

LESIÓN RENAL AGUDA

Deterioro rápido de la función renal, evidenciado por **aumento de creatinina sérica > 0.3 en 48 hrs, incremento > 1.5 veces al valor basal en los últimos 7 días o diuresis < 0.5 mL/kg/hr por ≥ 6 hrs**

CLASIFICACION KDIGO

Estadio	Criterios de creatinina sérica	Criterios de diuresis
Estadio 1	Aumento de creatinina sérica ≥ 0.3 mg/dL en 48 horas o ≥ 1.5 - 1.9 x el valor basal en 7 días.	Diuresis < 0.5 mL/kg/h durante 6-12 horas.
Estadio 2	Aumento de creatinina sérica ≥ 2 - 2.9 x el valor basal.	Diuresis < 0.5 mL/kg/h durante ≥ 12 horas.
Estadio 3	Aumento de creatinina sérica ≥ 3 x el valor basal o ≥ 4.0 mg/dL o inicio de terapia de reemplazo renal (TRR).	Diuresis < 0.3 mL/kg/h durante ≥ 24 horas o anuria ≥ 12 horas.

EPIDEMIOLOGÍA

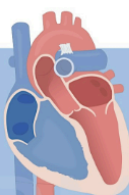
Hospitalizados 15%

UCI 50%

Clasificación por origen

Prerrenal (60-70%)

Reducción del filtrado glomerular por disminución de la perfusión renal.



Causas asociadas

Hipotensión, hipovolemia; disminución de volumen eyectado por insuficiencia cardíaca, cirrosis o síndrome nefrótico; o vasoconstricción renal (AINEs).

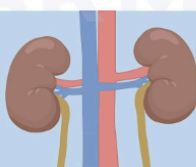
Otros: sepsis, cirugía mayor, quemadura

Potencialmente reversible si se restaura un adecuado flujo renal (orina concentrada y baja en Na para tratar de compensar)

Intrarrenal o parenquimatosa

Intrarrenal (25-40%)

Secundaria al daño intrínseco provocado directamente en los riñones.



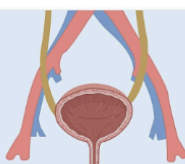
Necrosis tubular aguda, por isquemia en hipotensión, o nefrotóxicos, hemólisis intravascular, lisis tumoral, rabdomiólisis y necrosis intersticial aguda.

Orina no concentrada, Na elevado y osmolaridad baja, por la cuestión de que no funciona adecuadamente el riñón por la necrosis e isquemia, no puede compensar

Nefrotóxicos: diuréticos, AINE, IECA, ARA II, Contraste

Postrenal (5-10%)

Por obstrucción del flujo urinario que eleva presión intratubular y reduce filtrado.



Hiperplasia prostática, neoplasia, nefrolitiasis, válvulas uretrales posteriores (lactantes), vejiga neurogénica y cistitis hemorrágica.

ETIOLOGÍA
<ul style="list-style-type: none"> • Obstrucción de la vía urológica • Causa más frecuente: Patología prostática
CLÍNICA
<ul style="list-style-type: none"> • Volumen de diuresis variable • Anuria: obstrucción completa • Normal: obstrucción incompleta • Concentraciones Na⁺ y K⁺ cercanas a las normales
DIAGNÓSTICO
<ul style="list-style-type: none"> • Ecografía (dilatación vía urinaria)
TRATAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> • Descompresión de la vía urinaria • Patología prostática: Sondaje urinario



CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

- Elevación de Cr
- Oliguria
- De la patología de base

TRATAMIENTO

- Tratar enfermedad de base
- Mantener pam >65 mmHg (Norepinefrina si es necesaria)
- Tratar acidosis e hiperpotasemia
- Diuresis forzada: prueba de furosemida

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

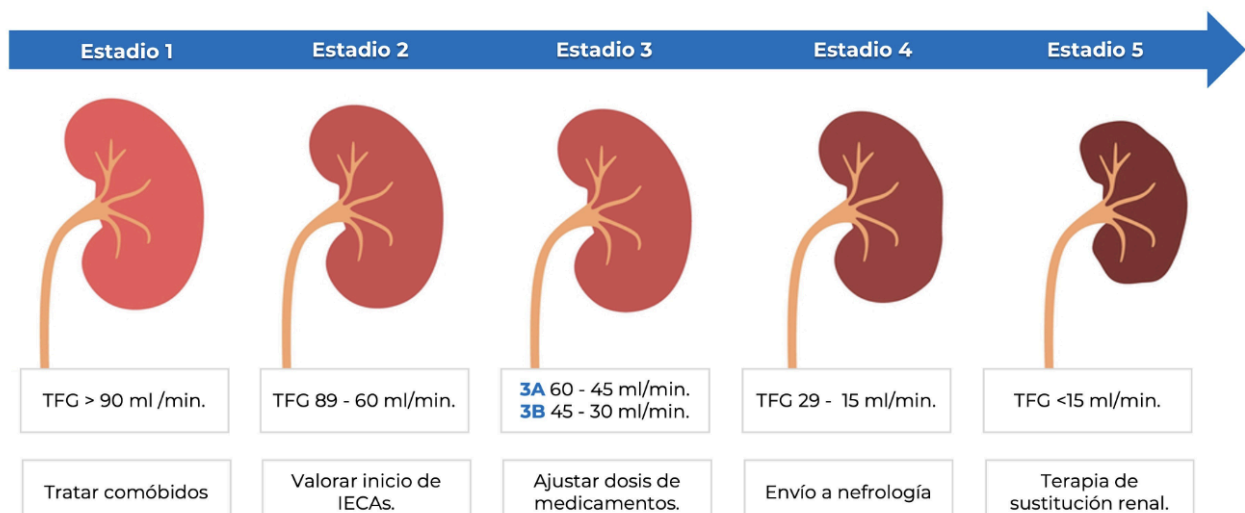
FG < 60 ml/min/1.73m² y daño renal (marcadores) los cuales persisten > 3 meses

ETIOLOGÍA

- Diabetes
- Hipertensión
- Glomerulopatías
- No determinadas
- Genéticas

EPIDEMIOLOGÍA

- México 6° lugar en mortalidad
- Aumento de 43% en pacientes con terapia de reemplazo renal



G4 - TFG < 30 ml/min es cuando **inician los síntomas**: debilidad, anemia, sobrecarga de volumen, anorexia, trastornos electrolíticos y ácido base, prurito

G5 - TFG <15 ml/min: clínica **mortal** (arritmias fatales, edema pulmonar, encefalopatía - convulsiones, muerte).

DIAGNÓSTICO

- **CKD-EPI** (basadas en Cr sérica)
- Medición de proteinuria con tira reactiva
- USG renal

Casos especiales VIH, obesidad, Ca, adulto mayor

- CKD EPI >> usar ecuación basada en cistatina y creatinina

TRATAMIENTO

Iniciar **terapia de reemplazo renal** si hay st de **uremia independientemente de TFG**

Normalmente se inicia en **TFG < 15 ml/min** y se **informa** en **< 30 ml/min**

1. **Trasplante renal**
2. Diálisis peritoneal / hemodiálisis en espera de trasplante
3. Hemodiálisis con fístula AV

Paciente > 75 años valorar inicio de TRR ya que puede **NO** estar asociado con una **mejor sobrevida**

Indicaciones para diálisis en ERC

- Pericarditis
- Sobrecarga de fluidos o edema pulmonar refractario a diuréticos
- Hipertensión de rápida progresión con pobre respuesta a tx hipertensivo
- Encefalopatía urémica progresiva o neuropatía (st: confusión, asterixis, mioclonías, convulsiones)