
2419773 ext. 2216
ceish@solcaquito.org.ec



	ANEXO 6. FORMATO DE CARTA DE EXENCIÓN	CÓDIGO:	SO-DM-CEISH-RES-0001-FORM006
		VERSIÓN:	0002
	DIRECCIÓN MÉDICA	VIGENTE DESDE:	21/03/2023
	COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS, SOLCA NÚCLEO DE QUITO	PAG:	Página 2 de 2

Oficio N°031-2024 CEISH
Quito 17 de junio de 2024

Doctora
Vanessa Michelle Barzallo Puebla
Investigador principal
Presente.-

De mi consideración:

El Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos SOLCA, Núcleo de Quito, una vez que revisó el protocolo de investigación titulado **"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS NECESIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN EL PERÍODO DE JULIO A SEPTIEMBRE DEL 2024 EN MÉDICOS ESPECIALISTAS EN NEFROLOGÍA DEL ECUADOR."**, codificado como **OBS.24.231**, notifica a Usted que este proyecto es una investigación exenta de evaluación por parte del CEISH, de acuerdo con lo establecido en la normativa legal vigente.

Descripción de la investigación:

- Tipo de estudio: Observacional transversal.
- Duración del estudio (meses): 3 meses.
- Instituciones participantes: Sociedad Ecuatoriana de Nefrología.
- Investigadores del estudio: María Cristina Galiano Vásquez.

Documentos de la investigación:

Documentos	Número de páginas	Fecha
Solicitud de evaluación de protocolo	1	10/06/2024
Protocolo de investigación observacional, según el formulario para la presentación de protocolos de investigaciones observacionales y de intervención en seres humanos (<i>Excepto Ensayos Clínicos</i>) Anexo 10.	13	10/06/2024
Carta de declaración de interés institucional (carta de interés) por el tema de estudio, suscrita por la máxima autoridad de él o de los establecimientos de salud o instituciones en las que se propone el desarrollo de la investigación.	1	10/06/2024
Declaración de responsabilidad del investigador principal del centro o de los centros de investigación, en la que incluirá el compromiso, que durante la ejecución del estudio se cumplirá con lo estipulado por el CEISH SOLCA, Núcleo de Quito y con las normas bioéticas nacionales e internacionales (Anexo 8).	2	10/06/2024

Anexo C. Carta de aprobación SEN



ACUERDO MINISTERIAL 00001458
APROBADO EL 17 DE JULIO DEL 2012



DIRECTIVA 2023-2025

PRESIDENTE

Dr. Darío Jiménez

Presidente electo

Dr. Omar Semínario

Secretario

Dr. Washington Osorio

Tesorero

Dr. Fernando Jiménez

Vocales científicos

Dr. Juan Santacruz

Dra. Andrea Portilla

Vocales comisión ERC

Dr. Juan Carlos Lemos

Dr. Eduardo Quinto

Editor Revista SEN

Dr. Franklin Mora

Quito DM, 07 de Junio de 2024

CARTA DE INTERÉS INSTITUCIONAL

A quien corresponde:

Por medio de la presente se manifiesta que el proyecto de titulación "Conocimiento, actitudes y prácticas de las necesidades de cuidados paliativos en pacientes con enfermedad renal crónica en el periodo de julio a septiembre del 2024 en médicos especialistas en nefrología del Ecuador", presentado en nuestra institución por las médicas posgradadas María Cristina Galiano Vásquez y Vanessa Michelle Barzallo Puebla de la especialidad de Cuidado Paliativo de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador es de interés institucional para nuestra organización.

Informo que este documento no es la autorización, ni la aprobación del proyecto de titulación, por tanto, estas deberán ser emitidas por un Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos aprobado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

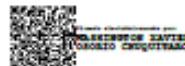
Se manifiesta que nuestra organización aprueba y acepta que se envíe la encuesta para la investigación a los miembros activos de nuestra organización, la misma que será respondida de manera anónima.

Atentamente,



Dr. Darío Jiménez

Presidente de la Sociedad Ecuatoriana de Nefrología - SEN



Dr. Washington Osorio

Secretario de la Sociedad Ecuatoriana de Nefrología - SEN

Dirección: Av. Mariana de Jesús OeB y Av. Occidental. Edif. Meditropoli Piso 5 Of. 516
Contactos: 0992773176 - 0987160034
www.sociedadecuatorianadenefrologia.org

