

Comitán de Domínguez Chiapas a 04 de julio de 2025.

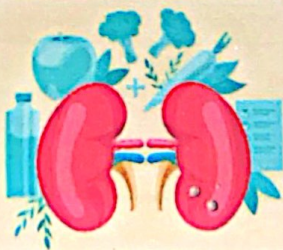
Insuficiencia Renal Crónica

Pérdida progresiva, irreversible de la función renal, definida por una TFG $< 60 \text{ mL/min/1.73m}^2$ o daño renal (proteinuria o alteraciones estructurales) durante al menos tres meses.

Fisiopatología

Perdida continua de nefronas $\rightarrow$ hiperfiltración compensatoria $\rightarrow$ esclerosis glomerular e intersticial; retención de solutos (urea, potasio, fosfato), acidosis, anemia.

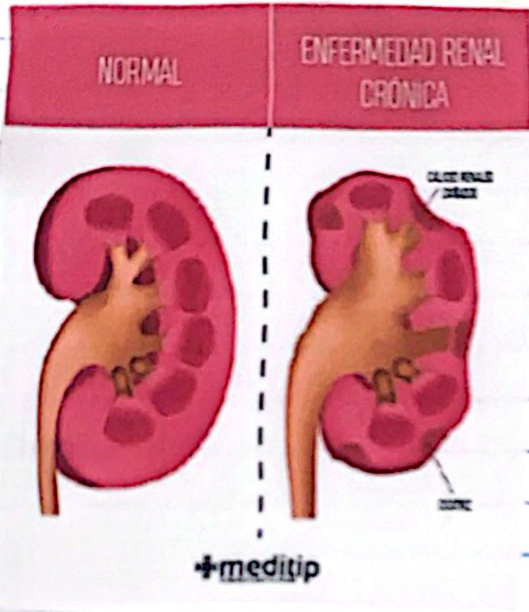
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA



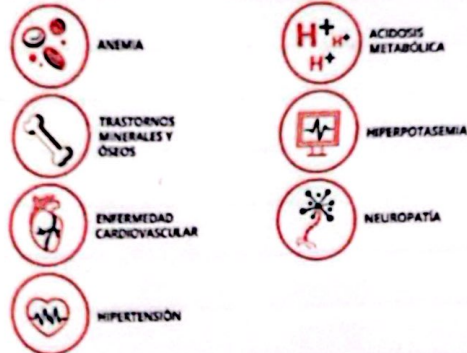
Etiología

En adultos, la causa más común ($\approx 75\%$) incluyen: diabetes, hipertensión y glomerulonefritis.

Otras causas: Enfermedades vasculares renales, poliquistosis, nefritis intersticial, obstrucción crónica.



Resumen de las principales complicaciones de la ERC*



Epidemiología

Afecta a más del 10% de la población mundial (≈ 800 millones). En EE.UU., $\approx 13\%$ de la población; aumenta con la edad; prevalencia variable por grupo étnico y factores sociales.

Factores de riesgo

- Edad avanzada
- Diabetes
- Hipertensión
- Obesidad
- Exposición a nefrotóxicos
- Raza/etnia
- Baja masa de nefronas
- Albuminuria
- Anomalías del laboratorio
- Mayores de 60 años

Factores de riesgo



Clinica

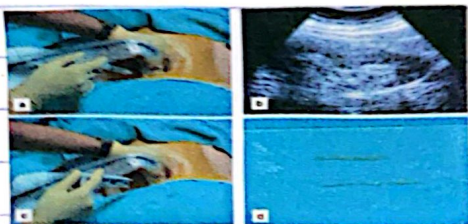
Generalmente asintomática en fases tempranas; con $TFG < 60$:

- Fatiga, anorexia, prurito, náuseas
- Disgeusia, neuropatías, edema, HTA
- Anemia, alteraciones óseas, acidosis, alteraciones cognitivas



Diagnóstico

- Detección en personas con riesgo: medir TFG estimada (CKD-EPI, MDRD, Cockcroft - Gault) + albuminuria (BAC).
- Confirmación: Hallazgos persistentes por ≤ 3 meses
- Imagen renal (ecografía) ante progresión, hematuria, obstrucción, sospecha de poliquistosis, $TFG < 30 \text{ ml/min}$.
- Biopsia oúndica enfermedad glomerular activa



Tratamiento

- Retardar progresión.
- Control de PA ($<130/80$), preferir IECA/ARA II por reducir proteinuria y ralentizar daño.
- Control glucémico en diabéticos
- Dieta hipoproteica moderada ($\approx 0,8 \text{ g/kg/día}$) si TFG $<25 \text{ mL/min}$

El tratamiento con inhibidores SGLT-2 puede reducir el riesgo de progresión de ER en pacientes con DM tipo II.

- Px con DM y hipertensión se recomienda una combinación de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y bloqueadores del receptor de angiotensina o monoterapia.

Insuficiencia Renal Aguda

Síndrome con reducción súbita de la función renal $\rightarrow$ acumulación de productos nitrogenados, desequilibrio hidroelectrolítico, oliguria o anuria.

Fisiopatología

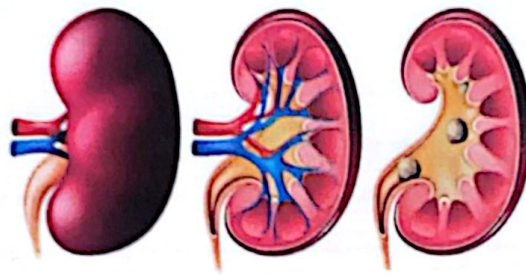
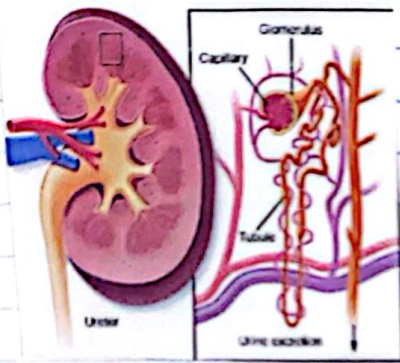
- Prerenal: hipovolemia, baja perfusión renal $\rightarrow$ activación de vasoconstricción.
- Renal: Daño al parénquima (necrosis tubular, glomerulonefritis).
- Posrenal: Obstrucción del tracto urinario.

Insuficiencia renal aguda Riñón normal Insuficiencia renal crónica



Etiología

- Prerenal: Deshidratación, sangrado, FC, quemados, fármacos que afectan perfusión.
- Renal intrínseca: Necrosis tubular aguda (isquemia/toxinas) glomerular, vascular, intersticial.
- Posrenal: Obstrucción urinaria bilateral (cálculos, próstata).



Epidemiología

Aproximadamente el 2-3% de pacientes hospitalizados, 10-30% en UCI.

Factores de riesgo

- Personas mayormente hospitalizadas
- Deshidratación, sepsis, anemia, IC, uso de nefrotóxicos
- Obstrucción urológica
- Contraste radiológico.

Factores de riesgo



Clinica

- Oliguria/anuria
- Retención de líquidos
- Edema
- Hipertensión
- Dificultad por edema pulmonar
- Arritmias por hiperpotasemia
- Dolor lumbar
- Fiebre



SINTOMAS



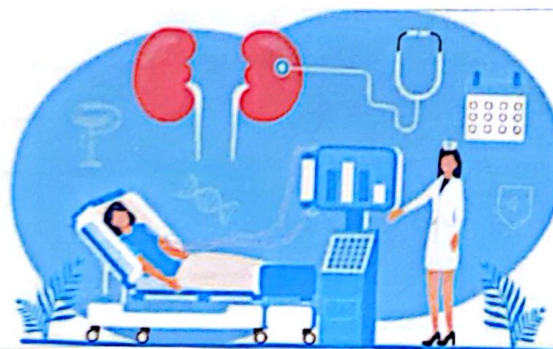
- Reducción del volumen de la orina
- Cambios en el estado de ánimo
- Dolor lumbar
- Somnolencia
- Edemas
- Anuria
- Fatiga



Diagnóstico

Laboratorio: Aumento de creatinina sérica $>0.3 \text{ mg/dL}$ en 48 horas o 1.5 basal en 7 días; TFG disminuida.

- Fracción excreción de sodio (FENa) para distinguir prerenal vs tubular.
- EGO, ecografía renal.



Tratamiento

- Corregir volumen, suspender fármacos nefrotóxicos, tratar sepsis y remover obstrucción.
- Balance hídrico (fluidoterapia o restricción), manejo de electrolitos (hiperpotasemia, acidosis).
- Control de la presión.
- Diálisis si hay complicaciones.

