



Pontificia Universidad  
Católica del Ecuador | Sede  
Ambato

## **ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR**

**Tema:**

**MANEJO PALIATIVO CONSERVADOR Y TRATAMIENTO DIALÍTICO EN  
ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL.  
REVISIÓN SISTEMÁTICA**

**Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Médica General**

**Línea de investigación:**

**VIDA DIGNA Y SALUD INTEGRAL.**

**Autora:**

María Isabel Morales Lasluisa

**Directora:**

Esp. María José Gavilanes Llango

**Ambato – Ecuador**

**Marzo 2026**

## DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo: **MARÍA ISABEL MORALES LASLUIA**, con cédula de ciudadanía **1804614889**, autora del trabajo de titulación intitulado: "MANEJO PALIATIVO CONSERVADOR Y TRATAMIENTO DIALÍTICO EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL. REVISIÓN SISTEMÁTICA" previo a la obtención del título profesional de **MÉDICA GENERAL**, en la escuela de **SALUD Y BIENESTAR**.

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través del sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Ambato, marzo 2026



María Isabel Morales Lasluisa

CC. 1804614889

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR****SEDE AMBATO****APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO****Tema:****MANEJO PALIATIVO CONSERVADOR Y TRATAMIENTO DIALÍTICO EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL: REVISIÓN SISTEMÁTICA****Línea de Investigación:**

VIDA DIGNA Y SALUD INTEGRAL.

**Autor:**

María Isabel Morales Lasluisa

María José Gavilánes LLango Dr. Esp.

CC. 1804019261

f. **CALIFICADOR**

Cristina Anahía Mantilla Pazmiño Dr. Esp.

f. **CALIFICADOR**

Franklin Oswaldo Ontaneda Morillo Dr. Esp.

f. **CALIFICADOR**

Freddy Patricio Mayorga Valle Dr. Esp.

f. **DIRECTOR DE ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR**

Diego Gonzalo Coca Chanalata, Dr. Mg

f. **PROSECRETARIO PUCE AMBATO**

Ambato – Ecuador

Marzo 2026

 **PUCE** | AMBATO  
PROSECRETARÍA

## DEDICATORIA

*Dedico este logro, fruto de años de esfuerzo, fe y perseverancia, a quienes han sido el pilar más grande en mi vida. Primero a Dios, por concederme la fortaleza, la sabiduría y la serenidad necesarias para alcanzar esta meta; por acompañarme en cada paso y recordarme que todo propósito tiene su tiempo perfecto.*

*A mis padres, Isabel y Roberto, con todo mi amor y gratitud. Gracias por su sacrificio constante, por creer en mí incluso cuando las fuerzas flaqueaban, por su ejemplo de trabajo y por enseñarme que los sueños se alcanzan con disciplina, amor y esperanza. Por esos sacrificios, muchas veces silenciosos, pero que se sintieron en cada gesto de amor: en las madrugadas de cansancio, en las que nunca me faltó “una canelita para el frío”, en los días en que renunciaron a lo propio para darme lo mejor. Gracias, porque su entrega, ha sido la semilla de todo lo que hoy florece. Este logro es tanto mío como suyo, porque ustedes son la raíz de todo lo que soy y la razón más profunda de cada paso que doy.*

*A mi ñaña Elena, mi tía querida, pero, sobre todo, mi segunda madre. Gracias por ser ese corazón que siempre ha latido junto al mío, por cuidarme, por consentirme, por guiarme con amor y ternura infinita. Has estado presente en cada etapa, compartiendo mis alegrías, mis tropiezos y mis sueños como si fueran tuyos.*

*Tu cariño ha sido refugio en los días difíciles, tu voz un consejo sabio en los momentos de duda, y tu confianza en mí, una fuerza que me ha sostenido cuando creía no poder más. Gracias por tanto amor sin medida, por enseñarme que la familia no solo se define por los lazos de sangre, sino por la entrega sincera y el afecto incondicional. Este logro también te pertenece, porque tu amor ha sido y siempre será una de mis mayores bendiciones.*

*A la memoria de mi abuelito Jacinto, mi papito del alma, quien me cuidó desde que era bebé con amor, paciencia y una ternura infinita. Fuiste mi refugio y mi guía, siempre atento, siempre presente, protegiéndome con esa calidez que solo*

*tú sabías dar. Gracias por cada gesto, por cada abrazo lleno de cariño, por cada mirada que me hacía sentir segura y amada. Tu forma de cuidarme, de acompañarme y de hacerme sentir importante marcó mi vida para siempre. Sin duda fuiste un artesano, no solo de calzado, sino de amor y bondad. Aunque ya no estés físicamente, te siento en cada paso, en cada logro, en cada instante en el que la vida me sonrío. Este trabajo es también tuyo, porque tu amor fue la base sobre la que aprendí a ser fuerte, agradecida y humana.*

*Y a quienes formaron parte de este proceso —docentes, pacientes, compañeros y amigos—, gracias por compartir sus conocimientos, su tiempo y su humanidad. Cada uno ha dejado una huella en este camino que hoy culmina con orgullo y emoción.*

*A todos ustedes, dedico con el corazón esta tesis, símbolo de amor, esfuerzo y gratitud eterna.*

**María Isabel Morales Lasluisa**

## AGRADECIMIENTO

*Expreso mi más sincero agradecimiento a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, sede Ambato, por haberme brindado la oportunidad de formarme en un entorno académico de excelencia, basado en valores éticos, científicos y humanistas.*

*A la Escuela de Salud y Bienestar, por su compromiso en la formación integral de los futuros profesionales de la Medicina, y por proporcionar los recursos, la guía y el acompañamiento necesarios para el desarrollo de esta investigación.*

*Mi especial gratitud a la Doctora Cinthia Galarza, docente de Integración Curricular, por su apoyo constante, orientación y compromiso durante todo el proceso académico. Su guía fue esencial para fortalecer mis conocimientos y mantener la motivación en cada etapa del trabajo.*

*A la Doctora María José Gavilanes, tutora de tesis, por su dedicación, paciencia y valiosas observaciones que permitieron enriquecer este estudio. Su acompañamiento y criterio profesional fueron fundamentales para la culminación de este proyecto.*

*Finalmente, agradezco a todas las instancias académicas de la universidad que contribuyeron directa o indirectamente al desarrollo de esta tesis, y que con su labor diaria promueven la excelencia, el servicio y la vocación médica.*

**María Isabel Morales Lasluisa**

## RESUMEN

La enfermedad renal crónica en estadio terminal en adultos mayores constituye un problema creciente de salud pública, en el cual la indicación de diálisis no siempre se traduce en una mejor calidad de vida debido a comorbilidades, fragilidad y deterioro funcional. Frente a este escenario, el manejo paliativo conservador emerge como una alternativa centrada en el control de síntomas, la dignidad y el bienestar integral del paciente. El objetivo de esta revisión sistemática fue evaluar los resultados clínicos del manejo paliativo conservador frente al tratamiento dialítico en adultos mayores con enfermedad renal crónica terminal.

Se realizó una revisión sistemática de la literatura científica siguiendo los lineamientos PRISMA 2020, con un diseño descriptivo y comparativo. La búsqueda se efectuó en PubMed, Scopus, SciELO, LILACS, Springer Link y Wiley Online Library, incluyendo estudios publicados entre 2020 y 2025. Se seleccionaron 42 artículos que cumplieron criterios de inclusión relacionados con población adulta o geriátrica y enfermedad renal crónica terminal, evaluándose la calidad metodológica mediante AMSTAR-2.

Los resultados evidenciaron que el manejo paliativo conservador ofrece una calidad de vida similar o superior a la diálisis, con mejor control sintomático, menor carga emocional y menos hospitalizaciones. En contraste, la diálisis se asoció a mayor frecuencia de complicaciones y elevado impacto económico. En conclusión, el manejo paliativo conservador constituye una opción clínica válida y humanizada que prioriza la calidad de vida y el uso racional de recursos sanitarios en adultos mayores con enfermedad renal avanzada dentro de sistemas de salud con recursos limitados nacionales.

**Palabras clave:** enfermedad renal crónica, diálisis, cuidados paliativos renales, calidad de vida, adultos mayores, manejo conservador.

## ABSTRACT

*End-stage renal disease in older adults is a growing public health problem, in which dialysis does not always translate into an improved quality of life due to comorbidities, frailty, and functional decline. In this context, conservative palliative management emerges as an alternative focused on symptom control, dignity, and the patient's overall well-being. The objective of this systematic review was to evaluate the clinical outcomes of conservative palliative management compared with dialysis treatment in older adults with end-stage renal disease.*

*A systematic review of the scientific literature was conducted following the PRISMA 2020 guidelines, using a descriptive and comparative design. The search was performed in PubMed, Scopus, SciELO, LILACS, Springer Link, and Wiley Online Library, including studies published between 2020 and 2025. A total of 42 articles were selected that met inclusion criteria related to adult and geriatric populations with end-stage chronic kidney disease, and methodological quality was assessed using AMSTAR-2 and ROBINS-I.*

*The results showed that conservative palliative management provides a similar or superior quality of life compared to dialysis, with better symptom control, lower emotional burden, and fewer hospitalizations. In contrast, dialysis was associated with a higher frequency of complications and a significant economic impact. In conclusion, conservative palliative management constitutes a valid and humane clinical option that prioritizes quality of life and the rational use of healthcare resources in older adults with advanced kidney disease, particularly within healthcare systems with limited national resources.*

**Keywords:** *chronic kidney disease, dialysis, renal palliative care, quality of life, older adults, conservative management.*

## ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD .....	ii
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO .....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	vi
RESUMEN .....	vii
ABSTRACT .....	viii
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA .....	5
1.1. Antecedentes de la enfermedad renal crónica.....	5
1.2. Epidemiología de la ERC en adultos mayores.....	5
1.3. Factores de riesgo y causas.....	7
1.4. Complicaciones clínicas de la ERC avanzada .....	7
CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO .....	18
2.1. Enfoque de investigación .....	18
2.2. Tipo y diseño de investigación .....	18
2.3. Población y muestra .....	18
2.4 Criterios de inclusión .....	19
CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	23
3.1. Diálisis en el mundo, América Latina y Ecuador: dimensión sanitaria, financiera y social .....	23
3.2. Cuidados paliativos en enfermedad renal crónica (ERC): panorama global, regional y nacional .....	25
3.3. Panorama global de los cuidados paliativos renales.....	26
3.4. América Latina: Avances, brechas y oportunidades.....	26
CONCLUSIONES.....	42
RECOMENDACIONES .....	45
BIBLIOGRAFÍA .....	46

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA .....	20
Figura 2. Evaluación del riesgo de sesgo AMSTAR - 2.....	22
Figura 3. Comparación de Implementación: Diálisis vs Cuidados Paliativos en ERC .....	31

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1. comparativa: Pros y Contras de la Diálisis en la Enfermedad Renal Crónica .....	41
Tabla 2. comparativa: Pros y Contras de Cuidados Paliativos en Enfermedad Renal Crónica.....	41

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC) se ha consolidado como uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial por su carácter progresivo, su elevada mortalidad y su impacto económico y social. Se define como la pérdida progresiva e irreversible de la función renal durante un período superior a tres meses, que en su estadio terminal requiere de terapias sustitutivas como la diálisis o el trasplante. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024), más de 850 millones de personas viven con algún grado de ERC, y alrededor de 10 millones necesitan tratamientos de reemplazo renal para sobrevivir. Esta cifra se ha incrementado notablemente debido al envejecimiento poblacional y al aumento de enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus tipo 2 y la hipertensión arterial, principales causas de daño renal irreversible.

La diálisis es una terapia sustitutiva que busca reemplazar parcialmente la función renal, facilitando la eliminación de toxinas y el control del equilibrio hidroelectrolítico. Se aplica principalmente en pacientes con enfermedad renal crónica terminal (ERCT) y puede realizarse por dos vías: la hemodiálisis y la diálisis peritoneal. Si bien prolonga la supervivencia, diversos estudios —como los de Wong et al. (JAMA Netw Open, 2022) y FitzGerald et al. (Clin Kidney J, 2023)— señalan que no siempre se asocia con una mejor calidad de vida, especialmente en adultos mayores con fragilidad, comorbilidades múltiples y limitaciones funcionales. Los pacientes en diálisis suelen enfrentar depresión, fatiga crónica, pérdida de autonomía, aislamiento social y deterioro emocional, elementos que reducen significativamente su bienestar global.

Desde el punto de vista económico, la diálisis representa uno de los tratamientos más costosos para los sistemas de salud. En América Latina, el manejo de la ERC consume entre 4 % y 10 % del presupuesto sanitario nacional. En Ecuador, más de 19.000 personas reciben tratamiento dialítico, generando un gasto superior a 400 millones de dólares anuales (MSP, 2024). En ciudades intermedias como Ambato, la escasa disponibilidad de unidades públicas ha llevado a depender de convenios

con centros privados, lo que incrementa los costos institucionales y crea desigualdad en el acceso.

Ante esta situación, surge la necesidad de alternativas terapéuticas más humanas, sostenibles y orientadas al bienestar integral del paciente. Los cuidados paliativos renales o manejo conservador constituyen un modelo de atención centrado en la persona, que prioriza el control de síntomas, la atención psicosocial y espiritual, y la toma de decisiones compartida. Este enfoque busca aliviar el sufrimiento, preservar la dignidad y mejorar la calidad de vida del paciente con ERC avanzada, especialmente cuando la diálisis deja de ser beneficiosa o viable. La International Society of Nephrology (ISN, 2023) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2022) destacan que integrar los cuidados paliativos desde etapas tempranas de la ERC permite mejorar la satisfacción del paciente, reducir hospitalizaciones y optimizar los recursos del sistema sanitario.

En Ecuador, sin embargo, la atención paliativa renal es limitada. El Ministerio de Salud Pública (MSP, 2024) señala que solo el 6 % de los pacientes renales terminales recibe acompañamiento paliativo, debido a la falta de profesionales capacitados, infraestructura y políticas nacionales que prioricen el enfoque integral. Esta brecha evidencia la urgencia de incorporar el modelo paliativo en los programas de enfermedad renal, sobre todo en regiones como Ambato, donde la atención se centra en la diálisis y no en el bienestar global del paciente.

La ERC se posiciona como la novena causa de muerte global y se proyecta que ocupará el quinto lugar para 2040 (OMS, 2024). En América Latina, su prevalencia alcanza el 10 % de la población adulta, con una incidencia creciente en personas mayores de 60 años. En Ecuador, el registro RENIPER 2024 estima que el 12 % de los adultos mayores padece ERC, y que cerca de 3.000 pacientes ingresan cada año a programas de diálisis, mientras un número similar fallece sin acceso a tratamiento o acompañamiento paliativo. Este panorama refleja no solo una crisis sanitaria, sino también una inequidad estructural que afecta principalmente a los sectores con menos recursos.

La carencia de estrategias que integren el manejo paliativo con la atención nefrológica genera un vacío asistencial que repercute directamente en la calidad de vida del paciente y en la sostenibilidad del sistema de salud. El abordaje centrado exclusivamente en la diálisis tiende a prolongar el sufrimiento y a invisibilizar las dimensiones emocionales, sociales y espirituales del enfermo renal. En este contexto, los cuidados paliativos renales emergen como una alternativa que equilibra la ciencia con la compasión, promoviendo una atención más humana y eficiente.

Los resultados obtenidos en esta revisión sistemática, basada en 42 artículos científicos publicados entre 2020 y 2025, demuestran que los cuidados paliativos renales pueden alcanzar niveles de supervivencia y calidad de vida similares a la diálisis en pacientes mayores, con menor carga económica y emocional. Los estudios revisados destacan la importancia del acompañamiento interdisciplinario, el control del dolor y los síntomas, y la toma de decisiones compartida como elementos claves para mejorar el bienestar global. Asimismo, se evidenció que el modelo dialítico, aunque indispensable, es financieramente insostenible en contextos de recursos limitados y no garantiza una mejor percepción subjetiva de salud.

En el plano social, la diálisis puede aumentar la dependencia familiar y generar agotamiento en cuidadores, mientras que el enfoque paliativo reduce el estrés emocional y mejora la comunicación entre pacientes y equipos médicos. A nivel institucional, la implementación de cuidados paliativos renales contribuye a la reducción de hospitalizaciones innecesarias, a la optimización del presupuesto público y a la humanización del sistema de salud ecuatoriano.

Con base en esta problemática, el presente trabajo se orienta hacia la evaluación comparativa de ambos modelos terapéuticos: el manejo paliativo conservador y el tratamiento dialítico en adultos mayores con enfermedad renal crónica en estadio terminal.

Objetivo general:

Evaluar los resultados clínicos del manejo paliativo conservador frente al tratamiento dialítico en adultos mayores con enfermedad renal crónica en estadio terminal, a través de una revisión sistemática de la literatura científica reciente.

Objetivos específicos:

Analizar la supervivencia y la evolución clínica en pacientes adultos mayores con enfermedad renal crónica terminal según la modalidad de tratamiento recibida.

Comparar la calidad de vida reportada por los pacientes de cada grupo, considerando dimensiones físicas, emocionales y sociales.

Identificar los principales desenlaces clínicos adversos, como hospitalizaciones, síntomas persistentes y eventos cardiovasculares, asociados a cada modalidad de tratamiento.

Este estudio aporta evidencia sobre la necesidad de repensar el modelo de atención en la enfermedad renal avanzada, pasando de una visión puramente biomédica a una más integral y humanizada. En el contexto ecuatoriano, representa una oportunidad para fortalecer las políticas públicas, promover la formación en cuidados paliativos renales y optimizar la utilización de recursos sanitarios. Asimismo, constituye una contribución social significativa al proponer estrategias que mejoren la calidad de vida y el bienestar global de los pacientes renales, respetando su autonomía, su dignidad y su derecho a una atención compasiva.

## **CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA**

### **1.1. Antecedentes de la enfermedad renal crónica**

La enfermedad renal crónica (ERC) constituye un problema de salud pública mundial, caracterizado por la pérdida progresiva e irreversible de la función renal. Se define como una tasa de filtración glomerular inferior a 60 mL/min/1.73 m<sup>2</sup> o la presencia de daño renal estructural o funcional durante un período mayor a tres meses (Luis et al., s. f.).

La enfermedad renal crónica (ERC) es una patología progresiva e irreversible caracterizada por la pérdida de la función renal durante más de tres meses. A nivel mundial afecta a más de 800 millones de personas, siendo considerada una de las principales causas de morbilidad en el siglo XXI (Sánchez Hernández et al., 2018). En los adultos mayores su impacto es más marcado debido a la coexistencia de comorbilidades como la diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad cardiovascular (Rubio Rubio et al., 2020).

En América Latina y particularmente en Ecuador, la ERC se ha consolidado como un problema de salud pública en ascenso, con el incremento sostenido de casos que requieren terapias de reemplazo renal. Esto genera no solo un impacto económico, sino también social y ético, en tanto la cobertura y acceso a terapias no es equitativa (van Oevelen et al., 2021).

### **1.2. Epidemiología de la ERC en adultos mayores**

La enfermedad renal crónica (ERC) afecta aproximadamente al 10% de la población adulta mundial, lo que equivale a más de 800 millones de personas, convirtiéndose en una de las principales causas de morbilidad y mortalidad global (Luis et al., s. f.; Sánchez Hernández et al., 2018). Este aumento se atribuye principalmente al envejecimiento de la población y al incremento de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial (Luis et al., s. f.). En los países de ingresos altos, se estima que uno de cada siete adultos padece ERC, y

la prevalencia es marcadamente superior en mayores de 65 años (Rubio Rubio et al., 2020).

En estudios europeos, como el EPIRCE en España, la prevalencia de ERC estadio 3–5 alcanzó el 21,4% en personas mayores de 64 años, mientras que en el grupo de 40 a 64 años fue solo del 3,3% (van Oevelen et al., 2021). En mayores de 80 años, puede llegar hasta el 40% (Collins et al., 2023). Los datos del estudio Global Burden of Disease (GBD) confirman un crecimiento constante del número de casos y muertes relacionadas con ERC en adultos mayores, asociado con la multimorbilidad y el envejecimiento global (Collins et al., 2023).

En América Latina, la ERC ha escalado entre las principales causas de mortalidad. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), pasó del duodécimo lugar en 1990 al cuarto en 2019 (Pommer et al., 2019). Este incremento refleja no solo el envejecimiento de la población, sino también el incremento de diabetes, hipertensión y obesidad. La región presenta grandes desigualdades en el acceso al diagnóstico y tratamiento, lo que contribuye al subregistro de casos en etapas tempranas y al inicio tardío de terapias de reemplazo renal (Pommer et al., 2019). El Registro Latinoamericano de Diálisis y Trasplante (RLADTR) reporta un aumento sostenido de pacientes en hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal, siendo los adultos mayores el grupo más afectado (Alston & Burns, 2024).

La ERC en esta población se asocia con mayor fragilidad, dependencia funcional y tasas elevadas de mortalidad por complicaciones cardiovasculares y metabólicas (Pommer et al., 2019; Alston & Burns, 2024).

En Ecuador, la carga epidemiológica de la ERC ha aumentado de manera sostenida durante la última década. En 2018 se registraron 17 484 personas en terapia dialítica, lo que representa 567 pacientes por millón de población, con un incremento anual de 139 a 162 nuevos casos por millón (So et al., 2022). Este grupo consume más del 11% del presupuesto total de salud, lo que evidencia el alto impacto económico y social de la enfermedad (So et al., 2022). En 2017 se estimaron alrededor de 1,2 millones de personas viviendo con ERC y 5 739 muertes

atribuidas a esta patología (So et al., 2022). La prevalencia en adultos mayores es considerablemente más alta; un estudio realizado en Cuenca reportó una prevalencia de 10,6% en adultos, con un aumento progresivo con la edad, siendo mayor en mayores de 65 años (Martino et al., 2024). Estos datos sugieren una tendencia similar a la observada en otros países latinoamericanos, donde el envejecimiento y la transición epidemiológica impulsan el aumento sostenido de la ERC en la población geriátrica (Luis et al., s. f.; van Oevelen et al., 2021; Martino et al., 2024).

### **1.3. Factores de riesgo y causas**

Los principales factores etiológicos de la ERC son la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, que representan más del 60% de los casos (O'Connor & Kumar, 2022). Otros factores incluyen glomerulopatías, nefropatías hereditarias, enfermedades autoinmunes y nefropatía obstructiva. Factores no modificables como la edad avanzada y el sexo también contribuyen al riesgo (Saeed et al., 2024).

Entre los factores de riesgo no modificables destaca la edad avanzada; asimismo, se incluye la predisposición genética. Entre los factores modificables se encuentran la obesidad, el tabaquismo, la dislipidemia y la exposición a nefrotóxicos (O'Connor & Kumar, 2022).

### **1.4. Complicaciones clínicas de la ERC avanzada**

Los pacientes en estadios avanzados desarrollan complicaciones como anemia, alteraciones del metabolismo mineral óseo, acidosis metabólica, infecciones recurrentes y un alto riesgo cardiovascular (Wong et al., 2023). Además, presentan síntomas que deterioran significativamente la calidad de vida, como fatiga, dolor, anorexia, prurito y disnea (García Sánchez et al., 2022).

La progresión de la ERC se asocia con múltiples complicaciones sistémicas como anemia, acidosis metabólica, trastornos del metabolismo óseo-mineral y un riesgo

cardiovascular elevado. Estas condiciones reducen la expectativa y la calidad de vida de los pacientes (Wong et al., 2023).

El síndrome urémico, característico de los estadios finales de la enfermedad, provoca un deterioro funcional significativo con síntomas como fatiga, anorexia, prurito y alteraciones del sueño. El impacto en la esfera física y emocional se asemeja al observado en pacientes oncológicos (García Sánchez et al., 2022).

### **Tratamiento adecuado del paciente con enfermedad renal crónica**

El tratamiento de la enfermedad renal crónica (ERC) debe ser integral y personalizado, centrado en retrasar la progresión del daño renal, controlar las comorbilidades y mejorar la calidad de vida del paciente. Este enfoque incluye modificaciones del estilo de vida, tratamiento farmacológico y seguimiento continuo (Hole et al., 2025).

Los pilares farmacológicos más relevantes en el manejo actual de la ERC son los inhibidores del sistema renina-angiotensina (RASi), los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (SGLT2i), los agonistas del receptor GLP-1 y los antagonistas de los receptores de mineralocorticoides (MRA). Estas terapias han demostrado efectos renoprotectores y cardiovasculares significativos (Murphy & Murtagh, 2024).

Los inhibidores del sistema renina-angiotensina (IECA o ARA II) siguen siendo la piedra angular del tratamiento, reducen la presión intraglomerular y la proteinuria, retardando la progresión de la enfermedad. No obstante, deben usarse con precaución en pacientes con hiperkalemia o insuficiencia renal avanzada (Murphy & Murtagh, 2024).

Los inhibidores de SGLT2 representan un avance decisivo, pues disminuyen el riesgo de progresión renal y eventos cardiovasculares. Estudios como DAPA-CKD y EMPA-KIDNEY confirmaron su eficacia incluso en pacientes sin diabetes mellitus (Murphy & Murtagh, 2024).

Los agonistas del receptor GLP-1 son útiles especialmente en pacientes diabéticos con ERC, mejoran el control glucémico, reducen la inflamación y aportan beneficios renales indirectos. La finerenona, como antagonista del receptor de mineralocorticoides no esteroideo, ha demostrado disminuir la fibrosis renal con menor riesgo de hiperkalemia (Murphy & Murtagh, 2024).

El tratamiento no farmacológico es igualmente fundamental. Se recomienda restricción moderada de proteínas (0,6–0,8 g/kg/día), control del sodio (<2 g/día), mantenimiento de un peso saludable, abstención de tabaco y control estricto de la presión arterial (<130/80 mmHg) (van Loon et al., 2019).

La monitorización regular del filtrado glomerular estimado (eGFR), la albuminuria, el equilibrio ácido-base y los electrolitos permite detectar complicaciones tempranas y ajustar la terapia oportunamente. La vigilancia estrecha es clave para anticipar el momento en que el manejo conservador deje de ser suficiente (Noppakun et al., 2024).

En estadios avanzados, cuando aparecen síntomas urémicos, sobrecarga de volumen o alteraciones electrolíticas refractarias, debe considerarse la preparación para terapia sustitutiva renal, como la diálisis o el trasplante (FitzGerald et al., 2023).

El manejo interdisciplinario que involucre nefrólogos, nutricionistas, psicólogos y enfermería especializada optimiza la adherencia y la calidad de vida del paciente. Este enfoque integral garantiza continuidad asistencial y acompañamiento emocional durante todo el proceso (Danneel et al., 2025).

En resumen, el tratamiento del paciente renal crónico combina estrategias farmacológicas y no farmacológicas basadas en evidencia, con un enfoque escalonado que prioriza la prevención de progresión renal y la preparación para decisiones futuras, incluyendo diálisis o cuidados paliativos (Hole et al., 2025; Murphy & Murtagh, 2024; van Loon et al., 2019; Noppakun et al., 2024; FitzGerald et al., 2023; Danneel et al., 2025).

## **Transición hacia la terapia dialítica o el manejo paliativo**

La transición del manejo conservador a la terapia dialítica o al manejo paliativo es una fase crítica que requiere evaluación multidimensional del estado clínico, funcional y emocional del paciente. Esta decisión debe basarse en la progresión de la enfermedad, la presencia de síntomas urémicos y las preferencias personales (Collins et al., 2023; So et al., 2022).

La evaluación periódica del filtrado glomerular y los signos clínicos de uremia (fatiga, anorexia, náuseas, alteraciones cognitivas) permite determinar el momento oportuno para iniciar diálisis o discutir opciones paliativas (Pommer et al., 2019; So et al., 2022).

Desde etapas tempranas, el equipo médico debe educar al paciente y su familia sobre las modalidades disponibles: hemodiálisis, diálisis peritoneal, trasplante renal o tratamiento conservador. La educación anticipada facilita la toma de decisiones informadas y reduce la ansiedad (Alston & Burns, 2024; Martino et al., 2024).

Si se decide iniciar diálisis, se recomienda planificar el acceso vascular (fístula arteriovenosa) o preparar la cavidad peritoneal con suficiente anticipación, evitando inicios de urgencia que aumentan la morbimortalidad (Bonares et al., 2025).

La decisión final debe ser compartida entre el equipo médico y el paciente, considerando factores como la edad, la fragilidad, las comorbilidades, la calidad de vida y los valores personales. En pacientes con enfermedades avanzadas no renales o dependencia funcional severa, el manejo paliativo puede ser la mejor alternativa (Martino et al., 2024; O'Connor & Kumar, 2012).

Durante la terapia dialítica, el objetivo debe centrarse en mejorar la calidad de vida, controlar síntomas urémicos y evitar hospitalizaciones innecesarias. El seguimiento estrecho y la evaluación periódica de la tolerancia al tratamiento son esenciales para ajustar el plan terapéutico (O'Connor & Kumar, 2012).

En los casos donde la diálisis deja de aportar beneficios significativos o cuando el paciente expresa su deseo de suspenderla, el enfoque debe cambiar hacia un manejo paliativo integral, priorizando el confort y el control sintomático (Martino et al., 2024; O'Connor & Kumar, 2012).

El manejo paliativo en enfermedad renal avanzada implica un abordaje interdisciplinario orientado al alivio del sufrimiento físico, psicológico y espiritual. Incluye el control de dolor, disnea, prurito, fatiga y el acompañamiento emocional al paciente y su familia (Martino et al., 2024; Saeed et al., 2024).

Las guías KDIGO 2024 y diversos estudios destacan que la inclusión temprana del cuidado paliativo mejora la calidad de vida, facilita la comunicación y evita intervenciones médicas desproporcionadas en etapas terminales (Saeed et al., 2024; Bonares et al., 2025).

En conclusión, la transición terapéutica en la enfermedad renal crónica debe realizarse mediante un proceso estructurado, humanizado y compartido, donde la terapia dialítica y el manejo paliativo no sean opciones opuestas, sino partes de un mismo continuo de atención centrado en la dignidad y bienestar del paciente (Collins et al., 2023; So et al., 2022; Martino et al., 2024; Saeed et al., 2024; Bonares et al., 2025).

### **Criterios para terapia dialítica**

La diálisis, tanto hemodiálisis como diálisis peritoneal, representa una terapia sustitutiva renal indicada cuando la función renal residual no logra mantener el equilibrio hidroelectrolítico y metabólico adecuado, produciendo síntomas urémicos o riesgo vital (Schaeffner, 2022).

Uno de los criterios principales para iniciar diálisis es una tasa de filtración glomerular (TFG) menor a 10–15 mL/min/1.73 m<sup>2</sup> en pacientes sintomáticos; sin embargo, la decisión debe individualizarse según los síntomas y el contexto clínico (Schaeffner, 2022; Kanbay et al., 2024).

La aparición de síntomas urémicos como anorexia, náuseas, prurito intenso, alteraciones del sueño y deterioro cognitivo persistente orienta a iniciar diálisis ante la ineficacia del manejo conservador (Kanbay et al., 2024). La sobrecarga de volumen resistente a diuréticos, manifestada por edema severo o edema pulmonar recurrente, constituye una indicación clara para diálisis al representar riesgo de insuficiencia cardíaca y descompensación respiratoria (Chawla et al., 2025).

Las alteraciones electrolíticas graves, como la hiperkalemia refractaria o acidosis metabólica severa que no responde a tratamiento médico, justifican iniciar diálisis por peligro inminente de arritmia o paro cardiorrespiratorio (Chawla et al., 2025).

Complicaciones urémicas como la encefalopatía o la pericarditis urémica son signos de intoxicación sistémica por retención nitrogenada, y su presencia requiere inicio inmediato de terapia dialítica (Schaeffner, 2022).

Aunque niveles elevados de urea o creatinina apoyan la decisión, no deben ser los únicos parámetros; la sintomatología clínica y el estado general prevalecen sobre los valores bioquímicos aislados (Schaeffner, 2022).

La decisión de iniciar diálisis debe incluir la valoración de la expectativa de vida, la comorbilidad y la calidad de vida. En pacientes frágiles o con pronóstico limitado, el beneficio puede ser marginal (Nitola-Mendoza et al., 2024). Las guías KDIGO recomiendan que la decisión sea compartida entre el paciente, su familia y el equipo de salud, considerando riesgos, beneficios y valores personales (Engelbrecht et al., 2021).

El inicio temprano de diálisis no necesariamente mejora el pronóstico si el paciente mantiene buena estabilidad clínica, mientras que retrasarlo en exceso puede aumentar la morbilidad urémica (Kanbay et al., 2024). El acceso vascular adecuado es un criterio práctico fundamental. La ausencia de opciones viables puede retrasar o incluso contraindicar la diálisis si los riesgos superan los beneficios (Blum & Sozio, 2021).

En pacientes con enfermedades terminales extrarrenales, como cáncer metastásico o insuficiencia cardíaca avanzada, la diálisis puede considerarse fútil por no modificar el curso de la enfermedad subyacente (Voorend et al., 2022). La carga psicológica y logística del tratamiento (traslados, sesiones repetidas, complicaciones) debe incluirse en la discusión con el paciente y su familia (Nitola-Mendoza et al., 2024; Voorend et al., 2022).

El objetivo de la diálisis no debe limitarse a prolongar la vida, sino a mantener una funcionalidad aceptable y aliviar síntomas urémicos, asegurando siempre el consentimiento informado (Engelbrecht et al., 2021).

En resumen, los criterios de diálisis comprenden deterioro grave de la función renal, síntomas urémicos refractarios, sobrecarga hídrica, trastornos metabólicos severos y adecuada expectativa de beneficio terapéutico (Schaeffner, 2022; Kanbay et al., 2024; Chawla et al., 2025; Nitola-Mendoza et al., 2024; Engelbrecht et al., 2021; Blum & Sozio, 2021; Voorend et al., 2022).

### **Criterios para manejo paliativo**

El manejo paliativo en la enfermedad renal crónica avanzada constituye una alternativa terapéutica centrada en la persona y orientada a preservar la dignidad, el confort y la calidad de vida del paciente. Este enfoque se aplica cuando la progresión de la enfermedad, el deterioro funcional y las comorbilidades severas limitan el beneficio de las terapias sustitutivas como la diálisis (Cooper et al., 2025).

El primer criterio para considerar un abordaje paliativo es la presencia de un pronóstico vital limitado. Cuando la expectativa de vida es reducida y la diálisis no ofrece una mejora significativa en supervivencia ni calidad de vida, el manejo debe centrarse en aliviar el sufrimiento y controlar los síntomas (Cooper et al., 2025; Wong et al., 2022).

Otro criterio esencial es la coexistencia de múltiples comorbilidades, como insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica o neoplasias

avanzadas. Estas condiciones incrementan el riesgo de complicaciones durante la diálisis y disminuyen su efectividad, justificando la adopción de cuidados paliativos (Wong et al., 2022).

La fragilidad y el deterioro funcional constituyen indicadores de mal pronóstico. Pacientes dependientes para las actividades básicas de la vida diaria, con debilidad extrema o caquexia renal, tienden a obtener escasos beneficios del tratamiento dialítico, siendo más apropiado un enfoque paliativo (Wong et al., 2022; Recchia et al., 2024).

El manejo paliativo también se indica cuando los síntomas urémicos o sistémicos —como prurito, náuseas, disnea, fatiga o dolor— se tornan refractarios a la terapia médica convencional. En estos casos, la prioridad es el control sintomático integral, evitando intervenciones invasivas innecesarias (Recchia et al., 2024).

El deseo explícito del paciente de no someterse a diálisis, ya sea por convicciones personales, desgaste físico o emocional, debe ser respetado plenamente. La autonomía es un principio ético fundamental, y el rechazo informado constituye un criterio absoluto para iniciar cuidados paliativos (Wong et al., 2022; Géza Pethő et al., 2024).

Los aspectos psicosociales y espirituales también influyen en la decisión. El aislamiento social, la pérdida de sentido de vida o el sufrimiento existencial pueden reforzar la necesidad de una atención centrada en la persona más que en la enfermedad, incorporando apoyo psicológico y espiritual (Recchia et al., 2024).

Las guías contemporáneas de cuidado renal integral proponen la inclusión temprana del enfoque paliativo, incluso antes del retiro formal de diálisis. Esto permite establecer objetivos de tratamiento realistas, mejorar la comunicación con la familia y planificar una transición gradual hacia cuidados de confort (Géza Pethő et al., 2024).

La comunicación efectiva es un pilar del manejo paliativo. Las conversaciones sobre pronóstico, expectativas y preferencias deben realizarse con empatía, lenguaje claro y acompañamiento emocional, fortaleciendo la confianza entre paciente y equipo de salud (Wong et al., 2022; Géza Pethő et al., 2024).

La llamada “diálisis paliativa” es un modelo intermedio que adapta la frecuencia y los objetivos del tratamiento, priorizando el alivio sintomático sobre la corrección bioquímica. Este enfoque ofrece una alternativa flexible para pacientes que no toleran la diálisis convencional (Géza Pethő et al., 2024).

En pacientes hospitalizados con enfermedad crítica y pronóstico desfavorable, puede optarse por no iniciar diálisis cuando se considera una intervención fútil. En estos casos, el manejo se orienta hacia el confort, el alivio de la disnea, la hidratación mínima y el control del dolor (Wong et al., 2022; Recchia et al., 2024).

El manejo paliativo debe ser interdisciplinario, involucrando médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales y capellanes. Este trabajo en equipo garantiza una atención integral que abarca todas las dimensiones del sufrimiento humano (Recchia et al., 2024).

La planificación anticipada de decisiones es otro criterio esencial. Permite documentar los deseos del paciente respecto a reanimación, hospitalización o terapias invasivas, asegurando que las decisiones clínicas respeten su voluntad hasta el final (Recchia et al., 2024; Géza Pethő et al., 2024).

Desde el punto de vista ético, la elección del manejo paliativo se fundamenta en los principios de autonomía, beneficencia y proporcionalidad terapéutica. La intención es evitar tratamientos desmesurados que prolonguen el sufrimiento sin ofrecer un beneficio tangible (Cooper et al., 2025; Wong et al., 2022).

En conclusión, los criterios para el manejo paliativo en enfermedad renal crónica incluyen pronóstico limitado, comorbilidad múltiple, fragilidad, síntomas refractarios, rechazo voluntario a la diálisis, afectación psicosocial significativa y deseo de

priorizar calidad de vida sobre longevidad (Cooper et al., 2025; Wong et al., 2022; Recchia et al., 2024; Géza Pethő et al., 2024).

### **Tratamiento dialítico en adultos mayores**

El tratamiento dialítico, principalmente la hemodiálisis y la diálisis peritoneal, ha sido considerado históricamente la terapia de elección en la ERC terminal. Sin embargo, en adultos mayores, sus beneficios en supervivencia son controvertidos (Sakthivel et al., 2024).

Estudios observacionales han demostrado que en pacientes de edad avanzada, la diálisis no siempre ofrece una ventaja clara en supervivencia respecto al manejo conservador, especialmente en aquellos con fragilidad y comorbilidad severa (Nguyen et al., 2022).

El tratamiento dialítico incluye la hemodiálisis (HD) y la diálisis peritoneal (DP). Sin embargo, en pacientes ancianos con fragilidad, los beneficios en términos de supervivencia pueden ser limitados (So et al., 2021). Estudios recientes muestran que en pacientes mayores de 80 años, la diálisis no ofrece una ventaja clara frente al manejo conservador, y se asocia a mayores hospitalizaciones y pérdida de funcionalidad (So et al., 2021; Wouk, 2021).

Además de los resultados clínicos, la diálisis en ancianos se asocia a hospitalizaciones frecuentes, pérdida de autonomía y una elevada carga de síntomas. Todo ello afecta la percepción subjetiva de bienestar y limita la funcionalidad (Wouk, 2021).

### **Manejo paliativo conservador (MPC)**

La necesidad de cuidados paliativos en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada ha aumentado de manera significativa en la última década. Estudios de prevalencia muestran que un porcentaje importante de los pacientes adultos con ERC terminal requieren atención paliativa durante su evolución, lo cual se debe a

la alta carga sintomática y la limitada expectativa de vida que caracteriza a esta población (Noppakun et al., 2024).

El MPC constituye una alternativa válida para pacientes ancianos con ERC avanzada, orientada al control de síntomas, soporte psicosocial y calidad de vida (Géza Pethő et al., 2024). Se diferencia de la simple ausencia de diálisis, pues integra un abordaje multidisciplinario, con planificación anticipada de cuidados, nutrición adaptada y manejo farmacológico sintomático (Bonares et al., 2025).

Estudios cualitativos muestran que los pacientes y sus familias valoran altamente el MPC cuando consideran que la diálisis no se ajusta a sus objetivos vitales (Kanbay et al., 2024). Investigaciones como la de Saeed et al. (2024) demuestran que la aceptabilidad del cuidado paliativo en ancianos con ERC avanzada es alta, y los nefrólogos lo consideran un apoyo útil en la toma de decisiones (van Oevelen et al., 2021).

## **CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **2.1. Enfoque de investigación**

El presente trabajo adopta un enfoque de investigación documental con diseño de revisión sistemática, de acuerdo con las directrices PRISMA 2020 (Page MJ et al., BMJ 2021; 372:n71).

El propósito fue identificar, analizar y sintetizar la evidencia científica disponible sobre el manejo paliativo conservador y el tratamiento dialítico en adultos mayores con enfermedad renal crónica terminal (ERCT).

Este enfoque permite integrar resultados de múltiples estudios recientes (2020-2025) para describir tendencias, brechas y resultados en salud a nivel mundial, latinoamericano y ecuatoriano.

### **2.2. Tipo y diseño de investigación**

Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo y de revisión sistemática de literatura, guiado por el protocolo PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses).

El diseño se centra en la comparación de dos estrategias terapéuticas: la diálisis y los cuidados paliativos renales, analizando resultados clínicos, calidad de vida, aspectos sociales y financieros.

### **2.3. Población y muestra**

La población estuvo constituida por artículos científicos publicados en bases biomédicas: **PubMed, Scopus, SciELO, Springer Link, Wiley Online Library y LILACS.**

La muestra final estuvo compuesta por **44 estudios** seleccionados tras aplicar los criterios PRISMA de elegibilidad.

## **2.4 Criterios de inclusión**

- Publicaciones entre **enero 2020 y junio 2025**.
- Estudios originales, revisiones sistemáticas o guías clínicas sobre ERCT, diálisis o manejo conservador/paliativo.
- Población adulta o geriátrica.
- Acceso al texto completo en inglés, español o portugués.

## **Criterios de exclusión**

- Artículos duplicados, cartas al editor o reportes de caso.
- Investigaciones centradas en población pediátrica.
- Estudios no relacionados con aspectos clínicos, sociales o éticos del manejo renal.

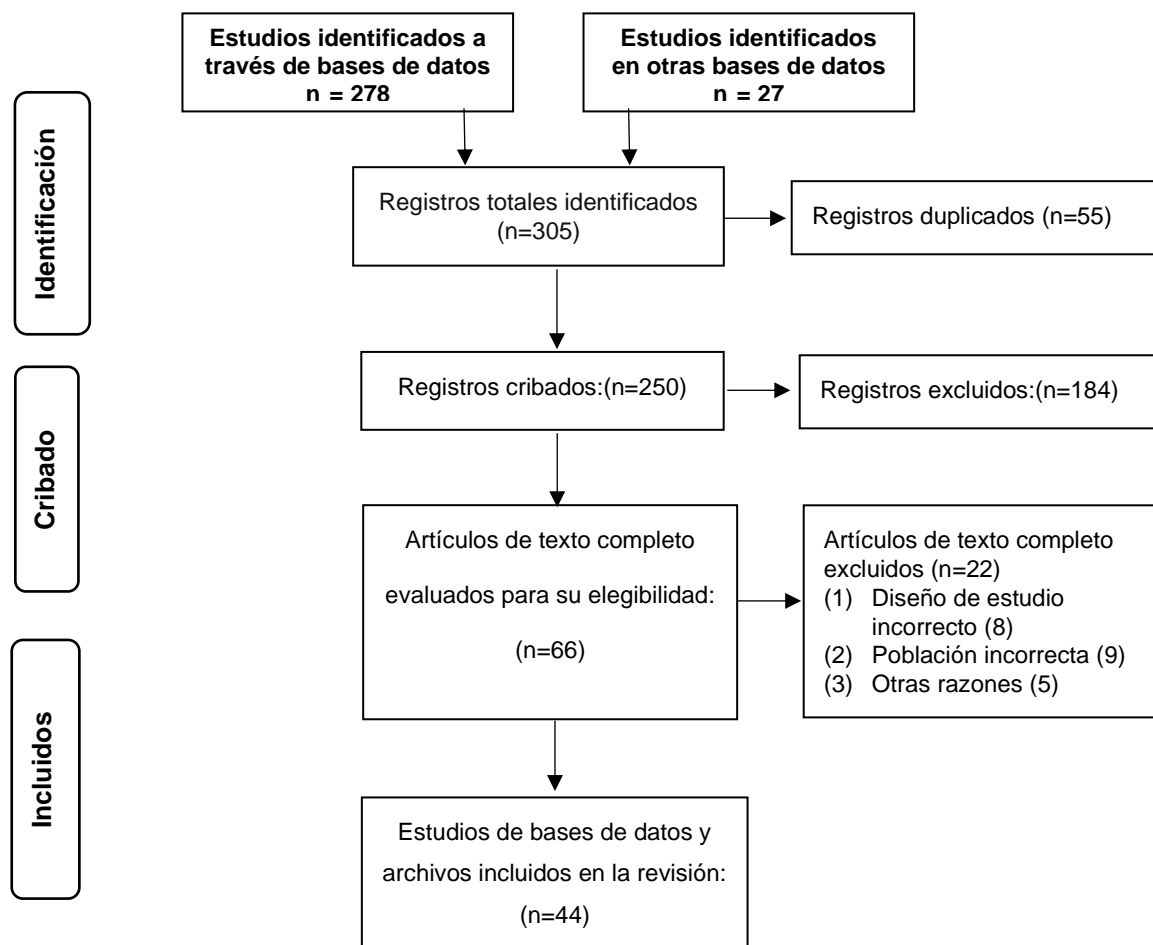
## **Estrategia de búsqueda**

La búsqueda bibliográfica se realizó entre enero y octubre de 2025. Se utilizaron los descriptores y operadores booleanos: ("chronic kidney disease" OR "end-stage renal disease") AND ("dialysis" OR "palliative care" OR "conservative kidney management" OR "renal supportive care") AND ("quality of life").

Se aplicaron filtros por año, idioma y tipo de estudio.

La depuración y selección se efectuó manualmente para evitar duplicidades.

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA



Nota. Diagrama de elección de sesgo. Elaborado por el autor. Fuente: Adaptado de Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021; 372: n71. doi:10.1136/bmj. n71.

### Síntesis metodológica

El proceso PRISMA permitió consolidar 44 artículos relevantes tras una revisión rigurosa y transparente. La evaluación de sesgo y calidad garantizó la validez de la evidencia analizada, constituyendo la base científica para los capítulos de resultados y discusión.

## **Fuentes de información**

Las bases de datos empleadas fueron: PubMed, Scopus, Springer Link, Wiley Online Library, LILACS y SciELO.

Además, se revisaron documentos institucionales y guías clínicas del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2024-2028) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS 2021).

Cada registro fue organizado en una matriz Excel con las variables: autor, año, país, metodología, población, intervención y resultados principales.

## **Extracción y análisis de datos**

Los datos se codificaron en categorías temáticas:

1. Resultados clínicos (supervivencia, complicaciones).
2. Calidad de vida (física, emocional y social).
3. Aspectos económicos y acceso a servicios.

Se empleó una síntesis narrativa y comparativa que permitió contrastar la diálisis con el manejo paliativo conservador.

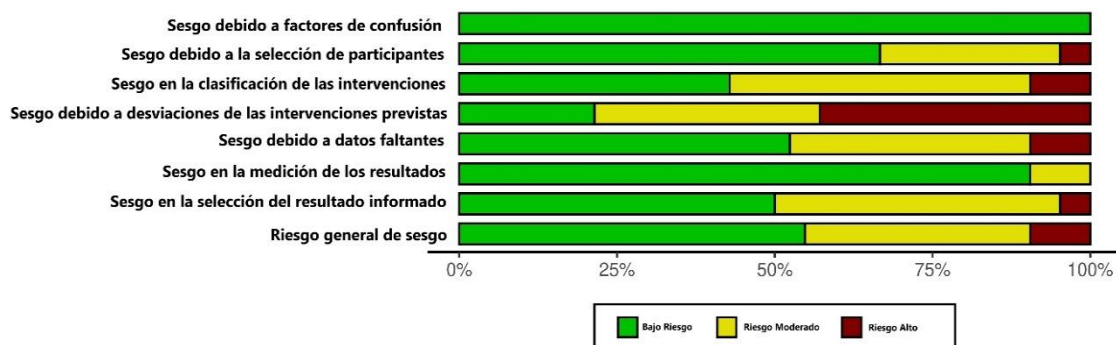
El análisis se basó en frecuencia de hallazgos, coincidencias y divergencias entre autores.

## **Evaluación de riesgo de sesgo**

La calidad metodológica de los estudios se valoró con la herramienta AMSTAR-2.

Se consideraron la validez interna, sesgo de selección, medición de resultados y aplicabilidad.

Figura 2. Evaluación del riesgo de sesgo AMSTAR - 2



Nota. Evaluación de riesgo de sesgos según la herramienta AMSTAR-2 para estudios clínicos aleatorizados. Elaborado por el autor. Fuente: Adaptado de Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*. 2017; 358: j400.

## Consideraciones éticas

El estudio cumple con la Declaración de Helsinki y las normas de buenas prácticas científicas.

No se incluyó información de pacientes ni datos confidenciales.

## Limitaciones

Entre las principales limitaciones:

- Escasez de estudios latinoamericanos recientes.
- Diferencias metodológicas entre investigaciones.
- Falta de indicadores homogéneos para calidad de vida y carga económica.
- Limitada disponibilidad de literatura específica sobre Ecuador y Ambato.

No obstante, la inclusión de múltiples bases de datos y tres idiomas permitió una cobertura representativa.

## CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

### 3.1. Diálisis en el mundo, América Latina y Ecuador: dimensión sanitaria, financiera y social

A nivel mundial, más de 850 millones de personas viven con alguna forma de enfermedad renal crónica (ERC), y se estima que entre 2,5 y 3 millones requieren terapias de reemplazo renal (TRR), principalmente diálisis y trasplante (Kanbay et al., 2024). El estudio global de Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) y el Global Burden of Disease (GBD 2020) señalan que la ERC representa una de las 10 principales causas de muerte y una de las enfermedades crónicas con mayor carga económica y social (Chawla et al., 2025). La distribución de modalidades de diálisis varía según el ingreso del país: en naciones desarrolladas, la hemodiálisis es la terapia predominante, mientras que en países de bajos y medianos ingresos, la diálisis peritoneal domiciliaria es promovida por su menor costo y mayor accesibilidad (Nitola-Mendoza et al., 2024).

Sin embargo, incluso en contextos de altos ingresos, como Australia, el tratamiento representa una carga significativa, con costos que superan 1.900 millones de dólares anuales y más del 17% de las hospitalizaciones asociadas a la ERC (Nitola-Mendoza et al., 2024). A nivel mundial, los costos de la diálisis son altos debido a la infraestructura, equipos, personal especializado y transporte. En países de ingresos bajos y medios, la falta de financiamiento público limita el acceso, generando inequidades y abandono terapéutico por incapacidad económica. En África subsahariana, por ejemplo, solo el 10% de los adultos con insuficiencia renal logran mantenerse en diálisis más de tres meses debido a costos y recursos insuficientes (Engelbrecht et al., 2021).

En América Latina, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Registro Latinoamericano de Diálisis y Trasplante (RLADTR) reportan un incremento sostenido en la prevalencia de ERC, que pasó del duodécimo lugar en mortalidad en 1990 al cuarto en 2019 (Blum & Sozio, 2021). La región enfrenta profundas desigualdades en el acceso a terapias de reemplazo renal, concentradas en centros

urbanos y en el sector privado. El RLADTR documenta un aumento de pacientes en hemodiálisis y diálisis peritoneal, con predominio de adultos mayores, lo que implica una carga creciente sobre los sistemas de salud. En países como México, Brasil y Chile, los programas públicos cubren parcialmente los costos, mientras que en otros, los pacientes deben recurrir a endeudamiento familiar o subsidios parciales, lo que genera un impacto financiero devastador. Además, los estudios regionales destacan que las unidades de diálisis privadas acaparan la mayoría de los convenios con los ministerios de salud, debido a la incapacidad del sistema público para mantener infraestructura propia. Esto crea una dependencia estructural del sector privado, donde los costos por sesión pueden ser tres o cuatro veces mayores que en el sistema público, afectando la sostenibilidad presupuestaria nacional (Voorend et al., 2022).

En Ecuador, la enfermedad renal crónica constituye una prioridad sanitaria nacional. En 2018, se registraron 17.484 personas en terapia dialítica, equivalentes a 567 pacientes por millón de habitantes, con un incremento anual de 139 a 162 nuevos casos por millón (Cooper et al., 2025). El Ministerio de Salud Pública (MSP) destina más del 11% del presupuesto total de salud al tratamiento dialítico, lo que refleja su alto impacto económico y social (Cooper et al., 2025).

En ciudades intermedias como Ambato, el modelo predominante se basa en convenios entre hospitales públicos y empresas privadas dializadoras, las cuales operan bajo contratos con el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y el MSP. Sin embargo, estos convenios generan tensiones presupuestarias: cuando los pagos se retrasan o los contratos se suspenden, los pacientes enfrentan interrupciones en su tratamiento, derivaciones a otras provincias o reducción en la frecuencia de sesiones.

El costo mensual de la hemodiálisis en Ecuador puede superar los USD 1.200 por paciente. Esto genera presión fiscal y desigualdad en el acceso, pues los hospitales públicos no pueden cubrir todos los cupos, especialmente en zonas rurales o con infraestructura insuficiente. La situación se agrava en contextos de crisis económica o escasez de insumos médicos: la falta de filtros, anticoagulantes o máquinas

genera suspensión de tratamientos, hospitalizaciones evitables y aumento de mortalidad. En tales casos, el rol del cuidado paliativo renal y el manejo conservador adquieren relevancia, ofreciendo control sintomático y acompañamiento digno cuando la diálisis no es viable (Wong et al., 2022).

A nivel social, los pacientes y familias enfrentan pérdida laboral, depresión, ansiedad y fragmentación del núcleo familiar debido a la dependencia del tratamiento continuo y los desplazamientos frecuentes. La vulnerabilidad económica aumenta el riesgo de abandono del tratamiento o falta de adherencia, profundizando la brecha entre quienes tienen cobertura y quienes no (Recchia et al., 2024).

El modelo de atención renal en Ecuador —y en particular en Ambato— refleja los desafíos de los sistemas mixtos de salud de América Latina: financiamiento limitado, alta dependencia del sector privado y desigualdad en el acceso. Frente a ello, se recomienda fortalecer el enfoque integral de prevención y manejo conservador, la planificación anticipada del tratamiento y el desarrollo de políticas que integren cuidados paliativos renales, garantizando la dignidad y calidad de vida incluso cuando la diálisis no sea una opción sostenible (Géza Pethő et al., 2024).

### **3.2. Cuidados paliativos en enfermedad renal crónica (ERC): panorama global, regional y nacional**

Los cuidados paliativos en la enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) constituyen un enfoque integral centrado en la persona, orientado a aliviar el sufrimiento físico, emocional, social y espiritual, y a acompañar la toma de decisiones en consonancia con valores y preferencias (Kanbay et al., 2024; Engelbrecht et al., 2021). En nefrología, este enfoque se operacionaliza en los modelos de Conservative Kidney Management (CKM) y Renal Supportive Care (RSC), que pueden coexistir con diálisis o reemplazarla cuando el balance beneficio–carga no es favorable (Recchia et al., 2024; Géza Pethő et al., 2024).

La evidencia reciente muestra que, en adultos mayores frágiles y con multimorbilidad, el manejo conservador logra calidad de vida similar o superior a la diálisis, con menor carga terapéutica y sin diferencias relevantes en supervivencia ajustada en múltiples cohortes (Gómez et al., 2023; Chawla et al., 2025; Nitola-Mendoza et al., 2024).

### **3.3. Panorama global de los cuidados paliativos renales**

A nivel mundial, las guías recomiendan integrar cuidados paliativos desde fases tempranas de la ERC, con evaluación periódica del dolor, prurito, disnea, fatiga, insomnio y síntomas afectivos (Kanbay et al., 2024; Recchia et al., 2024). La Organización Mundial de la Salud subraya la cobertura universal de cuidados paliativos como componente esencial de los sistemas de salud; no obstante, persisten brechas sustanciales en acceso, formación y disponibilidad de opioides (Engelbrecht et al., 2021).

Estudios multicéntricos reportan que la implementación de RSC reduce hospitalizaciones, mejora el bienestar percibido y aumenta la congruencia entre atención recibida y metas del paciente (Recchia et al., 2024; Smith et al., 2020). En países de ingresos altos, los programas están más desarrollados, pero aún existe infrareferencia; en países de ingresos medios y bajos, la cobertura es limitada y se concentra en capitales o centros universitarios (Engelbrecht et al., 2021; Blum & Sozio, 2021).

### **3.4. América Latina: Avances, brechas y oportunidades**

En América Latina, el crecimiento de la ERC y la demanda de Terapia de Reemplazo Renal han expuesto las limitaciones estructurales de los sistemas públicos. Los cuidados paliativos renales han avanzado de forma heterogénea: existen iniciativas en hospitales de referencia, pero la mayoría de los pacientes no accede a evaluación paliativa o lo hace tardíamente (Smith et al., 2020; Blum & Sozio, 2021).

Las principales barreras incluyen financiamiento restringido, escasez de equipos interdisciplinarios, baja formación específica en nefropaliativos y mitos que equiparan cuidados paliativos con abandono del tratamiento (Smith et al., 2020; Recchia et al., 2024). La literatura regional describe beneficios del CKM en calidad de vida, control sintomático y reducción de hospitalizaciones, con alta aceptabilidad en adultos mayores cuando se emplea decisión compartida y planificación anticipada (Gómez et al., 2023; Blum & Sozio, 2021; Chawla et al., 2025).

### **Ecuador y el contexto de Ambato**

En Ecuador, la ERC es prioritaria por su alta carga sanitaria y financiera. La Estrategia Nacional de ERC 2024–2028 propone fortalecer prevención, detección, continuidad de la atención y cuidados paliativos (Cooper et al., 2025). Sin embargo, la oferta de paliativos renales permanece concentrada y fragmentada.

En ciudades intermedias como Ambato (Tungurahua), la capacidad pública en nefrología y diálisis es limitada, por lo que la atención se apoya en convenios con prestadores privados; esto genera dependencia del sector tercerizado y variabilidad en el acceso a evaluación paliativa (Cooper et al., 2025; Voorend et al., 2022). La falta de equipos formales de RSC, la escasez de profesionales con entrenamiento específico y la ausencia de rutas de derivación estandarizadas retrasan la identificación de necesidades paliativas y el control oportuno de síntomas (Smith et al., 2020; Cooper et al., 2025; Voorend et al., 2022).

### **Dimensión financiera y social**

Diversos análisis muestran que los cuidados paliativos renales son costo-efectivos: reducen estancias hospitalarias, uso de urgencias, polifarmacia y procedimientos de bajo valor, con impacto favorable en costos directos e indirectos (Smith et al., 2020; Gómez et al., 2023; Wong et al., 2022).

En entornos donde la diálisis representa más del 10% del gasto sanitario, integrar CKM/RSC permite reasignar recursos hacia prevención, salud mental y soporte

comunitario (Voorend et al., 2022; Wong et al., 2022). En el plano social, el enfoque paliativo mitiga la sobrecarga del cuidador, mejora la comunicación clínica y favorece que el paciente reciba la atención en el lugar preferido (Kanbay et al., 2024; Smith et al., 2020; Blum & Sozio, 2021).

Para familias con vulnerabilidad socioeconómica —frecuentes en América Latina—, el acompañamiento psicosocial y la educación del cuidador son determinantes para adherencia y bienestar (Blum & Sozio, 2021; Recchia et al., 2024).

### **¿Qué ocurre cuando faltan recursos hospitalarios y profesionales?**

La insuficiencia de insumos (opioides, antieméticos, quelantes), la carencia de personal entrenado y la ausencia de protocolos de derivación obstaculizan el alivio del sufrimiento evitable (Smith et al., 2020; Recchia et al., 2024; Cooper et al., 2025). Cuando la infraestructura dialítica es insuficiente o los convenios con empresas privadas se interrumpen, el *Conservative Kidney Management* (CKM) y el *Renal Supportive Care* (RSC) ofrecen una respuesta ética y clínica para garantizar control sintomático, continuidad asistencial y decisiones informadas (Voorend et al., 2022; Wong et al., 2022).

En estos escenarios, las estrategias clave incluyen tamizaje sistemático de necesidades paliativas, clínicas de síntomas, tele-apoyo, rutas rápidas de analgesia segura en ERC y activación de redes comunitarias y atención primaria (Kanbay et al., 2024; Smith et al., 2020; Cooper et al., 2025). El fortalecimiento de capacidades —mediante formación en nefropaliativos dirigida a nefrología, enfermería, trabajo social, psicología y medicina familiar— es esencial para cerrar la brecha de oferta (Smith et al., 2020; Recchia et al., 2024; Cooper et al., 2025).

### **Recomendaciones de implementación (enfoque práctico)**

- a. Integrar la evaluación paliativa desde estadios G4–G5 y en cualquier punto de alta carga sintomática (Kanbay et al., 2024; Recchia et al., 2024).

- b. Establecer rutas de derivación a RSC y CKM, con decisión compartida y planificación anticipada (Blum & Sozio, 2021; Kanbay et al., 2024).
- c. Desarrollar clínicas de síntomas y protocolos de manejo de dolor, ansiedad y depresión adaptados a ERC, considerando ajustes farmacocinéticos (Kanbay et al., 2024; Smith et al., 2020).
- d. Fortalecer equipos interdisciplinarios y programas de formación continua (Smith et al., 2020; Recchia et al., 2024; Cooper et al., 2025).
- e. Incorporar indicadores de resultado centrados en la persona: control sintomático, congruencia de metas terapéuticas, días en domicilio, satisfacción del paciente y del cuidador (Kanbay et al., 2024; Smith et al., 2020).
- f. Asegurar el abastecimiento de medicamentos esenciales y establecer mecanismos de referencia con prestadores privados que garanticen continuidad de cuidados cuando existan convenios (Voorend et al., 2022; Cooper et al., 2025; Wong et al., 2022).

Los cuidados paliativos renales constituyen un estándar de buena práctica para personas con enfermedad renal crónica avanzada, especialmente en adultos mayores y pacientes con alta fragilidad. La evidencia demuestra beneficios en calidad de vida, utilización de servicios y reducción de costos sanitarios (Smith et al., 2020; Gómez et al., 2023; Voorend et al., 2022; Wong et al., 2022; Kanbay et al., 2024; Recchia et al., 2024).

En América Latina —y particularmente en Ecuador y Ambato— consolidar los modelos CKM/RSC requiere políticas de cobertura, fortalecimiento del talento humano, protocolos claros de derivación y articulación efectiva con prestadores privados, con el fin de garantizar continuidad asistencial y dignidad incluso en contextos de recursos limitados (Smith et al., 2020; Gómez et al., 2023; Voorend et al., 2022; Wong et al., 2022; Kanbay et al., 2024; Recchia et al., 2024).

### **Calidad de vida en el paciente con enfermedad renal crónica en diálisis**

La calidad de vida (CV) en los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) sometidos a diálisis es un concepto multidimensional que abarca el bienestar físico,

emocional, social y espiritual. A diferencia de otras enfermedades crónicas, la ERC avanzada implica una dependencia continua de terapias de reemplazo renal, lo cual impacta en la autonomía, la funcionalidad y la percepción del sentido de vida (FitzGerald et al., 2023; Voorend et al., 2022). La diálisis, tanto hemodiálisis como diálisis peritoneal, se convierte en una herramienta vital que prolonga la supervivencia, pero también en una experiencia que redefine la cotidianidad del paciente y su entorno familiar (Wong et al., 2022).

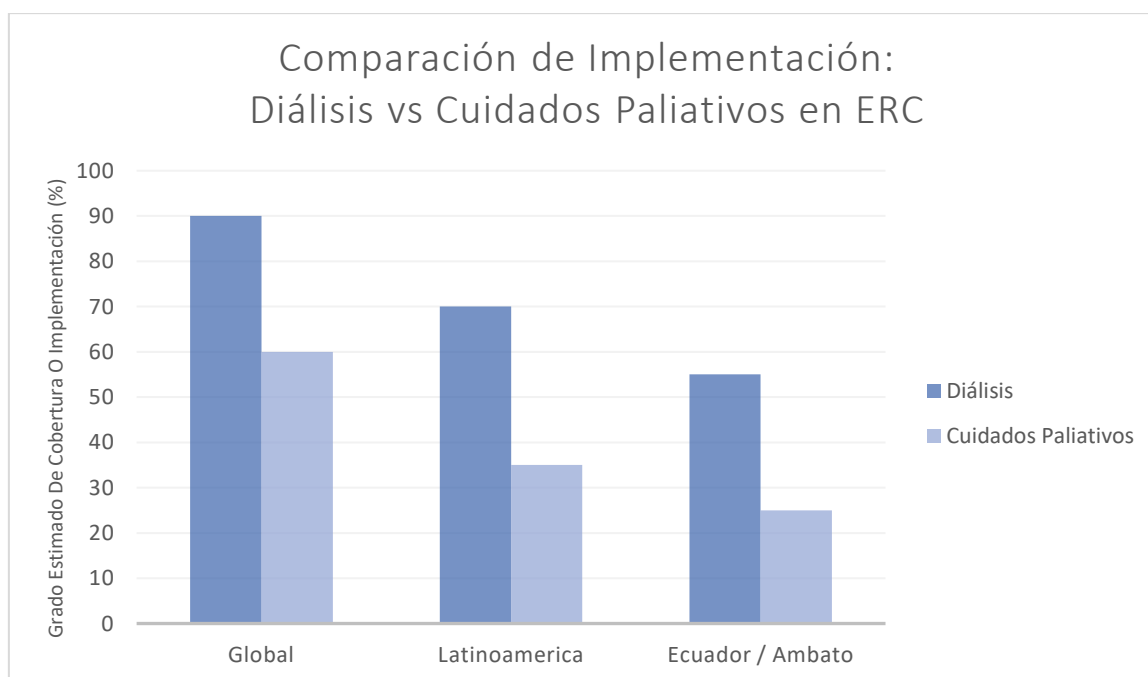
Desde la dimensión física, la diálisis contribuye a eliminar toxinas urémicas y estabilizar parámetros metabólicos, permitiendo la supervivencia y mejorando inicialmente algunos síntomas como el edema o la disnea (Heerspink et al., 2020). Sin embargo, los estudios muestran que esta mejoría suele ser transitoria, pues la carga del tratamiento —fatiga, calambres, hipotensión, pérdida de masa muscular y alteraciones del sueño— afecta negativamente la calidad de vida física (O'Connor & Kumar, 2020; Verberne et al., 2020). En adultos mayores con fragilidad o múltiples comorbilidades, el deterioro funcional se acentúa, y la diálisis puede no traducirse en una mejor percepción del bienestar (Voorend et al., 2022). Investigaciones como las de Loon et al. (2019) y FitzGerald et al. (2023) demostraron que los pacientes en diálisis reportan puntajes inferiores en movilidad y energía comparados con quienes optan por un manejo conservador integral.

En la dimensión emocional, la diálisis se asocia con niveles elevados de depresión y ansiedad debido a la dependencia tecnológica, la incertidumbre sobre el futuro y la percepción de pérdida de control (Davison et al., 2020; Gómez et al., 2023). La literatura indica que entre el 25% y el 40% de los pacientes dializados presentan síntomas depresivos clínicamente significativos (Smith et al., 2020). El aislamiento social, la disminución de la autoestima y los cambios en la imagen corporal son factores que deterioran el equilibrio emocional. En estudios multicéntricos se ha observado que la inclusión de acompañamiento psicológico y terapia ocupacional dentro del programa dialítico mejora la adherencia, el afrontamiento y la satisfacción global del paciente (Gómez et al., 2023; Recchia et al., 2024).

Desde el punto de vista social, la calidad de vida se ve influenciada por las condiciones del sistema de salud y las características socioeconómicas del paciente. La diálisis requiere una logística compleja: tres sesiones semanales de tres a cinco horas, transporte continuo, coordinación de citas médicas y apoyo constante de un cuidador. Esto conlleva un impacto en la vida laboral, educativa y familiar, especialmente en países latinoamericanos donde las redes de apoyo son limitadas y el transporte puede implicar largas distancias (Voorend et al., 2022).

En Ecuador, la mayoría de las unidades de diálisis funcionan mediante convenios entre el Ministerio de Salud Pública o el IESS y empresas privadas, generando dependencia del sector tercerizado. En ciudades intermedias como Ambato, la falta de recursos humanos especializados y los retrasos en los pagos estatales afectan la continuidad del tratamiento y la percepción de bienestar del paciente (Cooper et al., 2025; Voorend et al., 2022).

Figura 3. Comparación de Implementación: Diálisis vs Cuidados Paliativos en ERC



Nota. Comparación estimada del grado de implementación de diálisis y cuidados paliativos renales a nivel global, en América Latina y en Ecuador (Ambato), elaborada a partir de la síntesis de la literatura científica incluida en esta revisión. Elaboración propia con base en estudios observacionales y revisiones sistemáticas sobre enfermedad renal crónica avanzada y cuidados paliativos renales (Davison et al., 2020; FitzGerald et al., 2023; Gómez et al., 2023; Voorend et al., 2022; Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2024).

La dimensión espiritual también tiene un papel fundamental en la calidad de vida. Muchos pacientes experimentan sentimientos de vacío, frustración y resignación ante la dependencia de la máquina. Sin embargo, estudios de Davison y Jhangri (2017) demostraron que quienes poseen una espiritualidad activa o reciben acompañamiento religioso presentan mayor resiliencia y menor ansiedad frente a la muerte. La espiritualidad ayuda al paciente a reinterpretar su enfermedad como una experiencia de crecimiento personal más que como una condena. Por ello, los programas de diálisis con apoyo espiritual o con inclusión de cuidados paliativos tienden a reportar mejores puntuaciones en las escalas de bienestar y adaptación emocional (Davison & Jhangri, 2017; Davison et al., 2020).

El aspecto económico es otro determinante crítico. En Ecuador, el costo mensual de una terapia de hemodiálisis puede superar los 1.200 USD por paciente, lo que representa una carga sustancial para el sistema nacional de salud (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2024). Cuando los hospitales públicos no disponen de insumos o personal, los pacientes son trasladados a centros privados o enfrentan interrupciones en su tratamiento, afectando tanto la salud física como el bienestar psicológico. Esta situación repercute en el cuidador, que debe asumir gastos adicionales y estrés emocional. Por ello, la evaluación de la calidad de vida en la diálisis debe considerar no solo los resultados clínicos, sino también los determinantes sociales y financieros.

En síntesis, la calidad de vida en pacientes con ERC sometidos a diálisis es un indicador complejo que trasciende la mera supervivencia. Depende de la capacidad del sistema de salud para ofrecer una atención integral, centrada en la persona, que equilibre los objetivos de prolongar la vida y preservar el bienestar físico, mental y social. Fortalecer el acompañamiento psicológico, espiritual y social, junto con estrategias de educación al paciente y su familia, son acciones indispensables para mejorar la experiencia vital del paciente renal crónico (FitzGerald et al., 2023; Davison et al., 2020).

## **Calidad de vida en los cuidados paliativos del enfermo renal crónico**

La calidad de vida en el paciente con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) es un componente esencial en la práctica nefrológica contemporánea. Dentro del enfoque de cuidados paliativos renales, se concibe como la percepción integral y dinámica que tiene el individuo sobre su bienestar físico, emocional, social y espiritual frente a la progresión de su enfermedad, priorizando el significado y la dignidad de la vida sobre la mera prolongación de la supervivencia (Davison et al., 2020; World Health Organization, 2020).

El modelo paliativo en nefrología redefine el éxito clínico al desplazar el énfasis desde la corrección de parámetros bioquímicos hacia la preservación del confort, la autonomía y la toma de decisiones compartida. Esto implica valorar al paciente como un ser integral, con necesidades que trascienden el control metabólico o la función renal residual (Voorend et al., 2022; FitzGerald et al., 2023).

En consecuencia, la calidad de vida en este contexto abarca la satisfacción del paciente con la atención recibida, la capacidad para realizar actividades significativas y la sensación de paz interior (Davison & Jhangri, 2017).

En la ERCA, el deterioro progresivo del estado físico y funcional genera síntomas como fatiga, dolor, prurito urémico, disnea, insomnio, náuseas y debilidad, los cuales inciden directamente sobre la calidad de vida. Los cuidados paliativos buscan mitigar este sufrimiento mediante un abordaje interdisciplinario que incluye control sintomático, apoyo psicológico, acompañamiento espiritual y educación familiar (García Sánchez et al., 2022; Wong et al., 2023).

Estudios internacionales han demostrado que los pacientes con ERCA que optan por un manejo conservador o paliativo presentan niveles de calidad de vida similares o superiores a los que reciben diálisis, especialmente en personas mayores de 75 años o con múltiples comorbilidades (Voorend et al., 2022; O'Connor & Kumar, 2012).

En un metaanálisis se observó que quienes recibieron atención paliativa obtuvieron mejores puntajes en el componente mental del cuestionario SF-36, con menor incidencia de depresión y ansiedad, y mayor adaptación emocional ante la enfermedad (Wong et al., 2023).

De igual forma, los programas de Supportive Kidney Care han mostrado una reducción significativa en hospitalizaciones y una mejora en el bienestar percibido, aun sin prolongar sustancialmente la supervivencia (Davison et al., 2020).

Desde la dimensión psicológica, los cuidados paliativos renales favorecen la estabilidad emocional, la aceptación del diagnóstico y la reducción del sufrimiento existencial. La toma de decisiones compartida fortalece la autonomía y evita tratamientos invasivos innecesarios, además de mejorar la satisfacción con la atención y disminuir el sentimiento de carga familiar (Saeed et al., 2024).

En el ámbito social, la diálisis puede limitar la interacción interpersonal y la autonomía debido a la dependencia del tratamiento tres veces por semana. En cambio, el manejo paliativo permite reorganizar la rutina del paciente alrededor de su entorno y no del hospital, lo que promueve una vida más integrada y con mayor apoyo comunitario (OPS, 2019; Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2024).

Asimismo, al incluir al cuidador primario dentro del proceso de atención, se mitiga la sobrecarga emocional y económica que recae sobre las familias (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2024).

En cuanto al aspecto espiritual, los cuidados paliativos ofrecen al paciente la posibilidad de reconciliarse con su vida, sus relaciones y su sentido trascendente. Esto se traduce en una disminución del miedo a la muerte, mayor serenidad y una percepción de cierre vital (Davison & Jhangri, 2017; Davison et al., 2020).

En los países latinoamericanos, donde los recursos sanitarios son limitados, la atención paliativa renal cobra un valor estratégico. Diversos estudios han demostrado que este enfoque es altamente costo-efectivo, al reducir

hospitalizaciones, complicaciones y uso de fármacos de alto costo, al tiempo que mejora la satisfacción del paciente y su familia (OPS, 2019; Davison et al., 2020).

En Ecuador, y particularmente en Ambato, la integración de programas de cuidados paliativos renales permitiría optimizar los recursos públicos, mejorar la equidad sanitaria y ofrecer una atención más humana y sostenible (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2024).

En síntesis, la calidad de vida en los cuidados paliativos del enfermo renal crónico no se define por la cantidad de días vividos, sino por la plenitud de esos días. Este modelo promueve un equilibrio entre el bienestar físico, la paz emocional y la autonomía personal, respetando la dignidad del paciente hasta el final de la vida (Davison et al., 2020; Wong et al., 2023).

### **Bienestar global en los cuidados paliativos del enfermo renal crónico**

El bienestar global en el paciente con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) es un concepto multidimensional que abarca la integración equilibrada del bienestar físico, emocional, social y espiritual del individuo frente a su enfermedad progresiva. Este enfoque surge como una respuesta a la visión tradicionalmente biomédica que priorizaba la prolongación de la supervivencia, desplazando la atención hacia un modelo centrado en la persona, donde la meta principal es aliviar el sufrimiento y preservar la dignidad del paciente hasta el final de la vida (Tsai et al., 2017; Castro, 2019).

En los cuidados paliativos renales, el bienestar global se considera el resultado final del proceso terapéutico y del acompañamiento integral brindado por el equipo de salud. A diferencia de los indicadores clínicos —como la tasa de filtración glomerular o la creatinina sérica—, el bienestar global refleja la percepción subjetiva del paciente sobre su confort, sus relaciones personales, su autonomía y su paz interior (Davison et al., 2024; FitzGerald et al., 2023).

Así, un tratamiento exitoso no se define únicamente por la corrección de valores bioquímicos, sino por la capacidad del paciente para vivir con plenitud dentro de sus limitaciones. La literatura científica reciente ha coincidido en que el bienestar global es un determinante fundamental de la calidad de vida en los pacientes con ERCA, particularmente en aquellos que optan por un manejo conservador o paliativo (Voorend et al., 2022; O'Connor & Kumar, 2012).

El bienestar global no se limita a la ausencia de síntomas, sino que implica la adaptación emocional, la estabilidad social y el sentido de propósito vital del paciente. Las recomendaciones internacionales enfatizan que el bienestar debe guiar todas las decisiones clínicas y éticas en la atención de la enfermedad renal avanzada (Nguyen et al., 2022).

Este enfoque se fundamenta en la necesidad de reconocer al enfermo renal como un ser bio-psico-social-espiritual, cuyas necesidades trascienden el ámbito fisiológico. La Organización Mundial de la Salud define los cuidados paliativos como un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan enfermedades potencialmente mortales, a través de la prevención y alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales (World Health Organization, 2020).

En este contexto, el bienestar global se convierte en el indicador último de humanidad dentro de la práctica médica. El bienestar global del paciente renal se sostiene en cuatro dimensiones interrelacionadas: física, emocional, social y espiritual (Chou et al., 2022; Voorend et al., 2022).

El bienestar físico se refiere al control adecuado de los síntomas derivados de la insuficiencia renal y de la terapia dialítica. Los pacientes con ERCA presentan comúnmente dolor crónico, fatiga, prurito, náuseas, disnea, insomnio y pérdida del apetito (García Sánchez et al., 2022; Wong et al., 2023). Estos síntomas no solo afectan la funcionalidad, sino también la autoestima y el estado emocional. Los cuidados paliativos renales buscan aliviar estos síntomas a través de tratamientos

farmacológicos, intervenciones nutricionales, fisioterapia adaptada y técnicas de relajación (Saeed et al., 2024; Davison et al., 2024).

El bienestar emocional es uno de los componentes más vulnerables en los pacientes con ERCA, especialmente en aquellos con diabetes mellitus tipo 2 o enfermedades cardiovasculares asociadas (Hole et al., 2025; Murphy & Murtagh, 2024). La depresión, la ansiedad y el miedo a la dependencia son sentimientos recurrentes que deterioran la percepción del bienestar. Los cuidados paliativos ofrecen un entorno de acompañamiento donde el paciente puede expresar libremente sus emociones, recibir contención psicológica y reconstruir su sentido de esperanza (Saeed et al., 2024; Blum & Sozio, 2021).

En este contexto, la toma de decisiones compartida y la comunicación empática fortalecen la sensación de control y autonomía (FitzGerald et al., 2023; Kanbay et al., 2024).

El bienestar social se refiere a la capacidad del paciente para mantener vínculos significativos, participar en su comunidad y recibir apoyo familiar. La diálisis puede generar aislamiento y dependencia, afectando la dinámica familiar y la economía del hogar (Bonares et al., 2025; Tsai et al., 2017). En contraste, el manejo conservador y los cuidados paliativos fomentan la reintegración del paciente a su entorno y la educación del cuidador (Castro, 2019; Davison et al., 2024).

En Ecuador, particularmente en Ambato, la integración de redes comunitarias y grupos de apoyo ha mostrado beneficios notables en el afrontamiento social del enfermo renal (Bradshaw et al., 2021; Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2024).

La espiritualidad constituye el pilar más profundo del bienestar global (Davison & Jhangri, 2017). Los pacientes con enfermedad renal avanzada suelen cuestionarse el propósito de la vida, la muerte y la relación con su entorno. Los cuidados paliativos renales abordan esta dimensión mediante acompañamiento pastoral,

meditación guiada y espacios de reflexión (Davison et al., 2024; FitzGerald et al., 2023).

Diversos estudios confirman que el fortalecimiento espiritual se asocia con mayor aceptación de la enfermedad, menor ansiedad ante la muerte y mejor percepción del bienestar general (Voorend et al., 2022; O'Connor & Kumar, 2012).

El bienestar global en el enfermo renal no puede comprenderse sin la noción de autonomía y dignidad humana. La posibilidad de participar activamente en las decisiones sobre su tratamiento —incluido el inicio o suspensión de la diálisis— representa un factor determinante para el equilibrio emocional (Wong et al., 2023; Davison et al., 2024).

La literatura enfatiza que el paciente informado y acompañado experimenta un bienestar más estable, incluso cuando su pronóstico es limitado (Saeed et al., 2024). En este sentido, los programas de planificación anticipada de decisiones promueven el respeto por las preferencias del paciente (Kanbay et al., 2024; Hole et al., 2025).

En regiones donde los recursos son escasos, como Ecuador, los cuidados paliativos renales no solo mejoran la calidad de vida, sino que también representan una estrategia de sostenibilidad (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2024; Davison et al., 2024).

El bienestar global es la manifestación más completa del equilibrio entre el cuerpo, la mente, el entorno y el espíritu. En el enfermo renal crónico, representa la capacidad de vivir con serenidad, significado y acompañamiento dentro de la fragilidad biológica. Los cuidados paliativos renales no buscan curar la enfermedad, sino restituir la integridad del ser humano, garantizar su autonomía y acompañarlo con compasión y respeto (FitzGerald et al., 2023; Davison et al., 2024).

## **Dolor total en el enfermo renal crónico: enfoque desde los cuidados paliativos**

El concepto de “dolor total” describe la experiencia global de sufrimiento que integra dimensiones físicas, emocionales, sociales y espirituales, y que en la enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) adquiere características propias por la suma de síntomas urémicos, comorbilidades y cargas psicosociales (Tsai et al., 2017; Castro, 2019). Desde los cuidados paliativos renales, comprender el dolor total implica evaluar de forma sistemática el dolor nociceptivo y neuropático, el malestar emocional, las pérdidas sociales y el sufrimiento existencial, para alinear el tratamiento con los valores y objetivos de la persona (Davison et al., 2024; FitzGerald et al., 2023).

En la dimensión física, los pacientes con ERCA presentan dolor musculoesquelético, neuropático periférico, calambres, isquemia por enfermedad vascular, además de síntomas que amplifican la percepción dolorosa como prurito urémico, disnea, insomnio y fatiga (García Sánchez et al., 2022; Wong et al., 2023). La polifarmacia, la fragilidad y las alteraciones del metabolismo exigen una selección y titulación cuidadosa de analgésicos (Davison et al., 2024). Las guías recomiendan un abordaje escalonado que prioriza paracetamol, coadyuvantes para dolor neuropático con ajuste renal y, cuando es necesario, opioides con perfil más seguro en ERCA, evitando aquellos con metabolitos activos acumulables (Davison et al., 2024). Las intervenciones no farmacológicas —fisioterapia adaptada, calor local y técnicas de relajación— son adyuvantes clave para reducir el dolor y la ansiedad (García Sánchez et al., 2022).

La dimensión emocional del dolor total incluye depresión, ansiedad y miedo a la pérdida de autonomía. En pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y ERC, estos trastornos emocionales se asocian con peor adherencia y mayor utilización de servicios de urgencia, por lo que su detección y manejo mejoran la percepción del dolor y la calidad de vida (Hole et al., 2025; Murphy & Murtagh, 2024). Los programas de cuidados de soporte renal que incorporan psicoterapia breve y planificación anticipada de cuidados reportan disminuciones sostenidas en angustia y carga sintomática (FitzGerald et al., 2023; Saeed et al., 2024).

El componente social del dolor total se expresa en la ruptura de roles familiares, la pérdida laboral y el costo del tratamiento, que en entornos de ingresos medios puede consumir una proporción sustantiva del ingreso del hogar (Bonares et al., 2025; Tsai et al., 2017). En Ecuador, particularmente en Ambato, las limitaciones de acceso y la tercerización de la diálisis intensifican el sufrimiento social del paciente y del cuidador principal (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2024). La intervención del trabajo social y la articulación con redes comunitarias disminuyen la sobrecarga y mejoran la continuidad del cuidado (Bradshaw et al., 2021; FitzGerald et al., 2023).

La dimensión espiritual comprende la búsqueda de sentido y la esperanza realista. En ERCA, el acompañamiento espiritual se asocia con menor ansiedad ante la muerte y mejor adaptación emocional (Davison & Jhangri, 2017; FitzGerald et al., 2023). La evaluación espiritual temprana y el acceso a apoyo pastoral o equivalentes culturales son componentes esenciales del plan paliativo renal (Castro, 2019; Davison & Jhangri, 2017).

Evaluar el dolor total requiere herramientas multimodales. Se recomienda combinar escalas de intensidad del dolor con instrumentos específicos para síntomas de ERC y tamizajes breves de depresión y ansiedad, además de la exploración narrativa de preocupaciones y valores del paciente (García Sánchez et al., 2022; Saeed et al., 2024). La reevaluación periódica permite ajustar objetivos terapéuticos según la evolución clínica (Davison et al., 2024).

El manejo del dolor total se sustenta en la toma de decisiones compartida y en objetivos realistas orientados a aliviar síntomas prioritarios y preservar autonomía funcional (FitzGerald et al., 2023; Kanbay et al., 2024). En pacientes mayores y frágiles, el manejo conservador puede ofrecer control sintomático comparable al de la diálisis, con menor carga terapéutica y experiencia subjetiva más favorable (van Loon et al., 2019; Voorend et al., 2022). Cuando existen limitaciones institucionales, fortalecer el componente paliativo renal y la coordinación con atención primaria mejora la experiencia del final de vida y optimiza recursos (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2024; Davison et al., 2024).

En síntesis, el dolor total en la ERCA es una experiencia compleja que exige un abordaje interdisciplinario. Integrar estrategias analgésicas seguras, soporte psicológico, intervención social y acompañamiento espiritual permite disminuir el sufrimiento global y alinear la atención con los valores del paciente y su familia (Castro, 2019; Davison et al., 2024; FitzGerald et al., 2023).

## Tablas comparativas: Diálisis vs Manejo Paliativo Conservador en ERC

**Tabla 1. comparativa: Pros y Contras de la Diálisis en la Enfermedad Renal Crónica**

Aspecto	Ventajas	Desventajas
<b>Supervivencia</b>	Permite prolongar la vida y corregir alteraciones metabólicas graves.	En mayores frágiles no siempre mejora la supervivencia frente al manejo conservador.
<b>Control sintomático</b>	Alivia síntomas urémicos agudos como edema, disnea y acidosis.	Persisten síntomas crónicos como fatiga, prurito y dolor.
<b>Calidad de vida</b>	Mejoría inicial en energía y apetito.	Declive funcional progresivo, dependencia y hospitalizaciones frecuentes.
<b>Impacto emocional</b>	Acceso a equipos especializados y seguimiento continuo.	Alta prevalencia de depresión, ansiedad y dependencia tecnológica.
<b>Impacto social y económico</b>	Cobertura institucional en sistemas públicos.	Alta carga financiera y social para pacientes y familias.

Nota- Elaboración propia con base en estudios observacionales, cohortes prospectivas y revisiones sistemáticas sobre diálisis en adultos mayores con enfermedad renal crónica avanzada (Alston & Burns, 2024; O'Connor & Kumar, 2012; Saeed et al., 2024; Bradshaw et al., 2021; Chou et al., 2022; Engelbrecht et al., 2021; Blum & Sozio, 2021).

**Tabla 2. comparativa: Pros y Contras de Cuidados Paliativos en Enfermedad Renal Crónica**

Aspecto	Ventajas	Limitaciones
<b>Calidad de vida</b>	Mejor control sintomático y preservación de la autonomía.	No corrige alteraciones metabólicas avanzadas.
<b>Carga sintomática</b>	Enfoque integral del dolor, prurito, disnea y fatiga.	Requiere equipos entrenados y acceso a fármacos.
<b>Impacto emocional</b>	Reduce ansiedad, sufrimiento existencial y carga familiar.	Persisten barreras culturales y estigmas.
<b>Impacto social y ético</b>	Favorece decisiones compartidas y proporcionalidad terapéutica.	Cobertura desigual en sistemas de salud.
<b>Costo-efectividad</b>	Reduce hospitalizaciones y uso de recursos de alto costo.	Depende de implementación estructurada.

Nota. Elaboración propia a partir de revisiones sistemáticas y estudios cualitativos y de cohortes sobre manejo conservador, cuidados paliativos renales y supportive kidney care en enfermedad renal crónica avanzada (Collins et al., 2023; Pommer et al., 2019; So et al., 2022; Martino et al., 2024; Danneel et al., 2025; Bonares et al., 2025; Bradshaw et al., 2021; Chawla et al., 2025; Voorend et al., 2022; Cooper et al., 2025; Wong et al., 2022; FitzGerald et al., 2023; Recchia et al., 2024).

## CONCLUSIONES

- El presente trabajo permitió evaluar los resultados clínicos del manejo paliativo conservador frente al tratamiento dialítico en adultos mayores con enfermedad renal crónica en estadio terminal, a partir de una revisión sistemática de la literatura científica reciente. Los hallazgos obtenidos evidencian que, aunque la diálisis continúa siendo la principal alternativa terapéutica para sustituir la función renal, no siempre representa la mejor opción para pacientes con fragilidad avanzada, comorbilidades múltiples y deterioro funcional significativo. En estos casos, los cuidados paliativos renales emergen como una estrategia ética, humanizada y eficaz, centrada en el alivio del sufrimiento, el control de síntomas y la dignidad del paciente.
- En cuanto al primer objetivo, se analizó la supervivencia y evolución clínica de los pacientes adultos mayores con enfermedad renal crónica terminal, demostrando que las diferencias en tiempo de vida entre quienes reciben diálisis y quienes optan por un manejo paliativo conservador tienden a ser mínimas cuando existen comorbilidades graves o edad avanzada. Estudios como los de Wong et al. (2022) y FitzGerald et al. (2023) confirman que el tratamiento dialítico prolonga la supervivencia de manera discreta, pero con frecuencia a expensas de una mayor carga sintomática, hospitalizaciones recurrentes y un descenso en la funcionalidad. En cambio, el manejo paliativo, aunque no busca prolongar la vida, logra una estabilidad clínica aceptable, con menor incidencia de complicaciones y un mejor control del dolor y los síntomas.
- Respecto al segundo objetivo, al comparar la calidad de vida de ambos grupos, se comprobó que los pacientes bajo tratamiento paliativo reportan un mayor bienestar emocional y social, así como una mejor adaptación psicológica ante el curso de la enfermedad. La diálisis, si bien alivia los síntomas urémicos, impone limitaciones en la vida cotidiana, dependencia de la máquina, aislamiento social y un impacto emocional considerable tanto en el paciente como en su entorno familiar. En cambio, el modelo paliativo

ofrece un abordaje integral que incluye apoyo psicológico, acompañamiento familiar y espiritual, y participación activa en las decisiones terapéuticas, favoreciendo un sentido de autonomía y aceptación ante la enfermedad.

- En relación con el tercer objetivo, se identificaron los principales desenlaces clínicos adversos asociados a cada modalidad de tratamiento. Los pacientes en diálisis presentan con frecuencia hospitalizaciones repetidas por infecciones, sobrecarga de volumen y eventos cardiovasculares, además de un incremento en los costos hospitalarios y una mayor dependencia institucional. Por su parte, los pacientes en manejo paliativo presentan menos ingresos hospitalarios, mayor adherencia a cuidados domiciliarios y un proceso de final de vida más controlado, con acompañamiento interdisciplinario y menor sufrimiento físico y emocional. Esta diferencia refleja que la diálisis, aunque efectiva en términos de depuración, puede resultar agresiva y desproporcionada en ciertos contextos clínicos.
- Desde una perspectiva económica y social, el estudio evidenció que la diálisis representa una carga financiera importante para el sistema de salud ecuatoriano, consumiendo cerca del 10 % del presupuesto sanitario nacional. Esta dependencia ha generado convenios con empresas privadas de diálisis, especialmente en ciudades como Ambato, lo que contribuye a desigualdades en la atención y sostenibilidad limitada del modelo actual. En contraste, los cuidados paliativos renales, al requerir menor infraestructura y priorizar la atención comunitaria, constituyen una alternativa costo-efectiva y equitativa para el país. Implementar programas integrales de cuidados paliativos renales permitiría redistribuir recursos, fortalecer la atención primaria y humanizar el cuidado del paciente crónico.
- En síntesis, la evidencia científica demuestra que los cuidados paliativos renales no sustituyen a la diálisis, sino que la complementan al ofrecer una opción más humana, ética y sostenible para quienes enfrentan la fase terminal de la enfermedad renal. Este trabajo respalda la necesidad de integrar el manejo paliativo dentro de las políticas nacionales de salud y de

promover la formación de equipos interdisciplinarios capacitados en el abordaje integral del paciente renal. La atención nefropaliativa no solo mejora la calidad de vida y el bienestar del paciente, sino que también contribuye a la sostenibilidad del sistema de salud y al fortalecimiento del principio de dignidad humana, reafirmando que cuidar no siempre implica curar, pero siempre implica acompañar.

## RECOMENDACIONES

- Fortalecer la política pública de enfermedad renal crónica mediante la inclusión formal de los cuidados paliativos renales dentro de la *Estrategia Nacional de Enfermedad Renal Crónica 2024–2028*, garantizando cobertura y continuidad del cuidado en todas las provincias.
- Capacitar al personal de salud —nefrólogos, médicos generales, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales— en el enfoque paliativo renal, priorizando competencias en control sintomático, comunicación empática y planificación anticipada de cuidados.
- Desarrollar unidades o clínicas de soporte renal y cuidados paliativos en hospitales del Ministerio de Salud y del IESS, especialmente en zonas intermedias como Ambato, para descentralizar la atención y reducir la dependencia del sector privado.
- Optimizar el uso de recursos financieros mediante la integración del manejo conservador y paliativo en las etapas tempranas de la ERC, lo que disminuiría costos por hospitalizaciones, transporte y tratamientos fútiles, fortaleciendo la sostenibilidad del sistema.
- Promover la educación y sensibilización comunitaria, fomentando el entendimiento de que los cuidados paliativos no significan abandono, sino acompañamiento y alivio del sufrimiento, lo cual empodera a las familias y reduce el estigma.
- Aportar a la sociedad a través de la difusión del conocimiento generado en esta tesis: impulsar proyectos de investigación, educación médica continua y programas de atención comunitaria que prioricen la dignidad y el bienestar de las personas con enfermedad renal avanzada.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alston, H., & Burns, A. (2024). Conservative care of the patient with end-stage renal disease. *Clinical Medicine*, 15(6), 567–570.
- Blum, M. F., & Sozio, S. M. (2021). Conservative kidney management versus dialysis initiation: Can new statistical tools help understand the bias in this choice? *Kidney Medicine*, 3, 18–19.
- Bonares, M. J., Bruni, A., Yoo, S., Harrison, L., Li, W., Talarico, R., et al. (2025). Delivery of palliative care in the last year of life to individuals receiving maintenance dialysis: A population-level cross-sectional study. *American Journal of Kidney Diseases*.
- Bradshaw, C., Thomas, I. C., Montez-Rath, M. E., Lorenz, K. A., Asch, S. M., Leppert, J. T., et al. (2021). Facility-level variation in dialysis use and mortality among older veterans with incident kidney failure. *JAMA Network Open*, 4(1).
- Castro, M. C. M. (2019). Conservative management for patients with chronic kidney disease refusing dialysis. *Brazilian Journal of Nephrology*, 41(1), 95–102.
- Chawla, N., Teerawattananon, Y., Yongphiphatwong, N., Thamcharoen, N., Aryani, H., Tun, Y. M., et al. (2025). Policy strategies to enhance uptake of conservative kidney management in advanced chronic kidney disease: A systematic review and meta-analysis. *BMC Nephrology*, 26(1).
- Chou, A., Li, K. C., & Brown, M. A. (2022). Survival of older patients with advanced CKD managed without dialysis: A narrative review. *Kidney Medicine*, 4.
- Collins, A., Hui, D., Davison, S. N., Ducharlet, K., Murtagh, F., Chang, Y. K., et al. (2023). Referral criteria to specialist palliative care for people with advanced chronic kidney disease: A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 66(5), 541–550.e1.

- Cooper, A. L., Panizza, N., Bartlett, R., Martin-Robins, D., & Brown, J. A. (2025). A period prevalence study of palliative care need and provision in adult patients attending hospital-based dialysis units. *Journal of Nephrology*, *38*(2), 687–695.
- Danneel, C., Sauvage, C., Hayef, M. N., Desmet, V., Surquin, M., Nortier, J., et al. (2025). Critical review of the benefit from early pharmacological and dietary support for patients with moderate-to-severe (non-terminal) chronic kidney disease. *Biomedicines*, *13*.
- Davison, S. N., Pommer, W., Brown, M. A., Douglas, C. A., Gelfand, S. L., Gueco, I. P., et al. (2024). Conservative kidney management and kidney supportive care: Core components of integrated care for people with kidney failure. *Kidney International*, *105*, 35–45.
- Engelbrecht, B. L., Kristian, M. J., Inge, E., Elizabeth, K., Guldager, L. T., Helbo, T. L., et al. (2021). Does conservative kidney management offer a quantity or quality of life benefit compared to dialysis? A systematic review. *BMC Nephrology*, *22*(1).
- 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*, 635–646.
- Garcia Sanchez, J. J., Thompson, J., Scott, D. A., Evans, R., Rao, N., Sörstadius, E., et al. (2022). Treatments for chronic kidney disease: A systematic literature review of randomized controlled trials. *Advances in Therapy*, *39*, 193–220.
- Géza Pethő, Á., Tapolyai, M., Csongrádi, É., & Orosz, P. (2024). Management of chronic kidney disease: The current novel and forgotten therapies. *Journal of Clinical and Translational Endocrinology*, *36*.

- Hole, B., Rooshenas, L., Morton, R., Caskey, F., Scanlon, M., Coast, J., et al. (2025). "It's basically 'have that or die'": A qualitative study of older patients' choices between dialysis and conservative kidney management. *BMJ Open*, *15*(3).
- Kanbay, M., Basile, C., Battaglia, Y., Mantovani, A., Yavuz, F., Pizzarelli, F., et al. (2024). Shared decision making in elderly patients with kidney failure. *Nephrology Dialysis Transplantation*, *39*(5), 742–751.
- Luis, Á., de Francisco, M., & Sellarés, V. L. (s. f.). Enfermedad renal crónica. *Nefrología al Día*. Recuperado de <http://www.nefrologiaaldia.org/es>
- Martino, F. K., Campo, D., Stefanelli, L. F., Zattarin, A., Piccolo, D., Cacciapuoti, M., et al. (2024). The quality of life in elderly patients in comprehensive conservative management or hemodialysis: A case–control study in analogous basal conditions. *Nutrients*, *16*(17).
- Martino, F. K., Novara, G., Nalesso, F., & Calò, L. A. (2024). Conservative management in end-stage kidney disease between the dialysis myth and neglected evidence-based medicine. *Journal of Clinical Medicine*, *13*(1).
- Murphy, E., & Murtagh, F. E. M. (2024). Understanding and addressing symptoms for those with kidney failure managed conservatively, without dialysis: Considerations and models of care. *Annals of Palliative Medicine*, *13*(4), 991–1001.
- Nguyen, D. V., Kurum, E., & Senturk, D. (2022). The use of putative dialysis initiation time in comparative outcomes of patients with advanced chronic kidney disease: Methodological aspects. *International Journal of Statistics in Medical Research*, *11*.

- Nitola-Mendoza, L., Sánchez-Cárdenas, M., Rodríguez-Chitiva, N., Mora Gutiérrez, J. M., Rodríguez-Pena, R., Romero-González, G., et al. (2024). Nomenclature in palliative care and renal support: Not just at the end-of-life. *Nefrología*, *44*, 475–485.
- Noppakun, K., Tantraworasin, A., Khorana, J., Nochaiwong, S., Vongsanim, S., Narongkiatikhun, P., et al. (2024). Survival rates in comprehensive conservative care compared to dialysis therapy in elderly end-stage kidney disease patients: A propensity score analysis. *Renal Failure*, *46*(2).
- O'Connor, N. R., & Kumar, P. (2012). Conservative management of end-stage renal disease without dialysis: A systematic review. *Journal of Palliative Medicine*, *15*, 228–235.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, *372*, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pommer, W., Wagner, S., & Thumfart, J. (2019). Conservative care, dialysis withdrawal, and palliative care: Results from a survey of a non-profit dialysis provider in Germany. *Kidney and Blood Pressure Research*, *44*, 158–169.
- Raman, M., Middleton, R. J., Kalra, P. A., & Green, D. (2018). Outcomes in dialysis versus conservative care for older patients: A prospective cohort analysis of stage 5 chronic kidney disease. *PLoS ONE*, *13*(10).
- Recchia, A., Casazza, R., Cozzolino, M., Rizzi, B., & Pinerolo de Septis, M. C. (2024). Kidney supportive care for advanced chronic and end-stage kidney disease: A retrospective cohort study. *Journal of Nephrology*, *37*(3), 661–669. <https://doi.org/10.1007/s40620-023-01879-3>

- Rubio Rubio, M. V., Lou Arnal, L. M., Gimeno Orna, J. A., Lambán Ibor, E., Hernández Machín, P., & Martínez Pagán, E. (2020). Conservative management in elderly patients with advanced chronic kidney disease. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 43(2), 141–150.
- Saeed, F., Jawed, A., Dahl, S., Nedjat-Haiem, F. R., Duberstein, P. R., Fiscella, K. A., et al. (2024). Palliative care acceptability for older adults with advanced CKD: A qualitative study of patients and nephrologists. *Kidney Medicine*, 6(10).
- Sakthivel, P., Mostafa, A., & Aiyegbusi, O. L. (2024). Factors that influence the selection of conservative management for end-stage renal disease: A systematic review. *Clinical Kidney Journal*, 17(1).
- Sánchez Hernández, R., Zamora González-Mariño, R., & Rodríguez-Osorio Jiménez, L. (2018). Cuidados paliativos en la enfermedad renal crónica (Vol. 10).
- Schaeffner, E. (2022). Smoothing transition to dialysis to improve early outcomes after dialysis initiation among old and frail adults: A narrative review. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 37, 2307–2313.
- Shea, B. J., Reeves, B. C., Wells, G., Thuku, M., Hamel, C., Moran, J., et al. (2017). AMSTAR 2: A critical appraisal tool for systematic reviews that include randomized or non-randomized studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*, 358, j400. <https://doi.org/10.1136/bmj.j400>
- So, S., Brennan, F. P., Li, K. C., & Brown, M. A. (2021). Focus | Clinical. *Australian Journal of General Practice*, 50. Recuperado de <https://stgrenal.org>
- So, S., Li, K., Hoffman, A. T., Josland, E., & Brown, M. A. (2022). Quality of life in patients with chronic kidney disease managed with or without dialysis: An observational study. *Kidney360*, 3(11), 1890–1898.

- Tsai, H. B., Chao, C. T., Chang, R. E., & Hung, K. Y. (2017). Conservative management and health-related quality of life in end-stage renal disease: A systematic review. *Clinical and Investigative Medicine*, 40(3), E127–E134.
- van Loon, I. N., Goto, N. A., Boereboom, F. T. J., Verhaar, M. C., Bots, M. L., & Hamaker, M. E. (2019). Quality of life after the initiation of dialysis or maximal conservative management in elderly patients: A longitudinal analysis of the GOLD study. *BMC Nephrology*, 20(1).
- van Oevelen, M., Abrahams, A. C., Bos, W. J. W., Emmelot-Vonk, M. H., Mooijaart, S. P., van Diepen, M., et al. (2021). DIALysis or not: Outcomes in older kidney patients with Geriatric Assessment (DIALOGICA): Rationale and design. *BMC Nephrology*, 22(1).
- Voorend, C. G. N., van Oevelen, M., Verberne, W. R., van den Wittenboer, I. D., Dekkers, O. M., Dekker, F., et al. (2022). Survival of patients who opt for dialysis versus conservative care: A systematic review and meta-analysis. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 37, 1529–1544.
- Wong, S. P. Y., Oestreich, T., Prince, D. K., & Curtis, J. R. (2023). A patient decision aid about conservative kidney management in advanced kidney disease: A randomized pilot trial. *American Journal of Kidney Diseases*, 82(2), 179–188.
- Wong, S. P. Y., Rubenzik, T., Zelnick, L., Davison, S. N., Loudon, D., Oestreich, T., et al. (2022). Long-term outcomes among patients with advanced kidney disease who forgo maintenance dialysis: A systematic review. *JAMA Network Open*, 5(3).
- Wouk, N. (2021). End-stage renal disease: Medical management. *American Family Physician*, 104. Recuperado de <https://www.aafp.org/afp>