

RESPUESTA A LA CARTA DE OSVALDO LÓPEZ-GASTÓN

Compromiso renal agudo: función – estructura

ALEJANDRO RISSO VAZQUEZ

Comité de Nefrología Crítica SATI

Correspondencia:
nefrologia@sati.org.ar

Evidentemente el autor da una descripción de los acontecimientos que sucedieron en la última década, donde se produjo una gran cantidad de bibliografía relacionada a la comprensión del compromiso renal agudo en los pacientes críticos, esto hizo que se haya generado una gran cantidad de terminología, pero paralelamente se realizaron clasificaciones para un lenguaje común. Así en el 2004 el grupo ADQI propuso el término **AKI** (*Injuria renal aguda*), como expresión de todo el espectro de la falla renal aguda (**ARF**)¹ y elaboró la clasificación **RIFLE** que representa estadios crecientes de severidad: Risk (R), Injury (I), Failure (F) y dos clases en relación al pronóstico: Lost (L) y End (E) en relación a enfermedad renal Terminal. Los tres grados iniciales de severidad están definidos sobre la base de cambios en la creatinina sérica (sCr) o el ritmo urinario. Los dos criterios de pronóstico están definidos por la duración de la pérdida de la función renal. La incorporación de la clasificación RIFLE creó un nuevo paradigma. Así en el año 2006, Eric Hoste y colaboradores hallaron que solamente el 14% de los pacientes que alcanzaron la clasificación F de RIFLE recibieron terapia de reemplazo renal (TSR), sin embargo, estos pacientes presentaron una mortalidad cinco veces mayor que la misma población de pacientes internados en la UCI sin falla renal Aguda (FRA).² Los pequeños incrementos en los valores de creatinina han mostrado tener un sustancial impacto sobre la mortalidad.

Posteriormente el grupo ADQI en el 2007 y otras sociedades³ propusieron un nuevo sistema de diagnóstico y clasificación el **AKIN**, que consideró tres estadios de compromiso renal, un valor de Cr y del tiempo de su elevación. Amplía la sensibilidad del método al incluir en el estadio 1 aumentos de Cr pl. $\geq 0,3$ mg/dl. Pequeñas modificaciones Cr se relacionan en los estudios con mayor mortalidad. Y especifican que los cambios agudos de la sCr es aquel que se produce dentro de un periodo de 48 horas.⁴

A pesar de las limitaciones que describió el autor con las clasificaciones actuales, estas son las herra-

mientas que tenemos en la actualidad para poder definir AKI y deberían tomarse como guía para el diagnóstico en la práctica diaria en la unidad de cuidados críticos. Los estadios de RIFLE son claramente definidos por lo que no se debería usar los estadios “*Injury*” (I) y “*Failure*” (F) como sinónimos. En el estudio de Hoste y cols.² los pacientes con RIFLE clase R al ingreso tuvieron un alto riesgo de pasar a estadios de I o F y axial la clase I o F tuvieron mayor estadía hospitalaria así como mayor mortalidad hospitalaria. Con respecto a los biomarcadores séricos y urinarios son un promisorio campo en el que se está trabajando desde el grupo de Ronco para desarrollar un diagnóstico precoz de AKI.

Sin duda que la definición actual de AKI sigue en revisión por lo que el estudio de la falla renal aguda en los pacientes críticos es tema de estudio en la actualidad y esto se evidencia con la abundancia de bibliografía de esta última década.

Bibliografía

1. Bellomo R, Ronco C, Kellum JA, Mehta RL, Palevsky P. Acute renal failure – definition, outcome measures, animal models, fluid therapy and information technology needs: the Second International Consensus Conference of the Acute Dialysis Quality Initiative (ADQI) Group. *Crit Care* 2004; 8: R204-R212.
2. Hoste E, et al. RIFLE. Criteria for acute kidney injury are associated with hospital mortality in critically ill patients: a cohort analysis. *Crit Care* 2006; 10(3): R73.
3. Mehta RL, Kellum JA, Shah SV, Molitoris BA, Ronco C, Warnock DG, Levin A. Acute Kidney Injury Network: Acute Kidney Injury Network: report of an initiative to improve outcomes in acute kidney injury. *Crit Care* 2007; 11: R31.
4. Cherry, et al. Accuracy of short duration creatinine clearance determinations in predicting 24-hour creatinine clearance in critically ill and injured patients. *J Trauma* 2002; 53: 267-271.