



## Terapias de reemplazo renal en unidades de cuidados intensivos: ¿nefrólogo o intensivista?

Renal replacement therapies in intensive care units: Nephrologist or intensivist?

Eduardo Chinchón-González<sup>1,\*</sup> , Claudio Valenzuela-Romero<sup>1</sup> 

La insuficiencia renal aguda está presente en aproximadamente el 30–50% de los pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Del total de estos ingresos, la necesidad de terapias de reemplazo renal (TRR) se presenta en cerca del 15–20% de los casos (Hoste *et al.*, 2015).

El médico responsable de prescribir este tipo de terapias en la UCI continúa siendo motivo de controversia. Por un lado, existe la visión de que el nefrólogo, como interconsultor con formación sólida en soporte renal extracorpóreo, debiese asumir esta responsabilidad. Por otro, se plantea que el intensivista, como especialista en el cuidado integral del paciente críticamente enfermo y responsable de la continuidad asistencial en la UCI, sería el profesional más indicado. En la realidad de nuestro país, inclinarse de forma categórica por una u otra postura no resulta sencillo, especialmente considerando que existen nefrólogos que realizan turnos de residencia en unidades críticas y que, al mismo tiempo, la disponibilidad de intensivistas capacitados para prescribir estas terapias es insuficiente para las necesidades nacionales.

La medicina intensiva surge como una especialidad orientada a proporcionar soporte vital frente a las distintas disfunciones orgánicas que puede presentar el organismo humano (Marshall *et al.*, 2017), con un énfasis claro en el manejo integral del paciente y en las interacciones entre los distintos sistemas sometidos a soporte.

En este contexto, no existe duda de que el principal ámbito de experiencia del intensivista incluye el manejo de la ventilación mecánica,

el monitoreo hemodinámico funcional, el uso de drogas vasoactivas, la fluidoterapia y la implementación de terapias extracorpóreas como la oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO), entre otras. Sin embargo, cuando se aborda específicamente el soporte renal, emerge esta controversia particular.

La nefrología, por su parte, aborda de manera exhaustiva las patologías que afectan al riñón, incluyendo la identificación etiológica, el tratamiento y el pronóstico de las distintas entidades clínicas. Esto abarca tanto pacientes de baja como de alta complejidad, como ocurre, por ejemplo, con los receptores de trasplante renal. Asimismo, esta especialidad se dedica al manejo del soporte renal extracorpóreo en sus distintas modalidades, como la hemodiálisis y la diálisis peritoneal.

Es precisamente en el contexto del riesgo vital y la necesidad de hemodiálisis donde se genera la superposición de competencias entre ambas especialidades.

A nivel internacional, existen diferencias marcadas respecto de quién prescribe la TRR en la UCI (Monard *et al.*, 2025). En América Latina, la prescripción es predominantemente realizada por nefrología de manera exclusiva como interconsulta (64%). En contraste, en Oceania predomina el intensivista (77%), mientras que Europa muestra una tendencia similar, con una participación del intensivista en el 71% de los casos. A nivel global, la prescripción es realizada por intensivistas en un 62% de las ocasiones, frente a un 20% atribuible a nefrología (Tabla 1).

(1) Unidad de Paciente Crítico. Hospital Dra. Eloísa Díaz de La Florida. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Santiago. Chile.  
\*Autor de correspondencia: doctorchinchon@gmail.com



**Tabla 1:** Prescripciones e implementaciones de RRT por continente (adaptada de Monard et al., 2025)

	<b>África n=23</b>	<b>Asia n=277</b>	<b>Europa n=742</b>	<b>Norteamérica n=45</b>	<b>Oceanía n=30</b>	<b>Sudamérica n=75</b>	<b>Total n=1174</b>
<b>Número de países que prescriben RRT*</b>	8	21	32	2	1	9	73
<b>Intensivista</b>	6 (32)	150(60)	460 (71)	5 (13)	23 (77)	7 (10)	651 (62)
<b>Nefrólogo/otro consultante externo a la UCI</b>	8 (42)	49(20)	128 (20)	31 (76)	0 (0)	43 (64)	207 (20)
<b>Ambos (intensivista u otro, dependiendo de la modalidad</b>	4 (21)	48 (19)	128 (20)	5 (13)	10 (33)	16 (24)	211 (20)
<b>Ambos (intensivista u otro, dependiendo del tiempo)</b>	3 (16)	13 (5)	34 (5)	0 (0)	0 (0)	9 (13)	59 (6)

Datos presentados en números y porcentajes (%). Porcentajes fueron calculados en columnas para el número de respondientes que contestaron. UCI: Unidad de Cuidados Intensivos; RRT Terapia de Reemplazo Renal.

\*Varias respuestas eran posibles, por lo que el porcentaje puede ser mayor a 100%

En Chile, los programas de formación en nefrología incluyen varios meses dedicados al manejo de pacientes con indicación de TRR en contexto agudo, habitualmente bajo un modelo de interconsulta. En contraste, los programas de formación en medicina intensiva presentan una brecha en este ámbito, ya que aquellos que contemplan una rotación exclusiva en TRR suelen limitarla a uno o dos meses. Desde una perspectiva formativa y asistencial, el escenario ideal sería aquel en el que la prescripción de TRR estuviese a cargo de un médico que permanezca junto a la cama del paciente durante los turnos. Esto resulta especialmente relevante dada la naturaleza dinámica e interdependiente del soporte vital extracorpóreo. Dicho profesional debería contar tanto con competencias en el manejo del paciente crítico como con un conocimiento profundo de las TRR. Bajo estas condiciones, la distinción entre intensivista o nefrólogo adquiere menor relevancia.

Consideramos que el camino más eficiente para alcanzar este objetivo es fortalecer el entrenamiento de los intensivistas en soporte renal agudo. Esto se fundamenta en que la formación en medicina intensiva requiere al menos dos años de entrenamiento estructurado, incluyendo turnos de residencia, orientados a la comprensión integral del paciente crítico. En este sentido, el conocimiento de la TRR en el contexto agudo debiese ser entendido como una dimensión más del soporte vital avanzado, y por tanto, como parte integral de la formación del intensivista.

Este punto adquiere especial relevancia si se considera que los pacientes de UCI se caracterizan por presentar cambios súbitos que demandan respuestas inmediatas. En este escenario, una formación sólida y estructurada en TRR, al igual que ocurre con el soporte de otros órganos, probablemente se traduciría en mejores resultados clínicos. En la misma línea, parece fundamental que las terapias de soporte extracorpóreo, al igual que el ECMO, sean manejadas por el médico a cargo del paciente en la UCI, lo que permitiría una respuesta en tiempo real y una atención más personalizada.

Finalmente, si se lograse trasladar el dominio de la prescripción de las TRR a los médicos que realizan turnos en las UCI, ello tendría un impacto directo en la oportunidad y calidad del tratamiento de los pacientes con falla renal dialítica, especialmente durante horarios inhábiles. Esto contribuiría a mejorar el acceso a una atención de alto estándar y a reducir las brechas existentes en equidad en salud. Por todo lo anterior, y considerando la relevancia clínica y formativa de este tema, resulta fundamental que las escuelas de medicina intensiva incorporen de manera robusta la formación en terapias de reemplazo renal dentro de los programas de entrenamiento de los nuevos especialistas.

## Referencias

Hoste EA, Bagshaw SM, Bellomo R, Cely CM, Colman R, Cruz DN, Edipidis K, Forni L, Gomersall CD, Govil D, Honoré PM, Joannes-Boyau O, Joannidis M, Korhonen AM, Lavrentieva, A., Mehta, R. L., Palevsky, P., Roessler, E., Ronco, C., Uchino, S., ... Kellum JA. (2015). Epidemiology of acute kidney injury in critically ill patients: the multinational AKI-EPI study. *Intensive care medicine* **41**(8), 1411–1423. <https://doi.org/10.1007/s00134-015-3934-7>

Marshall JC, Bosco L, Adhikari NK, Connolly B, Diaz JV, Dorman T, Fowler RA, Meyfroidt G, Nakagawa S, Pelosi P, Vincent JL, Vollman K, & Zimmerman J. (2017). What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *Journal of critical care* **37**, 270–276. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.07.015>

Monard C, Marel A, Joannidis M, Ostermann M, Peng Z, Doi K, De Rosa S, Bobek I, Sokolov D, Wu VC, Premuzic V, Mehta R, Bellomo R, Garcia X, Pizarro C, Zarbock A, Milet I, Reis T, Romain M, Mc Nicholas B, ... ESICM AKI section (2025). Renal replacement therapy modalities and techniques in intensive care units: An international survey. *Journal of critical care*, 88, 155076. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2025.155076>