

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**

CLASIFICACIÓN KDIGO

| Estadio | Criterios de creatinina sérica | Criterios de diuresis |
|-----------|---|--|
| Estadio 1 | Aumento de creatinina sérica ≥ 0.3 mg/dL en 48 horas o $\geq 1.5-1.9$ veces el valor basal en 7 días. | Diuresis < 0.5 mL/kg/h durante 6-12 horas. |
| Estadio 2 | Aumento de creatinina sérica $\geq 2-2.9$ veces el valor basal. | Diuresis < 0.5 mL/kg/h durante ≥ 12 horas. |
| Estadio 3 | Aumento de creatinina sérica ≥ 3 veces 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



Causas asociadas

Prerrenal (60-70%)

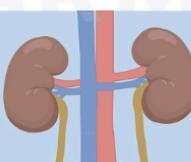
Reducción del filtrado glomerular por disminución de la perfusión renal.

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 parenquimatososa



Intrarrenal (25-40%)

Secundaria al daño intrínseco provocado directamente en los riñones.

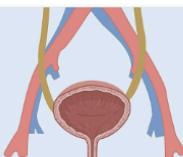
Necrosis tubular aguda, por isquemia en hipotensión, o nefrotóxicos, hemólisis intravascular, lisis tumoral, rabdomiolisis y necrosis intersticial aguda.

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, Conterastre

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 hipertotasemia
- Diuresis forzada: prueba de furosemida

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

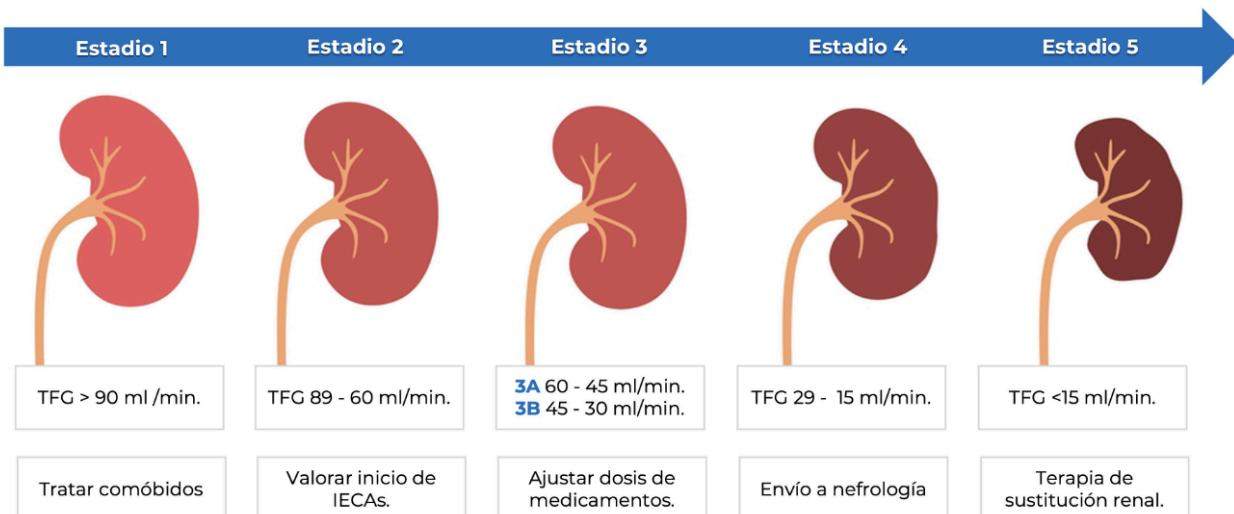
FG < 60 ml/min/1.73m² y daño renal (marcadores) los cuales persisten > 3 meses

ETIOLOGÍA

- Diabetes
- Hipertensión
- Glomerulopatías
- No determinadas
- Genéticas

EPIDEMIOLOGÍA

- México 6º 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 fistula 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)