

ARTICULO ORIGINAL

Toma de decisiones en enfermedad renal crónica avanzada e integración con los cuidados paliativos: Encuesta a nefrólogos desde su práctica clínica. Montevideo 2021

- Tomada de decisão na doença renal crônica avançada e integração com cuidados paliativos: um levantamento com nefrologistas a partir de sua prática clínica. Montevideu, 2021.
- Decision-making in advanced chronic kidney disease and integration with palliative care: A survey of nephrologists from their clinical practice. Montevideo 2021

Adriana Redin¹

ORCID: 0000-0002-7592-3016

Cynthia Mendez²

ORCID: 0009-0000-2241-806X

Viviana Bella¹

ORCID: 0009-0005-2492-7227

Lucas Leites²

ORCID: 0009-000392727310

Gimena Gularte²

ORCID: 0009-0002-3421-7921

Silvia Méndez³

ORCID: 0000-0002-7592-3061

Gonzalo Pazos¹

ORCID: 0000-0001-5277-310X

Natalia Bernardi¹

ORCID: 0009-0007-4416-6933

Resumen

Introducción: La toma de decisiones en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) avanzada es un proceso complejo donde se presentan problemas ético-clínicos que involucran al paciente, su familia y a los profesionales que los asisten. Existe disparidad en la práctica clínica en pacientes con ERC avanzada, en cuándo optar por tratamiento renal conservador, así como en la retirada del tratamiento renal sustitutivo.

Los pacientes con ERC tienen alta carga sintomática con deterioro de su calidad de vida, más aún en etapa avanzada de la enfermedad. Uno de los retos más importantes consiste en determinar cómo y en qué momento incorporar la atención paliativa en estos pacientes. Pese a las recomendaciones, las tasas de derivación de pacientes con ERC avanzada a las Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) siguen siendo bajas. El objetivo del trabajo fue conocer la experiencia en la práctica clínica de los nefrólogos en la toma de decisiones en pacientes con ERC avanzada y su integración con los cuidados paliativos en Uruguay.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo, transversal, modalidad de encuesta online a nefrólogos uruguayos en actividad, de respuesta voluntaria y anónima. Se exploró la experiencia profesional, autopercepción para la toma de decisiones, la disponibilidad y derivación a UCP en las instituciones donde se desempeñan y abordaje de síntomas de los pacientes con ERC avanzada. Se compararon los resultados con la encuesta local de 2014 publicada por Campistrús y cols.

Resultados: Se obtuvieron 69 respuestas. El 85% de los nefrólogos refirieron encontrarse preparados o muy preparados para tomar decisiones acerca de continuar, suspender o no comenzar el plan de diálisis crónica en un paciente candidato a manejo conservador. De los 69 nefrólogos, 1 refirió conocer algún instrumento estandarizado para la derivación a cuidados paliativos. El 96% considera necesaria la integración de los servicios de nefrología y cuidados paliativos en Uruguay. El 57% refirió no conocer iniciativas locorregionales y/o internacionales dirigidas a la integración de ambos servicios. De los nefrólogos consultados, 4% cuentan con un médico paliativista referente para el área de nefrología en su centro.

Conclusiones: A pesar de los avances en la cobertura nacional de cuidados paliativos, aún se identifican múltiples barreras para la derivación y casi de los nefrólogos refiere que es difícil decidir si un paciente estará mejor manejado con tratamiento renal conservador. Resulta fundamental trabajar en la integración entre los equipos de Cuidados Paliativos y Nefrología en vistas a mejorar el proceso asistencial de los pacientes con ERC avanzada. Al día de hoy,

1-Universidad de la República.
Facultad de Medicina. Unidad
Cuidados Paliativos.

2- Universidad de la República.
Facultad de Medicina.

3- Universidad de la República.
Facultad de Medicina. Unidad
Académica de Bioética.

los nefrólogos se consideran más preparados para la toma de decisiones en pacientes con ERC avanzada respecto a la encuesta nacional 2014. Es necesaria la elaboración de guías o protocolos para estandarizar y asistir esta toma de decisiones.

Palabras clave: Enfermedad renal crónica, Cuidados Paliativos, Adecuación del esfuerzo terapéutico, Toma de decisiones, Tratamiento renal conservador, Retirada de diálisis

Abstract

Introduction: Decision-making in patients with advanced chronic kidney disease (CKD) is a complex process involving ethical and clinical dilemmas that affect the patient, their family, and the healthcare professionals who care for them. There is disparity in clinical practice regarding when to opt for conservative renal treatment in patients with CKD, as well as when to withdraw renal replacement therapy.

Patients with CKD experience a high symptom burden and a decline in their quality of life. One of the most significant challenges is determining how and when to incorporate palliative care for these patients. Despite recommendations, referral rates for patients with CKD to palliative care units remain low. The objective was to understand the experience in clinical practice of nephrologists in decision-making in patients with CKD and its integration with palliative care in Uruguay.

Methodology: This was an observational, descriptive, cross-sectional study using an online survey of practicing nephrologists in Uruguay. Participation was voluntary and anonymous. The study explored professional experience, self-perception in decision-making, availability of and referrals to palliative care units in their institutions, and the management of symptoms in patients with chronic kidney disease (CKD). The results were compared with the 2014 local survey published by Campistrús et al.

Results: Sixty-nine responses were obtained. Eighty-five percent of nephrologists reported being prepared or very prepared to make decisions about continuing, discontinuing, or not initiating a chronic dialysis plan for a patient eligible for conservative management. Of the 69 nephrologists, one reported knowing of a standardized instrument for referral to palliative care. Ninety-six percent consider the integration of nephrology and palliative care services necessary in Uruguay. Fifty-seven percent reported not being aware of local, regional, and/or international initiatives aimed at integrating both services. Of the nephrologists consulted, four percent have a designated palliative care physician for the nephrology department at their center.

Conclusions: Despite advances in national palliative care coverage, multiple barriers to referral remain, and almost two-thirds of nephrologists report difficulty in deciding whether a patient would be better managed with conservative renal therapy. Integration between palliative care and nephrology teams is essential to improve the care process for patients with chronic kidney disease (CKD). Currently, nephrologists consider themselves better prepared to make decisions for patients with CKD compared to the 2014 national survey. The development of guidelines or protocols to standardize and support this decision-making process is necessary.

Keywords: Chronic kidney disease, Palliative care, Appropriateness of therapeutic effort, Decision-making, Conservative renal therapy, Withdrawal from dialysis

Resumo

Introdução: A tomada de decisões em pacientes com doença renal crônica (DRC) avançada é um processo complexo que envolve dilemas éticos e clínicos que afetam o paciente, sua família e os profissionais de saúde que cuidam dele. Há disparidade na prática clínica em relação a quando optar pelo tratamento renal conservador em pacientes com DRC, bem como quando suspender a terapia de substituição renal.

Pacientes com DRC apresentam alta carga de sintomas e declínio na qualidade de vida. Um dos maiores desafios é determinar como e quando incorporar cuidados paliativos para esses pacientes. Apesar das recomendações, as taxas de encaminhamento de pacientes com DRC para unidades de cuidados paliativos permanecem baixas. Objetivo fue compreender a experiência da prática clínica de nefrologistas na tomada de decisões para pacientes com doença renal crônica (DRC) e sua integração com os cuidados paliativos no Uruguai.

Desenho: Estudo observacional, descritivo e transversal, utilizando um questionário online aplicado a nefrologistas uruguaios em exercício. A participação foi voluntária e anônima. O estudo explorou a experiência profissional, a autopercepção em relação à tomada de decisões, a disponibilidade e o encaminhamento a unidades de cuidados paliativos nas instituições onde

atuam e o manejo dos sintomas em pacientes com DRC. Os resultados foram comparados com o levantamento local de 2014 publicado por Campistrús et al.

Resultados: Foram obtidas 69 respostas. Oitenta e cinco por cento dos nefrologistas relataram estar preparados ou muito preparados para tomar decisões sobre a continuidade, descontinuação ou não início de um plano de diálise crônica para um paciente elegível para tratamento conservador. Dos 69 nefrologistas, um relatou conhecer um instrumento padronizado para encaminhamento a cuidados paliativos. Noventa e seis por cento consideram necessária a integração dos serviços de nefrologia e cuidados paliativos no Uruguai. Cinquenta e sete por cento relataram desconhecer iniciativas locais, regionais e/ou internacionais voltadas para a integração de ambos os serviços. Dos nefrologistas consultados, 4% têm um médico de cuidados paliativos designado para o departamento de nefrologia em seu centro.

Conclusões: Apesar dos avanços na cobertura nacional de cuidados paliativos, ainda existem múltiplas barreiras ao encaminhamento, e quase dois terços dos nefrologistas relatam dificuldade em decidir se um paciente seria melhor tratado com terapia renal conservadora. A integração entre as equipes de cuidados paliativos e nefrologia é essencial para melhorar o processo de atendimento a pacientes com doença renal crônica (DRC). Atualmente, os nefrologistas se consideram mais bem preparados para tomar decisões para pacientes com DRC em comparação com a pesquisa nacional de 2014. O desenvolvimento de diretrizes ou protocolos para padronizar e apoiar esse processo de tomada de decisão é necessário.

Palavras-chave: Doença renal crônica, Cuidados paliativos, Adequação do esforço terapêutico, Tomada de decisão, Terapia renal conservadora, Retirada da diálise

Recibido: 27/12/2025-**Aceptado:** 10/05/2026

Unidad Cuidados Paliativos. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.
Correspondencia. E-mail: nbernardi79@gmail.com

Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) representa un indiscutido problema de salud pública. Esto es debido principalmente a su considerable incidencia y prevalencia, así como su elevada morbilidad y costo socio-económico ⁽¹⁾.

En 2019, según el Registro Uruguayo de Diálisis la incidencia fue de 185 pmp y la prevalencia de 2801 pmp ⁽²⁾.

Los pacientes con ERC avanzada se caracterizan por tener una edad avanzada, alta comorbilidad y una mortalidad más alta que la población general. Su calidad de vida se ve francamente deteriorada y presentan una alta carga sintomática, que se asemeja a la de los pacientes oncológicos ⁽³⁾. Cuando la ERC avanza, las opciones de tratamiento se basan en toma de decisiones compartidas determinadas por la situación clínica y preferencias del paciente; apoyados en escalas validadas a nivel internacional que evalúan el estado nutricional, funcional y cognitivo. Las opciones terapéuticas son: tratamiento renal sustitutivo (TRS) mediante hemodiálisis, diálisis peritoneal, trasplante renal, o bien tratamiento renal conservador (TRC) ⁽⁴⁾.

En la actualidad en Uruguay, la mayor parte de los pacientes con ERC avanzada ingresan en algún programa de TRS, tratamientos que son financiados de forma universal por el Fondo Nacional de Recursos (FNR) ⁽⁵⁾.

En determinadas circunstancias, el TRS puede suponer un deterioro de la calidad de vida que haga considerar su retiro o no inicio, ya que implica el uso de técnicas agresivas y conlleva una sobrecarga importante para la familia. Esto se plantea en pacientes añosos con una limitada supervivencia, comorbilidad elevada y deterioro de su calidad de vida previo al inicio de estas terapias ⁽⁴⁾. Por otra parte, en comparación con los adultos jóvenes, los adultos mayores con ERC deterioran su función renal en forma más lenta y tienen más comorbilidades que determinan mayor mortalidad antes del inicio del TRS ⁽⁶⁾.

La normativa del FNR describe lineamientos de situaciones especiales que obligan a analizar la posibilidad de no ingreso a plan de diálisis ⁽⁵⁾, tales como: a) voluntad del paciente b) pacientes en los cuales existan dudas fundadas respecto al pronóstico vital y funcional, debiéndose considerar en forma integral la edad, calidad de vida, comorbilidades y su pronóstico c) en caso de trastornos conductuales que desvirtúen la adaptación de los pacientes al funcionamiento de un centro de diálisis crónica d) situación de enfermedad en curso no compensada: infecciones, inestabilidad hemodinámica de cualquier etiología, entre otras, que requieran compensar al paciente para que esté en condiciones de asistir a un centro de tratamiento ambulatorio.

El TRC se define como un plan de cuidado integral que se enfoca en los pacientes portadores de ERC avanzada, cuyo principal objetivo es retrasar la progresión de dicha enfermedad sin el uso de técnicas de sustitución renal y tratar las complicaciones asociadas, dirigiendo su óptica a mejorar la calidad de vida de estos pacientes ^(3,4).

Este tratamiento resulta una alternativa válida principalmente para pacientes de edad avanzada que presenten factores de mal pronóstico para el tratamiento dialítico ^(3,4). Sin embargo, según una investigación realizada por la International Society of Nephrology, el tratamiento conservador está disponible en menos de la mitad de los países de Latinoamérica ⁽⁶⁾. En Uruguay, no existen hasta el momento datos sobre el número de pacientes bajo TRC.

La Toma de Decisiones Compartida (TDC) sobre el no ingreso o la retirada del TRS, debe resultar de una elección informada y consensuada entre el paciente, su equipo médico y la familia, tratando de optar por la mejor alternativa terapéutica, respecto a cuál de las terapias emplear o cuándo iniciarlas, incluido el manejo conservador ^(4,7).

En esta decisión, se deberán tener en cuenta los riesgos y beneficios de cada tratamiento, así como los síntomas y situaciones clínicas específicas del paciente, considerando su edad, el estadio de su enfermedad, pronóstico de la misma, las comorbilidades asociadas, y cómo dicho tratamiento va a repercutir en su calidad de vida ⁽⁸⁾. De este modo, la toma de decisiones debe tener en cuenta los cuatro principios bioéticos: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia; los cuales deben ser ponderados y analizados según las circunstancias y las consecuencias del acto médico.

La adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) se conoce como la decisión meditada sobre la no implementación o la retirada de tratamientos médicos al anticipar que serán fútiles ya que no brindarán un beneficio mayor para el paciente ⁽⁹⁾. Consiste en aplicar medidas para conseguir bienestar y alivio cuando no se puede curar, siempre partiendo de un diagnóstico y tratamiento correcto ⁽⁹⁾. Desde el punto de vista ético, ambas formas de AET: no implementación o retirada

de tratamientos médicos, tienen el mismo valor ^(9,10). Sin embargo, resulta interesante destacar que esta misma valoración ética no es considerada con el mismo peso para los profesionales, que prefieren el no inicio a la retirada, argumentando que cuesta más retirar un tratamiento una vez ya iniciado ⁽¹⁰⁾. Esta consideración ética surge también para el inicio o retirada de TRS ⁽⁸⁾.

En 2014, Campistrús y cols. ⁽¹¹⁾ realizaron una encuesta a 65 nefrólogos miembros de la Sociedad uruguaya de Nefrología, sobre decisiones vinculadas al final de la vida en pacientes que requieren diálisis crónica. Solamente el 38% de los profesionales encuestados se consideró "preparado" o "muy preparado" para la toma de decisiones respecto al no inicio, continuidad o suspensión del TRS ⁽¹¹⁾.

La necesidad de los equipos de salud de contar con herramientas que los asistan en tan complejo proceso, y a modo de estandarizar el mismo, se han creado a nivel mundial guías clínicas sobre la toma de decisiones en estos pacientes, como por ejemplo la herramienta NecPal que tiene como objetivo identificar a pacientes con necesidad de atención paliativa y pronóstico de vida limitado ^(4,8,12,13,14).

La incorporación de un modelo de intervención basado en los principios de los Cuidados Paliativos (CP), resulta una opción válida para aplicar en la asistencia integral del paciente con ERC avanzada en el que se opta por un TRC ⁽¹⁵⁾ y en aquellos que estén considerando suspender la diálisis ⁽¹⁶⁾.

Los CP tienen como objetivo aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas, progresivas, que afectan el pronóstico y la calidad de vida, no limitado a enfermedad oncológica ^(4,17). Utilizan un enfoque centrado en la persona, con un abordaje integral bio-psico-social y espiritual. Los CP participan en el proceso de toma de decisiones conjunta con las diferentes especialidades, en las enfermedades crónicas avanzadas, siendo la discusión para la AET uno de sus objetivos, basados en los cuatro principios éticos de la medicina: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia ^(4,17).

Actualmente, uno de los retos más importantes consiste en determinar cómo y en qué momento insertar una mirada paliativa en los pacientes con ERC avanzada. Esto requiere de estrategias formativas, de gestión del cambio y de integración asistencial ⁽⁴⁾.

Algunos obstáculos para la derivación de personas con enfermedades no oncológicas avanzadas a CP son la escasa o nula formación de los profesionales de la salud en esta área, desconocimiento del impacto de los síntomas en calidad de vida y limitaciones en la disponibilidad de servicios de CP con factores desencadenantes poco claros para la derivación ⁽¹⁶⁾.

Actualmente, distintas organizaciones de salud y sociedades científicas en Nefrología a nivel internacional han sugerido integrar el modelo de CP a dicha especialidad ^(4,7,18). La integración de los CP con la Nefrología, tiene como objetivos fundamentales el tratamiento

de los síntomas, valorar qué pacientes se benefician del tratamiento conservador y mejorar la calidad de vida ^(4,7,15). Pese a las recomendaciones, las tasas de derivación de pacientes con ERC avanzada a CP siguen siendo bajas, persistiendo resultados desfavorables como una menor calidad de vida debido a un manejo deficiente de los síntomas ⁽¹⁹⁾.

Los CP renales se definen como un modelo de cuidados de transición entre el tratamiento dialítico orientado hacia un objetivo rehabilitador de la enfermedad y el paso a una medicina centrada en la intervención integral del paciente, el respeto a sus preferencias y la mejoría de su calidad de vida ⁽³⁾.

Es fundamental que estos pacientes tengan un enfoque terapéutico interdisciplinario. El manejo por parte de equipos especializados, puede contribuir a mejorar la atención en la fase avanzada de la enfermedad y en sus últimos días de vida ⁽⁴⁾.

El siguiente trabajo busca profundizar en relación a aspectos ético-clínicos que involucran la toma de decisiones en pacientes con ERC avanzada por parte de nefrólogos en Uruguay y describir el nivel de integración de Nefrología con los CP. Obtener un panorama actualizado permitirá aportar herramientas para orientar acciones multidisciplinarias que contribuyan a una mejora en la calidad asistencial de los pacientes con ERC avanzada.

Objetivo general:

- Conocer la experiencia en la práctica clínica de los nefrólogos en la toma de decisiones en pacientes con ERC avanzada y su integración con los CP en Uruguay.

Objetivos específicos:

- Conocer actitudes, criterios y experiencia clínica de los nefrólogos sobre la retirada de plan de diálisis, o el no inicio de la misma y la implementación del TRC en pacientes con ERC avanzada.
- Analizar qué tipo de opciones terapéuticas se les ofrecen a los pacientes con ERC avanzada y con qué frecuencia lo hacen.
- Identificar aspectos ético-clínicos en la toma de decisiones en pacientes con ERC avanzada.
- Describir el nivel de integración de los CP en los servicios de Nefrología.
- Identificar barreras para la integración de CP y Nefrología.
- Evaluar el grado de conocimiento de nefrólogos sobre iniciativas globales y regionales para la integración de CP en pacientes con ERC avanzada.
- Conocer el abordaje de control de los síntomas en la ERC avanzada.
-

Metodología

Estudio observacional, descriptivo de corte transversal, en modalidad de encuesta, dirigida a los nefrólogos miembros de la Sociedad Uruguaya de Nefrología (SUN) que se encontraban ejerciendo activamente en todo el territorio uruguayo.

Se excluyeron a los nefrólogos pediátricos, residentes y posgrados de nefrología.

La muestra fue obtenida por conveniencia, proponiendo un mínimo de 65 participantes.

Para la creación de la encuesta, se utilizaron como modelo los cuestionarios de: Campistrús y cols⁽¹¹⁾, Van de Luitgaarden y cols⁽²⁰⁾, Parvez y cols⁽²¹⁾, Vukusich y cols⁽²²⁾ y Metzger y cols⁽¹⁹⁾.

La encuesta fue semiestructurada electrónica anónima desarrollada a través de Google Forms, que cuenta con protocolos estandarizados de seguridad, basados en el Reglamento General de Protección de Datos. Fue difundida vía mail por la SUN, y la recolección de datos se desarrolló durante todo el mes de agosto del 2021.

El presente trabajo fue aprobado por el Comité de ética del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". No se solicitó por parte del equipo investigador ningún dato que haga posible la identificación de los participantes ni se aportó por parte de la SUN ningún tipo de dato de contacto de sus asociados. Se realizó registro ante el Ministerio de Salud Pública (MSP) (número 4259979).

Para el análisis de los datos, se utilizó el programa IBM SPSS Statistics 21. Se utilizaron métodos de estadística descriptiva para la evaluación de medidas de frecuencia. Se emplearon métodos de estadística inferencial con el fin de evaluar la diferencia significativa entre grupos, utilizando Test de Chi cuadrado, Prueba exacta de Fisher y Prueba Z para comparar proporciones. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. Los gráficos se realizaron utilizando el programa IBM SPSS Statistics 21.

Resultados

Se obtuvieron 69 respuestas, que representan el 40% del total de los nefrólogos miembros de la SUN en ejercicio actual de su profesión. Los datos demográficos y de caracterización de los encuestados se muestran en la Tabla 1.

Sexo	Femenino	81,2%
	Masculino	18,8%
Edad	Menos de 35 años	7,2%
	Entre 36 y 45 años	29%
	Entre 46 y 55 años	18,8%
	Entre 56 y 65 años	37,7%
	Más de 65 años	7,2%
Área donde se desempeña	Montevideo	60,9%
	Área metropolitana	5,8%
	Interior al Norte de Río Negro	14,5%
	Interior al Sur de Río Negro	18,8%

¿Durante cuánto tiempo ha desarrollado su actividad como nefrólogo/a?	Menos de 5 años	11,6%
	Entre 5 y 10 años	24,6%
	Más de 10 años	63,8%
Tipo de institución donde asiste a sus pacientes. (Marque la/las que corresponda)	Hospital público	55,1%
	Mutualista	78,3%
	Seguro privado	15,9%
	Centro de diálisis (Privado independiente)	59,4%
En su práctica diaria, ¿en qué ámbito asiste mayoritariamente a sus pacientes? (Marque la/las que corresponda)	Policlínica	55,1%
	Diálisis crónicas	79,9%
	Interconsulta hospitalaria	53,6%
	Trasplante renal	13%

Tabla 1: Características demográficas, profesionales y laborales de los encuestados

a) Toma de decisiones

Con el objetivo de analizar qué tipo de opciones terapéuticas se les ofrecen a los pacientes con ERC avanzada, se plantearon diferentes modalidades de tratamiento, debiendo los nefrólogos elegir cuán probable era que las ofrecieran.

Los datos recabados indican que sería “probable” o “extremadamente probable” que discutan con sus pacientes: hemodiálisis en un 94%, diálisis peritoneal 84%, trasplante renal 88%, TRC 67% y derivación de pacientes a CP en un 54%.

En cuanto a las dificultades en iniciar un diálogo con los pacientes sobre el TRC, el 67% manifestó que no las tiene. El 33% indicó que un diálogo sobre este tratamiento les requeriría mucho tiempo; el 65% no temen a cómo responderán sus pacientes si se les plantea el TRC. Por último, el 88% está de acuerdo en que sus pacientes pueden elegir cuál será su mejor opción terapéutica.

La percepción personal del grado de preparación para la toma de decisiones junto al paciente y su familia, acerca de continuar, suspender o no comenzar el plan de diálisis crónica en un paciente candidato a manejo conservador se muestra en la figura 1.

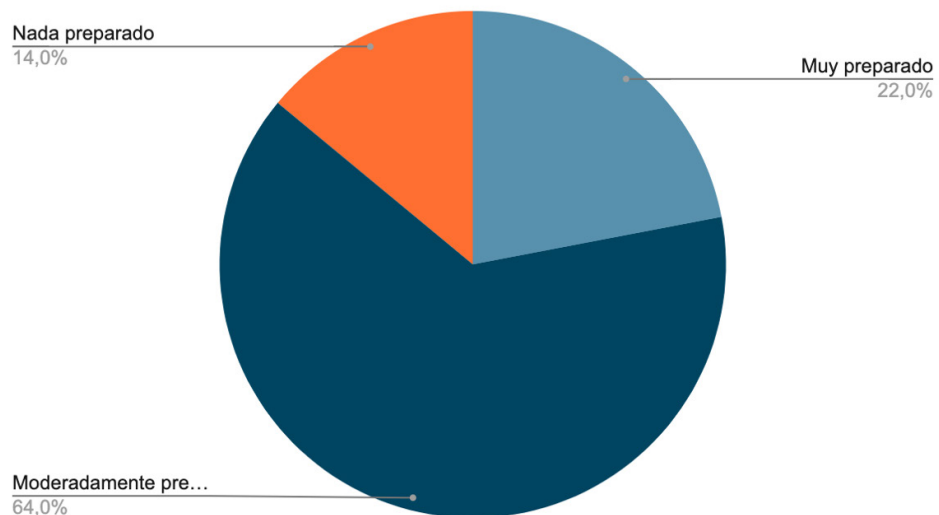


Gráfico 1: Percepción personal del grado de preparación para la toma de decisiones.

En la gráfica 2 se muestran los factores que inciden en la decisión de suspender o no iniciar tratamiento dialítico y optar por un tratamiento conservador.

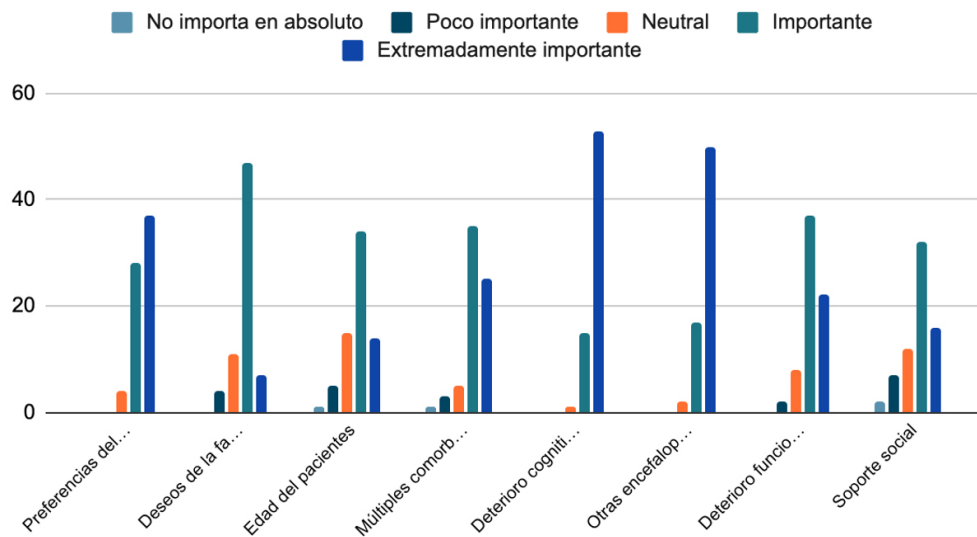


Gráfico 2: Importancia de los siguientes factores en su decisión de suspender o no iniciar tratamiento renal sustitutivo y optar por tratamiento renal conservador

Acerca de la existencia de políticas y/o procedimientos escritos para abordar y resolver la suspensión del plan de diálisis crónica en sus centros de trabajo, el 86% respondió que no cuenta con uno, el 6% indicó no saber y el 9% indicó que sí lo hay.

b) Aspectos bioéticos

Ante la pregunta sobre cuál decisión consideran más difícil en pacientes con ERC avanzada, el 49% respondió que suspender el tratamiento dialítico es lo que genera mayor dificultad, mientras que un 4% señaló que lo más difícil es no iniciarlo. El 47% restante indicó que ambas decisiones les resultan igualmente complejas.

Cuando se les consultó con qué frecuencia los temas éticos vinculados con el inicio o suspensión de diálisis crónica son tratados en su centro, el 13% refirió no tratarlos nunca, el 59% indicó que ocasionalmente los tratan y el 28% restante refirió tratarlos habitualmente.

Con respecto al grado de participación en el análisis de los temas éticos vinculados al inicio y/o final de la diálisis crónica en su centro de trabajo, 16% menciona no haber participado nunca, 55% refiere hacerlo ocasionalmente y el 29% restante lo hace de forma habitual.

Se les consultó acerca de los problemas éticos más frecuentes en su práctica clínica, mediante una pregunta abierta. Se agruparon las respuestas de acuerdo a los problemas identificados en relación a: toma de decisiones por suspensión o no inicio, planificación en la toma de decisiones, y el no reconocimiento o ausencia de problemas éticos. Gráfico 3.

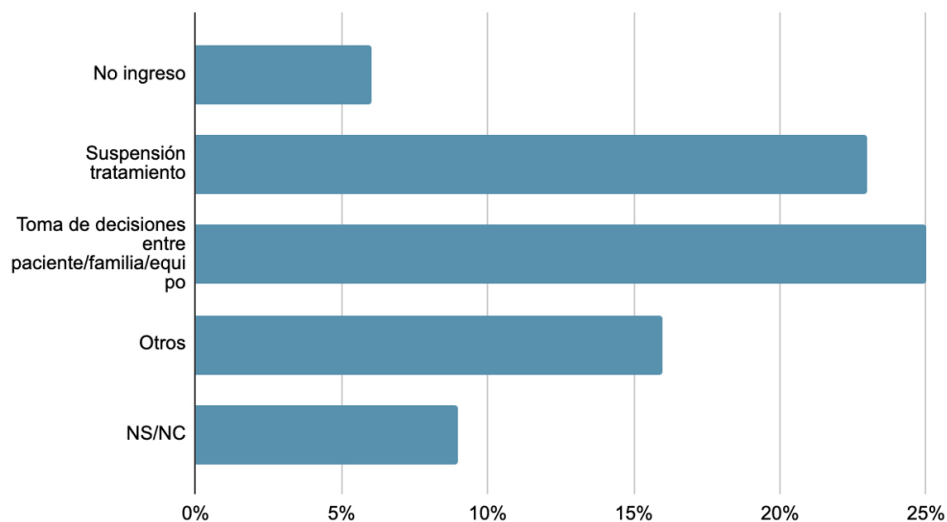


Gráfico 3: Problemas éticos más frecuentes que les ha tocado enfrentar

El 26 % de los nefrólogos indicó que puede haber conflictos de interés acerca de la toma de decisiones sobre inicio y final del tratamiento dialítico. Dentro de este porcentaje, 56% nota conflictos de carácter económicos. Por otra parte, el 44% destaca los factores familiares, características del paciente o de comunicación, que hacen referencia a aspectos ético-clínicos.

c) Cuidados Paliativos

El 64% de los encuestados, refiere disponer de un equipo o unidad de CP para asistir pacientes no oncológicos en el centro donde se desempeña mayoritariamente, mientras que el restante 36% menciona no disponer del mismo.

En el gráfico 4 se presenta la disponibilidad de un médico paliativista referente para nefrología en los centros de trabajo de los encuestados.

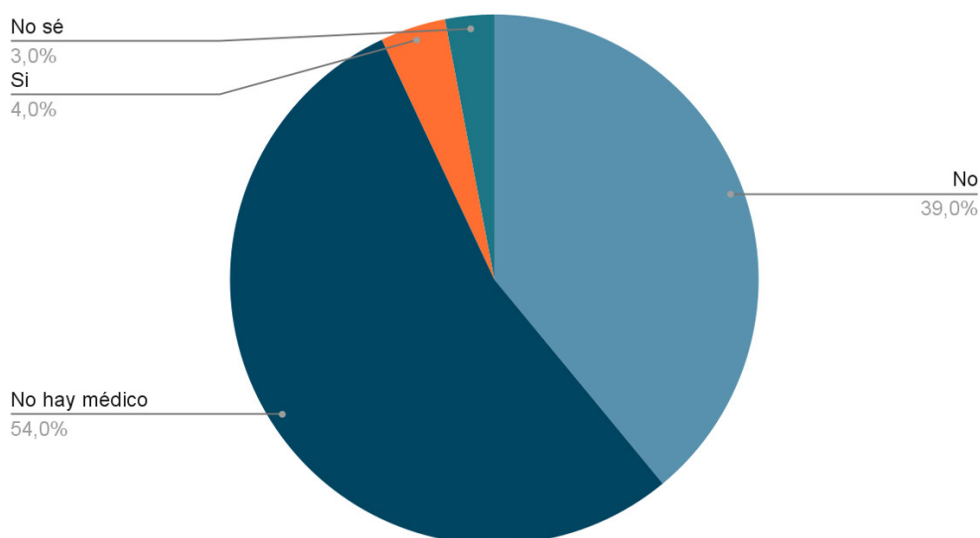


Gráfico 4: Presencia de un médico paliativista referente para nefrología en su centro de trabajo

Se destaca que el 54 % de los encuestados refiere que, si bien no disponen de un médico referente, cuentan con un canal fluido de comunicación con CP.

Del total de los encuestados, el 88% menciona haber derivado a pacientes con ERC avanzada a una unidad de CP, mientras que el 12% refiere nunca haberlo hecho.

El 68% refiere que no utiliza ningún instrumento/herramienta para la derivación a unidades de CP, mientras que el 32% refiere utilizar herramientas para dicha derivación, identificando a la interconsulta como su principal instrumento (77%).

Las barreras que identifican para la derivación a CP se muestran en el gráfico 5. El 80% identificó por lo menos una. Las más destacadas fueron la “fragmentación de la atención” (entendiéndose como tal una mala comunicación y coordinación de la atención entre los diferentes equipos y proveedores involucrados en la atención de los pacientes con ERC avanzada) (47%), las “limitaciones en la disponibilidad de servicios de cuidados paliativos” (44%) y los factores desencadenantes poco claros para la derivación (40%).

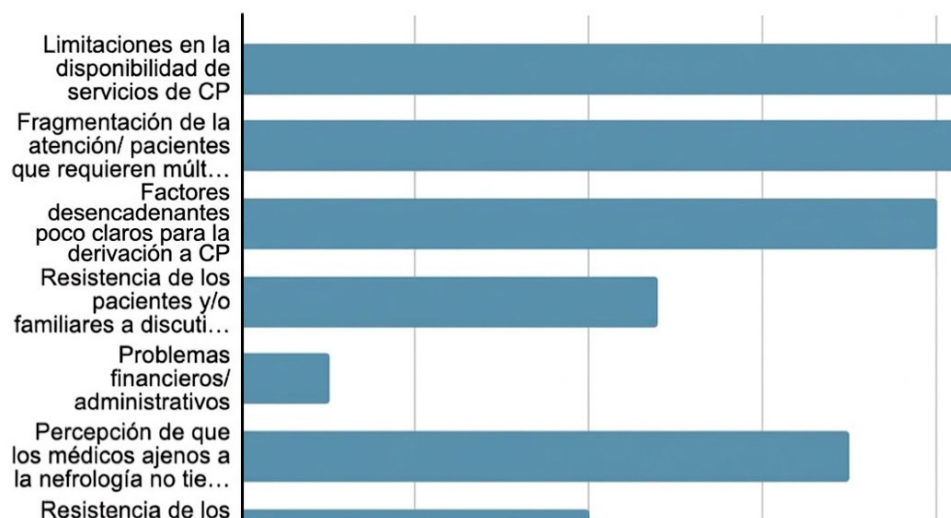


Gráfico 5: Barreras para la derivación de pacientes a cuidados paliativos

El 96% de los nefrólogos, consideran “necesario” o “muy necesario” la integración de ambos servicios en Uruguay.

El 57% desconoce la existencia de iniciativas a nivel locorregional o internacional, dirigidas a la integración de las unidades de Nefrología y CP.

El 55% de los encuestados manifestó haber participado en jornadas de formación en Cuidados Paliativos y Soporte Renal. Asimismo, cuando se les consultó si creían necesario participar en dichas instancias formativas, el 96% manifestó que es “necesario” o “muy necesario”.

d) Control de síntomas en pacientes con ERC avanzada

Sobre el manejo de los síntomas en pacientes en diálisis crónica y/o tratamiento conservador, se les consultó si utilizan en su servicio algún instrumento/herramienta para monitorizarlos. El 57% de los nefrólogos refieren que no utilizan ninguna herramienta.

En cuanto a la monitorización del dolor, el 77% de los encuestados refieren no utilizar una herramienta o instrumento. Además, el 51% de los encuestados no conocen protocolos para el manejo del dolor en estos pacientes.

Discusión

Se obtuvieron 69 respuestas que representan aproximadamente al 40% del total de los nefrólogos pertenecientes a la SUN en ejercicio de su profesión en 2021. Por el tamaño de la muestra y las características demográficas, se puede inferir que las respuestas son representativas del conjunto de nefrólogos de la SUN.

En la encuesta nacional publicada en el 2014 por Campistrús y cols ⁽¹¹⁾ contestada por 63 nefrólogos, el 38% se sentían “preparados” y “muy bien preparados” para la toma de decisiones junto con el paciente y su familia sobre continuar, suspender o no comenzar tratamiento dialítico siendo el paciente candidato a manejo conservador; nuestro trabajo mostró que actualmente los nefrólogos se sienten francamente más preparados, ascendiendo el porcentaje a 86% ($p < 0.00001$).

Con el fin de comparar ambas encuestas y dado que desconocemos la escala de Likert utilizada por los investigadores a cargo de la encuesta anterior estos datos surgen de dicotomizar las opciones de respuesta en “preparado” y “no preparado”. Es prudente analizar si el hecho de que los nefrólogos se sientan más preparados se deba efectivamente a un avance en su formación en este periodo respecto a la toma de decisiones, o si haber transformado el instrumento estadístico pudo generar algún sesgo en la comparación de los resultados.

En la encuesta del 2014, el 86% de los nefrólogos reportó que no contaban con políticas y/o procedimientos escritos en sus centros de trabajo para abordar la suspensión del plan de diálisis. Esta situación permanece incambiada, observándose en nuestro trabajo que un 85%

tampoco cuenta con un protocolo en la actualidad, sin diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,976$).

En el año 2015 la encuesta realizada por Parvez y cols ⁽²¹⁾ en EE.UU, tuvo como principal objetivo describir el conocimiento, las actitudes y las prácticas de los nefrólogos y los proveedores de atención primaria con respecto al manejo conservador de los pacientes con ERC avanzada. Participaron 431 profesionales de la salud, de los cuales 68% (265) eran nefrólogos.

Un 78% (207) de los nefrólogos encuestados, ofrecería un manejo conservador a sus pacientes. En nuestro trabajo, un 67% de estos especialistas discutirían este tratamiento como opción terapéutica con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,047$).

Esta diferencia podría deberse a las características del Sistema de Salud vigente en EE.UU, en el cual puede haber limitaciones en el acceso al TSR. En contrapartida, en nuestro territorio, los pacientes con ERC avanzada tienen la posibilidad de acceder a esta alternativa terapéutica, si así lo requieren, siendo completamente financiada por el FNR.

No obstante, en nuestra encuesta, casi un 60% refirió tener dificultades para decidir si sus pacientes estarán o no mejor manejados con tratamiento conservador, lo que podría configurar una posible limitación para la implementación de este.

En cuanto a las estrategias de tratamiento, el 54% de los nefrólogos refiere que es probable que discuta la derivación a CP como una opción de abordaje terapéutico con sus pacientes.

De esto se desprende que los CP son una modalidad asistencial que está presente en las opciones a discutir, considerando que dentro de las condiciones clínicas para su derivación, se destacan ser portador de ERC avanzada, tener una edad mayor a 80 años, con limitada expectativa de vida (< 6 meses), desfavorable situación funcional y comorbilidades graves asociadas, por lo que no todos los pacientes serían pasibles de esta modalidad.

En lo que respecta a la importancia de los factores que inciden en la toma de decisiones sobre suspender o no iniciar el TRS, y optar por un tratamiento conservador, nuestros datos fueron comparados con la encuesta de Van de Luijngaarden y cols ⁽²⁰⁾ realizada en 2010, difundida a todos los nefrólogos que ejercían su profesión en 11 países de Europa, teniendo un número de respuestas de 433 profesionales.

Nuestro trabajo mostró que para un 94% de los nefrólogos, las preferencias del paciente son el factor que más se tiene en cuenta a la hora de tomar decisiones, considerándolo "importante" o "extremadamente importante". En la investigación de Van de Luijngaarden este porcentaje desciende a 84%. Si bien, de acuerdo a ambos porcentajes, las preferencias del paciente tienen un rol central en la toma de decisiones, para los nefrólogos europeos, es un factor de menor relevancia que para los profesionales de nuestro territorio ($p = 0,0292$).

Respecto a cuánto influyen los deseos de la familia para la toma de decisiones, se vio que un 78% de los nefrólogos uruguayos lo consideran como un factor "importante" o "extremadamente importante", en contrapartida al 44% mostrado en el trabajo de Van de Luijngaarden ($p < 0,00001$).

La valoración de las preferencias del paciente es un elemento esencial en la TDC, donde la elección del tratamiento surgirá de la deliberación entre el profesional y el paciente. Desde el punto de vista de la bioética contemporánea, esto se enmarca en los lineamientos del modelo deliberativo; en él se intercambia información, se debaten los hechos y se añade la deliberación sobre valores, donde ambas partes, sumado a un equipo de profesionales y la familia del paciente, establecen una alianza terapéutica para el correcto manejo de la enfermedad.

Creemos que la diferente valoración que se le da a las preferencias del paciente y la familia en la encuesta de Van de Luijngaarden en comparación con la nuestra, podría adjudicarse a aspectos culturales propios de cada región, teniendo el paciente un mayor protagonismo en la toma de decisiones en nuestro medio, dejando de lado el modelo paternalista.

Los nefrólogos fueron consultados acerca de cuál de las resoluciones les genera mayor dificultad en la toma de decisiones en estos pacientes, si la retirada o no inicio del tratamiento dialítico. Casi el 50% de los nefrólogos reportó que suspender el tratamiento dialítico les genera mayor dificultad que no iniciarlo y 46% indicó que ambos abordajes terapéuticos les generan igual dificultad. En esta misma línea, el 84% de los profesionales reportó haber participado en el análisis de estos temas éticos en su centro de trabajo.

Estos datos coinciden con lo aportado por la literatura, donde se reporta que los profesionales tienen mayor dificultad a la hora de suspender el tratamiento dialítico, que no iniciarlo, aunque

cabe remarcar que desde el punto de vista ético, ambas formas de AET tienen la misma trascendencia.

A la hora de determinar cuál o cuáles eran los problemas éticos que han tenido que enfrentar en su práctica clínica, el 36% mencionó la toma de decisiones entre paciente, familia y equipo asistencial en situaciones particulares. Asimismo el 29% nombró el no inicio o la suspensión del TRS como el problema ético más importante. Estas cifras coinciden con la literatura internacional.

La toma de decisiones en pacientes con ERC avanzada, pueden presentar conflictos éticos, por lo que es necesario basarse en la experiencia y el conocimiento del médico tratante. Basándose en el principio de autonomía, se deben considerar los valores y la capacidad del paciente de tomar decisiones, ya que si este es competente, está en potestad de rechazar un tratamiento habiendo recibido previamente la información, comprendiendo las consecuencias de su decisión ⁽²³⁾. Por otra parte, teniendo en cuenta el principio de beneficencia, se debe proporcionar beneficio a los pacientes protegiendo sus intereses y autonomía, entendiendo que “no puede haber beneficencia, si el paciente no la percibe como beneficente”. A su vez en la práctica clínica, debe ser considerado como prioritario el fundamento de “ante todo no hacer daño”, englobado dentro del concepto de principio de no maleficencia. Este tiene como premisa no iniciar o poder interrumpir un tratamiento ya iniciado, cuando no conlleva mejoras en la supervivencia, las condiciones de calidad de vida sean mínimas o perjudique gravemente las condiciones familiares, económicas y sociales del paciente, entendiéndose dentro de las conductas distanásicas de la práctica médica.

A la hora de decidir qué opción terapéutica es la más adecuada, se deberán considerar todos estos elementos, teniendo como objetivo principal el beneficio y bienestar del paciente.

En el año 2016, fue realizada una encuesta a cargo del Leiva, donde su objetivo era conocer el nivel de integración de CP en los servicios de Nefrología de España, la cual fue respondida por 66 servicios de nefrología. Debido a que este trabajo no fue publicado, no puede ser estadísticamente comparado con el nuestro; sin embargo, nos parece pertinente destacar que la problemática coincide con la de nuestro territorio.

Con el propósito de valorar cuál es el lugar de los CP en los pacientes con ERC avanzada y la relación de esta con Nefrología, en la mencionada encuesta se destaca que el 76% dispone de un equipo o Unidad de CP para asistir pacientes no oncológicos. En nuestro estudio, más de la mitad (64%) de los encuestados, refiere disponer de uno, en el centro donde se desempeña mayoritariamente.

En el trabajo español se les consultó a los servicios sobre la disponibilidad de un médico y enfermero paliativista referente para nefrología. Los datos muestran que solamente 9/66 servicios cuentan con estos profesionales.

En nuestra encuesta, solamente 3/69 nefrólogos indican disponer de un médico paliativista referente para nefrología en el centro donde trabajan, por lo cual los resultados serían similares.

Sin embargo, un 54% refiere que si bien no disponen de un médico referente, cuentan con un canal fluido de comunicación con estos, no habiendo diferencias significativas en cuanto a la región del país donde se desempeñan ($p = 0,058$). Esto resulta fundamental, ya que el manejo integral de los pacientes con ERC avanzada requiere de la coordinación entre nefrólogos y médicos paliativistas.

En nuestro país, en los últimos años ha existido un importante avance en la cobertura nacional de CP, contando con servicios de asistencia paliativa en todo el país, con un franco predominio en la capital. Datos reportados en un trabajo del MSP en el año 2019, muestra que 45 instituciones brindan esta prestación, teniendo cobertura casi en el 100% de las instituciones privadas. Por su parte, ASSE cuenta con equipos que cubren 14 departamentos, siendo Tacuarembó, Artigas, Canelones y Cerro Largo los que tienen aún una tasa muy baja de cobertura.

La cantidad de pacientes asistidos que requieren CP ascendió a un 59%, siendo la población de pacientes con patología no oncológica una de las más vulneradas.

En particular, los pacientes con ERC avanzada son una población apropiada para recibir CP, y este servicio debe estar disponible desde los inicios de la enfermedad.

En nuestro trabajo 61/69 nefrólogos (88%) alguna vez ha derivado pacientes con ERC avanzada a un CP. Respecto a los instrumentos/herramientas que utilizan para la derivación, si bien 22/69 encuestados refirieron utilizarlos, mencionaron a la interconsulta como herramienta de derivación. Un alto porcentaje de especialistas no utilizan herramientas estandarizadas

para la derivación de estos pacientes a CP. Si bien la interconsulta no sería la herramienta más adecuada, creemos que es una forma de comunicación válida para el acercamiento entre nefrólogos y paliativistas.

En cuanto a las barreras que los profesionales identifican para la derivación de pacientes con ERC avanzada a las unidades de CP, se destacan la fragmentación de la atención (47%), las limitaciones en la disponibilidad de servicios de cuidados paliativos (44%) y los criterios poco claros para la derivación a dicho servicio (40%).

La fragmentación de la atención ha sido reconocida como un desafío particular para los pacientes con ERC avanzada, que a menudo tienen comorbilidades de difícil manejo que requieren asistencia interdisciplinaria y un plan de cuidado integral, centrado en el paciente.

Los pacientes con ERC avanzada presentan una elevada carga sintomática, la cual es similar tanto en los pacientes en TRS como en TRC. Por tanto, el control de síntomas en estos pacientes debe considerarse una prioridad. Con este fin, se han creado varios instrumentos estandarizados ya mencionados. Sin embargo, el 57% de los nefrólogos desconocen protocolos para el manejo de los síntomas en los pacientes con ERC avanzada, que están en tratamiento con diálisis crónica o TRC.

En lo que respecta al manejo del dolor, los datos en nuestra encuesta indican que solamente 13/69 nefrólogos (19%), refieren utilizar instrumentos o herramientas para monitorizarlo en su servicio. 34/69 (49%) conocen protocolos para su manejo en pacientes en diálisis crónica y/o TRC.

Esto demuestra que un gran porcentaje de nefrólogos no utiliza instrumentos para el manejo del dolor en el servicio, teniendo en cuenta que es uno de los síntomas más prevalentes en la ERC avanzada, con gran impacto en la calidad de vida, siendo independiente de la fase de la enfermedad y aumentando a 70% en etapas finales. Nuestros resultados concuerdan con lo reportado por la Sociedad Española de Nefrología que refiere que la mayor parte de los pacientes recibe un tratamiento inapropiado del dolor, siendo la evaluación errónea de este síntoma, el motivo fundamental del fracaso terapéutico.

En relación con la participación en jornadas de formación en CP renales, un 45% de los nefrólogos encuestados afirmó no haber participado en estas; a pesar de ello, casi un 96% cree que la participación en dichas instancias es necesaria.

Estas cifras resultan alentadoras, ya que demuestran no sólo que los profesionales reconocen la importancia de la formación en CP y soporte renal, sino que además reflejan la necesidad imperativa de realizar instancias de capacitación a nivel nacional en este aspecto.

Respecto a iniciativas locorregionales o internacionales dirigidas a la integración de las unidades de nefrología y CP, pese a la reciente publicación por SEN y SECPAL del manual sobre CP en ERC avanzada, el 57% de los encuestados refirió desconocer la existencia de estas.

Finalmente, creemos importante destacar que casi el total de los encuestados (96%) considera “necesaria” y “muy necesaria” la integración de ambos servicios en Uruguay. Esto resulta un aspecto muy positivo, ya que el abordaje de estos pacientes debe ser interdisciplinario y cooperativo, donde cada especialidad debería aportar desde su competencia con el objetivo de brindar una buena calidad asistencial a los pacientes.

Conclusiones

El presente estudio revela que los nefrólogos uruguayos, se consideran más preparados para la toma de decisiones en pacientes con ERC avanzada.

En lo que respecta a políticas y/o procedimientos escritos que los ayuden en la toma de decisiones para suspender o no iniciar un tratamiento dialítico, un 86% reportó no contar con uno en el centro donde trabajan, cifra que se mantiene en relación con la encuesta de 2014.

Por lo anteriormente mencionado, creemos necesaria la elaboración de guías o protocolos que ayuden a los nefrólogos y al equipo que asiste a los pacientes con ERC avanzada, a estandarizar el proceso de toma de decisiones que se presentan al final de la vida, con el objetivo de unificar criterios en el abordaje del no inicio y suspensión del TRS, cuando este no presenta beneficio.

En cuanto a las decisiones al final de la vida, la encuesta muestra que a casi un 50% de los nefrólogos les genera mayor dificultad suspender el tratamiento dialítico, que no iniciarlo; aunque ambas formas de AET tienen las mismas consideraciones éticas.

En lo que respecta a la derivación de pacientes a CP, se identificaron varias barreras, siendo la fragmentación de la atención una de las limitaciones con mayor prevalencia. Resulta fundamental la mejora en la coordinación de la atención entre los diferentes equipos involucrados en la asistencia de los pacientes con ERC avanzada, con el fin de facilitar la cooperación entre los servicios de Nefrología y CP.

Solamente 3/69 nefrólogos cuentan con un médico paliativista referente para nefrología en su centro, siendo un porcentaje muy bajo si se tiene en cuenta que la asistencia de los enfermos renales requiere de un abordaje integral. Es necesario continuar con este avance con el fin de poder garantizar el derecho de cobertura a los pacientes que lo requieran.

Resulta llamativo destacar que más de la mitad de los nefrólogos encuestados desconoce protocolos para el manejo del dolor en pacientes en diálisis crónica y/o TRC, y menos del 30% conoce instrumentos o herramientas para monitorizar este síntoma. Esta problemática trasciende a nuestro país, siendo de implicancia a nivel mundial; por lo que se han creado instrumentos que orienten a los profesionales al control sintomático y derivación oportuna de sus pacientes. El instrumento POS-S Renal, es utilizado para la monitorización de síntomas en pacientes con ERC avanzada, mientras que para la identificación precoz de pacientes con necesidades paliativas, se creó el instrumento NECPAL.

Recomendamos la utilización de estas evaluaciones clínicas, ya que permiten mejorar la calidad de vida de los enfermos notoriamente, gracias a la correcta identificación de sus necesidades y un correcto manejo de sus síntomas.

Destacamos que los profesionales consideran necesaria la participación en jornadas de CP renales, con el fin de aportar a su formación. Creemos oportuno buscar puntos de encuentro para la formación de los profesionales en materia de CP, para sumar a la calidad asistencial, buscando el beneficio del paciente con patologías crónicas avanzadas. En esta misma línea, identificamos que casi la totalidad de los nefrólogos encuestados (96%) considera necesaria la integración de los servicios de Nefrología y CP en Uruguay. Para esto, es importante poder identificar correctamente a los pacientes con necesidades paliativas, para realizar una planificación avanzada y compartida de los cuidados, teniendo como meta principal el bienestar del paciente y su familia. Un trabajo interdisciplinario con un canal fluido de comunicación entre ambas partes, podría optimizar la atención de los pacientes en etapas avanzadas de su enfermedad.

Nuestro trabajo buscó conocer la experiencia en la práctica clínica de los nefrólogos, en la toma de decisiones de pacientes con ERC avanzada, siendo una de las poblaciones más vulneradas. Creemos pertinente mencionar que esta es la primera investigación uruguaya que busca conocer la experiencia clínica de los servicios de Nefrología en integración con las Unidades de CP, por lo que tenemos la convicción de que los datos obtenidos podrán orientar a acciones multidisciplinarias que contribuyan a una mejora de la calidad asistencial de los pacientes con ERC avanzada.

Proyecciones

A partir del presente trabajo realizado en 2021, se han realizado múltiples jornadas en las que han participado nefrólogos y médicos paliativistas, en vista a la integración de ambas disciplinas para la toma de decisiones conjunta para pacientes con enfermedad renal crónica avanzada. Desde el año 2024 se forma en el Hospital de Clínicas un comité de acogida para la toma de decisiones con pacientes y sus familias, integrado por nefrólogos, paliativistas, licenciados en enfermería, licenciados en psicología, licenciados en nutrición. Se han evaluado alrededor de 15 pacientes, el 100% de los cuáles optó por TRC.

Bibliografía

- 1- Arroyo RA, Martínez LO. Enfermedad renal crónica avanzada. Nefrología. 2008; 28 (S3):1-139
- 2- González-Bedat MC, Luzardo L, Oroza V, Ceretta ML, Silviriño R, Ferreira A. Registro Uruguayo de Diálisis 2019: informe anual [Internet]. Montevideo: Sociedad Uruguaya de Nefrología, Fondo Nacional de Recursos, Centro de Nefrología-Hospital de Clínicas-Udelar; 2019 [citado 16 jul 2025]. Disponible en: https://www.nefrologia.hc.edu.uy/images/INFORME_2019_FINAL_1.pdf

- 3- Sánchez Hernández R, Zamora González-Mariño R, Rodríguez-Orsorio Jiménez L. Cuidados paliativos en la enfermedad renal crónica. NefroPlus [Internet]. 2018 [citado 16 jul 2025];10(1):8-15. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-cuidados-paliativos-enfermedad-renal-cronica-articulo-X1888970018627957>
- 4- Alonso-Babarro A, García Llana H, Leiva Santos JP, Sánchez Hernández R. Cuidados paliativos en enfermedad renal crónica avanzada. 1a ed. Madrid: Pulso Ediciones; 2018. 492 p.
- 5- Uruguay. Fondo Nacional de Recursos. Tratamiento dialítico crónico: normativa de cobertura [Internet]. Montevideo: Fondo Nacional de Recursos; 2020 [citado 16 jul 2025]. Disponible en: https://www.fnr.gub.uy/wp-content/uploads/2012/07/n_dialisis.pdf
- 6- Wainstein M, Bello AK, Jha V, Harris DCH, Levin A, Gonzalez-Bedat MC, et al. International Society of Nephrology Global Kidney Health Atlas: structures, organization, and services for the management of kidney failure in Latin America. Kidney Int Suppl. 2021 May;11(2):e35-e46. doi:10.1016/j.kisu.2021.01.003.
- 7- Zúñiga San Martín C. Cuidados paliativos en nefrología. Rev Med Chil [Internet]. 2006 Dec [citado 16 Jul 2025];134(12):1594-1597. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872006001200017
- 8- Galla JH. Clinical practice guideline on shared decision-making in the appropriate initiation of and withdrawal from dialysis. J Am Soc Nephrol. 2000;11:1340-1342.
- 9- Gamboa Antiñolo F. Limitación de esfuerzo terapéutico. ¿Es lo mismo retirar un tratamiento de soporte vital que no iniciarlo? Med Clin (Barc). 2010 Sep;135(9):410-6.
- 10- Pérez Pérez FM. Adecuación del esfuerzo terapéutico, una estrategia al final de la vida. SEMERGEN. 2016 Nov;42(8):566-74.
- 11- Campistrús MN, Francolino C, Schwedt E, García Taibo M, Dapuetto J. Encuesta sobre decisiones vinculadas al final de la vida de pacientes que requieren diálisis crónica. Rev Med Urug [Internet]. 2014 Jun;30(2):93-103 [citado 15 jul 2025]. Disponible en: <https://revista.rmu.org.uy/index.php/rmu/article/view/248>.
- 12- Brown MA, Crail SM, Masterson R, Foote C, Robins J, Katz I, et al. ANZSN Renal Supportive Care Guidelines 2013. Nephrology (Carlton). 2013 Jun;18(6):401-54.
- 13- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Renal replacement therapy and conservative management [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2018 Oct 3 [cited 2025 Jul 15]. (NICE Guideline No. 107). Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng107>
- 14- Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Recomendaciones para la atención integral e integrada de personas con enfermedades o condiciones crónicas avanzadas y pronóstico de vida limitado en servicios de salud y sociales: NECPAL-CCOMS-ICO© 3.0 [Internet]. Barcelona: Cátedra de Cures Pal·liatives UVIC-UCC/ICO; 2016 [citado 15 jun 2026]. Disponible en: <https://ico.gencat.cat/web/.content/minisite>
- 15- Zúñiga-San-Martín C. Cuidados de soporte/paliativos en diálisis. ¿Por qué, cuándo y cómo? Dial Traspl [Internet]. 2014 Jan [citado 15 jul 2025];35(1):20-26. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-dialisis-trasplante-275-articulo-cuidados-soportepaliativos-dialisis-por-que-S1886284513001046>
- 16- Mounsey L, Ferres M, Eastman P. Palliative care for the patient without cancer [Internet]. Aust J Gen Pract. 2018 Nov 1 [citado 15 jul 2025];47(11):765-9. Disponible en: <https://www1.racgp.org.au/ajgp/2018/november/palliative-care-for-the-patient-without-cancer>.
- 17- Organización Mundial de la Salud. Cuidados paliativos [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [citado 15 jul 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- 18- Nitola-Mendoza L, Sánchez-Cárdenas M, Rodríguez-Chitiva N, Mora Gutiérrez JM, Rodríguez-Peña R, Romero-González G, et al. Nomenclatura en cuidados paliativos y de soporte renal: no solo al final de la vida. Nefrología. 2024 Jul-Aug;44(4):475-85.
- 19- Metzger M, Yoder J, Fitzgibbon K, Blackhall L, Abdel-Rahman E. Nephrology and palliative care collaboration in the care of patients with advanced kidney disease: results of a clinician survey. Kidney Med. 2021 May-Jun;3(3):368-377.e1. doi:10.1016/j.xkme.2021.01.008.
- 20- Van de Luijtgaarden MWM, Noordzij M, Van Biesen W, Couchoud C, Cancarini G, Bos WJW, et al. Conservative care in Europe—nephrologists' experience with the decision

not to start renal replacement therapy. *Nephrol Dial Transplant*. 2013 Oct;28(10):2604-12. doi:10.1093/ndt/gft068.

21-Parvez S, Abdel-Kader K, Pankratz VS, Song MK, Unruh M. Provider knowledge, attitudes, and practices surrounding conservative management for patients with advanced CKD. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2016 May 6;11(5):812-820. doi:10.2215/CJN.09450915.

22-Vukusich A, Catoni MI, Salas SP, Valdivieso A, Browne F, Roessler E. Problemas ético-clínicos en hemodiálisis crónica: percepción de médicos y enfermeras. *Rev Med Chil*. 2016 Jan;144(1):14-21. doi:10.4067/S0034-98872016000100003.

23-Sánchez-Tomero JA. Reflexiones sobre la entrada y la retirada de diálisis. *Nefrología*. 2013 Nov;33(6):758-763. doi:10.3265/Nefrología.pre2013.Jul.12053.

Conflicto de interés

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de interés.

Nota de contribución autoral

Adriana Redin: Concepción, diseño, ejecución análisis interpretación de resultados redacción y revisión crítica.

Cynthia Mendez: Concepción, diseño, ejecución, análisis e interpretación de resultados

Viviana Bella: Concepción, diseño, ejecución, análisis e interpretación de resultados

Lucas Leites: Concepción, diseño, ejecución, análisis e interpretación de resultados

Gimena Gularte: Concepción, diseño, ejecución, análisis e interpretación de resultados

Silvia Méndez: Diseño, ejecución, análisis e interpretación de resultados

Gonzalo Pazos: Redacción y revisión crítica

Natalia Bernardi: Concepción, diseño, ejecución análisis interpretación de resultados redacción y revisión crítica.

Nota de referencia autoral

Adriana Redin: Asistente Unidad de Cuidados Paliativos

Cynthia Mendez: Dra en Medicina

Viviana Bella: Asistente Unidad de Cuidados Paliativos

Lucas Leites: Dr en Medicina

Gimena Gularte: Dra en Medicina

Silvia Méndez: Asistente Unidad Académica de Bioética.

Gonzalo Pazos: Asistente Unidad de Cuidados Paliativos

Natalia Bernardi: Profesora Adjunta Unidad de Cuidados Paliativos

Nota de disponibilidad de datos

Los autores declaran que el conjunto de datos que apoya los resultados de este estudio no se encuentran disponibles. Autor de referencia.

Nota del editor

El editor responsable por la publicación del presente artículo es la **Dra. Mercedes Perendones**.