

**Descripción de las
características
clínicas y desenlaces
de los pacientes
con lesión renal aguda
KDIGO 3
atendidos en el
Hospital Universitario
Clínica San Rafael
2019-2022**

**Javier Mora Méndez¹, Maite Hurtado², Diana Carolina Sánchez³,
Angie Katherine González Ortiz³,
José Manuel Linares Hurtado⁴.**

¹Médico internista, epidemiólogo
Hospital Universitario Clínica San Rafael.

²Médico internista, nefróloga.

³Médico general hospitalaria, servicio de
Nefrología Hospital Universitario Clínica
San Rafael.

⁴Médico general, Universidad Militar
Nueva Granada.



INTRODUCCIÓN

La lesión renal aguda (LRA) es un síndrome heterogéneo potencialmente reversible caracterizado por el deterioro súbito de la función renal secundario a múltiples causas que ocasiona pérdida de la homeostasis del estado ácido base, así como de los líquidos corporales y regulación de electrolitos en un periodo limitado a menos de 48 horas.

- Cuenta con una Incidencia del 20 al 31,7% a nivel intrahospitalario, hasta el 70% en Unidades de Cuidados Intensivos.
- Ingreso a terapias de reemplazo renal (TRR) en un 23.5% de los casos.
- Mortalidad en 49.4 % de los pacientes que requieren TRR.
El tiempo de inicio de TRR es controvertido.

OBJETIVO

- Describir las características sociodemográficas de la población, así como la etiología que los lleva a LRA KDIGO 3.
- Comparar el desenlace de mortalidad, necesidad de UCI y requerimiento de ventilación mecánica en la población.
- Describir los desenlaces de recuperación renal y mortalidad a los 6 y 12 meses de los pacientes con TRR.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo retrospectivo con intención analítica.

POBLACIÓN:

Mayores de 18 años admitidos en HUCSR. Diagnóstico de LRA KDIGO 3 posterior al ingreso. Exclusión: uso de TRR previamente, remitidos en las próximas 48 horas, trasplante renal, embarazo y con limitación paliativa (n: 904)

MUESTRA:

187 pacientes.

PROCEDIMIENTOS Y MÉTODOS ESTADÍSTICOS:

- Recolección de datos por historia clínica.
- Tabla operativa.
- Libreto de llamada.

ANÁLISIS UNIVARIADO:

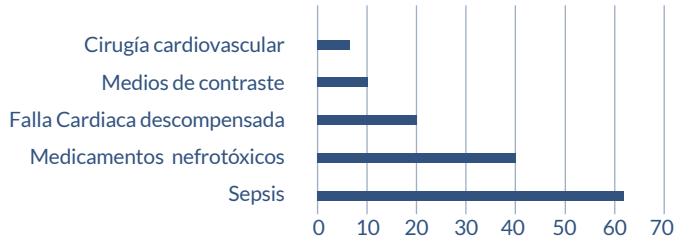
- Variables cuantitativas -> medidas de tendencia central.
- Variables cualitativas -> frecuencias absolutas y relativas.

COMPARACIÓN DE VARIABLES:

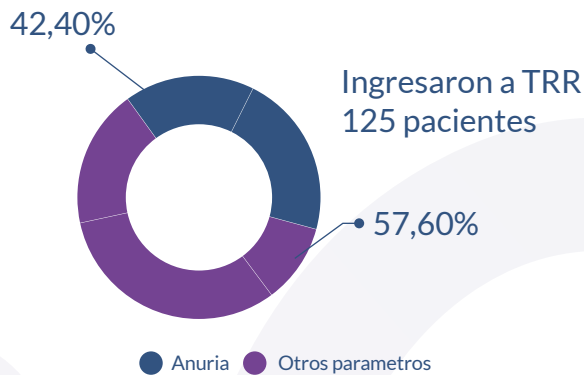
- Prueba de chi cuadrado.
- Análisis bivariado -> odds ratio.

RESULTADOS

Gráfica 1. Etiología lesión renal aguda en porcentaje.



Gráfica 2. Indicación de TRR



- Tiempo de inicio de trr
- Temprano < 48 h = 89,6%
- Tardío > 48 h = 10,4%
- Mediana 24 horas

Gráfica 3. Desenlaces de recuperación y mortalidad en los egresados con TRR.

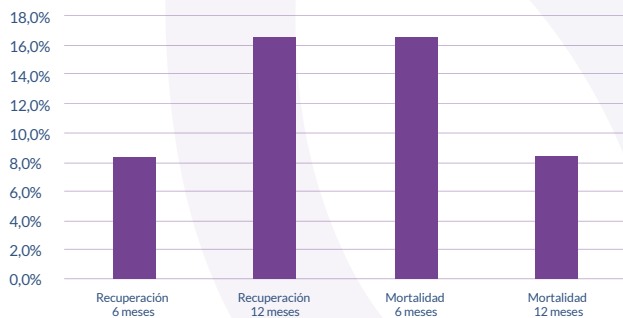


Tabla 1. Características clínicas y demográficas de la población. ME: Mediana DE: Desviación estándar, FEVI: Fracción de eyección del ventrículo izquierdo. ARM: Antagonista receptor mineralocorticoide.

Variable		Resultado	
Genero n (%)	Hombre	121	64,7
	Mujer	68	35,3
Edad ME (RIQ)		66	54 - 75
ERC estadio n (%)	Estadio 1	1	0,6
	Estadio 2	4	2,3
	Estadio 3	18	10,2
	Estadio 4	14	7,9
Obesidad n (%)		46	30,7
EPOC n (%)		35	18,7
HTA n (%)		94	50,3
DM n (%)		52	27,8
Valpulopatía n (%)		11	5,9
Cardiopatía n (%)	FEVI > 50%	27	14,5
	FEVI 40% - 50%	23	12,4
	FEVI < 40%	0	0,0
Medicamentos n (%)	Aines	10	5,6
	ARM	1	0,6
	IEAC y/o ARA II	75	41,7
	Otros	5	2,8
	Ninguno	89	49,3
Escala charlson n (%)	Sin comorbilidades	52	27,8
	Comorbilidad baja	39	20,9
	Comorbilidad alta	96	51,3
Uropatía obstructiva n (%)		33	17,6
Hepatopatía n (%)		6	3,2

Tabla 2. Análisis bivariado entre necesidad de terapia de remplazo renal y desenlaces.

	TRR						
	SI		NO				
	n	%	n	%			
UCI	110	80,9	26	19,1	10,15	4,85 - 21,25	0,00
VMI	105	89,0	13	11,0	20,40	9,31 - 44,68	0,00
Mortalidad intrahospitalaria	83	88,3	11	11,7	9,16	4,32 - 19,39	0,00

CONCLUSIONES

La lesión renal aguda KDIGO 3 es una entidad generada por múltiples causas, descrita en su mayor medida en pacientes con alta carga de comorbilidades que se relaciona con mayor riesgo de severidad, uso de UCI, ventilación mecánica y mortalidad.

En la población estudiada, la causa más común es la sepsis, con mayor requerimiento de TRR con respecto a lo evidenciado en la literatura, por lo que se debe prestar más atención al diagnóstico y tratamiento precoz de esta entidad.

Los pacientes que requieren de TRR tienen un incremento marcado en la necesidad de UCI, ventilación mecánica invasiva y mortalidad, lo que aumenta la carga de enfermedad de estos pacientes y el costo en el sistema de salud por hospitalizaciones más prolongadas.

BIBLIOGRAFIA

1. Kellum JA, Romagnani P, Ashuntantang G, Ronco C, Zarbock A, Anders HJ. Acute kidney injury. Nat Rev Dis Prim [Internet]. 2021;7(1). Available from:<http://dx.doi.org/10.1038/s41572-021-00284-z>
2. Vucelić V, Klobučar I, Đuras-Cuculić B, Grginić AG, Prohaska-Potočnik C, Jajić I, et al. Sepsis and septic shock - an observational study of the incidence, management, and mortality predictors in a medical intensive care unit. Croat Med J. 2020;61(5):429-39.
3. Ostermann M, Bagshaw SM, Lumlertgul N, Wald R. Indications for and Timing of Initiation of KRT. Crit Care Nephrol Acute Kidney Inj. 2022;1-8.
4. Gaudry S, Hajage D, Schortgen F, Martin-Lefevre L, Pons B, Boulet E, et al. Initiation Strategies for Renal-Replacement Therapy in the Intensive Care Unit. N Engl J Med. 2016;375(2):122-33.
5. Mandelbaum T, Scott DJ, Lee J, et al. Outcome of critically ill patients with acute kidney injury using the Acute Kidney Injury Network criteria. Crit Care Med. 2011;39(12):2659-2664. doi:10.1097/CCM.0b013e3182281f1b