

Resumen.

Nombre del alumno:
Katia Marlen Espinosa Sanchez.

Nombre del profesor:
Dr. Dagoberto Silvestre Esteban.

Parcial: 4to. Parcial.

Semestre: 5to Semestre. 5to D

Nombre de la Materia:
Medicina interna.

La enfermedad renal crónica es definida como la pérdida gradual y progresiva de la capacidad renal establecida en más de 3 meses, la cual muestra una TFG menor a 60ml/min.

De las principales causas de esta enfermedad encontramos: Diabetes mellitus(59%), hipertensión arterial, enfermedad glomerular; en Mexico existe una prevalencia de 1409 casos por cada 1000,000 habitantes el cual se representa en un 14%, esta enfermedad representa el 9% de mortalidad en el país.

Es importante tener en cuenta la presencia de uno de los criterios durante al menos 3 meses (albumina (TEA>30mg/24hrs; CAC >30mg/g), anormalidades del sedimento urinario, anormalidades hidroelectrolíticas, anormalidades estructurales detectadas por imágenes, disminución de la TFG) para sospechar de una enfermedad renal crónica.

En los factores de riesgo para realizar un tamízate de enfermedad renal crónica encontramos:

- Personas mayores de 60 años.
- Hipertensión arterial.
- Diabetes mellitus.
- Enfermedad cardiovascular.
- Antecedentes familiares de ERC.

Esta enfermedad puede ser clasificada en 5 estadios:

- Estadio 1: TFG>90ml/min, tratar comorbidos.
- Estadio 2: TFG 89-60ml/min, valorar inicio de tratamiento con IECAS.
- Estadio 3: 3A (TFG: 60-45ml/min) 3B(TFG: 45-30ml/min), ajustar dosis de medicamentos.
- Estadio 4: TFG: 29–15ml/min, enviar al paciente a nefrología.
- Estadio 5: TFG: <15ml/min, se recomienda iniciar con terapia de sustitución renal.

Tratamiento:

- En pacientes diabeticos se recomienda iniciar con IECAS para reducir el riesgo de microalbuminuria.
- En estadios 1-3 de ERC: Se recomiendan diuréticos tiazídicos.
- En estadios 4-5 de ERC: Se recomiendan diuréticos de asa y administrar vitamina D.
- Terapia de sustitución renal: Iniciar con diálisis peritoneal excepto en indicaciones dialíticas de urgencia en donde la hemodiálisis como primera opción.

Algunas complicaciones son las siguientes:

- Lesión renal aguda.
- Anemia.
- Incremento de la presión arterial.
- Toxicidad por fármacos.
- Dislipidemia.
- Falla cardíaca.

La lesión renal aguda puede ser definida acorde a KDIGO:

- Incremento de creatinina > 0.31 mg/dl en 48 horas.
- Incremento del 15 veces de la creatinina basal en 7 días previos.
- Disminución de gasto urinario < 0.5 ml /kg/ en 6 horas.

Las principales causas de LRA en escolares y adolescentes son:

- Glomerulonefritis primarias.
- LRA prerrenal representa 60-70% de los casos.
- LRA intrínsecas (25-40%).
- LRA postrenales (5-10%).

Lesión prerrenal (70%)

Secundaria a disminución de perfusión renal por:

- Hipovolemia: Hipotensión.
- Disminución de volumen yector
- Insuficiencia cardíaca. Cirrosis y SK
- Nefrótico.
- Vasoconstricción renal: ANEs

Tratamiento:

- En hipovolemia: Aumentar volumen.
- En cirrosis o IC Diuréticos de asa.

Lesión intrínseca o renal (20%)

Necrosis tubular aguda (80%)

- Secundaria a isquemia: Hipotensión.
- Nefrotóxicos: Aminoglucósidos y Anfotericina B.
- Hemólisis intravascular y lisis tumoral.
- Rabdomiólisis (por mioglobina).
- Nefritis intersticial aguda (20%)
- La causa más común es antibióticos.
- Triada: Exantema, Fiebre y Eosinofilia.
- Tratamiento: Medidas de sostén.

Lesión post renal (10%)

Obstrucción de vía urinaria:

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

Es característico el dolor abdominal, hematuria y sedimento variable.

Tratamiento:

- Sonda urinaria o cateterismo uretral.

Diagnóstico

- Se pueden tomar criterios KDIGO, pRIFLE y AKIN. Para ENARM aprender KDIGO.
- Para el diagnóstico diferencial se comparan los índices urinarios.

Tratamiento:

Objetivo: Resolver el trastorno subyacente que provoco la lesión renal aguda.

1. Reposición de volúmen con solución NaCl
2. 0.9% para mantener la uresis.
3. Corrección de alteraciones metabólicas
4. (hiperkalemia, acidosis y hiponatremia)
5. Diuréticos de asa en caso de lesión renal
6. aguda con sobrecarga hídrica.
7. Valorar si tiene criterios de urgencia dialítica.

Corrección hidroelectrolíticas

Hiperkalemia:

- El gluconato de calcio puede estabilizar la membrana celular cardiaca.
- Insulina y salbutamol pueden provocar un desplazamiento intracelular de K⁺.

Hiponatremia:

- No corregir más de 8-10 mEq en 24 horas por riesgo de mielinolisis pontina.

Acidosis metabólica refractaria:

Puede emplearse la infusión de bicarbonato.

Indicación urgente de diálisis:

A: Acidosis refractaria al tratamiento (pH <7.1)

E: Electrolitos: Hiperkalemia > 6.5 o cambios ECG.

I: Intoxicaciones: Alcoholes, Litio y salicilatos.

O: Overload (Edema agudo pulmonar): Refractario al tratamiento.

U: Uremia: Urea > 200 mg/di, encefalopatía, pericarditis, convulsiones y disfunción plaquetaria.