 

DOCENTE:

DR. EDUARDO ZEBADUA GUILLEN

ALUMNO:

JONATHAN SURIANO CRUZ.

MATERIA:

MEDICINA INTERNA

TEMA:

LESION RENAL AGUDA

MEDICINA HUMANA 5°

**DEFINICIÓN**

Reducción súbita de la función renal; dentro de un periodo de 48 h, definido por un incremento absoluto en la creatinina sérica igual o mayor a 0.3 mg/dL o un incremento igual o mayor al 50%, o una reducción en el volumen urinario menor a 0.5 mL/kg/h por más de 6 h.

**ETIOLOGIA**

LESION RENAL AGUDA PRERRENAL 60-70% RENAL 20-30% GLOMERULONEFRITIS Y VASCULITIS (5%) NECROSIS TUBULAR AGUDA (85%) ISQUÉMICA 50% TÓXICA 35% VASCULAR NEFRITIS INTERSTICIAL (10%) POST-RENAL 10%.

**FACTORES DE RIESGO**

Tener 65 años o más, Tener una enfermedad renal o un problema renal, Tener presión arterial alta, Tener una enfermedad crónica, como enfermedad cardiaca, enfermedad hepática o diabetes, Tener una enfermedad arterial periférica (una condición que dificulta que su sangre llegue a sus brazos y piernas)

**FISIOPATOLOGIA**

La fisiopatología de la lesión renal aguda esta dividida en 5 mecanismos básicos • DESEQUILIBRIO ENTRE FACTORES VASODILATADORES Y VASO CONSTRICTORES • INFLAMACION • DISFUNCION TUBULAR • MUERTE CELULAR POR NECROSIS Y APOPTOSIS • ADAPTACION Y REPARACION

**CUADRO CLINICO**

**DIAGNOSTICO**

El diagnostico de lesión renal aguda generalmente se realiza en el entorno clínico de otras patologías. • Se debe hacer hincapié en la anamnesis que nos permita orientar causas. • Presencia de síntomas como vomito, diarrea, hemorragias, traumatismo, consumo de medicamentos, dolor abdominal, etc. Diagnostico ANTECEDENTES PATOLOGICOS Falla cardiaca, cirrosis hepática, síndrome nefrótico Hipovolemia, por disminución del volumen efectivo Patología obstructiva Nefrolitiasis, hipertrofia prostática. Ecografía renal: Útil para diferenciar un fracaso renal agudo de una insuficiencia renal crónica, ya que en esta última el tamaño de los riñones suele estar disminuido (o aumentado, ejemplo, en el riñón poliquístico o amiloidosis).

Biopsia renal. Se realiza cuando no está filiada la causa de una insuficiencia renal parenquimatosa

**CLASIFICACION DE AKIN**

Una **clasificación** más reciente basada en el sistema RIFLE se ha propuesto por la Acute Kidney Injury Network (**AKIN**), la cual difiere de la **clasificación** de RIFLE porque requiere al menos dos valores de creatinina en 48 horas, y no requiere niveles de creatinina basal (3,7-9).

Las etapas riesgo, lesión e insuficiencia se reemplazaron por las etapas 1, 2 y 3, respectivamente. 2. Se añadió un aumento absoluto de creatinina de al menos 0.3 mg/dL a la etapa 1, pero nuevamente no se especificó el valor de la depuración de creatinina y el uso de biomarcadores. 3. Los pacientes que inician terapia de reemplazo renal automáticamente se clasifican como etapa 3, independientemente de la creatinina y el gasto urinario. 4. Se eliminaron las categorías de pérdida y enfermedad renal en etapa terminal.

**CLASIFICACION DE RIFLE**

Esta clasificación toma en cuenta el incremento de las concentraciones de creatinina sérica, descenso en el volumen urinario y posteriormente se le agregó a la tasa de filtración glomerular pero no se utilizó ningún biomarcador y no se especificó el valor de la depuración que deberían de tener los pacientes para considerarla IRA

**TRATAMIENTO Y PRONOSTICOS**

En los últimos años a incrementado el numero de pacientes que requieren terapia de reemplazo renal en fase aguda, asociado principalmente al incremento de la edad y las comorbilidades. Formas de tratamiento Tratamiento medico Terapia dialítica. El tratamiento medico conservador con diuréticos debe iniciarse solo después de haber conseguido una adecuada reposición de volumen circulante y una buena tensión arterial (TA) Su papel en el fracaso renal establecido su administración no produce beneficio en cuanto a duración, necesidad de diálisis ni supervivencia; induciendo tan solo un aumento de la diuresis.