Revista Colombiana de Nefrología
Vol. 13, Núm. 2 (2026) - Publicación continua
https://doi.org/10.22265/acnef.13.2.968

Artículo de discusión

Diseño de un programa de cuidados paliativos en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada

Evelyn Moreno Carvajal[1,2], Diana Marcela Cambindo Bocanegra[2], Paula Andrea Présiga-Ríos[2,3] y Cristina Posada Giraldo[2,4,5]

[1] Universitaria María Cano, Medellín, Antioquia, Colombia.
[2] Universidad CES, Medellín, Antioquia, Colombia.
[3] Universidad de San Buenaventura, Medellín, Antioquia, Colombia.
[4] Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Antioquia, Colombia.
[5] Clínica las Américas Auna, Medellín, Antioquia, Colombia.

¿Cómo citar? Moreno Carvajal E, Cambindo Bocanegra DM, Présiga-Ríos PA, Posada Giraldo C. Diseño de un programa de cuidados paliativos en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada. Rev. Colomb. Nefrol. 2026; 13(2): e968.
https://doi.org/10.22265/acnef.13.2.968

Recibido:
17/Jul/2025
Aceptado:
27/Mar/2026
Publicado:
30/Sept/2026

Resumen

Contexto: la enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) requiere un manejo integral que va más allá del tratamiento renal sustitutivo. El tratamiento renal conservador es una alternativa válida que debe integrarse con un programa de cuidados paliativos renales para asegurar la calidad y la continuidad de la atención.
Objetivo: diseñar un programa de cuidados paliativos para pacientes con ERCA. El objetivo fue delimitar los criterios de evaluación para el ingreso al programa de cuidados paliativos renales y establecer una ruta de atención que permitiera el fortalecimiento de los programas de cuidado nuevos y los ya existentes.
Metodología: el diseño de este programa se construyó a partir de tres momentos: 1) recolección de datos e identificación de las necesidades de la población. 2) Revisión bibliográfica en bases de datos, como PubMed, Google Scholar y Elsevier. 3) Proposición del esquema de la ruta de atención y los instrumentos para evaluar y diagnosticar al paciente para la activación de las necesidades.

Palabras clave: enfermedad renal crónica, cuidado paliativo, fisioterapia ERCA, ejercicio físico.

Correspondencia: Paula Andrea Présiga-Ríos, Calle 10A # 22-04, Universidad CES, Medellín, Colombia. Correo-e: ppresiga@gmail.com

E-ISSN: 2500-5006/L-ISSN: 2389-7708

Resultados: se presenta una ruta de atención del programa de cuidado paliativo, con la delimitación de los perfiles y funciones de cada uno de los miembros del equipo interdisciplinar, los instrumentos y las acciones sugeridas.
Discusión: los cuidados paliativos deberían ser accesibles para todos los pacientes con enfermedad renal crónica que necesiten este tipo de atención en cualquiera de las etapas de su condición de salud y tratamiento. Además, los pacientes que optan por un tratamiento renal conservador de su ERCA o que deciden retirar la diálisis requieren un plan organizado y discutido previamente de cuidado paliativo y soporte.

Design of a Palliative Care Program for Patients with Chronic Kidney Disease

Abstract

Background: Advanced Chronic Kidney Disease (ACKD) requires comprehensive management that extends beyond renal replacement therapy. Conservative kidney management is a valid alternative that must be integrated with a renal palliative care program to ensure the quality and continuity of care.
Purpose: To design a palliative care program for patients with ACKD. The aim was to define the evaluation criteria for patient admission to the renal palliative care program and establish an operational care pathway that allows for the strengthening of both new and existing care programs.
Methodology: The design of this program was structured in three phases: 1) Data collection and identification of the population's specific needs. 2) A bibliographic review was conducted in databases such as PubMed, Google Scholar, and Elsevier. 3) The scheme for the care pathway and the instruments for patient evaluation and needs activation is proposed.
Results: A care pathway for the palliative care program is presented, outlining the profiles and functions of each member of the interdisciplinary team, the instruments, and the suggested actions.
Discussion: Palliative care should be accessible to all chronic kidney disease patients who require it, regardless of their health condition or treatment. Furthermore, patients opting for conservative management of their ACKD or those choosing to withdraw from dialysis require a previously discussed and organized plan for palliative and supportive care.

Keywords: Chronic kidney disease and palliative care, physiotherapy in ACKD, physical exercise.

Introducción

El descenso grave del filtrado glomerular ocurre cuando los riñones pierden la capacidad de depurar los desechos de la sangre, lo que requiere un tratamiento renal sustitutivo o un manejo renal conservador. Los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) tienen una alta carga de síntomas físicos y psicosociales que no siempre mejoran con la diálisis, lo que contribuye a un mayor sufrimiento y, en ocasiones, a malos resultados y altos costos de atención [1].

Para mejorar la calidad de la atención, se reconoce que los principios de los cuidados paliativos (CP) deben integrarse en la atención rutinaria de estos pacientes. A pesar de esto, los CP están subutilizados en la población con ERCA en comparación con otras poblaciones con enfermedades crónicas, incluso en países donde dichos cuidados están disponibles [2]. La necesidad es creciente, ya que la Organización Mundial de la Salud (OMS) proyecta que la demanda mundial de CP seguirá aumentando por las enfermedades no transmisibles y el proceso de envejecimiento de la población [3].

Planificar y brindar una atención centrada en el paciente, teniendo en cuenta sus aspectos emocionales, sociales, culturales y espirituales, reduce el número de hospitalizaciones, mejora el nivel de calidad de vida relacionado con la salud y posibilita la disminución de costos al identificar y prevenir complicaciones.

Por lo anterior, se considera pertinente plantear un programa de cuidados paliativos en enfermedad renal con un equipo interdisciplinar como alternativa válida. Este programa inicia una vez el paciente y su núcleo familiar participan en entrevistas lideradas por los profesionales del equipo, en las cuales el nefrólogo explica la situación de la enfermedad y el pronóstico, para explorar, a su vez, los deseos o expectativas del paciente y su familia [3].

Metodología del diseño

Diseño

Para la elaboración del proyecto de intervención se tendrá en cuenta el comportamiento epidemiológico de la enfermedad renal crónica en Colombia como situación de salud pública, en la que se evidencia la incidencia y prevalencia de esta condición de salud. A partir de allí, se elabora una ruta de atención con la que se pretende delimitar las estrategias de intervención en torno a las necesidades de los pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica avanzada, como se presenta a continuación:

- Criterios de identificación de pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica que requieran cuidados paliativos.
- Instrumentos para la evaluación de necesidades de cuidado y manejo.
- Sugerencia de la estrategia Spikes para la comunicación con pacientes y familiares.
- Conformación y capacitación del talento humano en salud sobre sus funciones en el programa.

Aspectos diferenciadores del programa propuesto

El presente programa logra destacarse y diferenciarse de otros modelos, como el europeo (Secpal) o las guías internacionales (Kdigo), ya que tiene en cuenta el contexto local y reconoce los determinantes sociales en salud como elementos a considerar al momento de intervenir en una comunidad o región. También, se propone una estructura operativa que aborda en aspectos de alto impacto, como la no adherencia a las consultas, y destaca la importancia de los roles interdisciplinarios.

Este diseño propone una ruta de atención en carrusel para maximizar la adherencia. Se incluye un equipo de seguimiento y acompañamiento, lo que permite una gestión del riesgo para minimizar el impacto de posibles complicaciones. A continuación, resaltamos los puntos específicos que hacen de este un programa diferencial, operativo y sostenible:

Enfoque operativo y logístico.

- **Citas en carrusel:** es una estrategia que permite mejorar la eficiencia y la adherencia. Está diseñada para mitigar las barreras de movilidad y socioeconómicas comunes en la población con ERCA en el contexto local (Colombia), lo que permite reducir barreras de accesibilidad y contribuir a la adherencia terapéutica.
- **Modelo de seguimiento activo (a través de llamadas telefónicas con auxiliares):** permite la monitorización activa de síntomas y alertas, así como la gestión de citas y exámenes. Este seguimiento remoto y proactivo es una respuesta a las barreras de manejo previamente identificadas en el sistema de atención de la ERC en Colombia, como la falta de datos de resultado y modelos poco estructurados.

Marco de evaluación y criterios de inclusión.

- **Adaptación de instrumentos a la validez local:** si bien los instrumentos de valoración son internacionales (NEC-PAL, Charlson, Barthel), la originalidad reside en el proceso de selección basado en su validez y confiabilidad en Colombia.
- **Indicadores de calidad localizados:** se sugiere el uso de indicadores de medición de la calidad ajustados a las regulaciones del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud (SOGCS). Esta vinculación explícita con el marco regulatorio nacional es un elemento diferenciador frente a los modelos internacionales genéricos.

Rol del equipo interdisciplinario.

- **Fisioterapia:** el programa perfila al fisioterapeuta con un rol enfocado en el ejercicio terapéutico para el manejo del dolor y el acompañamiento al cuidador en estrategias de movilización, lo que evita generar expectativas sobre un rol rehabilitador intervencionista, en clara adecuación a la etapa paliativa.
- **Químico farmacéutico en polimedicación y disponibilidad:** se resalta la función del químico farmacéutico no solo en la educación sobre interacciones relacionadas con la polimedicación, sino también en la comunicación con los servicios de dispensación para garantizar la disponibilidad y la entrega oportuna de medicamentos de acuerdo con el ordenamiento de los especialistas.

Población e instituciones

Este proyecto va dirigido a instituciones prestadoras de servicios de salud que vayan a habilitar servicios de intervención en enfermedad renal crónica y a aquellas que ya tienen programas implementados, cuyo enfoque principal es la educación de los pacientes, con el propósito de generar empoderamiento frente a su diagnóstico y favorecer la adherencia al tratamiento de acuerdo con las rutas de atención sugeridas.

Fases operativas

Fase I. Revisión bibliográfica

Para la creación del diseño se realizó previamente una revisión bibliográfica de distintas bases de datos, nacionales e internacionales, como PubMed, SciELO, Google Académico y Elsevier. Se consultaron también las distintas publicaciones del Ministerio de Salud, como las guías de práctica clínica, Secpal y la normatividad vigente para servicios de salud en Colombia.

La búsqueda bibliográfica comenzó a principios de noviembre del 2022 y finalizó en marzo del 2023. Las palabras clave utilizadas fueron: cuidados paliativos, enfermedad renal crónica, diálisis, *end-stage kidney disease*, *palliative care*, fisioterapia, ortotanasia, calidad de vida. De todos los artículos encontrados, se hizo una revisión y se escogieron los más apropiados por su pertinencia en el tema (tabla 1).

Los criterios de inclusión utilizados fueron: acceso gratuito a textos completos y publicación en lengua inglesa o español.

Tabla 1. Resultados de la revisión bibliográfica

Ítem	Pubmed	Scielo	Google académico	Elsevier
Objetivo de la búsqueda	Rastreo de publicaciones médicas.	Rastreo de publicaciones y textos completos.	Rastreo de publicaciones y textos completos.	Rastreo de publicaciones y textos completos.
Criterios de inclusión	Medicina interna, nefrología y medicina paliativa.	Psicología, cuidado paliativo y enfermedad renal.	Enfermedad renal crónica, cuidado paliativo, fisioterapia y ejercicio físico.	Ortotanasia, calidad de vida, nutrición y acompañamiento psicosocial.
Criterios de exclusión	Ginecología, reumatología.	Diálisis tradicional, permanencia en tratamiento.	Interrupción de la terapia de reemplazo renal.	Trasplante, donación.
Fuentes de información	Descriptores MeSH, filtros de búsqueda, como año de publicación e idioma.	Filtros de búsqueda, como año e idioma.	Texto completo de un año superior al 2008.	Filtros de búsqueda, como año e idioma.
Fechas	Noviembre 10 a diciembre 03 del 2022.	Enero 20 a febrero 15 del 2023.	Febrero 15 a febrero 28 del 2023.	Marzo 01 a marzo 30 del 2023.
Método	Identificación de palabras clave y revisión del resumen.	Identificación de palabras clave y revisión del resumen.	Identificación de palabras clave y revisión del resumen.	Identificación de palabras clave y revisión del resumen.
Total de estudios encontrados	55	5	183	50
Estudios seleccionados	13	2	18	9

Fuente: elaboración propia.

Se realizó una búsqueda sistemática sin cumplir formalmente con todos los criterios de esta. Se incluyeron aquellos artículos en los que el tema principal fuese la enfermedad renal crónica, la enfermedad renal crónica avanzada y el cuidado paliativo como programa interdisciplinar en esta enfermedad. Posteriormente, se aplicaron filtros según el título y el resumen (*abstract*) para excluir los que no llegaran a conclusiones significativas. También se consultaron páginas oficiales, como las de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como la guía de manejo para la ERCA en Colombia [10].

Fase II. Esquema de ruta de atención e instrumentos

Análisis de contexto de la ERCA en Colombia.

En Colombia, según los datos de la cuenta de alto costo, para el año 2020 se han diagnosticado 849 874 personas con enfermedad renal crónica en cualquiera de sus estadios, lo que equivale a una prevalencia de 1,70 casos por cada 100 habitantes [4]. Esta prevalencia va en aumento dado

el envejecimiento de la población y los estilos de vida. Además, desde el 2020 los pacientes con ERCA aumentaron su riesgo de fallecer de manera temprana debido al Covid-19.

La forma en que se ha atendido en Colombia la ERC ha evidenciado barreras para un buen manejo, que incluyen la falta de datos de resultado, modelos poco estructurados, una estructura de pagos insuficiente, deficiencias tecnológicas y variabilidad en la atención [5]. Todo esto conlleva a retrasos en la atención, lo que genera cronicidad y progresión. Es importante reconocer la individualidad de cada persona, por lo que siempre habrá pacientes que lleguen a fases avanzadas de la enfermedad en las que se puedan beneficiar de cuidados paliativos.

Los cuidados paliativos son una respuesta profesional y humana cuyo objetivo es aliviar el sufrimiento para buscar el mayor bienestar del enfermo y de la familia. Según la OMS, el acceso a los CP debe estar basado en la necesidad más que en el diagnóstico y el pronóstico [5]. El propósito es centrar la atención en el paciente y su familia, para permitirles ajustarse a la nueva realidad, prepararse anticipadamente al duelo y recibir acompañamiento posterior al fallecimiento [6]. Es fundamental discutir asuntos como iniciar o no la diálisis, planificar el lugar del fallecimiento y permitir al paciente expresar sus voluntades y necesidades espirituales [5].

Aspectos normativos en el contexto colombiano.

Este diseño sigue los lineamientos de la Resolución 8430 de 1993 [7], pues busca fortalecer los procesos de las actuales rutas de atención y posibilitar el cumplimiento de los lineamientos para la acreditación en salud (Norma técnica 1445 de 2006) [8]. Aporta al cumplimiento de la Ley 1733 de 2014 (Ley Consuelo Devis) [9] y se enmarca en la Guía de cuidados paliativos del Ministerio de Salud de Colombia (2016) [10].

Criterios de inclusión al programa.

1. Alta comorbilidad: índice modificado de Charlson igual o mayor a 8.
2. Limitado estado funcional: escala de Karnofsky inferior a 40.
3. Malnutrición severa: niveles séricos de albúmina inferiores a 2,5 g/dl.
4. Pregunta sorpresa negativa: “¿Me sorprendería que este paciente falleciera en el próximo año?”. Si la respuesta es “no”, implica la necesidad de ingreso.
5. Intolerancia hemodinámica a la diálisis.
6. Problemas refractarios de acceso vascular.
7. Síntomas de difícil control: astenia severa, dolor isquémico, disnea, *delirium*.
8. Deseos manifiestos del paciente y su familia (voluntades anticipadas y rechazo de diálisis).
9. Puntajes de las escalas de evaluación funcional y clínica (Barthel, NEC-PAL, Charlson).

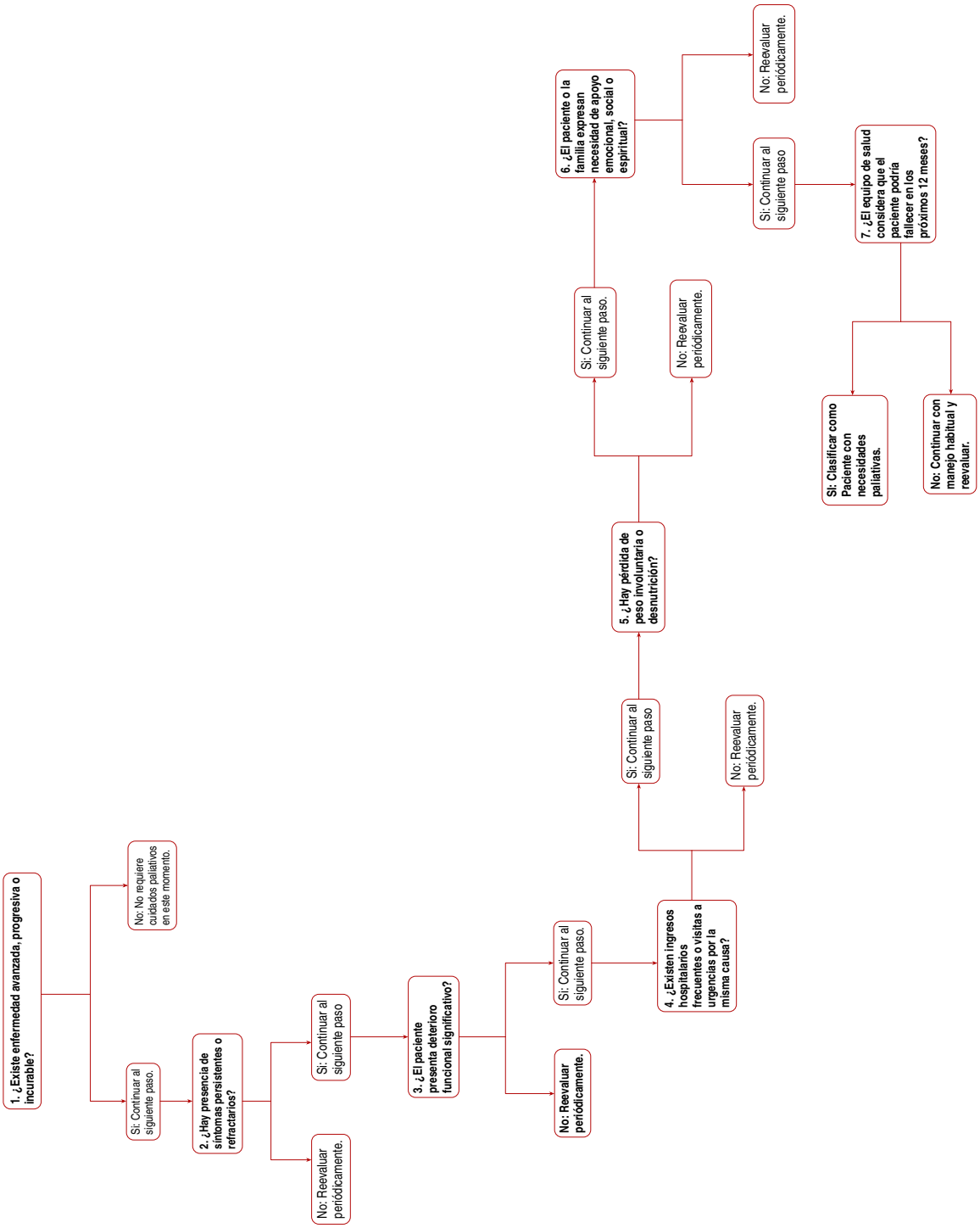


Figura 1. Flujograma de evaluación e identificación de necesidades paliativas mediante NEC-PAL 4.0
Fuente: adaptado de [12].

Instrumentos de valoración del paciente con ERCA.

Se eligieron los siguientes instrumentos teniendo en cuenta su validez y confiabilidad en Colombia. La literatura describe que con un mínimo de dos criterios se puede iniciar el abordaje de adecuación de esfuerzo terapéutico [11].

Tabla 2. Acciones recomendadas según el resultado de la escala NEC-PAL

Resultado	Acción recomendada
Paciente con necesidades paliativas identificadas	Derivar al equipo de cuidados paliativos, planificar atención integral y anticipada.
Paciente sin criterios actuales	Continuar seguimiento clínico, reevaluar periódicamente con NEC-PAL.

Fuente: adaptado de [12].

Tabla 3. Índice de comorbilidad de Charlson (versión abreviada)

Patología / condición	Puntuación
Enfermedad vascular cerebral	1
Diabetes	1
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	1
Insuficiencia cardiaca / cardiopatía isquémica	1
Demencia	1
Enfermedad arterial periférica	1
Insuficiencia renal crónica (diálisis)	2
Cáncer	2
Total	**Sumatoria**

Nota. Ausencia de comorbilidad (0-1 punto), comorbilidad baja (2 puntos), comorbilidad alta ($\geq$3 puntos).
Fuente: adaptado de [13].

Tabla 4. Índice de Barthel para la valoración de actividades de la vida diaria

Actividad	Descripción de la categoría	Puntaje
Comer	Incapaz.	0
Comer	Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, etc.	5
Comer	Independiente (la comida está al alcance de la mano).	10
Trasladarse entre la silla y la cama	Incapaz, no se mantiene sentado.	0
Trasladarse entre la silla y la cama	Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas).	5
Trasladarse entre la silla y la cama	Necesita algo de ayuda (física o verbal).	10

Continúa en la página siguiente

Tabla 4. Continuación

Actividad	Descripción de la categoría	Puntaje
Trasladarse entre la silla y la cama	Independiente.	15
Aseo personal	Necesita ayuda con el aseo personal.	0
Aseo personal	Independiente para lavarse la cara, manos, dientes; peinarse y afeitarse.	5
Uso del retrete	Dependiente	0
Uso del retrete	Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo.	5
Uso del retrete	Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse).	10
Bañarse o ducharse	Dependiente.	0
Bañarse o ducharse	Independiente para bañarse o ducharse.	5
Desplazarse	Inmóvil.	0
Desplazarse	Independiente en silla de ruedas en 50 m.	5
Desplazarse	Anda con poca ayuda de una persona (física o verbal).	10
Desplazarse	Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta (excepto andador).	15
Subir y bajar escaleras	Incapaz.	0
Subir y bajar escaleras	Necesita ayuda física o verbal, puede llevar muletas.	5
Subir y bajar escaleras	Independiente para subir y bajar.	10
Vestirse y desvestirse	Dependiente.	0
Vestirse y desvestirse	Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente sin ayuda.	5
Vestirse y desvestirse	Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10
Control de heces	Incontinente (o necesita enema).	0
Control de heces	Accidente excepcional (uno/ por semana).	5
Control de heces	Continente.	10
Control de orina	Incontinente o sondado, incapaz de cambiarse la bolsa.	0
Control de orina	Accidente excepcional (máximo uno cada 24 horas).	5
Control de orina	Continente durante al menos 7 días.	10

Nota. Puntuación total entre 0 (máxima dependencia) y 100 (máxima independencia).

Fuente: adaptado de [14].

Resultados

Fases del programa de cuidado paliativo

Fase inicial

Los pacientes candidatos deben ser elegidos por el *staff* clínico, quienes definen los objetivos del tratamiento según su curso de vida.

A) *Staff* de cuidado paliativo: está conformado por el equipo interdisciplinario (nefrólogo, médico paliativista, psicólogo, enfermero, nutricionista, fisioterapeuta y químico farmacéutico). Para la toma de decisiones priman la psicología, la nefrología y la medicina paliativa. Después, se firman los documentos legales: consentimiento informado, desistimiento de diálisis (si aplica) y documento de voluntades anticipadas.

B) Citas en carrusel: evitan desplazamientos frecuentes de pacientes con movilidad reducida o barreras socioeconómicas, lo cual garantiza todas las atenciones el mismo día. La valoración inicial dura cuarenta minutos y los controles treinta minutos por especialidad.

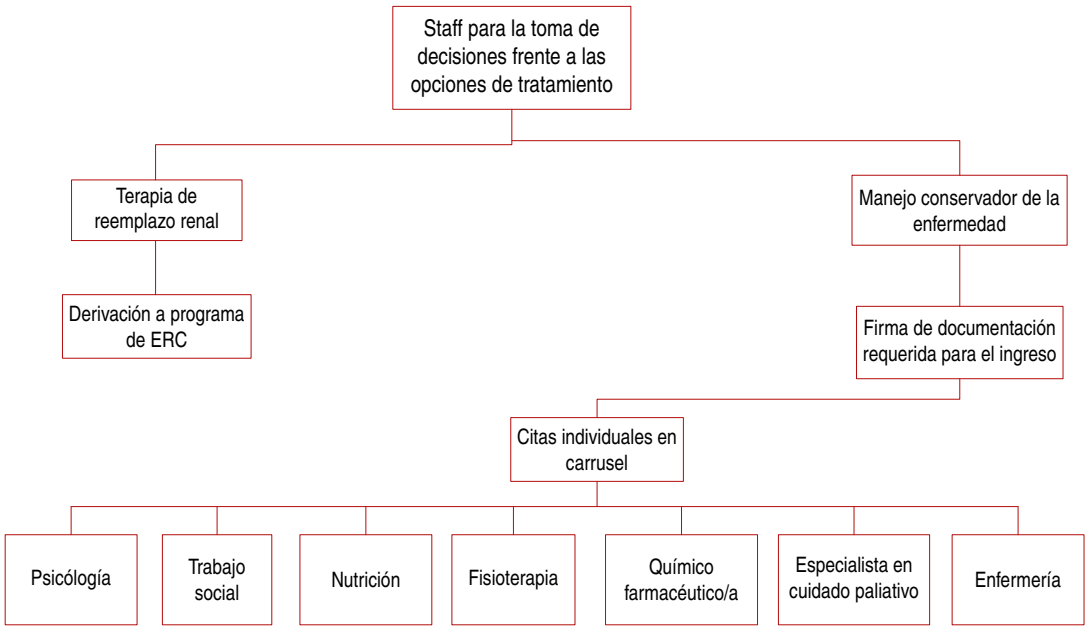


Figura 2. Flujograma de la ruta de atención del programa de cuidado paliativo renal
Fuente: elaboración propia.

Roles del equipo interdisciplinario.

- **Especialistas en nefrología y cuidado paliativo:** evaluación clínica general, control de la sobrecarga hidrosalina, HTA, trastornos electrolíticos y manejo sintomático del dolor. Identificación de la fase agónica o final de la vida para limitar procedimientos invasivos.
- **Psicología:** acompañamiento empático y compasivo al paciente y su familia. Prevención de la fatiga por compasión en el equipo [15]. Aplicación de escalas específicas (KDQOL-SF™, HAD, MMSE). Uso de la estrategia Spikes para la comunicación de malas noticias.
- **Nutrición:** manejo de complicaciones metabólicas y desnutrición calórico-proteica [17]. Respeto a la autonomía del paciente sin forzar la ingesta en fases avanzadas, priorizando el confort y los deseos alimentarios.
- **Fisioterapia:** manejo del dolor mediante ejercicio terapéutico y masoterapia. Educación al cuidador sobre los cambios de posición para prevenir escaras [18]. Rol educativo y no intervencionista intensivo.
- **Enfermería:** educación al paciente y al cuidador. Seguimiento remoto activo de signos de alarma y gestión oportuna de citas [19].
- **Química farmacéutica:** control de la polimedicación. Prevención de interacciones y eventos adversos. Coordinación con farmacia para asegurar la disponibilidad continua de los medicamentos prescritos.
- **Trabajo social:** diagnóstico sociofamiliar, gestión de recursos, apoyo emocional familiar, mediación de conflictos y asesoría legal en trámites formales [19].
- **Equipo de seguimiento clínico (auxiliares de enfermería):** monitoreo telefónico periódico, de conformidad con la Ley 1581 del 2012, sobre protección de datos personales [20]; alerta temprana al médico tratante y agendamiento eficiente de exámenes y citas.

Fase de seguimiento y control

Consultas de control programadas según el estado clínico (frecuencia mínima trimestral, semanal o diaria en fase agónica y retiro de diálisis).

Fase de egreso del programa

No existe un cierre predeterminado salvo el fallecimiento del paciente o la voluntad explícita de desistimiento manifestada por el usuario.

Tabla 5. Resumen de las fases del programa de cuidados paliativos

Fase	Descripción del proceso	Responsables
Fase de ingreso	Identificación de necesidades, síntomas y pronóstico, discusión de objetivos de cuidado y voluntades anticipadas.	Nefrólogo, médico paliativista, psicólogo y jefe de enfermería.
Fase de seguimiento	Monitorización continua, control de síntomas, apoyo emocional y espiritual, ajustes del plan de cuidados.	Todo el equipo interdisciplinario y el equipo de gestión clínica.
Cierre	Transición a cuidados de final de vida, si aplica, y apoyo al duelo familiar, o egreso voluntario.	Médico paliativista, enfermera, psicólogo.

Fuente: elaboración propia.

Consideraciones para la evaluación y discusión

La implementación de un programa de esta naturaleza en el contexto del sistema de salud colombiano exige ceñirse a estándares estrictos de calidad (SOGCS) y medir continuamente el impacto clínico y operativo a través de indicadores estandarizados.

Tabla 6. Indicadores de calidad e implementación del programa

Dimensión	Indicador y requerimiento	Medidas de calidad esperadas
Estructura	Disponibilidad del equipo interdisciplinario capacitado, protocolos clínicos y recursos físicos.	Control de síntomas asociados en la población atendida.
Proceso	Porcentaje de pacientes evaluados tempranamente, tiempo de respuesta a crisis sintomáticas y reuniones interdisciplinarias.	Reducción significativa de ingresos hospitalarios y días de estancia.
Resultado	Disminución de visitas a urgencias, control del dolor (escalas EVA/EVERA) y satisfacción familiar.	Alta satisfacción reportada y acompañamiento integral en el proceso de duelo.

Fuente: elaboración propia

Discusión

Los programas para enfermedades de alto costo en Colombia se enlazan con las rutas integrales de atención en salud (RIAS). Teniendo en cuenta la dispersión geográfica y las barreras socioeconómicas, el modelo en carrusel y el seguimiento telefónico activo permiten garantizar la adherencia y la equidad en el acceso a los cuidados al final de la vida. Estructurar

formalmente la atención paliativa renal no solo optimiza la calidad de vida y disminuye el sufrimiento del paciente y su familia, sino que también contribuye a la sostenibilidad financiera de las instituciones al evitar hospitalizaciones innecesarias y tratamientos fútiles.

Contribución de las autoras

Paula Présiga: conceptualización, análisis, investigación, metodología, escritura del borrador original; Evelyn Moreno: curación de datos, investigación, *software*, escritura, revisión y edición; Diana Cambindo: investigación, validación; Cristina Posada: supervisión, validación y administración del proyecto.

Declaración de fuentes de financiación

Este estudio se realizó con recursos propios de las autoras y no contó con financiación externa.

Conflictos de interés

Las autoras declaran no tener conflictos de interés.

Implicaciones éticas

Estudio clasificado sin riesgo ético, aprobado por el Comité de Investigación e Innovación de la Universidad CES.

Uso de Inteligencia Artificial (IA)

En la sección de aspectos diferenciadores se utilizó inteligencia artificial para la búsqueda preliminar de información, cuya redacción estuvo a cargo de las autoras.

Declaración de datos

No hay datos previamente publicados en acceso abierto. Para cualquier solicitud sobre este artículo, por favor contactar a la autora de correspondencia.

Referencias

[1] Gutiérrez Sánchez D, Leiva-Santos JP, Sánchez-Hernández R, Gómez García R. Prevalencia y evaluación de síntomas en enfermedad renal crónica avanzada. Enferm Nefrol. 2015; 18(3): 228-236. https://doi.org/10.4321/S2254-28842015000300010 ↑Ver página 2

[2] Davison SN, Levin A, Moss AH, Jha V, Brown EA, Brennan F, et al. Executive summary of the KDIGO controversies conference on supportive care in chronic kidney disease: developing a roadmap to improving quality care. Kidney Int. 2015; 88(3): 447-459. https://doi.org/10.1038/ki.2015.110 ↑Ver página 3

[3] Hernández-Zambrano SM, Torres Melo M, Barrero Tello SS, Saldaña García IJ, Sotelo Rozo KD, Carrillo Algarra AJ, et al. Necesidades de cuidado paliativo en hemodiálisis percibidas por pacientes, cuidadores principales informales y profesionales de enfermería. Enferm Nefrol. 2019; 22(2): 141-149. https://doi.org/10.4321/S2254-28842019000200005 ↑Ver página 3

[4] Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, Cuenta de Alto Costo (CAC). Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2020; Bogotá: Minsalud; 2020. https://cuentadealtocosto.org/wp-content/uploads/2024/12/CAC.Co_2021_09_2_Libro_Sit_ERC2020_v8-1.pdf ↑Ver página 6

[5] Sánchez Hernández R, Zamora González-Mariño R, Rodríguez-Osorio Jiménez L. Cuidados paliativos en la enfermedad renal crónica. Nefrología. 2018; 10(1): 1-93. https://www.revistanefrologia.com/es-cuidados-paliativos-enfermedad-renal-cronica-articulo-X1888970018627957 ↑Ver página 7

[6] Peláez Cantero MJ, Morales Asencio JM, Navarro Marchena L, Velázquez González M del R, Sánchez Echániz J, Rubio Ortega L, et al. El final de vida en pacientes atendidos por equipos de cuidados paliativos pediátricos. Estudio observacional multicéntrico. An Pediatr. 2022; 96(5): 394-401. https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2021.06.012 ↑Ver página 7

[7] Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: Ministerio de Salud; 1993. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/de/dij/resolucion-8430-DE-1993.PDF ↑Ver página 7

[8] Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (Icontec). Norma Técnica Colombiana NTC 1445: criterios de acreditación para las instituciones prestadoras de servicios de salud. Bogotá: Icontec; 2006. https://curaduria1santamarta.com/files/NTC-4145.pdf ↑Ver página 7

[9] Congreso de la República de Colombia. Ley 1733 de 2014, Ley Consuelo Devis Saavedra, por la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida. Bogotá; 2014. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=59379 ↑Ver página 7

[10] Ministerio de la Protección Social, Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social (Fedesalud). Guía para el manejo de la enfermedad renal crónica y modelo de prevención y control de la enfermedad renal crónica. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2007. ↑Ver página 6, 7

[11] Sociedad Española de Nefrología, Sociedad Española de Cuidados Paliativos (Secpal). Cuidados paliativos en enfermedad renal crónica avanzada. Madrid: Secpal; 2018. ↑Ver página 9

[12] 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. Barcelona: Institut Català d'Oncologia; 2016. https://smartcms.boldapps.pt/publicfiles/Uploads/Files/91/SubContent/8d3f4d6c-0b91-4ace-b631-4b182bab7df6.pdf ↑Ver página 8, 9

[13] Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis. 1987; 40(5): 373-383. https://doi.org/10.1016/0021-9681(87)90171-8 ↑Ver página 9

[14] Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel index. Md State Med J. 1965; 14: 61-65. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14258950/ ↑Ver página 10

[15] Canizales Palacio LI. Rol del psicólogo en cuidados paliativos y aspectos emocionales que inciden en su labor: un estudio de caso [tesis de pregrado]. Universidad de San Buenaventura; 2019. https://bibliotecadigital.usb.edu.co/entities/publication/546ea459-be17-461b-803d-7fa235600e8b ↑Ver página 12

[16] Díaz Facio Lince VE. La psicología de la salud: antecedentes, definición y perspectivas. Rev Psicol Univ Antioquia. 2010; 2(1): 57-71. https://doi.org/10.17533/udea.rp.10231

[17] López M. R., Barril Cuadrado G, Sellares L. Guía de nutrición en enfermedad renal crónica avanzada (ERCA). Nefrología. 2008; 28(S3):79-86. https://www.revistanefrologia.com/es-guia-de-nutricion-en-enfermedad-articulo-X0211699508032254 ↑Ver página 12

[18] López Roa OR. Opciones para la intervención de fisioterapia en el paciente con insuficiencia renal crónica. UMBral Científico. 2003; 2, 1-6. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30400206 ↑Ver página 12

[19] Ángel Ángel ZE, Duque Castaño GA, Tovar Cortes DL. Cuidados de enfermería en el paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis: una revisión sistemática. Enferm Nefrol. 2016; 19(3): 202-213. https://doi.org/10.4321/S2254-28842016000300003 ↑Ver página 12

[20] Congreso de la República de Colombia. Ley 1581 de 2012, por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales. Bogotá; 2012. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=49981 ↑Ver página 12