

IMPORTANCIA DEL MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DE LA ERC

Existen numerosas conexiones entre la ERC y ECV, de hecho, comparten factores de riesgo como la hipertensión arterial, presente en la mayoría de los enfermos renales, la diabetes mellitus y la dislipidemia, lo que sugiere que el desarrollo de la ECV asociado a ERC tiene un origen multifactorial.

¿CÓMO DEBERIA CONFORMARSE EL EQUIPO PARA MANEJAR AL ENFERMO RENAL CRÓNICO?

- Médico clínico y/o APS.
- Nefrólogo.
- Cardiólogo.
- Diabetólogo.
- Nutricionista.
- Psicología.

La ERC es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de enfermedad coronaria, también se asocia con resultados adversos en personas con enfermedad cardiovascular existente.

La IC es muy frecuente en estos pacientes

En los pacientes con ERC hay rigidez vascular, aumento de la sobrecarga hídrica con mal manejo del volumen y aumento del GC, poscarga, HVI e HTA.

Todo esto progresa a medida que disminuye el FG, empeorando la enfermedad cardíaca y renal.

El 86% de los pacientes con ERC avanzada tienen ecocardiograma patológico.

HIPERTROFIA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO (HVI).

La prevalencia de la HVI es muy alta en la ERC y aumenta conforme disminuye el filtrado renal glomerular. La HVI constituye un importante factor de riesgo de mortalidad cardiovascular, así como de muerte súbita.

- **CONCÉNTRICA:** Las causas más importantes son la hipertensión arterial y la arteriosclerosis.
- **EXCÉNTRICA:** Las causas más frecuentes son la retención hidro salina y el estado hiperdinámico generado por la anemia o por las fístulas arteriovenosas de alto gasto.

Las consecuencias clínicas de la HVI:

- Disfunción sistólica y diastólica, con desarrollo de insuficiencia cardíaca congestiva.
- La cardiopatía isquémica por aumento en la demanda de oxígeno y dificultad para el llenado coronario.
- Hipotensión en diálisis y las arritmias.
- Todas son causas de mortalidad y, en ocasiones, de muerte súbita.

ARRITMIAS.

Las arritmias son frecuentes en pacientes en diálisis, con especial interés durante las sesiones de hemodiálisis, principalmente taquicardias supraventriculares.

Las arritmias son un factor de riesgo de mortalidad, especialmente de muerte súbita, y se asocian a una mayor prevalencia de eventos cardiovasculares no fatales.

En pacientes de riesgo, su incidencia puede disminuir evitando la ganancia excesiva de peso, las ingestas excesivas de potasio, el uso de concentraciones altas de calcio o bajas de potasio en el líquido de hemodiálisis o el empleo de digitálicos.

Las toxinas urémicas son las principales culpables de la ECV.

Producen:

- Lesiones vasculares, como fibrosis de la túnica íntima, arteriosclerosis hiperplásica.
- Formación de placa ateroscleróticvascular de la túnica media.
- Disfunción endotelial.
- Calcificaciones.

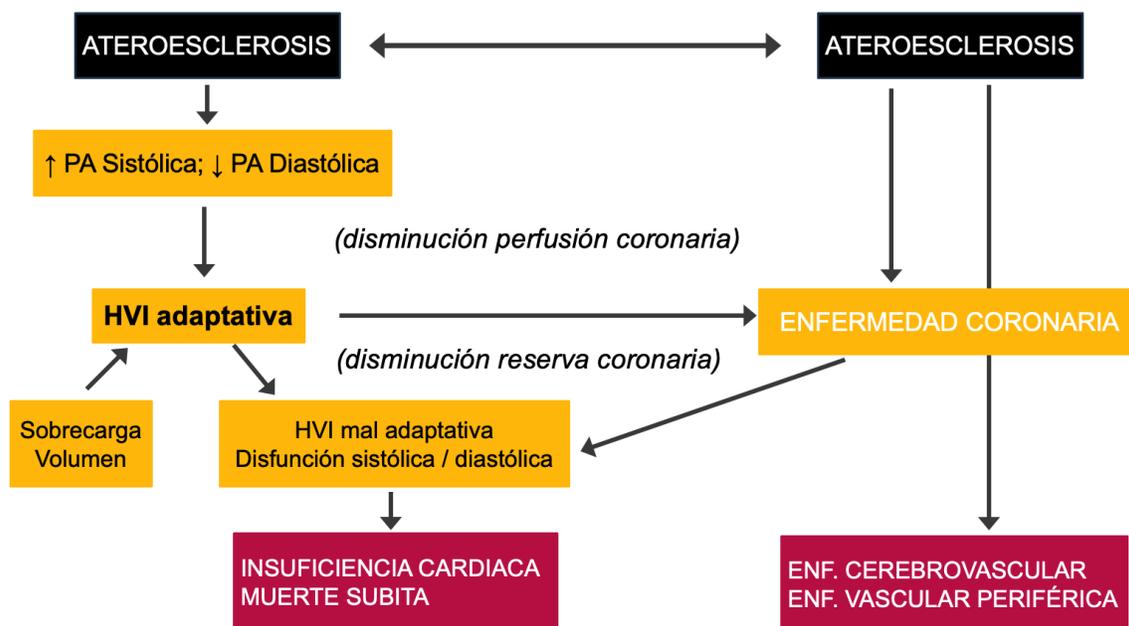
CALCIFICACIONES VASCULARES.

La alteración vascular más prevalente en pacientes con ERC en estadios avanzados es la calcificación vascular.

La calcificación vascular se produce debido al aumento de proteínas morfogénicas de hueso y a la presencia de un alto contenido de calcio.

La hiperfosfatemia la hipercalcemia son 2 de los principales promotores asociados con el desarrollo de la calcificación vascular en la ERC.

ATEROESCLEROSIS.



SÍNDROME CARDIORRENAL.

Desórdenes del corazón y riñón en los que la disfunción aguda o crónica en un órgano induce la disfunción aguda o crónica del otro.

Se clasifica en 5 grupos, en los cuales, la enfermedad aguda o crónica de uno de los 2 órganos produce enfermedad aguda o crónica en el otro.

Es un perfecto ejemplo de la necesidad de la valoración multidisciplinaria, con la derivación oportuna a cardiología.

Si logramos un correcto tratamiento y control de la función renal, pero no hay control de la ECV, de nada sirve el esfuerzo y los recursos que hayamos utilizado (y viceversa).

ENFERMEDAD RENAL DIABÉTICA: HISTORIA NATURAL.

| ENFERMEDAD RENAL DIABÉTICA: HISTORIA NATURAL | | |
|---|---|----------------------------------|
| 2 años | 5- 23 años | 20- 30 años |
| INICIO PRECLÍNICO | PERIODO CLÍNICO | INSUFICIENCIA RENAL TOTAL |
| Cambios Funcionales | Nefropatía temprana | |
| Aumento GFR | Aparición de microalbuminuria | |
| Aumento tamaño renal | Elevación de la TA | |
| Albuminuria reversible | Hiperfiltración Macroalbuminuria | |
| Cambios Estructurales | Nefropatia avanzada | |
| | Poteinuria establecida Aumenta Cr plasma Aumenta Poteinuria Disminuye FG | |

NUTRICIÓN EN ERC.

Es muy importante los cuidados dietéticos en ERC ya que es una medida antiproteínúrica en la etapa prediálisis; como para prevenir el sobrepeso y la desnutrición en todos los estadios.

La obesidad debe ser combatida de forma activa como medida reno y cardio protectora, para prevenir el síndrome metabólico; como también para considerar la inclusión en lista de espera de trasplante renal.

Dependiendo del estadio de ERC son las recomendaciones de ingesta proteica, siendo muy reducidas en ERCA y un poco más alta en diálisis.

La importancia del acompañamiento de un nutricionista es que la reducción del consumo de proteínas, tiene efectos reno protectores, como también por un efecto sinérgico que tiene junto con la reducción de la ingesta salina y el uso de bloqueantes del SRAA.

ERC Y PSICOLOGÍA.

Al ser una enfermedad crónica y progresiva, que en algunas situaciones el paciente depende de una máquina para poder vivir, genera en la paciente ansiedad, depresión debido al duelo por la pérdida de la salud. Esto lleva a la mala adherencia de los tratamientos, incluso, la TRR.

La afectación psicológica debida a los síntomas aumenta a medida que disminuye el filtrado glomerular.

La depresión es el problema psicológico más frecuente en la población con enfermedad renal en estadios avanzados.