



MEDICINA HUMANA FLASHCARDS

Aranza Margarita Molina Cifuentes

Fisiopatología

Dra. Brenda Pulina Ortiz Solis

2do. Semestre

Grupo A



Comitán de Domínguez Chiapas a 04 de julio de 2025.

INSUFICIENCIA RENAL

1 **Insuficiencia renal aguda (IRA)**: un deterioro rápido (horas a días) de la función renal, evidenciando un aumento de creatinina sérica o disminución del volumen urinario.

2 **Fisiopatología**: se clasifican en 3 mecanismos principales.

- **Prerenal**: ↓ perfusión renal → autorregulación colapsa → ↓ FG

- **Renal (intrínseca)**: lesión tubular, glomerular o intersticial.

- **Postrenal**: obstrucción urinaria → presión retrógrada → FG ↓

La lesión combina inflamación, disfunción endotelial, estrés oxidativo y apoptosis.

3 **Etiología**:

- **Prerenal**: hipovolemia, sepsis, IC, fármacos como AINES

- **Renal**: necrosis tubular aguda, glomerulonefritis, amiloidosis, nefritis intersticial.

- **Postrenal**: litiasis, tumores, hiperplasia prostática, estrechez uretral.

4 **Epidemiología**:

- Prevalencia: 10-15% de ingresos hospitalarios, hasta 50% en UCI

5 **Factores de riesgo**:

- Edad avanzada, EPAC/ICC crónica, diabetes, hipotensión, uso de nefrotóxicos, CX mayores, sepsis.

6 Clínica:

• **Signos**: oliguria/anuria, edema, hiper/hipotensión, alteraciones electrolíticas (hiperk, acidosis metabólica)

• **Síntomas**: náuseas, astenia, prurito, disnea (por sobrecarga de fluidos)

① **Diagnóstico**: (INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA) (me confundí doc 2) ^{estatal} _{reves}

• Cr: eGFR con MDRD o CKD-EPI

• Albuminuria (ACR)

• Imagen renal

• Biopsia en caso de etiología incierta

Clasificación según KDIGO: (IRA)

1.- $\uparrow$ Cr $\geq 0,3$ mg/dL en 48h o $\geq 1,5$ x en 7 d.

2.- Cr $\geq 2 - 2,9$ x el basal.

3.- Cr ≥ 3 x o ≥ 4 mg/dL o necesidad de terapia sustitutiva renal.

8 Tratamiento:

• Tratar la causa subyacente (restaurar perfusión, retirar nefrotóxicos)

• Manejo de líquidos, electrolitos

• Soporte: diálisis en acidosis grave, hiperpotasemia, sobrecarga de volumen o encefalopatía

1 **Insuficiencia Renal Crónica (IRC)**: pérdida progresiva de la función renal durante ≥ 3 meses, con daño renal o $\text{GFR} < 60 \text{ mL/min/1.73 m}^2$.

2 **Fisiopatología**

- Pérdida gradual de nefronas $\rightarrow$ hiperfiltración en nefronas remanentes $\rightarrow$ glomerulosclerosis, fibrosis.
- Con el tiempo: acidosis metabólica, anemia, alteraciones óseas, hipertensión y riesgo cardiovascular.

3 **Etiología**

- DM, HTA, glomerulonefritis, enfermedad poliquística renal, reflujo crónico, nefropatía obstructiva.

4 **Epidemiología**

- Afecta a 750 millones en 2016; $\uparrow$ mortalidad: de 409 k en 1990 a 1,2 M en 2015.

5 **Factores de riesgo**

- Diabetes, HTA, obesidad, edad avanzada, cardiopatía, historia familiar de IRC.

6 **Clinica**

- **Síntomas inespecíficos**: fatiga, prurito, anemia, pérdida del

apetito, calambres.

• **Signos:** HTA, edema, uremia, alteraciones óseas, neuropatía.

1 **Diagnóstico:** (INSUFICIENCIA RENAL AGUDA)

• LDH: Cr, BUN, nitrógeno ureico

• Diuresis $< 0.5 \text{ ml/kg lh}$

• Urinálisis (sedimento, Na urinario, FENA)

• Ecografía renal si se sospecha obstrucción

• Biomarcadores (NGAL, cistatina C) en contexto de UCI

Clasificación según KDIGO: Inicial IRC

1. Cr $\geq 0.3 \text{ mg/dl}$ en 48h o $\geq 1.5 \times$ en 7d.

2. Cr $\geq 2-2.9 \times$ el basal

3. Cr $\geq 3 \times$ o $\geq 4 \text{ mg/dl}$ o necesidad de terapia sustitutiva renal

Bascula en GFR y albuminuria IRC

• G1 ≥ 90 , G2 60-89, G3a 45-59, G3b 30-44, G4 15-29, G5 $< 15 \text{ ml/min/1.73 m}^2$

• Albuminuria A1 < 30 , A2 30-300, A3 $> 300 \text{ mg/lg}$

⑨ Tratamiento:

- Controlar HTA (IECA/ARA-II) y DM
- Reducir proteínas en orina, controlar lípidos.
- Suplementar hierro, vitamina D, bicarbonato
- Evitar nefrotóxicos y ajustar dosis medicamentos.
- Preparación para diálisis | trasplante en etapas avanzadas.