

# Lesión renal aguda

Dos preguntas antes que cualquier otra: ¿hay una indicación urgente de diálisis? y ¿hay una obstrucción que un ultrasonido resolvería? Lo demás es clasificar y tratar la causa.

Dr. David Rojas · Médico Internista Certificado ·  
@davidrojas\_medicinainterna

Basado en: definición y estadificación KDIGO de la LRA, el consenso 2025 de lesión renal aguda y la guía ESC 2025 de LRA grave en cuidados críticos.

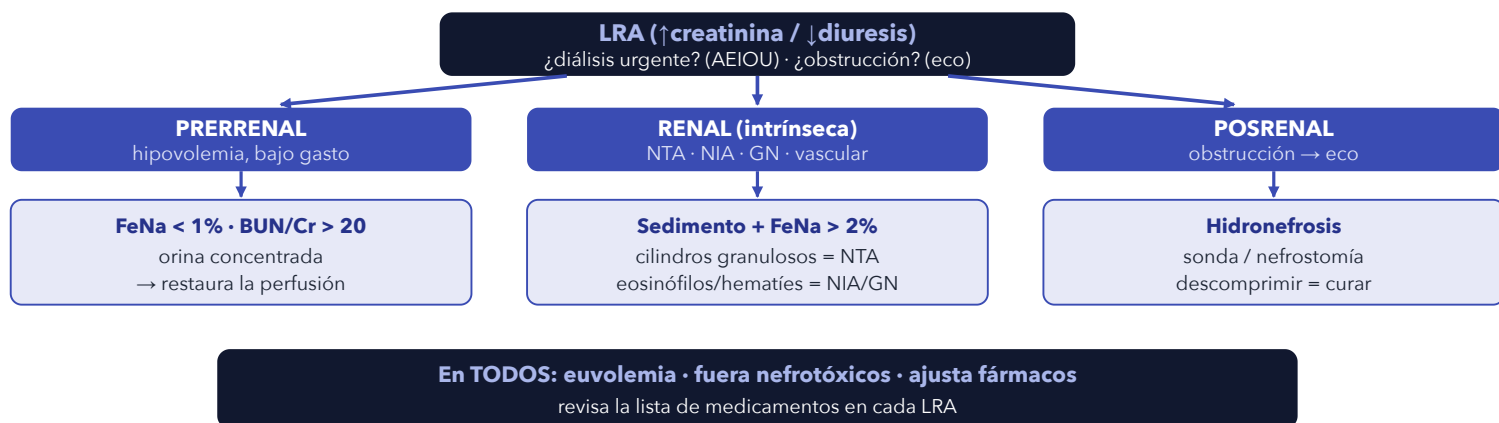
- 01 Dos preguntas primero
- 02 Abordaje de la LRA
- 03 Definición y estadios
- 04 Pre · renal · posrenal
- 05 Causas intrínsecas
- 06 Manejo
- 07 Diálisis urgente (AEIOU)
- 08 Nefrotóxicos
- 09 Síndromes especiales
- 10 Cuándo referir y biopsiar
- 11 Novedades 2025
- 12 Lo que sí funciona
- 13 Para llevar a la guardia

## 01 Dos preguntas antes que nada

### CAJA DE DECISIÓN

Ante un **ascenso de creatinina** o una **caída de la diuresis**: **(1) ¿hay indicación urgente de diálisis?** (acidosis, hiperK o sobrecarga refractarias, intoxicación, uremia sintomática). **(2) ¿Hay obstrucción?** Un **ultrasonido** descarta la causa posrenal, que es **reversible**. Resueltas esas, clasifica en **prerrenal, renal o posrenal** y trata la causa.

## 02 Abordaje de la lesión renal aguda



Abordaje de la LRA recreado por Sala-7. La FeNa pierde valor con diuréticos; usa la FeUrea (< 35% sugiere prerrenal) si el paciente los recibe.

## 03 Definición y estadios (KDIGO)

- **LRA** = ascenso de creatinina  $\geq 0.3$  mg/dL en 48 h, o  $\geq 1.5$  veces el basal en 7 días, o **diuresis**  $< 0.5$  mL/kg/h durante  $\geq 6$  h.
- **Estadio 1-3** según la magnitud del ascenso ( $1.5-1.9\times$ ,  $2-2.9\times$ ,  $\geq 3\times$  o  $\text{Cr} \geq 4$ ) y de la oliguria. El estadio orienta el pronóstico y la necesidad de nefrología.

## 04 Prerrenal vs renal vs posrenal

Tipo	Pistas	Laboratorio / sedimento
Prerrenal	Hipovolemia, IC, cirrosis, sepsis	<b>FeNa &lt; 1%</b> , BUN/Cr > 20, orina concentrada, sedimento limpio
NTA (renal)	Isquemia prolongada, nefrotoxinas	<b>FeNa &gt; 2%</b> , <b>cilindros granulosos pardos</b>
NIA (renal)	Fármacos (días-semanas), fiebre, rash	Leucocituria, <b>eosinófilos</b> , cilindros leucocitarios
Glomerular	HTA, edema, enfermedad sistémica	<b>Proteinuria, hematíes dismórficos / cilindros hemáticos</b>
Posrenal	Próstata, tumor, litos, vejiga	<b>Hidronefrosis</b> en el ultrasonido

## 05 Causas intrínsecas

- **Necrosis tubular aguda (NTA):** la más común en el hospital – **isquémica** (hipotensión, sepsis, cirugía) o **tóxica** (contraste, aminoglucósidos, pigmentos: rhabdomiólisis/hemólisis).
- **Nefritis intersticial aguda (NIA):** reacción a fármacos (AINE, β-lactámicos, IBP, alopurinol); suspender el agente suele bastar.
- **Glomerulonefritis / vascular:** GN rápidamente progresiva (busca **vasculitis ANCA**, anti-MBG, lupus), microangiopatía, ateroembolia. **El sedimento manda.**

## 06 Manejo

- **Trata la causa** y restaura la **euvolemia** (líquidos si prerrenal por hipovolemia; **quita** volumen si hay sobrecarga). No hay «dosis renal» de dopamina ni diuréticos que «protejan» el riñón.
- **Suspende nefrotóxicos** y **ajusta dosis** a la función renal; evita el **contraste** innecesario; vigila **potasio, ácido-base y volumen** a diario.

## 07 Indicaciones de diálisis urgente — AEIOU

### CUÁNDO NO ESPERAR

**Acidosis metabólica** grave refractaria · **Electrolitos:** **hiperpotasemia** refractaria o con cambios en el ECG · **Intoxicaciones dializables** (metanol, etilenglicol, litio, salicilatos) · **Overload:** **sobrecarga de volumen** refractaria a diuréticos (edema pulmonar) · **Uremia** sintomática (encefalopatía, pericarditis, sangrado). No es la cifra de creatinina la que dializa, sino estas **cinco**.

## 08 Nefrotóxicos y prevención

- Los grandes culpables: **AINE, aminoglucósidos, contraste yodado, vancomicina** (sobre todo con piperacilina-tazobactam), anfotericina, inhibidores de calcineurina.
- El **«triple golpe»** (IECA/ARA + diurético + AINE) precipita LRA prerrenal; revisalo en todo paciente con riñón en riesgo.

## 09 Síndromes especiales

Síndrome	Pista	Clave del manejo
Síndrome cardiorenal	IC descompensada + LRA	<b>Descongestionar</b> (diurético); la euvolemia mejora el riñón
Síndrome hepatorenal	Cirrosis avanzada, LRA sin otra causa, FeNa muy baja	<b>Albúmina + vasoconstrictor</b> (terlipresina/noradrenalina)
Rhabdomiólisis	CK muy alta, orina «coca-cola», mioglobina	<b>Hidratación IV agresiva</b> temprana
Nefropatía por contraste	↑Cr 48-72 h tras contraste	<b>Hidratación</b> ; riesgo a menudo sobreestimado
Ateroembolia de colesterol	Tras cateterismo; livedo, eosinofilia	Soporte; evitar nuevas instrumentaciones

## 10 Cuándo referir a nefrología y biopsiar

- **Refiere** si: la causa **no es clara** pese al abordaje, hay **sospecha de glomerulonefritis o vasculitis** (sedimento activo, proteinuria, enfermedad sistémica), la LRA es **grave o progresiva**, o aparece **indicación de diálisis**.
- La **biopsia renal** se reserva para cuando el resultado **cambia la conducta**: GN rápidamente progresiva, sospecha de NIA que no se resuelve al retirar el fármaco, o enfermedad sistémica con riñón afectado.
- Recuerda que la **creatinina va con retraso**: tras un insulto, sigue subiendo días; usa también la **tendencia de la diuresis** para juzgar la evolución.

## 11 Novedades 2025 (consenso · ESC)

### LO QUE AÑADEN LOS CONSENSOS 2025

Más allá de la creatinina (que llega tarde), los **biomarcadores** detectan el daño antes: **cistatina C** y **NGAL**, y los de paro del ciclo celular **[TIMP-2]·[IGFBP7]** estratifican el riesgo. La **prueba de estrés con furosemida** (1-1.5 mg/kg) ayuda a la cabecera: una buena respuesta de diuresis predice que **NO** progresará ni necesitará reemplazo.

- **Volumen guiado por congestión:** usa **POCUS/VExUS** (vena cava, Doppler venoso) para decidir entre **dar** o **quitar** líquido; en la sobrecarga, descongestiona (diurético → terapia de reemplazo continua) y baja la presión venosa. Reanima con **crystaloides balanceados**, no salino en gran volumen.
- **Reemplazo renal:** sin beneficio en iniciarlo **de rutina temprano** por estadio (STARTR-AKI); arráncalo por las indicaciones urgentes (AEIOU). Mantén **PAM ≥ 65** para perfundir la nefrona.

## LO QUE SÍ FUNCIONA – CHECKLIST DE LA LRA

- ✓ Primero: **¿diálisis urgente (AEIOU)?** y **¿obstrucción (eco)?**
- ✓ Clasifica **pre / renal / posrenal** con volemia, **FeNa** y **sedimento**.
- ✓ **Cilindros granulosos** = NTA; **eosinófilos** = NIA; **hematíes dismórficos** = glomerular.
- ✓ Trata la causa, logra **euvolemia**, **quita nefrotóxicos** y ajusta fármacos.
- ✓ Revisa el **«triple golpe»** y evita el contraste innecesario.
- ✓ La **creatinina sola** no dializa; lo hacen las **cinco de AEIOU**.

### PARA LLEVAR A LA GUARDIA

- LRA =  **$\uparrow\text{Cr} \geq 0.3/48 \text{ h}$ ,  $\geq 1.5\times /7 \text{ d}$  o diuresis  $< 0.5 \text{ mL/kg/h}$ .**
- **Eco** en toda LRA sin causa clara: la posrenal se cura descomprimiendo.
- **FeNa  $< 1\%$**  prerrenal; usa **FeUrea** si toma diuréticos.
- **AEIOU** manda la diálisis, no el número de creatinina.
- **Quita nefrotóxicos** y rompe el **triple golpe** (IECA+diurético+AINE).