



# Injuria Renal Aguda: Artículos Originales.

Comunicaciones del XXI Congreso Latinoamericano de Nefrología e Hipertensión & VII Congreso Nacional de Nefrología e Hipertensión. Sociedad Ecuatoriana de Nefrología, Diálisis y Trasplante. Guayaquil, 27 al 30 de agosto de 2025.



## SLANH 2025

Submission Deadline

**June 13, 2025**

**Recibido:** Julio 2, 2025.

**Aceptado:** Julio 25, 2025.

**Publicado:** Agosto 2, 2025.

**Editor:** Dr. Franklin Mora B.

### Como citar:

Injuria Renal Aguda: Artículos Originales. Comunicaciones del XXI Congreso Latinoamericano de Nefrología e Hipertensión & VII Congreso Nacional de Nefrología e Hipertensión. Sociedad Ecuatoriana de Nefrología, Diálisis y Trasplante. Guayaquil, del 27 al 30 de agosto de 2025. REV SEN 2025;13(S1):500-534.

DOI: <http://doi.org/10.56867/137>

**Sociedad Ecuatoriana de Nefrología, Diálisis y Trasplantes.**

ISSN-L: 2953-6448



Copyright 2025, SLANH. This article is distributed under the [Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/), which allows the use and redistribution of the article, citing the source and the original author for non-commercial purposes.

## Resumen

La insuficiencia renal aguda indica disfunción sistémica en respuesta a una lesión en pacientes ingresados en cuidados intensivos. Las principales causas son la sepsis y la intoxicación. Se presentan los mejores pósteres de artículos originales que abordan temas de niveles de hierro, hiponatremia, mortalidad, uso de medio de contraste en injuria renal aguda.

### Palabras claves:

Injuria renal aguda, hiponatremia, hierro, medio de contraste.



# Efecto del uso de contraste yodado intravenoso en la función renal: Análisis retrospectivo en pacientes hospitalizados en un hospital de segundo nivel.

Injuria renal aguda

Concurso E-POSTER

Trabajo original

Iván Rosero

Hospital Vicente Corral Moscoso, Ecuador.

[nefrologoroseroviteri@gmail.com](mailto:nefrologoroseroviteri@gmail.com)

Diego Argudo

Hospital José Carrasco Arteaga, Ecuador.

**Introducción:** El temor a la nefropatía inducida por contraste ha condicionado durante años el uso de medios de contraste yodado, a pesar de avances en la formulación de agentes más seguros y estrategias de prevención. La evidencia actual es controvertida, con mayor tendencia al nulo efecto del contraste intravenoso sobre la función renal y sugiere que el riesgo de LRA asociada al contraste puede estar sobreestimado, especialmente en pacientes con función renal basal conservada o sin otras comorbilidades que condicionen por sí solas mayor riesgo de lesión renal aguda.

**Objetivo:** Determinar si existe una diferencia significativa en la incidencia de eventos renales entre pacientes hospitalizados expuestos a contraste yodado y aquellos no expuestos.

## Materiales y Métodos

Diseño: Estudio retrospectivo, observacional, de cohorte.

Población: Pacientes hospitalizados en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la Ciudad de Cuenca – Ecuador, entre enero de 2021 y diciembre de 2023.

Criterios de inclusión: mayores de 18 años, con creatinina basal documentada y seguimiento de al menos 72 horas tras el estudio contrastado.

Exclusión: Pacientes con enfermedad renal crónica estadio 4 o 5, terapia dialítica, trasplante renal previo, o datos incompletos.

Grupos:

Expuestos a contraste: n=342

No expuestos: n=298

Definición de evento renal: Lesión renal aguda definida por aumento de creatinina sérica  $\geq 0.3$  mg/dL o  $\geq 1.5$  veces el valor basal dentro de las 72 horas.

Análisis estadístico: Se utilizó prueba chi-cuadrado para variables categóricas y t de Student para variables continuas. Se realizó regresión logística multivariada para ajustar por factores de confusión.

**Resultados:** No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo que recibió contraste (n=342) y el grupo que no lo recibió (n=298) en relación con la edad media ( $66.4 \pm 12.1$  vs.  $65.9 \pm 11.7$  años;  $p=0.62$ ), proporción de hombres ( $54.3\%$  vs.  $55.0\%$ ;  $p=0.85$ ), prevalencia de diabetes mellitus ( $38.6\%$  vs.  $39.3\%$ ;  $p=0.84$ ) o hipertensión arterial ( $61.2\%$  vs.  $59.7\%$ ;  $p=0.70$ ). Tampoco se encontraron diferencias significativas en la creatinina basal ( $1.02 \pm 0.24$  vs.  $1.01 \pm 0.25$  mg/dL;  $p=0.71$ ) ni en el uso de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o antagonistas del receptor de angiotensina II (ARA-II) ( $29.8\%$  vs.  $31.1\%$ ;  $p=0.69$ ).

El uso de medio de contraste no se asoció significativamente con un mayor riesgo de evento renal (OR ajustado: 1.12; IC 95%: 0.67–1.89;  $p=0.65$ ). Tampoco se observaron asociaciones significativas con edad mayor de 70 años (OR: 1.31; IC 95%: 0.79–2.17;  $p=0.29$ ), presencia de diabetes mellitus (OR: 1.42; IC 95%: 0.

**Discusión:** Nuestros hallazgos muestran que la exposición a contraste no se asocia con un aumento significativo en la incidencia de LRA. Esto es consistente con estudios recientes que han cuestionado la existencia de una relación causal directa entre contraste y LRA en poblaciones seleccionadas.



Las limitaciones incluyen el carácter retrospectivo del estudio y la posibilidad de factores de confusión no medidos. Sin embargo, el ajuste multivariado robusto mitiga este riesgo.

**Conclusión:** En esta cohorte de pacientes hospitalizados, la administración de contraste yodado no se asoció con un aumento significativo de eventos renales. Estos resultados apoyan un enfoque más individualizado en la evaluación del riesgo renal al considerar estudios contrastados

## Letalidad en pacientes sépticos que desarrollaron lesión renal aguda en la UCI del Hospital Universitario Docente Central Fuerzas Armadas, enero-septiembre 2024.

Injuria renal aguda

E-Poster

Trabajo original

**Yeraldin Sánchez**

Hospital Universitario Docente Central Fuerzas Armadas, República Dominicana.

[yeraldin.sanchez03@gmail.com](mailto:yeraldin.sanchez03@gmail.com)

**Celso Campusano**

Hospital Universitario Docente Central Fuerzas Armadas, República Dominicana.

**Lisxandri Pérez Díaz**

Hospital Universitario Docente Central de las Fuerzas Armadas, República Dominicana.

Letalidad en pacientes sépticos que desarrollaron lesión renal aguda en la unidad de cuidados intensivos del hospital universitario docente central de las fuerzas armadas en enero de 2024 y septiembre de 2024.

**Introducción:** la lesión renal aguda (LRA) es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de enfermedad renal crónica (ERC), así como mayor morbimortalidad en pacientes críticos. La lesión renal aguda (LRA) se refiere a una disminución abrupta de la función renal, que resulta en la retención de urea y otros productos de desecho nitrogenados y en la desregulación del volumen extracelular y de los electrolitos. Se estima que alrededor del 50% de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) desarrollan algún grado de LRA, y entre un 30% y 50% de los pacientes sépticos presentan esta complicación. Aproximadamente 7,8 de cada 100 pacientes que tienen un episodio de LRA evolucionan a ERC.

**Objetivo:** Determinar la tasa de letalidad en pacientes sépticos que desarrollaron Lesión Renal Aguda en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Docente Central de las Fuerzas Armadas enero 2024 septiembre 2024.

**Material y Método:** Estudio retrospectivo de corte transversal. Se incluyeron los expedientes de los pacientes mayores de 18 años, ingresados en la unidad de cuidados intensivos con diagnóstico de sepsis con y sin LRA. La definición y estadificación de la LRA se realizó según los criterios KDIGO. Se analizaron variables tanto clínicas como de laboratorio.

**Resultados:** Se analizaron 66 pacientes, de los cuales 52 (78.8%) desarrollaron LRA. La tasa de letalidad entre los pacientes sépticos con LRA fue del 69,2%. El sexo masculino predominó (54%), pero no se encontró asociación significativa entre sexo y letalidad (64.3% en hombres vs. 75% en mujeres;  $p = 0.65$ ). El estadio I de LRA fue el más frecuente (57,7%). Las comorbilidades más prevalentes fueron hipertensión arterial (59,6%) y diabetes tipo 2 (42,3%). El foco infeccioso predominante fue el pulmonar y el mixto (34,6%). El uso de noradrenalina se asoció con un riesgo 1,28 veces mayor de desarrollar LRA, aunque sin significancia estadística ( $p = 0,102$ ). Sin embargo, su uso sí se asoció significativamente con mayor letalidad (63.4% en fallecidos vs. 32% en sobrevivientes;  $p = 0.013$ ; OR: 3.69; IC 95%: 1.28–10.6; RR: 1.86; IC 95%: 1.14–3). La acidosis metabólica fue más frecuente entre los fallecidos (51.2% vs. 28%), con una tendencia a la significancia ( $p = 0.064$ ; OR: 2.70; IC 95%: 0.92–7.8; RR: 1.48; IC 95%: 0.99–2.2). No se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el tipo de foco infeccioso y la letalidad ( $p=0.19$ ), pero se observó una mayor proporción de mortalidad en pacientes con foco pulmonar (83%), abdominal (75%), piel y tejido blando (75%).

Incidencia de Lesión Renal Aguda en pacientes sépticos de la UCI, HUDCFFAA, Enero-Septiembre 2024

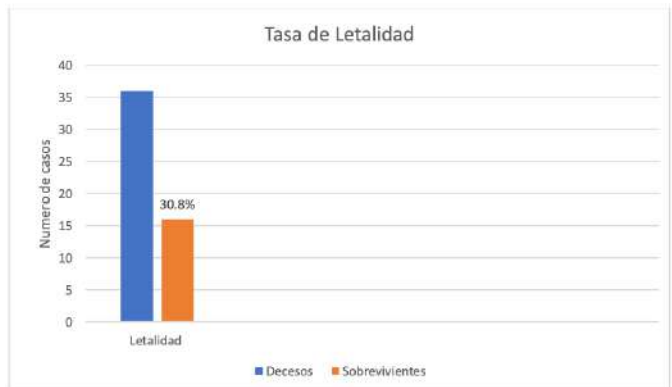
LRA	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
SI	52	78.8%	78.8%
NO	14	21.2%	100.0%



Incidencia de Lesión Renal Aguda en pacientes sépticos de la UCI, HUDCFFAA, Enero-Septiembre 2024

Tasa de Letalidad de los pacientes con sepsis que desarrollaron LRA, en la UCI, HUDCFFAA, Enero-Septiembre 2024

Letalidad	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
VIVO	16	30.8%	30.8%
FALLECIDO	36	69.2%	100.0%



Tasa de Letalidad de los pacientes con sepsis que desarrollaron LRA, en la UCI, HUDCFFAA, Enero-Septiembre 2024

**Conclusión:** La presentación de lesión renal aguda (LRA) en pacientes sépticos ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) se asoció con una elevada tasa de letalidad, alcanzando un 69.2% en esta cohorte, demostrando una mayor mortalidad, especialmente en presencia de disfunción hemodinámica, acidosis metabólica y ciertos focos infecciosos. Estos hallazgos destacan la relevancia de implementar intervenciones tempranas orientadas a la detección y manejo oportuno de la difusión renal en pacientes críticamente enfermos.



# Terapia de reemplazo renal extracorpórea continua: experiencia en el Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín. ¿Qué tan tarde es tarde?

Injuria renal aguda

E-Poster

Trabajo original

**Franklin Loachamin Caiza**

Hospital Carlos Andrade Marín, IESS, Ecuador.

[franklinloachamin@gmail.com](mailto:franklinloachamin@gmail.com)

**María José Montesdeoca Andrade**

Hospital Carlos Andrade Marín, IESS, Ecuador.

**Jorge Leonardo Espinosa Armijos**

Hospital Carlos Andrade Marín, IESS, Ecuador.

**Andrea Silvana Moya Delgado**

Hospital Carlos Andrade Marín, IESS, Ecuador.

**Marcia Alexandra Orejuela Luna**

Hospital Carlos Andrade Marín, IESS, Ecuador.

**Introducción:** La lesión renal aguda (LRA) es una condición multifactorial frecuente en hospitalizados, y más aún en unidades de terapia intensiva (UTI). La incidencia de LRA en los pacientes críticos varía entre el 50% y es un factor de riesgo independiente de mayor mortalidad en UTI. La gravedad y comorbilidades hacen imperativo el uso de terapias de reemplazo renal (TRRCe). El TRRCe hace referencia a las terapias que garantizan mantener la homeostasis de forma continua durante las 24 horas del día. Los tratamientos empleados en el manejo de la LRA varían desde una conducta conservadora, la diálisis peritoneal, la hemodiálisis (HD) y en años recientes en nuestro centro TRRCe. En el año 2024 se realizaron 8415 sesiones de HD, 115 realizadas en UTI. El momento de inicio de la TRRCe es discutible, debería ser más precoz en nuestro medio de acuerdo a estudios ya realizados.

**Objetivos:** Describir la casuística de pacientes bajo TRRCe en UTI.

Analizar las características de los pacientes.

Evaluar la condición clínica al momento de la prescripción de TRRCe y el desenlace con scores clínicos en nuestra población.

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo observacional, 10 meses, se incluyeron todos los pacientes que requirieron TRRCe desde el inicio de la implementación.

Criterios de inclusión: LRA KDIGO 3, anuria, sobrecarga de volumen con indicación de TRRCe. No se excluyó ningún paciente.

Para el análisis estadístico se usó SPSS, estadística descriptiva, promedio y desviación estándar de todos los datos del expediente clínico incluidos en el sistema AS400.

**Resultados:** Estudio descriptivo retrospectivo: 17 pacientes atendidos en UTI entre julio de 2024 y abril de 2025, 12 hombres y 5 mujeres, edad promedio 63 años +/- 17,6; 6 pacientes tenían Enfermedad Renal Crónica (ERC) previa, la escala de gravedad aplicada dentro de las 24 horas de ingreso a UTI fueron APACHE II de 23,12 +/- 10, SOFA de 13,29 +/- 4,2, el 76,5% se encontraba con doble vasopresor. A la valoración inicial: creatinina promedio: 4,8 mg/dl +/- 2,6, BUN: 124,81 +/- 65,3. El choque séptico constituyó el 58,8%, choque hipovolémico: 23,52% y choque mixto: 17,64%. El 52,9% tenía compromiso multiorgánico, el 100% en anuria y con un balance acumulado aproximado de 1,95 litros +/- 0,4 litros. Todos los pacientes recibieron hemodiálisis venovenosa continua con anticoagulación regional, dosis inicial promedio de 29,88 ml/kg/h +/- 3,1, promedio de horas de tratamiento: 42,72 horas +/- 27,3, el 17,64% presentó como complicación sobrecarga de citrato.



TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL EXTRACORPÓREA CONTINUA: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CARLOS ANDRADE MARIN. ¿QUE TAN TARDE ES TARDE?

Tabla 1.

VARIABLES DEMOGRÁFICAS			SCORE	
EDAD	63 años +/- 17,6		0-4	0 (0%)
GENERO	M: 70.58%	F: 29.41%	5-9	1 (5.88%)
			10-14	3 (17.65%)
VARIABLES CLÍNICAS			15-19	4 (23.53%)
			20-24	2 (11.76%)
ERC previa	SI: 35.29%	NO: 64.70%	25-29	0 (0%)
CREATININA	4.8 mg/dl +/- 2,6		30-34	4 (23.53%)
BUN	124,81 +/- 65,3		>34	3 (17.65%)
BALANCE ACUMULADO	1.95 litros +/- 0.4 litros		0-1	0 (0%)
TIPO DE CHOQUE	CHOQUE SEPTICO	58.8%	2-3	0 (0%)
	CHOQUE HIPOVOLEMICO	23.52%	4-5	0 (0%)
	CHOQUE MIXTO	17.64%	6-7	3 (17.65%)
			8-9	1 (5.88%)
			10-11	1 (5.88%)
			12-14	5 (29.42%)
			>14	7 (41.17%)

**Conclusiones:** La TRRCe se ha propuesto como una opción de tratamiento en pacientes en estado de gravedad e inestabilidad hemodinámica absoluta, a pesar de su utilidad, no podemos demostrar que la sobrevida sea mayor en los pacientes que recibieron TRRCe. El tiempo y la indicación de TRRCe demuestra que el inicio de la terapia es tardío, lo cual influye en los desenlaces, el 100% de pacientes inician en anuria, el choque séptico es la principal causa de LRA, la afectación multiorgánica fue frecuente, los scores SOFA, y APACHE II muestran relación con la mortalidad, el score APACHE II es un buen indicador de alerta temprana de fallecimiento en nuestro estudio. Se recomienda establecer seguimiento de los pacientes con evolución favorable para valorar la sobrevida posterior al egreso del área crítica y al alta hospitalaria.

## The effect of intravenous iron on MAKE in acute kidney injury ferropenic patients: a phase 2, randomized, double-blind, controlled trial.

Injuria renal aguda

E-Poster

Trabajo original

**Alejandro Martínez Gallardo González**

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

[dr.alejandromg@gmail.com](mailto:dr.alejandromg@gmail.com)

**Jonathan Chavez**

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

**Luz Alcantar Vallin**

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

**Guillermo Navarro Blackaller**

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

**Ramón Medina González**

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

**Juan Alberto Gómez Fregoso**

[juanilloltg@gmail.com](mailto:juanilloltg@gmail.com)

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

**Francisco Gonzalo Rodríguez García**

[gonzalorog@gmail.com](mailto:gonzalorog@gmail.com)

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

**Gabriela Abundis Mora**

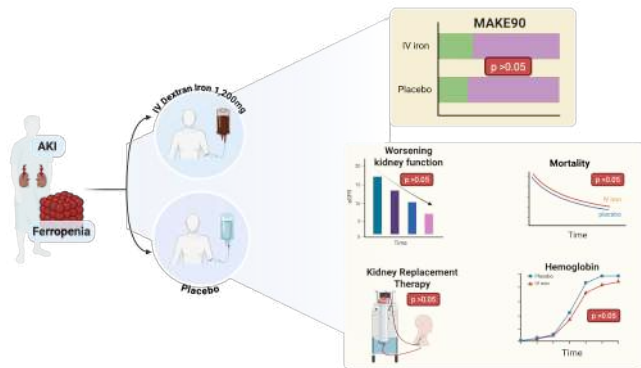
Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Mexico.

**Background:** During AKI, ferropenia may contribute to worse clinical outcomes by interfering with cellular repair. Correcting ferropenia with intravenous (IV) dextran iron may reduce the risk of major adverse kidney events(MAKE). We aimed to assess if IV iron was more efficacious than conventional management for reducing MAKE in AKI-ferropenic patients.

**Methods:** In a phase 2 randomized controlled trial, from July 2022 to September 2024, patients with AKI and ferropenia (iron levels <13 µmol/L or a transferrin saturation <20%) were eligible. We randomly assigned 120 patients to the control (N=62) and intervention groups (single 1,200 mg IV dextran iron infusion; N=58). The primary outcome was the risk of MAKE at 90 days (MAKE90). MAKE was defined as death, kidney replacement therapy (KRT), or worsening kidney function. Each component of MAKE and hemoglobin was a secondary outcome.



**Results:** The primary outcome MAKE90 occurred in 48 patients in the IV iron group and 47 in the control group (82% versus 75%;  $P=0.37$ ). Individual components of MAKE were similar in both groups, 36 (62.1%) versus 38 (61.3%) had worsened kidney function; 14 (24.1%) versus 13 (21%) initiated KRT, and mortality was 43.1% and 38.7% in the IV iron and control groups, respectively ( $p>0.05$  for all). Hemoglobin values and adverse events did not differ between groups during the study.



**Conclusion:** In patients with AKI and ferropenia, a single dose of IV iron, compared to usual care, did not improve clinical outcomes evaluated by MAKE90, the hemoglobin value, but was safe.

**Trial registration:** ClinicalTrials.gov, ID: NCT05960227 registered 09/19/2022, IRB approval 159/22.

## Prophylactic anticoagulation on major bleeding events in hospitalized chronic kidney disease (CKD) and lower limb fracture patients: a phase 2, randomized, double-blind, controlled trial

Injuria renal aguda

E-Poster

Trabajo original

**Alejandro Martínez Gallardo González**

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.  
dr.alejandromg@gmail.com

**Jonathan Chavez**

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

**Guillermo Navarro Blackaller**

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

**Ramón Medina González**

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

**Juan Alberto Gómez Fregoso**

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

**Luz Alcántar Vallín**

luzalcantarvallin@gmail.com

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

**Gabriela Abundis Mora**

dra.amgabundis@gmail.com

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

**Francisco Gonzalo Rodríguez García**

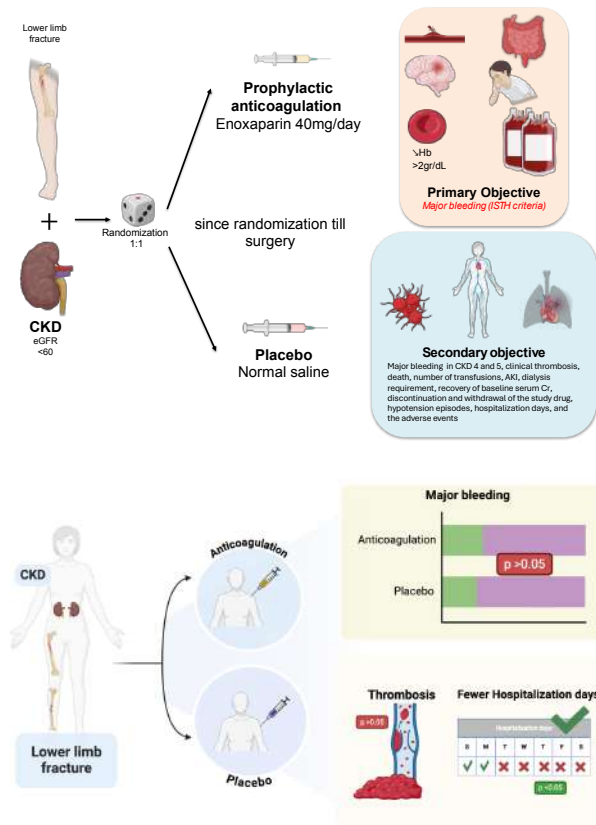
Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

**Background:** During hospitalization with fractures and advanced CKD, the risk of thrombosis increases, so prophylactic anticoagulation is recommended, but the risk of bleeding may be greater. We aimed to assess whether enoxaparin (anticoagulation) or placebo (no anticoagulation) is different in major bleeding and thrombosis.

**Methods:** In a phase 2 randomized controlled trial. We randomly assigned 61 patients to placebo ( $N=30$ ) and anticoagulation groups (enoxaparin 40 mg;  $N=31$ ). The primary outcome was the risk of significant bleeding. Secondary objectives were risk of thrombosis, death, number of transfusions, dialysis requirement, hospitalization days, and adverse events (AEs).

**Results:** Both groups were similar, with a mean age of 65 years; 54% women, eGFR 24 ml. Hip, femur, and tibia fractures (45.9%, 31.1% and 23%). Major bleeding occurred in 5 (16.1%) in the enoxaparin and 4 (13.3%) in the placebo group.

After adjusted analysis, comparing enoxaparin with placebo, no increase in the risk of bleeding (OR 1.28,  $p = 0.741$ ), nor was there a difference when stratifying by CKD stages ( $p > 0.05$ ). The frequency of thrombosis occurred in 2 (6.7%) patients in the placebo group and 1 (3.2%) in the enoxaparin group ( $p = 0.61$ ). Hospitalization days were fewer in the placebo compared to enoxaparin (14 vs 19,  $p = 0.023$ ), reducing the hospital stay by 5.3 days (OR 5.31,  $p 0.046$ ). AEs gastrointestinal bleeding in 2 1 patients in the placebo and enoxaparin groups, respectively.



**Conclusion:** In advanced CKD and lower limb fracture, prophylactic anticoagulation with enoxaparin, compared with no anticoagulation, did not promote more major bleeding or prevent DVT, but prolonged hospitalization by 5 days.

ClinicalTrials.gov, ID NCT06795698

## Prevalencia de Lesión Renal Aguda en pacientes hospitalizados en dos instituciones de salud de tercer nivel.

Injuria renal aguda

E-Poster

Trabajo original

Cesar Toral Cenrenal

Ecuador

[ctoral@uazuay.edu.ec](mailto:ctoral@uazuay.edu.ec)

Carlos Eduardo Astudillo Silva

Universidad del Azuay, Ecuador.

Juan José Idrovo Soliz

Universidad del Azuay, Ecuador.

**Introducción:** Los pacientes durante el periodo de hospitalización son más propensos a desarrollar lesión renal aguda, ya que están expuestos a distintos factores de riesgo. Generalmente, esta patología tiene diversas etiologías y consecuencias que pueden complicar la recuperación y aumentan el riesgo de mortalidad del paciente, además de alterar el tratamiento farmacológico y prolongar el tiempo de hospitalización, siendo una repercusión tanto clínica como económica. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de Lesión Renal Aguda durante la hospitalización en servicios de Medicina Interna, Cirugía y Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital Santa Inés y el Hospital Universitario del Río durante el año 2023. **Metodología:** Se realizó un estudio tipo transversal analítico donde se seleccionó como muestra a todos los ingresos que cumplieron los criterios de inclusión, comprendidos entre el 01 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023 en ambos Centros de Salud. Los datos fueron tabulados en Microsoft Excel 2023 y el análisis estadístico se realizó en Jamovi.

**Resultados:** Del total de 885 pacientes que entraron en el estudio, 96 desarrollaron LRA, con una prevalencia de 10,85%; de estos pacientes, 39 (40,63%) fueron femeninos y 57 (59,37%) masculinos. El estadio de mayor aparición fue AKIN I (68%), seguido de AKIN II (27%) y finalmente AKIN III (5%). El servicio en donde se presentó con mayor frecuencia esta enfermedad fue UCI y el de menor frecuencia fue Cirugía.

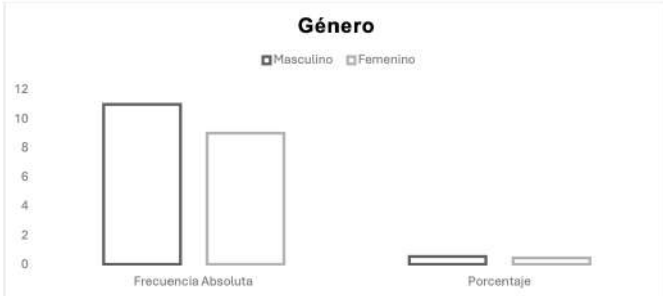
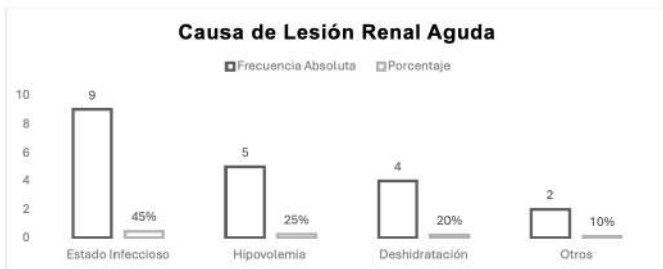


**Tabla 1. Prevalencia de Lesión Renal Aguda**

Lesión Renal Aguda	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta Acumulada	Frecuencia Relativa	Porcentaje
Con Lesión Renal Aguda	20	20	0.097	9.66%
Sin Lesión Renal Aguda	187	207	0.903	90.34%
<b>TOTAL</b>	<b>207</b>	<b>207</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>

**Tabla 2. Clasificación de Lesión Renal Aguda por AKI**

Clasificación por AKI	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta Acumulada	Frecuencia Relativa	Porcentaje
AKI I	18	18	0.900	90%
AKI II	1	19	0.050	5%
AKI III	1	20	0.050	5%
<b>Total:</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>1.000</b>	<b>100%</b>



**Conclusión:** La prevalencia de LRA en nuestro estudio fue baja en comparación a la de otros estudios. Además, la prevalencia fue más alta en pacientes que se encontraban en el servicio de UCI.

## Outcomes of initiating peritoneal dialysis versus hemodialysis in severe kidney failure.

Injuria renal aguda

E-Poster

Trabajo original

**Alejandro Martínez Gallardo González**

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

[dr.alejandromg@gmail.com](mailto:dr.alejandromg@gmail.com)

**Jonathan Chavez**

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

**Ramón Medina González**

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

**Guillermo Navarro Blackaller**

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

**Francisco Gonzalo Rodríguez García**

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

**Juan Alberto Gómez Fregoso**

[juanilloltg@gmail.com](mailto:juanilloltg@gmail.com)

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

**Luz Alcantar Vallin**

[luzalcantarvallin@gmail.com](mailto:luzalcantarvallin@gmail.com)

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

**Gabriela Abundis Mora**

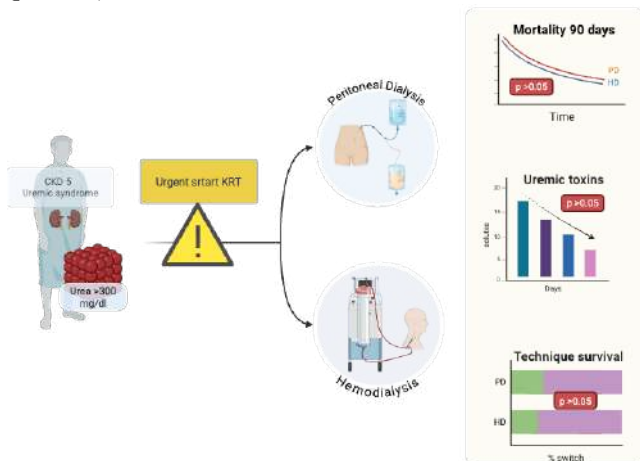
Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

**Background:** Urgent start of peritoneal dialysis (PD) may often be avoided due to concerns of efficacy among those with symptomatic kidney failure. We sought to evaluate mortality risks and other clinical outcomes in individuals starting PD vs. hemodialysis (HD), urgently restricted to those with symptomatic kidney failure.

**Methods:** In this prospective single-center cohort, individuals who were dialysis-naïve and hospitalized with symptomatic kidney failure, defined as a urea value >300 mg/dL, were eligible. The primary outcome was 90-day mortality between those starting PD and HD. Secondary outcomes included changes in biochemical parameters (potassium, sodium, bicarbonate), ability to remain on the initial dialysis modality, fluid removal, and complications related to PD and HD access.

**Results:** Between May 2022 and 2024, 120 received PD and 103 received HD, being 73% male with a median age of 43 years. Mortality at 90 days was 29.1% for HD and 20.8% for PD, who died at 90 days with an adjusted risk of death (aHR of 1.26, 95% CI 0.73 to 2.18). The urea value decreased more

than 50% in both techniques ( $p = 0.10$ ) within the first seven days, with similar trends for serum potassium and bicarbonate. The total ultrafiltrate was greater by 1.2 liters in the HD compared with PD ( $p = 0.005$ ). Catheter dysfunction was lower in patients who received HD compared to those on PD (13.6% vs 26.7% (95% CI 2.7 to 23.5,  $p = 0.01$ ). By 90 days, 5.5% of patients in HD were switched to PD, and 10.5% of patients in PD were switched to HD, but this difference was not significant ( $p = 0.27$ ).



**Conclusion:** Among individuals with severe and symptomatic kidney failure, outcomes were similar between urgent start HD and PD. Further studies are necessary to confirm these results.

## Decrease in platelet count in patients with AKI and its association with major adverse kidney events.

Injuria renal aguda

E-Poster

Trabajo original

**Alejandro Martínez Gallardo González**

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.  
dr.alejandromg@gmail.com

**Jonathan Chavez**

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

**Ramón Medina González**

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México

**Guillermo Navarro Blackaller**

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México

**Francisco Gonzalo Rodríguez García**

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México

**Juan Alberto Gómez Fregoso**

juanillolgt@gmail.com

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México

**Luz Alcantar Vallin**

luzalcantarvallin@gmail.com

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México

**Gabriela Abundis Mora**

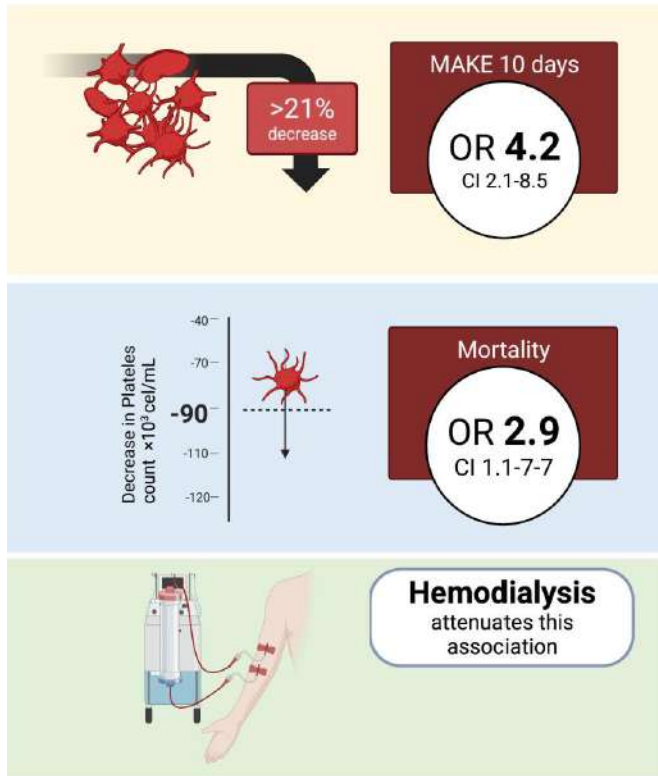
Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Mexico

**Introduction:** A reduction in platelet count in critically ill patients is a marker of the severity of the clinical condition. However, whether this association holds in acute kidney injury (AKI) is unknown. We analyzed the association between platelet reduction in patients with AKI and major adverse kidney events (MAKE).

**Methods:** In this retrospective cohort, we included AKI patients at the Hospital Civil of Guadalajara. Patients were divided according to whether their platelet count fell by more than 21% during the first 10 days. Our objectives were to analyze the associations between a platelet reduction of  $>21\%$  and MAKE at 10 days (MAKE-10) or at 30-90 days (MAKE 30-90) and death.

**Results:** From 2017 to 2023, 400 AKI patients were included, 134 of whom had a  $>21\%$  reduction in platelet count. The mean age was 54 years, 60% were male, and 44% had sepsis. The mean baseline platelet count was  $194 \times 10^3$  cells/L/L, and 65% of the KDIGO3 patients met these criteria. Those who underwent hemodialysis (HD) had lower platelet counts. After multiple adjustments, a platelet reduction  $>21\%$  was associated with MAKE-10 (OR 4.2, CI 2.1-8.5) but not with

MAKE 30-90. The mortality risk increased 3-fold (OR 2.9, CI 1.1-7.7,  $p=0.02$ ) with a greater decrease in the platelets ( $<90 \times 10^3$  cells/L/ $\square$ L). As the platelets decreased, the incidence of MAKE was more likely to increase. These associations lost significance when accounting for starting HD.



**Conclusions:** In our retrospective cohort of patients with AKI, a  $>21\%$  reduction in platelet count was associated with MAKE. Our results help generate hypotheses and motivate us to continue studying this association with a more robust design.

**Published:** Ren Fail. 2024 Dec;46(1):2359643. doi: 10.1080/0886022X.2024.2359643. PMID: 38869010

## AKI associated with intestinal ostomies.

Injuria renal aguda

Concurso E-POSTER

Trabajo original

**Alejandro Martínez Gallardo González**

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.  
dr.alejandromg@gmail.com

**Jonathan Chavez**

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

**Ramón Medina González**

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

**Guillermo Navarro Blackaller**

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

**Francisco Gonzalo Rodríguez García**

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

**Juan Alberto Gómez Fregoso**

juanilloltg@gmail.com

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

**Luz Alcantar Vallin**

luzalcantarvallin@gmail.com

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

**Gabriela Abundis Mora**

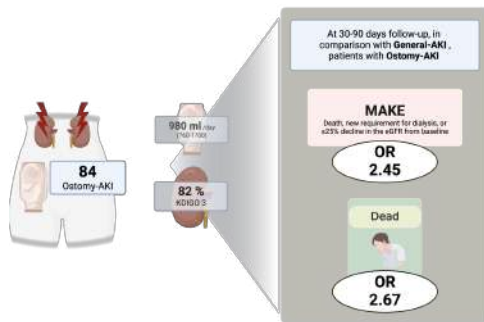
Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

People with ostomies can have high output and be complicated by acute kidney injury (AKI). The clinical description of these patients and their association with the composite of major adverse kidney events (MAKE) has not been explored in depth.

**Methods:** A retrospective cohort study was conducted at the Hospital Civil of Guadalajara. We included patients with AKI associated with ostomies (Ostomy-AKI). We compared them with AKI of other etiologies (General-AKI), with the objectives of describing and differentiating their clinical presentation and their association with early MAKE (MAKE10) and after 30-90 days (MAKE 30-90), in addition to their individual components, such as death, new requirement for dialysis, or  $\geq 25\%$  decline in the eGFR from baseline.

**Results:** From February 2020 to October 2023, 84 patients with Ostomy-AKI were included and compared with 348 with General-AKI. The total cohort is composed mainly of men (59.3%), with a mean age of 55 years. In AKI-Ostomy patients, who were predominantly males (78.7 vs 56.2%), the output through the ostomy was 980 ml /day (760-1700), 82.9% required fluid adjustment; the cause of the ostomy was cancer in

46% and they had an average of 2.3 months with it. The etiology of AKI was frequently due to hypovolemia (48.9 vs 24.5%), and they had AKI KDIGO 3 more regularly (82.9 vs 63.9%). Both groups had the same frequency of MAKE10 (94%), as did their individual components. The MAKE30-90 occurred more frequently in Ostomy-AKI (65.9 vs 49.3%), increasing more than two-fold the risk (OR 2.459, CI 1.13-5.33,  $p = 0.023$ ), and it was very similar to its individual component of death (59.5 vs 37%) (OR 2.678, CI 1.26-5.68,  $p = 0.010$ ).



**Conclusions:** In comparison with General-AKI, patients with Ostomy-AKI present with more hypovolemia and higher mortality during the 30-90 day follow-up, and a 2.5-fold increased risk of MAKE, especially that of mortality.

## Nutritional parameters associated with hospital mortality in patients with acute kidney injury.

Injuria renal aguda

E-Poster

Trabajo original

**Alejandro Martínez Gallardo González**

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

[dr.alejandromg@gmail.com](mailto:dr.alejandromg@gmail.com)

**Jonathan Chavez**

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

**Ramón Medina González**

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

**Guillermo Navarro Blackaller**

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

**Francisco Gonzalo Rodríguez García**

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

**Luz Alcantar Vallin**

[luzalcantarvallin@gmail.com](mailto:luzalcantarvallin@gmail.com)

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

**Gabriela Abundis Mora**

[dra.amgabundis@gmail.com](mailto:dra.amgabundis@gmail.com)

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

Acute kidney injury (AKI) in hospitalized patients is associated with metabolic alterations, malnutrition, and higher mortality; however, existing information on nutritional aspects in these patients is scarce. The study aimed to investigate whether there is an association between some nutritional markers and mortality.

**Methods:** A single-center prospective study conducted in hospitalized adults with AKI who had nutritional evaluation at baseline consisting of dietary intake, anthropometric measures, and subjective global assessment (SGA). Nutritional intake and SGA were obtained from direct evaluation or from the clinical record in patients with nutritional support (enteral or parenteral nutrition). A logistic regression was performed to identify variables associated with in-hospital mortality.

**Results:** One hundred and two patients were included, 73 were men, mean age  $53 \pm 17$  years, main AKI etiologies were sepsis, half had AKI 3, and 40% required KRT. Hospital mortality occurs in 36% of cases. 26% of patients were fasting at AKI diagnosis; oral nutrition was indicated in 53% of cases, while 14% and 7% received enteral and parenteral nutrition, respectively. Protein and energy intake were 0.45 (0.2-0.7) g/kg



and 13 (7- 23)kcal/kg, respectively. Mortality was more frequent in a fasting state ( $p=0.004$ ). No differences were found in energy and protein intake between groups. In the logistic regression analysis, fasting at AKI diagnosis increased the risk of dying (OR 3.53,  $p=0.03$ ) with an AUC 0.67. Moderate-severe wasting was present at AKI diagnosis in 34% of cases; this event was not associated with mortality.

**Conclusions:** In our prospective cohort of patients with AKI, we found a high proportion of wasting, nutrient intake was below recommendations, and that a third of the patients were fasting at the time of AKI diagnosis, which was strongly associated with higher in-hospital mortality.

## Blood transfusion reactions and risk of acute kidney injury and major adverse kidney events.

Injuria renal aguda

E-Poster

Trabajo original

**Alejandro Martínez Gallardo González**

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.  
dr.alejandromg@gmail.com

**Jonathan Chavez**

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

**Ramón Medina González**

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

**Guillermo Navarro Blackaller**

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

**Francisco Gonzalo Rodríguez García**

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

**Juan Alberto Gómez Fregoso**

juanilloltg@gmail.com

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

**Luz Alcantar Vallin**

luzalcantarvallin@gmail.com

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

**Gabriela Abundis Mora**

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

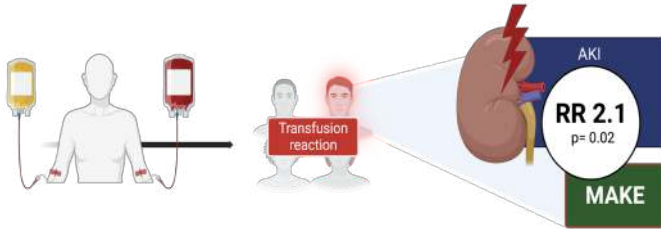
Blood transfusion reactions (TR) may hurt organ function. It is unknown whether this association holds for acute kidney injury (AKI) and major adverse kidney events (MAKE).

**Methods:** In this retrospective cohort study, we included patients who had a transfusion of blood products during hospitalization. We analyzed them according to the development of TR, and the aim was to assess the association between TR and AKI during long-term follow-up.

**Results:** From 2017 to 2021, 81,635 patients received a blood product transfusion, and 516 were included in our study.

The most common transfusion was red blood cell packaging (50.4%), fresh frozen plasma (28.7%), and platelets (20.9%); of the 516 patients, 129 (25%) had transfusion reactions. Patients who had transfusion reactions were older and had more comorbidities. The most common type of transfusion reaction was an allergic reaction (70.5%), followed by a febrile nonhemolytic reaction (11.6%) and an anaphylactoid reaction (8.5%). Most cases were considered mild. Acute kidney injury was more

prevalent among those who had transfusion reactions (14.7%) than among those who did not (7.8%),  $p = < 0.01$ ; those with AKI had a higher frequency of diabetes, vasopressors, and insulin use. Transfusion reactions were independently associated with the development of AKI (RR 2.1,  $p = < 0.02$ ). Major adverse kidney events were more common in those with transfusion reactions. The mortality rate was similar between subgroups.



**Conclusions:** In our retrospective cohort of patients who received blood product transfusions, 25% experienced TR, and this event was associated with a 2-fold increase in the probability of developing AKI and some of the MAKE during long follow-up.

## SGLT2i treatment during AKI and its association with major adverse kidney events.

Injuria renal aguda

E-POSTER

Trabajo original

**Alejandro Martínez Gallardo González**

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

[dr.alejandromg@gmail.com](mailto:dr.alejandromg@gmail.com)

**Jonathan Chavez**

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

**Ramón Medina González**

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

**Guillermo Navarro Blackaller**

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

**Francisco Gonzalo Rodríguez García**

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

**Juan Alberto Gómez Fregoso**

[juanilloltg@gmail.com](mailto:juanilloltg@gmail.com)

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

**Luz Alcantar Vallin**

[luzalcantarvallin@gmail.com](mailto:luzalcantarvallin@gmail.com)

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

**Gabriela Abundis Mora**

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

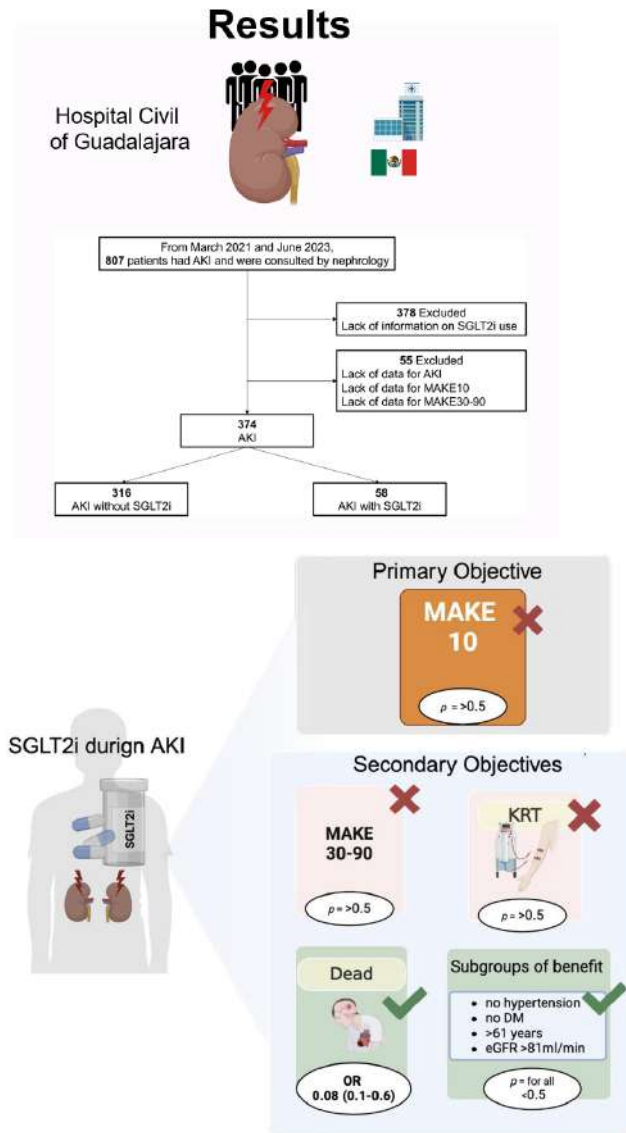
**Introduction:** The association between sodium–glucose co-transporter 2 inhibitors (SGLT2is) during acute kidney injury (AKI) and the incidence of major adverse kidney events (MAKEs) is not known.

**Methods:** The primary objective was the risk of MAKEs during the first 10 days (MAKE10). Secondary objectives were each MAKE contributor, such as KRT or death, and MAKEs during the medium follow-up period of 30–90 days (MAKE30–90). In addition, a stratification analysis for outcomes across different subgroups.

**Results:** SGLT2i use was not associated with the risk of MAKE10 (OR 1.08, 0.45–2.56) or with MAKE30–90 (OR 0.76, 0.42–1.36). For death, the stepwise approach demonstrated that SGLT2i was associated with a reduced risk (OR 0.08; 0.01–0.64), and no effect was found for KRT. The subgroups of patients who experienced a reduction in the risk of MAKEs were those older than 61 years, those with an eGFR



>81, and those without a history of hypertension or DM ( $p \leq 0.05$  for all).



**Conclusions:** The use of SGLT2i during AKI did not affect short- or medium-term MAKEs, but some subgroups of patients may have experienced benefits from SGLT2i treatment.

## Acute kidney injury with hypernatremia and major adverse kidney events.

Injuria renal aguda

Concurso E-POSTER

Trabajo original

**Alejandro Martínez Gallardo González**

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.  
dr.alejandromg@gmail.com

**Jonathan Chavez**

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

**Ramón Medina González**

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

**Guillermo Navarro Blackaller**

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

**Francisco Gonzalo Rodríguez García**

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

**Juan Alberto Gómez Fregoso**

juanilloltg@gmail.com

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

**Luz Alcantar Vallin**

luzalcantarvallin@gmail.com

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

**Gabriela Abundis Mora**

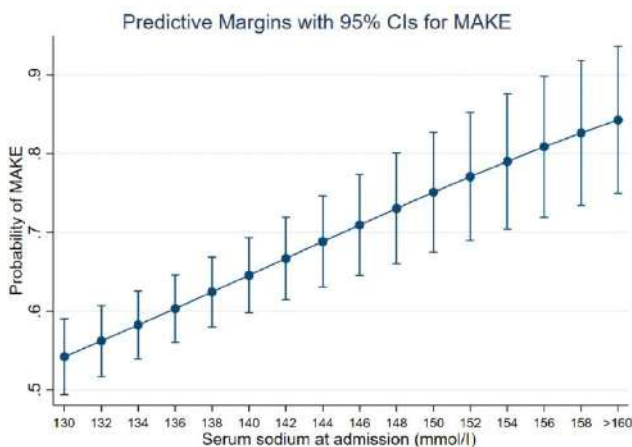
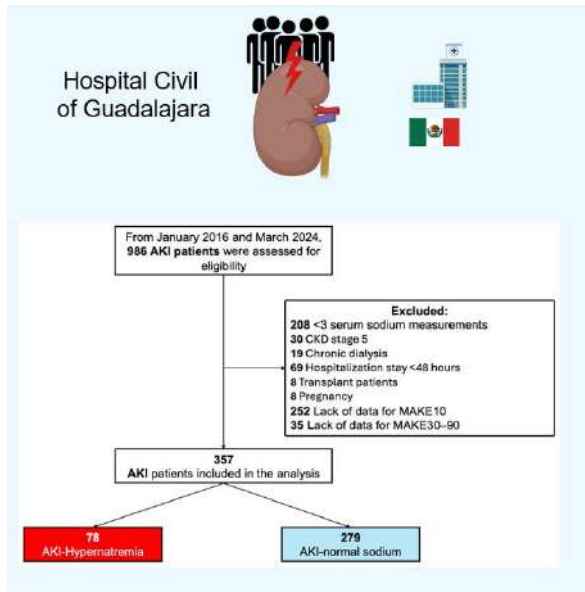
Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

**Introduction:** The Consequences of hypernatremia in acute kidney injury (AKI-hyperNa) are poorly understood. We analyzed the risk of major adverse kidney events( MAKE) in comparison with AKI and normal serum sodium( AKI-normalNa).

**Methods:** The primary outcome was to compare patients with AKI-hyperNa with AKI-normalNa in the risk of MAKE10. As secondary outcomes, we considered each of the MAKE components at 10 days, MAKE30–90, a granular association between serum sodium per 1 mEq/l increase and days spent with hyperNa, with the risk of MAKE.

**Results:** AKI-hyperNa were predominantly male( 73% vs 59%) , experienced hypernatremia for a longer duration( 3 days vs 0 days) , and took 5 days to normalize serum Na levels. After multivariate regression analysis, the AKI-hyperNa group had a higher risk of MAKE10 [OR 5.7, CI 2.5 to 12.89,  $p < 0.001$ , with an AUC of 0.79. Also, its components include mortality and decreased estimated eGFR (OR 2.13, CI 1.11 to 4.07,  $p = 0.021$ ) and OR 20.14, CI 7.69 to 10.03,  $p = 0.001$ , respectively. A similar trend was found for MAKE30–90 (OR 4.17, CI 1.73 to 10.03,  $p \leq 0.001$ ). A gradual increase in serum sodium was

associated with a higher risk of MAKE (OR 1.07, CI 1.04 to 1.11,  $p \leq 0.001$ ), as was the number of days spent with hypernatremia (OR 1.51, CI 1.22 to 1.87,  $p = 0.001$ ).



**Conclusions:** In this cohort, AKI-hyperNa compared with AKI-normalNa had a fivefold risk of short- and long-term MAKE. This event was more frequently observed as serum sodium increased, and it was closely related to the number of days that hypernatremia persisted.

## Implicaciones clínicas de la lesión renal aguda, su relación con el grupo etario y la mortalidad en adultos críticamente enfermos con infección por SARS-COV-2 durante el año 2021.

Injuria renal aguda

E-Poster

Trabajo original

Jorge Luis Acosta Muñoz

Universidad Simón Bolívar, Colombia.

dr.jorge861025@hotmail.com

Carlos Musso

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

La lesión renal aguda (LRA) es una manifestación grave en pacientes con COVID-19. Su presencia se relaciona con vigilancia en cuidados intensivos, mayores complicaciones y un mal pronóstico.

**Objetivos:** Evaluar las implicaciones clínicas de LRA, su relación con el grupo etario y la mortalidad en adultos críticamente enfermos con infección por SARS-CoV-2.

**Materiales y métodos:** analítico, correlacional, retrospectivo. Se incluyeron pacientes  $\geq 18$  años con neumonía por SARS-CoV-2, ingresados a cuidados intensivos en Barranquilla (Colombia) entre enero y diciembre del año 2021. Se dividieron según la presencia de LRA y se caracterizó acorde con la edad. Los datos se evaluaron mediante regresión logística univariada. La mortalidad se determinó a través de cocientes de riesgos instantáneos (HR) con intervalos de confianza al 95%.

**Resultados:** Se incluyeron 199 pacientes. La prevalencia de LRA fue 59,8% y fue frecuente entre 45 y 65 años. Los pacientes con LRA presentaron APACHE II elevado, presencia de diabetes mellitus (27.6%), necesidad de VMI (75.4%), aminos vasoactivas y altos niveles de ferritina y lactato deshidrogenasa (LDH). La presencia de LRA no influyó en un riesgo de mortalidad (HR = 1.73; IC 95% [1.12 – 2.68];  $p = 0.013$ ).



**Tabla 1.** Características de las variables demográficas, comorbilidades asociadas y gravedad de los pacientes críticamente enfermos con y sin lesión renal aguda.

Variables, n (%)	Total N=199	LRA n=119	No LRA n=80	Valor p <sup>a</sup>
<b>Demográficas</b>				
Edad, mediana, años (*)	62 (49 – 69.5)	62.5 (50 – 70)	61.5 (46.8 – 69)	0.537 <sup>a</sup>
21 – 44 años	39 (19.6)	22 (18.5)	17 (21.3)	0.630 <sup>b</sup>
45 – 65 años	83 (41.7)	51 (42.9)	32 (40)	0.689 <sup>b</sup>
>65 años	77 (38.7)	46 (38.7)	31 (38.8)	0.989 <sup>b</sup>
Masculino, n (%)	111 (55.8)	71 (59.7)	40 (50)	0.178 <sup>b</sup>
qSOFA, admisión, mediana (*)	2 (1 – 2)	2 (1 – 3)	1 (1 – 2)	0.006 <sup>a</sup>
APACHE II, admisión, mediana (*)	21 (16 – 30)	25 (16 – 30)	20 (16 – 28)	0.040 <sup>a</sup>
APACHE II ≥20 puntos, admisión, n (%)	125 (62.8)	80 (67.2)	45 (56.3)	0.116 <sup>b</sup>
<b>Comorbilidades asociadas, n (%)</b>				
Obesidad	70 (35.2)	41 (34.5)	29 (36.3)	0.795 <sup>b</sup>
Diabetes mellitus	55 (27.6)	39 (32.8)	16 (20)	0.048 <sup>b</sup>
Hipertensión arterial crónica	109 (54.8)	68 (57.1)	41 (51.2)	0.413 <sup>b</sup>
Enfermedad renal crónica	47 (23.6)	37 (31.1)	10 (12.5)	0.002 <sup>b</sup>
EPOC	18 (9)	14 (11.8)	4 (5)	0.103 <sup>b</sup>
<b>Intervenciones, n (%)</b>				
VMI	150 (75.4)	104 (87.4)	46 (57.5)	<.001 <sup>b</sup>
Vasoactivo	131 (65.8)	98 (82.4)	33 (41.3)	<.001 <sup>b</sup>
Inotrópico	82 (41.2)	59 (49.6)	23 (28.7)	0.003 <sup>b</sup>
Corticoides	165 (82.9)	99 (83.2)	66 (82.5)	0.899 <sup>b</sup>
<b>Hallazgos de laboratorio, admisión</b>				
Dímero D (ng/mL)	1059 (524.5 – 1653)	1066 (545 – 1798)	1054 (515 – 1541)	0.425 <sup>a</sup>
Ferritina (ng/ml)	1042 (547 – 2000)	1282 (627 – 2000)	861 (394 – 1590)	0.006 <sup>a</sup>
Lactato deshidrogenasa (U/L)	504 (390 – 672)	569 (417 – 717)	450 (365 – 538)	<.001 <sup>a</sup>
Creatinina sérica (mg/dl)	0.78 (0.69 – 1.04)	0.83 (0.74 – 1.30)	0.72 (0.65 – 0.83)	<.001 <sup>a</sup>
Nitrógeno ureico (mg/dl)	18 (12.4 – 30.1)	22.6 (14.7 – 37.5)	13.8 (10 – 20.2)	<.001 <sup>a</sup>
<b>Desenlaces clínicos</b>				
Estancia hospitalaria UCI, mediana, días (*)	7 (3.5 – 12)	8 (4 – 13)	6.5 (3 – 10)	0.101 <sup>a</sup>
VMI, mediana, días (*)	5 (2.25 – 10)	6 (3 – 11)	4 (2 – 7)	0.078 <sup>a</sup>
Muerte, n (%)	141 (70.9)	102 (85.7)	39 (48.8)	<.001 <sup>b</sup>

<sup>a</sup> U Mann-Whitney; <sup>b</sup> Chi-cuadrado.

Abreviaturas: LRA: lesión renal aguda; Qsofa: quick SOFA score; APACHE II: acute physiology and chronic health disease classification system II; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; VMI: ventilación mecánica invasiva; UCI: unidad de cuidados intensivos.

<sup>a</sup>Comparación realizada de los grupos con y sin LRA.

\*Variables cuantitativas expresados en medianas y percentiles (p.25 – p75).

Fuente: elaboración propia.

**Conclusiones:** La presencia de LRA afectó con más frecuencia a pacientes entre 45 y 65 años. La LRA se relacionó con un APACHE II elevado, presencia de diabetes mellitus, necesidad de VMI, aminas vasoactivas y altos niveles de ferritina y LDH en la admisión. Sin embargo, esta condición no influyó en la mortalidad.

## Determinación de los factores asociados a lesión renal aguda severa con indicación de terapia de soporte renal en pacientes críticos de la unidad de cuidados intensivos de una clínica de cuarto nivel en Barranquilla durante el 2024.

Injuria renal aguda

E-Poster

Trabajo original

Lizeth Fernanda Florez Mora

Clínica De La Costa, Colombia.

lizflo2808@hotmail.com

Carlos Musso

Hospital Italiano DE Buenos Aires, Argentina.

Omar Cabarcas Barbosa

Clínica De La Costa, Colombia.

Este fue un estudio piloto, observacional, analítico de cohorte retrospectivo, el cual buscó identificar los factores asociados a lesión renal aguda severa en pacientes de la unidad de cuidados intensivos de una clínica de cuarto nivel. Este estudio buscó de manera anticipada identificar las acciones necesarias para influir en y alterar los acontecimientos futuros o adaptarnos a sus consecuencias con menos daños y riesgos.

**Área de estudio:** El lugar donde se ejecutó el estudio fue en una Institución Prestadora de Salud (IPS) de cuarto (IV) nivel, ubicada en la ciudad de Barranquilla, Colombia. La población escogida para este estudio fueron pacientes mayores de 18 años, que ingresan a la unidad de cuidados intensivos, que hacen lesión renal aguda severa, en una clínica de cuarto nivel de la ciudad de Barranquilla entre 2023 y 2024. Posterior a ello se tomó una muestra de pacientes que requirieron terapia de soporte renal.

**Periodo de estudio:** Para el estudio se emplearon las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de lesión renal aguda en el periodo comprendido entre marzo y agosto de 2024.

**Criterio de inclusión:**

- Pacientes mayores de 18 años



- Ingresados en el área de UCI Adultos.
- Pacientes atendidos de enero hasta octubre de 2024.
- Pacientes que hayan desarrollado LRA al ingreso o durante su estadía en UCI

**Criterio de exclusión:**

- Negativa del paciente de hacer parte del estudio

Para la obtención de la información de los pacientes se emplearán las historias clínicas, además, se utilizará el Software Sistema de Apoyo de Información Médica (SAIM) para los otros datos de los pacientes.

La información de cada paciente será adaptada a la herramienta informática Microsoft Excel (Ver Anexo 1), para una mejor organización y comprensión, así mismo para el análisis estadístico y descriptivo de los resultados.

□ La lesión renal aguda en pacientes críticos se caracteriza predominantemente por su forma prerrenal, con una alta incidencia de sepsis y progresión a shock séptico. El compromiso severo de la función renal se evidencia principalmente por la clasificación AKIN III en las primeras 72 horas, acompañado de patrones de oliguria dominantes. La diferencia significativa en la función renal entre géneros sugiere la necesidad de considerar abordajes terapéuticos diferenciados.

□ Las comorbilidades juegan un papel fundamental en el desarrollo de la insuficiencia renal aguda, siendo la hipertensión arterial la condición más prevalente, seguida por la cardiopatía, que mostró una notable predilección por el género femenino. La tendencia a la acumulación de múltiples condiciones preexistentes, incluyendo la diabetes mellitus tipo II, sugiere la necesidad de un abordaje integral en el manejo de estos pacientes, considerando la compleja interacción entre estas patologías.

□ El desenlace clínico de los pacientes revela una mortalidad significativa, con mayor afectación en el género masculino. La dependencia de diálisis se presenta como una complicación frecuente, mientras que la recuperación de la diuresis demuestra ser un factor protector crucial contra la mortalidad. La asociación entre la sobrecarga de volumen y el desarrollo de acidosis metabólica emerge como un factor determinante en la evolución clínica,

## Lesión renal aguda asociada a ostomías intestinales.

Injuria renal aguda

Concurso ORAL

Trabajo original

**Eduardo Hernández**

Hospital Civil de Guadalajara, México.

eduardohn46@gmail.com

**Jorde Padilla**

Hospital Civil de Guadalajara, México.

**Lizete Ornelas**

Hospital Civil de Guadalajara, México.

**Zarahí Andrade**

Hospital Civil de Guadalajara, México.

**Said Cabrera**

Hospital Civil de Guadalajara, México.

**Juarez Correa**

jcorrea070696@gmail.com

Hospital Civil de Guadalajara, México.

**Jonathan Chavez**

jonarchi\_10@hotmail.com

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

**Guillermo Navarro**

Hospital Civil de Guadalajara, México.

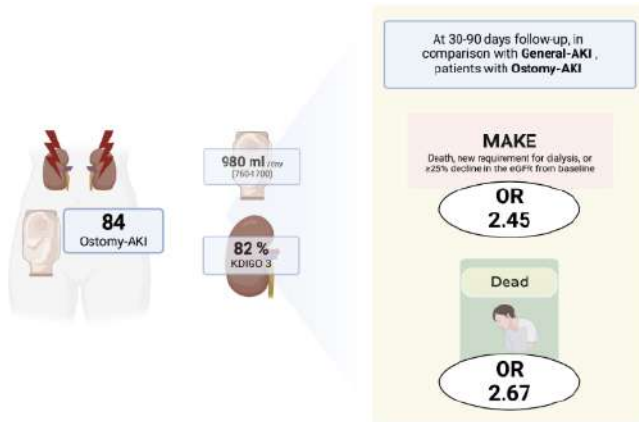
**Antecedentes:** Las personas con ostomías pueden presentar gasto elevado y pueden estar en riesgo de lesión renal aguda (LRA). Evaluamos pacientes con LRA asociada a ostomías (LRA-Ostomía) y los comparamos con LRA de otras etiologías (LRA-General) con el objetivo de describir su presentación clínica y su asociación con eventos renales adversos mayores a los 10 y 30-90 días (MAKE10 y 30-90, respectivamente).

**Métodos:** En una cohorte retrospectiva incluimos pacientes con LRA-Ostomía y los comparamos con LRA-General, con los objetivos de describir y diferenciar su presentación clínica y su asociación con MAKE temprano (MAKE10) y a los 30-90 días (MAKE 30-90), además de sus componentes individuales como muerte, nuevo requerimiento de diálisis o disminución  $\geq 25\%$  en el eGFR desde el inicio. Analizamos el riesgo mediante un modelo de regresión logística y un riesgo proporcional de Cox multivariado.

**Resultados:** De febrero de 2020 a octubre de 2023, se incluyeron 84 pacientes con LRA-ostomía y 348 con LRA-General. La mayoría con LRA-ostomía fueron varones (78,7 vs 56,2%), el gasto medio por ostomía fue de 980 ml/día (760-1700), y el 82,9% requirió ajuste de líquidos. Se habían realizado ostomías



por cáncer en el 46% de los casos, 2,3 meses antes del episodio de LRA. La etiología de la LRA por ostomía, en comparación con la LRA general, se debió con mayor frecuencia a hipovolemia (48,9% frente al 24,5%) y fue de mayor severidad de LRA (KIDIGO estadio 3, 82,9% frente al 63,9%). Ambos grupos tuvieron la misma frecuencia de MAKE10 (94%) y sus componentes individuales. MAKE 30-90 se presentó con mayor frecuencia en la LRA-ostomía (65,9 frente al 49,3%), así como el componente de mortalidad (59,5 frente al 37%), duplicando este riesgo (OR 2,459, IC 1,134-5,332,  $p = 0,010$ , OR 2,678, IC 1,260-5,689,  $p = 0,023$ , respectivamente).



**Conclusiones:** En comparación con los pacientes con LRA-general, los pacientes con LRA-ostomía presentaron con mayor frecuencia hipovolemia y mayor severidad de LRA, tuvieron una mayor mortalidad en el seguimiento a los 30-90 días y un aumento de 2,5 veces en el riesgo de MAKE.

## La nefritis intersticial aguda (NIA) es una de las principales causas de lesión renal aguda en pacientes hospitalizados. Se incluyeron 52 pacientes y se determinó que el cociente BUN/creatinina (BCR) $\leq 14,5$ , óptimo para clasificar la nefritis intersticial aguda.

Injuria renal aguda

E-Poster

Trabajo original

Lucas Daza

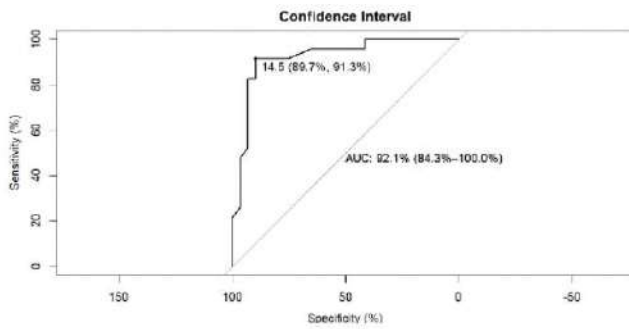
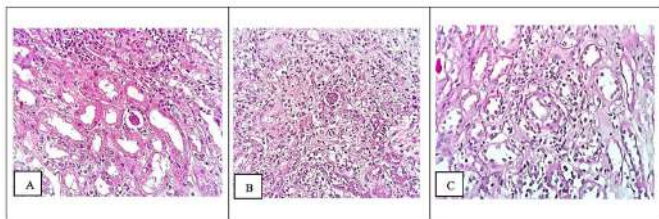
Internista – Nefrología – Asociación Colombiana de Nefrología e Hipertensión Arterial, Colombia.

[drlucasdaza@gmail.com](mailto:drlucasdaza@gmail.com)

La nefritis intersticial aguda (NIA) es una de las principales causas de lesión renal aguda en pacientes hospitalizados y se presenta del 15% al 27% de las biopsias renales realizadas en pacientes con IRA. El cociente nitrógeno ureico en sangre/creatinina (BCR) disminuye en las lesiones tubulares renales y puede ayudar a identificar pacientes con NIA (Salvador López Giacoman et al) Este estudio tuvo como objetivo confirmar si un BCR bajo es un buen predictor de NIA en pacientes con diagnóstico de histología renal de NIA

**Métodos:** Realizamos un estudio retrospectivo con pacientes hospitalizados de 18 años o más que fueron diagnosticados con NIA por histología renal

**Resultados:** Se incluyeron 52 pacientes (60% varones, edad media 42), y se determinó que el cociente BUN/creatinina (BCR) óptimo para clasificar la nefritis intersticial aguda (NIA) era  $\leq 14,5$ , con un área bajo la curva (AUC) de 0,92 ( $p=0,016$ ). Este punto de corte mostró una sensibilidad del 91,3%, una especificidad del 89,7%, un valor predictivo positivo del 92,8% y un valor predictivo negativo del 89,7%, con un odds ratio (OR) de 21,8. Los cilindros leucocitarios en orina tuvieron un OR de 2,12 ( $p=0,05$ ) para predecir AIN.



**Table 3.** Interstitial nephritis. Multivariate analysis of independent predictors

Characteristic	OR	95% CI	p-value
Bun/creatinine ratio <14,5	21.9	2.88, 49.6	0.007
Leukocyte casts	2.12	4.6, 28.1	0.05
RAC	1.00	1.00, 1.00	0.2
Dark Cast	0.17	0.02, 1.41	0.11

**Note.** Logistic regression results.

**Conclusión:** Un índice BUN/creatinina (BCR)  $\leq 14,5$  se correlacionó con hallazgos histológicos de nefritis intersticial aguda.



# Factores de riesgo asociados a lesión renal aguda en pacientes hospitalizados del Hospital General de Tuxtepec del año 2019 al 2024.

Injuria renal aguda

E-Poster

Trabajo original

Ricardo Jesús Ortega García

IMSS BIENESTAR, México.

ricky-chuy@hotmail.com

**Introducción:** La lesión renal aguda se define por la falla de la filtración renal y la función excretora en días a semanas.

**Objetivo:** Determinar los factores asociados a lesión renal aguda en pacientes hospitalizados en el Hospital General de Tuxtepec.

**Material y métodos:** Se realiza un estudio retrospectivo de casos y controles, observacional, transversal, realizado en Hospital General de Tuxtepec del año 2019 al 2024.

**Resultados:** Se realiza evaluación de 496 expedientes clínicos del año 2019 al 2024, de los cuales 83 cumplieron los criterios de inclusión: 8 casos y 75 controles. Se eliminaron 413 expedientes clínicos ya que no cumplieron con los criterios de inclusión.

Los factores asociados con lesión renal aguda intrahospitalaria en estos 8 casos fueron: diabetes mellitus con OR 1.62 (IC95% 0.362-7.28; p 0.398), hipertensión arterial con OR 2 (IC95% 0.461-8.67; p 0.285), cardiopatía con OR 1.75 (IC95% 0.315-9.72; p 0.405), hepatopatía con OR 1.93 (IC95% 0.346-10.86; p 0.366), sepsis con OR 1.042 (IC95% 0.995-1.09; p 0.735), enfermedad de transmisión sexual con OR 1.027 (IC95% 0.99-1.067; p 0.815), herida quirúrgica con 10.571 (IC95% 0.59-187.97; p 0.185).

Factores de riesgo de lesión renal aguda

Variable	Odds ratio	IC Inferior	IC Superior	P
DM2	1.62	0.362	7.28	0.398
HAS	2	0.461	8.67	0.285
Cardiopatía	1.75	0.315	9.72	0.405
Neumopatía	0.214	0.025	1.83	0.124
Hepatopatía	1.93	0.346	10.86	0.366
Sepsis	1.042	0.995	1.09	0.735
ETS	1.027	0.99	1.067	0.815
Heridas	10.571	0.595	187.97	0.185

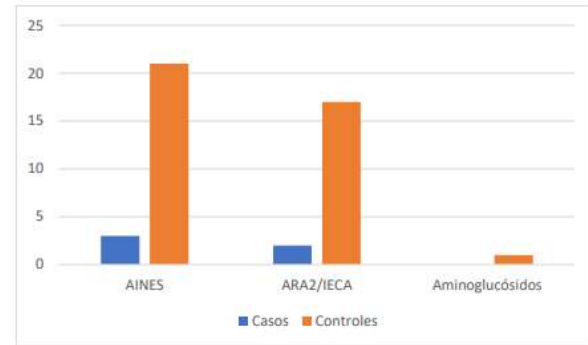
Fuente: Expedientes clínicos. Hospital General de Tuxtepec. (2025).

Valores de creatinina de los casos

Variable	Creatinina basal	Creatinina Máxima	Creatinina al alta
Media	1.13	2.4	1.89
Mediana	1.13	1.95	1.64
Moda	1.38	1.56	0.69
Desviación estándar	0.24	1.11	1.38
Rango	0.69	3.44	4.31
Mínimo	0.7	1.56	0.69
Máximo	1.39	5	5

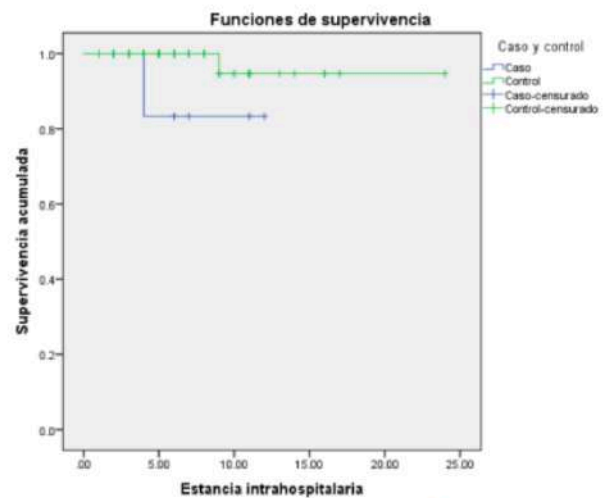
Fuente: Expedientes clínicos. Hospital General de Tuxtepec. (2025).

Medicamentos asociados a lesión renal aguda



Fuente: Expedientes clínicos. Hospital General de Tuxtepec. (2025).

Tiempo de supervivencia



Fuente: Expedientes clínicos. Hospital General de Tuxtepec. (2025).



**Conclusión:** La detección temprana y la intervención son la oportunidad de disminuir la lesión renal aguda. Se recomienda la capacitación del personal de salud para la identificación temprana de lesión renal aguda, y evitar la prescripción de medicamentos nefrotóxicos.

## Prevalencia de lesión renal aguda en pacientes ingresados en sala clínica en la Clínica Universitaria Unión Médica del Norte durante el periodo enero-marzo de 2025.

Injuria renal aguda

E-Poster

Trabajo original

**Gilbania Matias**

Clínica Universitaria Unión Médica del Norte, República Dominicana.

matiasgilbania@gmail.com

**Gloria Azcona Reyes**

Clínica Universitaria Unión Médica del Norte, República Dominicana.

**Idelianny Castro**

Clínica Universitaria Unión Médica del Norte, República Dominicana.

**Resumen:** La lesión renal aguda es un síndrome frecuente en pacientes hospitalizados, asociado con alta morbilidad, mortalidad y costos intrahospitalarios, que se caracteriza por un deterioro abrupto y potencialmente reversible de la función renal que puede ocurrir en diversos contextos clínicos. En entornos hospitalarios, la LRA (Lesión Renal Aguda) afecta entre el 15% y el 35% de los pacientes. La identificación temprana y el manejo oportuno son esenciales para prevenir su progresión y las complicaciones asociadas, como la necesidad de terapia de reemplazo renal, que conlleva una mortalidad de hasta el 60%.

**Objetivos:** Identificar la prevalencia de lesión renal aguda, estadificar a los pacientes según la Clasificación de AKI y determinar los factores de riesgo asociados. **Material y Metodología:** Se realizó un estudio observacional, analítico y prospectivo donde se analizaron 1734 pacientes, de los cuales 207 pacientes mayores de 18 años que cumplían los criterios de inclusión, excluyendo aquellos con comorbilidades como hipertensión arterial, diabetes mellitus e insuficiencia cardíaca, y con datos clínicos incompletos. La recolección de datos se realizó mediante revisión de expedientes médicos y análisis de los niveles de creatinina a través de la plataforma Probeta, finalmente los datos

fueron agrupados y posteriormente analizados en Microsoft Excel.

**Resultados:** La prevalencia de lesión renal aguda fue del 9,66%, siendo los estados infecciosos la principal causa (45%), seguidos de hipovolemia (25%) y deshidratación (20%). Según la clasificación AKI, el 90% de los casos correspondieron a AKI I, mientras que AKI II y AKI III representaron un 5% cada uno respectivamente. Los hombres (55%) y pacientes mayores de 59 años (30%) fueron los más afectados.

**Conclusiones:** Los resultados de la presente investigación marcan un referente de calidad en la atención médica a los pacientes hospitalizados por la baja prevalencia de lesión renal aguda. Sin embargo, una necesidad es la implementación de protocolos preventivos que incluyan el monitoreo rutinario de creatinina en todos los pacientes hospitalizados y la vigilancia intensiva en hombres, personas mayores de 59 años y pacientes ingresados en sala clínica por cualquier proceso infeccioso por ser esta la causa más frecuente de desarrollo de lesión renal aguda intrahospitalaria.



# Base de exceso aláctica como predictor de mortalidad y lesión renal aguda en pacientes con sepsis o choque séptico: Estudio de cohorte.

Injuria renal aguda

E-Poster

Trabajo original

**Jorge Rico Fontalvo**

Comité de Riñón, diabetes y metabolismo, Asociación Colombiana de Nefrología e HTA, Bogotá-Colombia  
jorgericof@yahoo.com

**Esau Alvarez Lora**

Comité de Riñón, diabetes y metabolismo, Asociación Colombiana de Nefrología e HTA, Bogotá-Colombia

**Javier Polo Diaz**

Comité de Riñón, diabetes y metabolismo, Asociación Colombiana de Nefrología e HTA, Bogotá-Colombia

**Tomas Rodríguez Yanez**

Comité de Riñón, diabetes y metabolismo, Asociación Colombiana de Nefrología e HTA, Bogotá-Colombia

**Nestor Lora Villamil**

Comité de Riñón, diabetes y metabolismo, Asociación Colombiana de Nefrología e HTA, Bogotá-Colombia

**Amilkar José Almanza Hurtado**

dr.amilkar.almanza@gmail.com  
Comité de Riñón, diabetes y metabolismo, Asociación Colombiana de Nefrología e HTA, Bogotá-Colombia

**Jose Rojas Suarez**

joseantonio.rojas.suarez@gmail.com  
Comité de Riñón, diabetes y metabolismo, Asociación Colombiana de Nefrología e HTA, Bogotá-Colombia

**Carmelo Rafael Dueñas Castell**

Comité de Riñón, diabetes y metabolismo, Asociación Colombiana de Nefrología e HTA, Bogotá-Colombia

**Introducción:** Se ha estimado que cada año aproximadamente 30 a 50 millones de personas presentan un episodio de sepsis a nivel mundial. De ellos unos 6 millones fallecen representando el 20% de todas las muertes a escala mundial. Casi el 60% de los pacientes con sepsis desarrollan LRA durante el curso de la enfermedad, siendo un indicador de mal pronóstico. La LRA en Sepsis (SA-AKI), además de estar asociada con un incremento en mortalidad intrahospitalaria y a largo plazo, predispone al desarrollo de eventos adversos dentro de los sobrevivientes incluyendo progresión a enfermedad renal crónica (ERC) y eventos cardiovasculares mayores. Es así, que la

prevención y la detección temprana de SA-AKI son esenciales. Ahora bien, el diagnóstico adecuado y oportuno de LRA es un gran reto para el clínico. Se han desarrollado diferentes biomarcadores para su detección temprana; sin embargo, su disponibilidad es limitada. Por ello el desarrollo de estrategias de diagnóstico precoz para identificar la LRA, especialmente en países con recursos limitados es primordial, en consecuencia nos planteamos un estudio para determinar el valor pronóstico de la BEA como predictor de LRA y mortalidad en pacientes con sepsis o choque séptico sin mecanismo de hiperlactatemia tipo B que ingresaron a dos UCI en una ciudad del Caribe colombiano.

**Objetivo:** Determinar el valor pronóstico de la base de exceso aláctica (BEA) para mortalidad y lesión renal aguda (LRA) en pacientes con sepsis o choque séptico.

**Diseño:** Estudio prospectivo de cohorte en dos Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) de la ciudad de Cartagena durante 2023-2024.

**Pacientes:** De 1011 pacientes, se incluyeron 87 con sepsis o choque séptico, excluyendo a aquellos con comorbilidades específicas y datos incompletos.

**Mediciones:** Se compararon los valores de BEA según los sexiles de Gattinoni y Cantos: negativo ( $<-3$  mmol/L), neutro ( $\geq -3$  y  $< 4$  mmol/L), y positivo ( $\geq 4$  mmol/L). Evaluando el desarrollo de LRA y mortalidad.

**Resultados:** En los 87 pacientes, la mortalidad fue del 29,8%. La BEA negativa no mostró significancia estadística en la predicción de mortalidad (AUC de 0.4492); no obstante, los pacientes con una BEA  $<-3$  tuvieron mayor probabilidad de desarrollar LRA (70,7%,  $p<0.001$ , AUC 0.7942). Los valores elevados de creatinina y una Tasa de Filtración Glomerular (TFG)  $<30$  ml/min/1.73 m<sup>2</sup> fueron significativos para mortalidad ( $p=0.036$  y  $p=0.021$ ). Los índices de severidad más altos de SOFA y APACHE II mostraron diferencias significativas entre sobrevivientes y no sobrevivientes ( $p<0.001$ ).



**Tabla 1.** Resumen de las variables sociodemográficas de la población y comparación de las variables paraclínicas, desenlaces y Scores de predicción dividido en sobrevivientes o no a los 30 días de seguimiento.

	POBLACIÓN TOTAL (n=87)	SOBREVIVIENTES (n=61)	NO SOBREVIVIENTES (n=26)	VALOR DE P	PRUEBA UTILIZADA
<b>Variables sociodemográficas</b>					
<b>Sexo</b>				0.115	X <sup>2</sup>
Masculino, n/N (%)	48(55.2)	37(60.7)	11(42.3)		
Femenino, n/N (%)	39(44.8)	24(39.3)	15(57.7)		
Edad en años, mediana (RIC)	70(54-79.5)	69(45-77)	74(63.2-81)	0.076	Mann-Whitney U
<b>Variables paraclínicas</b>					
pH <7.35, n/N (%)	30(34.5)	18(29.5)	12(46.2)	0.135	X <sup>2</sup>
HCO <sub>3</sub> <22, meq/L, n/N (%)	60(69)	43(70.5)	17(65.4)	0.637	X <sup>2</sup>
BE				0.278	Fisher's exact test
BE <-2, n/N (%)	65(74.7)	48(78.7)	17(65.4)		
BE (-2/+2), n/N (%)	13(14.9)	7(11.5)	6(23.1)		
BE >2, n/N (%)	9(10.3)	6(9.8)	3(11.5)		
Lactato >2, mmol/L, n/N (%)	32(36.8)	21(34.4)	11(42.3)	0.485	X <sup>2</sup>
TFG <30, ml/min/1.73M <sup>2</sup> , n/N (%)	31(35.6)	17(27.9)	14(53.8)	0.021	X <sup>2</sup>
Creatinina, mg/dL, mediana (RIC)	1.5(1-2.8)	1.3(0.9-2.5)	1.9(1.6-3)	0.036	Mann-Whitney U
<b>Scores de predicción</b>					
BEA 24 horas, mediana (RIC)	-3.6(-6.4 - -0.2)	-3.6(-6.6 - -0.5)	-3.6(-6.1 - 1.2)	0.461	Mann-Whitney U

**Tabla 3.** Evaluación de lesión renal aguda en subgrupos específicos de variables categóricas de las variables gasométricas por *Chi cuadrado*.

	POBLACIÓN TOTAL (n=87)	CON LESIÓN RENAL AGUDA (n=58)	SIN LESIÓN RENAL AGUDA (n=29)	VALOR DE P	PRUEBA UTILIZADA
<b>Base Exceso</b>				<0.001	X <sup>2</sup>
BE ≥-2	24(27.6)	8(13.8)	16(55.2)		
BE <-2	63(72.4)	50(86.2)	13(44.8)		
<b>Lactato</b>				0.008	X <sup>2</sup>
Lactato ≥ 2	32(36.8)	27(46.6)	5(17.2)		
Lactato < 2	55(63.2)	31(53.4)	24(82.8)		
<b>Base Exceso Aláctica</b>				<0.001	X <sup>2</sup>
BEA ≥ -3	39(44.8)	17(29.3)	22(75.9)		
BEA < -3	48(55.2)	41(70.7)	7(24.1)		

**Conclusión:** la BEA es un buen predictor de LRA en sepsis o choque séptico, pero su capacidad para predecir mortalidad requiere más investigación.

**Tabla 2.** Evaluación de mortalidad en subgrupos específicos de variables categóricas de las variables gasométricas por *Chi cuadrado*.

	POBLACIÓN TOTAL (n=87)	SOBREVIVIENTES (n=61)	NO SOBREVIVIENTES (n=26)	VALOR DE P	PRUEBA UTILIZADA
<b>Base Exceso</b>				0.338	X <sup>2</sup>
BE ≥ 2	24(27.6)	15(24.6)	9(34.6)		
BE < 2	63(72.4)	46(75.4)	17(65.4)		
<b>Lactato</b>				0.485	X <sup>2</sup>
Lactato ≥ 2	32(36.8)	21(34.4)	11(42.3)		
Lactato < 2	55(63.2)	40(65.6)	15(57.7)		
<b>Base Exceso Aláctica</b>				0.871	X <sup>2</sup>
BEA ≥ -3	39(44.8)	27(44.3)	12(46.2)		
BEA < -3	48(55.2)	34(55.7)	14(53.8)		



## Hallazgos ecocardiográficos en lesión renal aguda y sepsis.

Injuria renal aguda

E-Poster

Trabajo original

**Pamela Soto-Santillan**

Petróleos Mexicanos, México.

pamss1721@yahoo.com

**Oscar Orihuela-Rodríguez**

HE CMN Siglo XXI IMSS, México.

**Luis Sanchez-Hurtado**

HE CMN Siglo XXI IMSS, México.

**Rogelio Silva-Rueda**

HE CMN Siglo XXI IMSS, México.

La lesión renal aguda (LRA) es un síndrome heterogéneo definido por un descenso rápido de la tasa de filtración glomerular, considerándose una causa importante de morbi-mortalidad en pacientes críticamente enfermos, la cual en su carácter sistémico puede relacionarse con cambios ecocardiográficos

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio de cohorte observacional retrospectivo del HE CMN Siglo XXI, IMSS, del periodo de marzo del 2021 a marzo 2023

Se incluyeron 105 pacientes con lesión renal aguda con estancia en unidad de cuidados intensivos con diagnóstico de choque séptico de múltiples partidas anatómicas de los cuales 59 (56.1%) presentaron lesión renal aguda KDIGO 1 durante su estancia hospitalaria, los que presentaron lesión renal aguda KDIGO 2 29(27.6%), los que presentaron lesión renal KDIGO 3 en 17 pacientes que representan (16.3%).

En relación a las comorbilidades presentes en la población evaluada, la frecuencia de diabetes mellitus tipo 2 fue del 43%, seguida de hipertensión arterial sistémica presente en 32%, los pacientes con alteraciones estructurales por insuficiencia cardíaca y cardiopatía isquémica se presentaron en 16% de los pacientes incluidos en este estudio. En relación a la función miocárdica no identificamos pacientes con disfunción diastólica, identificando diferencias en relación a fracción de eyección entre los grupos acorde al estadio de lesión renal aguda.

	Lesión renal aguda KDIGO 1	Lesión renal aguda KDIGO 2	Lesión renal aguda KDIGO 3	P
Fraccion de eyeccion del ventriculo izquierdo	73.49±3.87	70.48±4.41	67.29±7.79	0.001
Volumen final diastólico	65.3±5.6	56.45±3.47	50.52±2.9	0.143
DVD	23.57±3.4	31.03±3.5	31.13±2.5	0.094
Volumen final de sistole	30.08±13.86	28.62±13.31	41.0±12.67	0.185
Raiz Aortica	19.3±4.8	24.15±5.9	23.58±8.9	0.439
Volumen de auricula izquierda	23.29±0.45	31.48±10.2	68.81±6.06	0.001
Desplazamiento sistolico de plano anillo tricuspideo (TAPSE)	19.34±2.45	21.34±6.57	23.45±7.8	0.274
E	184.66±42.3	208.07±50.6	204.1±27.73	0.030
A	118.79±57.98	123.35±64.22	132.77±71.33	0.677
E/A	1.82±0.79	2.08±1.16	1.89±0.82	0.472
volumen de auricula derecha	21.74±8.2	31.34±8.40	28.95±8.47	0.001

**Conclusiones:** En relación a los hallazgos ecocardiográficos fueron similares entre ambos grupos de lesión renal aguda sin encontrar diferencias estadísticamente significativas; no identificamos disfunción sistólica o diastólica.



# Incidencia y grados de severidad de la lesión renal aguda y su asociación con los perfiles de biomarcadores en pacientes con sepsis de la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Universitaria Unión Médica del Norte en el período septiembre 2024 – febrero 2025.

Injuria renal aguda

E-Poster

Trabajo original

**Carmen Oriach Rojas**

Clínica Universitaria Unión Médica del Norte, República Dominicana.

coraro21@hotmail.com

**Patricia Rosario Fabian**

Clínica Universitaria Unión Médica del Norte, República Dominicana.

**Gloria Azcona Reyes**

Clínica Universitaria Unión Médica del Norte, República Dominicana.

Damilda Duarte

Clínica Universitaria Unión Médica del Norte, República Dominicana.

Jacdalia Mercedes Cortes Collado

Clínica Universitaria Unión Médica del Norte, República Dominicana.

La sepsis sigue siendo una condición con alta mortalidad, pese a los avances médicos, debido a la respuesta desregulada del huésped frente a una infección, que puede progresar hacia insuficiencia orgánica y shock. Uno de los órganos más afectados en este proceso es el riñón, donde la lesión renal aguda (LRA) se presenta comúnmente en pacientes con sepsis y shock séptico. La LRA es una afección que se caracteriza por daño o pérdida de la función renal en un período de 7 a 90 días tras un evento desencadenante.

Tanto la sepsis como la LRA representan problemas críticos en unidades de cuidados intensivos, con tasas de mortalidad que pueden alcanzar hasta un 60% en casos de sepsis séptica. La relación entre ambas patologías es estrecha, ya que alrededor del 40-50% de los casos de LRA se asocian a sepsis, haciendo imprescindible su detección temprana. Para ello se emplean diversos biomarcadores como la procalcitonina, proteína C reactiva, lactato, IL-6, eritrosedimentación y en algunos casos, TIMP-2 e IGFBP-7, aunque estos últimos son menos utilizados

debido a su costo y a la necesidad de más estudios que validen su utilidad clínica.

**Objetivos:** Este estudio evaluó la asociación entre la incidencia y la severidad de la LRA según los biomarcadores en pacientes con sepsis de la Unidad de Cuidados intensivos de la Clínica Universitaria Unión Médica del Norte.

**Métodos y técnicas:** Se realizó un estudio observacional de tipo descriptivo de corte longitudinal, prospectivo de fuente primaria y secundaria; se tomó una población de 48 pacientes mayores de 18 años ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Universitaria Unión Médica del Norte con diagnóstico de Sepsis en el periodo septiembre 2024 – febrero del año 2025. Otros Criterios de inclusión: Tener una creatinina en mujeres de 0,5-1,1mg/dl y en varones de 0,6-1,2mg/dl, además de un BUN entre 8-25mg/dl basal previa o del ingreso en paciente sin antecedentes de enfermedad renal; pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal previa estadios del 1 al 3b. Criterios de exclusión: Fallecimiento del paciente dentro de las primeras 48 horas, diagnóstico de insuficiencia renal crónica estadio IV y V, solicitud de retiro del estudio. Se llevó a cabo un cuestionario de 7 apartados, previo consentimiento informado.

**Resultados:** mostraron una incidencia de LRA del 47,9%, siendo estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ). Dentro de los tipos de LRA, el 27,1% presentó AKI en grado I, 4,2% en grado II y 16,7% en grado III. La mayor afectación fue en pacientes mayores de 60 años (52,8%), sin diferencias significativas entre sexos. La evaluación de biomarcadores no evidenció asociación estadísticamente significativa con la gravedad de la LRA, aunque niveles más elevados de procalcitonina, lactato, VES y PCR fueron observados en casos severos (AKI III). Las comorbilidades más frecuentes incluyeron insuficiencia cardíaca congestiva, cardiopatía isquémica y antecedentes de insuficiencia renal crónica. Aunque se observó una tendencia a requerir terapia renal sustitutiva en estadios severos de LRA, esta relación no alcanzó significación estadística, probablemente por el tamaño reducido de la muestra.

**Conclusión:** la LRA es una complicación frecuente en pacientes con sepsis, con una incidencia del 47,9%. La mayoría de los casos fue en grado I, y su severidad no estuvo significativamente relacionada con los biomarcadores analizados, resaltando la necesidad de realizar estudios con muestras amplias.



# Lesión renal aguda sin oligoanuria en pacientes con neumonía grave por SARS-CoV-2 en unidad de cuidados intensivos y soporte dialítico. Experiencia en el Hospital Santa Rosa II-2 Piura, julio 2020 - junio 2021.

Injuria renal aguda

E-Poster

Trabajo original

**Raúl Junior Gonzales Navarro**

Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2 Piura, Perú

[rajunigonavarro@gmail.com](mailto:rajunigonavarro@gmail.com)

**Jorge Huringa Marcelo**

Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima - Perú.

**Introducción:** En diciembre del 2019, un nuevo coronavirus causó el SARS-CoV-2, patología conocida como COVID-19; afectó principalmente al pulmón, causando un estado grave y muerte; sin embargo, también afectó el riñón con LRA, muchas veces con requerimiento de soporte dialítico. En la UCI, el nefrólogo jugó un rol importante en el paciente crítico y daño renal agudo. La pandemia nos ha dejado muchas interrogantes con respecto al momento de indicar la TRR en la cual los criterios de K-DIGO resultaron contradictorios, debido a que los pacientes presentaban FLUJO URINARIO CONSERVADO e hiperazotemia. Esto nos debe llevar a cambiar paradigmas establecidos. La LRA en COVID-19 es una de las complicaciones fatales, no fue inducida por la replicación viral, sino por la disfunción multiorgánica, debida a la respuesta sistémica inflamatoria, al proceso tormentoso de citoquinas. La necrosis tubular aguda causó insuficiencia renal irreversible. Además, la politerapéutica que se usó: antirretrovirales, antipalúdicos, corticoides a altas dosis, antic. Monoclonales hasta ivermectina; estos han contribuido a las complicaciones y mortalidad.

**Objetivo:** Describir las características clínicas de los pacientes con neumonía severa por SARS-CoV-2, que cursaron con falla renal aguda oligúrica con soporte dialítico en la terapia intensiva.

**Resultados:** Fueron 422 pacientes admitidos en la UCI del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2 Piura – Perú, se recabó información de su historia clínica en 322

pacientes que representan el 76% y 24% no se encontró. 92 pacientes desarrollaron falla renal aguda – FRA (29%) y 230 pacientes su función renal estuvo conservada (71%). De los 92 pacientes con daño renal agudo; en 14 de ellos (15%) se resolvió la injuria renal y 8 (9%) sin indicación de terapia sustitutiva renal, 49 pacientes que representan el 53% con indicación de diálisis de emergencia, no recibieron la terapia reemplazo renal por falta de cupo (equipamiento) y sólo 21 pacientes recibieron hemodiálisis en su cama (23%). La mediana de edad fue 62 (53 a 65) años, el 81% fueron varones. La comorbilidad más frecuente: HTA (52.4%), seguida de obesidad (38.1%). Se identificó a 4 pacientes con antecedente de enfermedad renal crónica terminal en programa de hemodiálisis. 08 de los 21 pacientes con valores de creatinina > 1.5 mg/dl, 9 presentaron de urea > 50 mg/dl. El 67% de los pacientes presentaba flujo urinario normal, y el 19% en oliguria. Desenlaces renales: Lo preocupante es que 49 pacientes (53%) con daño renal agudo y requerimiento de terapia sustitutiva renal no tuvieron oportunidad de recibirla y sólo 21 (23%) la recibieron; 17 varones y 4 mujeres (81% y 19%). 17 pacientes sin antecedentes de hemodiálisis y la mediana del tiempo para iniciar hemodiálisis fue 15 días [RIQ:10-22]. La mediana del número de hemodiálisis fue 4 [RIQ:2-7], 19 pacientes fallecieron y todos de sexo masculino, 2 sobrevivieron siendo mujeres [RIQ:2-8].

**Conclusiones:** La LRA se presentó en un 29% de los pacientes que ingresaron a la UCI (92), de estos sólo en 22 participantes se resolvió el daño renal y 70 pacientes tuvieron indicación de terapia de reemplazo renal de emergencia, pero sólo 21 recibieron hemodiálisis, los 49 restantes no la recibieron por falta de cupo y equipamiento. La mortalidad fue del 90,5% y en su totalidad varones, sólo 2 mujeres sobrevivieron con indicación temprana de TRR, la cual debe ser individualizada e independiente de criterios establecidos en guías.



# Análisis metabolómico para la identificación de biomarcadores en lesión renal aguda grave en pacientes críticamente enfermos.

Injuria renal aguda

Concurso ORAL

Trabajo original

Erick Yasar Zúñiga González

INCMNSZ, México.

yasareyzg@gmail.com

Yazmin Alejandra Mercado Hernández

INCMNSZ, México.

Noemí Del Toro Cisneros

INCMNSZ, México.

Jose Carlos Paez Franco

INCMNSZ, México.

Hilda Sanchez Vidal

INCMNSZ, México.

Alfredo Ulloa Aguirre

alfredo.ulloaa@incmnsz.mx

INCMNSZ, México.

Olynka Vega Vega

olynkavega@gmail.com

INCMNSZ, México.

**Introducción:** La lesión renal aguda (LRA) es una complicación frecuente en pacientes hospitalizados, especialmente en unidades de cuidados intensivos (UCI), asociada con alta morbilidad y mortalidad. Actualmente, su diagnóstico depende de parámetros funcionales como la elevación de creatinina sérica, los cuales son tardíos y limitan la detección oportuna. La metabolómica permite caracterizar perfiles metabólicos globales y ha emergido como una estrategia prometedora para la identificación de biomarcadores tempranos de disfunción renal

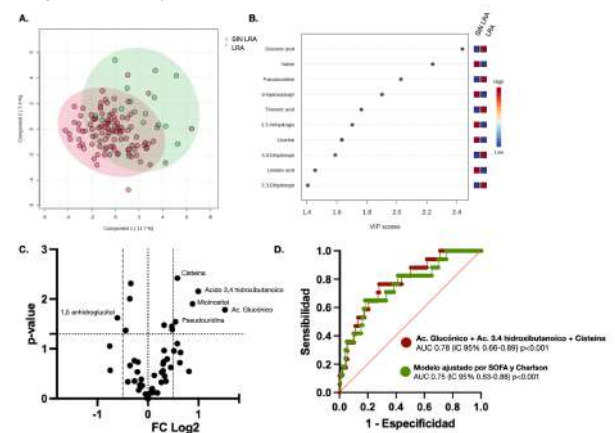
**Objetivos:** Identificar metabolitos séricos tempranos asociados al desarrollo de LRA en pacientes críticamente enfermos mediante análisis metabolómico, con el fin de detectar posibles biomarcadores predictivos antes de la manifestación clínica de la LRA.

**Materiales Y Métodos:** Estudio prospectivo en 124 pacientes ingresados en UCI sin LRA al ingreso. Se realizó un análisis metabolómico no dirigido en muestras de suero mediante cromatografía de gases acoplada a espectrometría de masas (GC/MS), identificándose 53 metabolitos. Se utilizaron análisis

de componentes principales (PCA) y gráficos de volcán para explorar diferencias en el perfil metabolómico entre pacientes que desarrollaron LRA y aquellos que no. Posteriormente, se construyeron modelos de regresión logística para evaluar la asociación entre metabolitos específicos y el desarrollo posterior de LRA, ajustado por gravedad (SOFA) y comorbilidad (Charlson).

**Resultados:** En el análisis de PCA se evidenció una separación parcial entre los grupos con y sin LRA (Figura 1A). Los metabolitos con mayor valor discriminativo fueron el ácido glucónico (VIP 2.4) y la valina (VIP 2.2) (Figura 1B). En el análisis univariado por gráfico de volcán, los pacientes que desarrollaron LRA presentaron disminución de 1-5 anhidroglucitol, así como incremento significativo de ac. glucónico, cisteína, mioinositol y ácido 3,4-dihidroxi-butanoico ( $\log_2FC > 0.5$ ,  $p < 0.05$ ) (Figura 1C). Al evaluar el desempeño predictivo de los metabolitos y ajustar por los puntajes de SOFA y Charlson, solo el ácido glucónico y el ácido 3,4-dihidroxi-butanoico mantuvieron asociación con el desarrollo de LRA (Figura 1D).

**Figura 1.** Análisis exploratorio y predictivo del perfil metabolómico urinario en LRA mediante PCA, gráfico de volcán y curva ROC.



**A.** Análisis de componente principal (PLS-DA) de diferentes metabolitos en pacientes con y sin LRA. **B.** Puntuaciones esquemáticas VIP del análisis PLS-DA para los grupos sin y con LRA. **C.** Gráfica de volcán que identifica a aquellos metabolitos con los mayores cambios entre los grupos (cambio FC > 0.5,  $p < 0.05$ ). **D.** Capacidad de discriminación a través de curvas ROC, con los metabolitos más relevantes y tras ajuste por Charlson y SOFA.

**Conclusiones:** El incremento sérico de ácido glucónico y ácido 3,4-dihidroxi-butanoico en pacientes que desarrollaron LRA sugiere alteraciones tempranas en vías metabólicas relacionadas con el estrés oxidativo, disfunción mitocondrial y metabolismo intermediario. Estos metabolitos destacan como posibles biomarcadores negativos tempranos de disfunción renal



aguda en pacientes críticamente enfermos, con potencial para mejorar la estratificación del riesgo y la intervención precoz.

## IRA e Suporte renal Agudo associam-se ao óbito de pacientes submetidos a transplante cardíaco?

Injuria renal aguda

E-Poster

Trabajo original

Maria Paula Carvalho

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, Brasil.

[mariapaula.alencarcarvalho@gmail.com](mailto:mariapaula.alencarcarvalho@gmail.com)

**Daniela Ponce**

Hospital das Clínicas (HC-FMB) UNESP, Brasil.

**Vitoria Morais Minossi Zaina**

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, Brasil.

**Maria Paula Miranda Ferreira De Alencar Carvalho**

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, Brasil.

**Introdução:** O transplante cardíaco é o tratamento de escolha para muitos pacientes com insuficiência cardíaca em estágio terminal, porém cursa com elevada mortalidade. Dentre os possíveis fatores associados ao óbito, encontra-se a injúria renal aguda (IRA) e a necessidade de suporte renal agudo (SRA). A identificação e o manejo dos fatores de risco são essenciais para melhorar a sobrevida dos pacientes no pós-operatório.

**Objetivo:** Analisar a prevalência de morte em pacientes submetidos a transplante cardíaco em serviço recém implantado (2020) e identificar fatores de risco pré, intra e pós-operatórios associados, com ênfase na IRA, em sua gravidade e tratamento (SRA).

**Métodos:** Estudo de coorte retrospectivo, unicêntrico, que avaliou os primeiros 73 pacientes submetidos a transplante cardíaco em hospital terciário do Estado de São Paulo, de janeiro de 2020 a janeiro de 2025. Foram excluídos pacientes com doença renal crônica (DRC) estágios 4 e 5 e transplantados renais. Os pacientes foram comparados quanto à evolução, utilizando-se teste T para as variáveis contínuas e qui quadrado para as categóricas. Por fim, foi realizada a regressão logística para o óbito, sendo considerado  $p < 0.05$ .

**Resultados:** A incidência de IRA foi de 54% e de morte de 53%. A análise de regressão logística evidenciou associação

independente entre óbito e os seguintes fatores: Tempo de CEC (OR=1,04; IC=1,002-1,180;  $p=0,40$ ), idade (OR=1,043; IC=1,066-1,726;  $p=0,046$ ), obesidade (OR=1,04; IC=1,103-1,817;  $p=0,44$ ), necessidade de ventilação mecânica (OR=1,431; IC=1,102-1,916;  $p=0,044$ ), necessidade de nora-drenalina (OR=1,330; IC= 1,172-1,916;  $p=0,044$ ), diurese no primeiro pós operatório (OR=0,916; IC=0,529-0,975;  $p=0,043$ ) e modalidade dialítica (OR= 0,943; IC 0,906-0,996;  $p=0,046$ ). Não houve diferença entre os grupos quanto a incidência de IRA, sua gravidade e necessidade de SRA, porém os pacientes tratados por hemodiálise intermitente convencional ou prolongada apresentaram menor mortalidade quando comparados à diálise peritoneal e terapia venovenosa contínua.

Variável	Geral (n=73)	Óbito (n=43)	Não óbito (n=30)	Valor de p
<b>Sexo masculino (%)</b>	58 (79%)	34 (79%)	24 (80%)	0,923
<b>Sexo feminino (%)</b>	15 (20,5%)	9 (20,9%)	6 (20%)	0,923
<b>Etnia Branca (%)</b>	8 (11%)	4 (9,3%)	4 (13,3%)	0,174
<b>Etnia Parda (%)</b>	7 (9,6%)	4 (7,7%)	5 (16,7%)	0,174
<b>Etnia Preta (%)</b>	58 (79,5%)	37 (86%)	21 (70%)	0,174
<b>Idade (anos)</b>	48,24 (14,50)	51,14 ±14,34	44,10 ±13,96	<b>0,040</b>
<b>Creatinina Basal</b>	1,05 ±0,427	1,1 ±0,468	1,003 ±0,363	0,348
<b>TFG (ml/min/1.73m<sup>2</sup>)</b>	88,12 ±29,33	84,19 ±29,44	93,76 ±28,72	0,142
<b>IRA KDIGO 3 (%)</b>	34 (52,05%)	20 (46,5%)	14 (46,5%)	0,676
<b>Diabetes Mellitus</b>	12 (16,43%)	10 (23,3%)	2 (6,7%)	0,060
<b>Hipertensão (%)</b>	22 (30,13%)	19 (42,2%)	3 (10,0%)	0,002
<b>Ex-tabagista (%)</b>	18 (24,65%)	14 (32,6%)	4 (13,3%)	0,096
<b>Ventilação Mecânica 1</b>	24 (32,87%)	14 (32,6%)	10 (33,3%)	0,008
<b>Priorizado (%)</b>	67 (91,8%)	39 (90,7%)	28 (93,3%)	0,687
<b>Doença Renal Crônica</b>	23 (31,50%)	15 (34,9%)	8 (26,7%)	0,457
<b>Diálise (%)</b>	30 (41,09%)	16 (37,2%)	14 (46,7%)	0,178
<b>Dialise Peritoneal (%)</b>	3 (4,1%)	3 (7,0%)	0 (0,0%)	0,205
<b>Hemodiálise tradicional (%)</b>	11 (15,06%)	2 (4,7%)	9 (30%)	0,025
<b>CVVHDF (%)</b>	15 (20,54%)	11 (25,6%)	4 (13,3%)	0,55
<b>UF Isolada (%)</b>	2 (2,7%)	1 (2,3%)	1 (3,3%)	0,75
<b>Obesidade Grau 2 (%)</b>	24 (32,87%)	19 (44,2%)	5 (16,7%)	0,022
<b>Fração de Ejeção</b>	23,96±10,66	24,18 ±8,99	23,65±12,82	0,67
<b>D.U. 1º PO</b>	27(36,98%)	11 (25,6%)	16 (53,3%)	0,003
<b>Ventilação Mecânica3</b>	13 (17,8%)	7 (16,3%)	6 (20%)	0,12
<b>D.U. 3º PO</b>	27 (36,98%)	9 (20,9%)	18 (60%)	0,001
<b>IRA pós TX</b>	33 (45,2%)	16 (37,2%)	17 (56,7%)	0,100
<b>Plaquetaférese</b>	0,977 (±0,58)	1,13 (±0,65)	0,78 (±0,41)	0,009
<b>Adrenalina 3º PO</b>	0,10 (±0,22)	0,089 (±0,24)	0,052 (±0,094)	0,48
<b>Noradrenalina 3º PO</b>	0,24 (±0,47)	0,255 (±0,53)	0,225 (±0,41)	0,125
<b>Milrinone 3º PO</b>	0,55 (±0,79)	0,089 (±0,24)	0,052 (±0,27)	0,069
<b>Dobutamina 3º PO</b>	8,38 (±3,51)	8,84 (±3,57)	7,94 (±3,46)	0,916
<b>Tempo de CEC</b>	254,36 (±59,6)	268,00 (±58,79)	236,03 (±56,60)	0,028
<b>ATN-ISS</b>	0,530 (±0,228)	0,553 (±0,20)	0,496 (±0,261)	0,500
<b>Espessura do Septo</b>	?	9,28 (±2,08)	8,37 (±1,46)	0,055
<b>Espessura da PP</b>	8,90 (±1,36)	9,1 (±1,14)	8,104 (±1,47)	0,005
<b>CEC</b>	69 (94,5%)	40 (93%)	29 (96,7%)	0,169

**Conclusão:** A incidência de IRA e óbito foram elevados nesta população e os principais fatores de risco foram idade, obesidade, necessidade de ventilação mecânica e de droga vasoativa no 1º PO, menor diurese e modalidade de SRA. Importante destacar que, neste estudo, a diálise e presença de injúria renal aguda (IRA) não foram identificadas como fatores de risco



independentes para óbito, enquanto a modalidade impactou na sobrevida, sugerindo que outros aspectos clínicos podem ter maior impacto na mortalidade desses pacientes.

## Injúria renal aguda em pacientes submetidos a transplante cardíaco: incidência e fatores de risco.

Injúria renal aguda

Concurso E-POSTER

Trabajo original

**Vitoria Morais Minossi Zaina**

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, Brasil.

vitoria.minossi45@gmail.com

**Daniela Ponce**

Hospital das Clínicas (HC-FMB) UNESP, Brazil

**Maria Paula Miranda Ferreira De Alencar Carvalho**

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, Brasil.

**Welder Zamoner**

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, Brasil.

**Roberto Freire de Castro Alves**

Hospital das Clínicas (HC-FMB) UNESP, Brasil.

**Gabrielly Rodrigues De Amorim**

psicogabriellyamorim@gmail.com

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, Brasil.

**Introdução:** A injúria renal aguda (IRA) é uma complicação frequente após a cirurgia de transplante cardíaco, sendo influenciada por condições pré, intra e pós operatórias, as quais são consideradas fatores de risco.

**Objetivo:** analisar a incidência de IRA em pacientes submetidos à transplante cardíaco e identificar fatores de risco pré-operatórios, intra-operatórios e pós-operatórios que estejam associados.

**Métodos:** Estudo de coorte retrospectivo, unicêntrico, que avaliou os primeiros 73 pacientes submetidos a transplante cardíaco em hospital terciário do Estado de São Paulo, de janeiro de 2020 a janeiro de 2025. Foram excluídos pacientes com doença renal crônica (DRC) estágios 4 e 5 e transplantados renais. Os dados coletados foram trabalhados seguindo o nível de significância de 5%. Inicialmente, foi realizada a análise descritiva e calculada medidas de tendência central e dispersão para as variáveis contínuas e frequências (%) para variáveis categóricas. As variáveis categóricas foram comparadas por meio do

teste de Qui-Quadrado e o Test t (se distribuição normal). A seguir, realizou-se regressão logística.

**Resultados:** Foram estudados 73 pacientes, com idade de 48,2 ( $\pm 14,5$ ) anos, predomínio de sexo masculino (79,5%), sendo as principais comorbidades hipertensão (30,1%) e diabetes (16,4%), creatinina basal de 1,05 ( $\pm 0,42$ ) e fração de ejeção de 23,9 ( $\pm 10,6$ ). No 1º PO, a necessidade de ventilação mecânica (VM) foi de 32,9%, a dose de Noradrenalina (mcg/kg/min) 0,55 ( $\pm 0,26$ ). A incidência de IRA após o procedimento cirúrgico foi de 54%. Associaram-se à IRA a presença de DRC (OR=1,330; IC=1,003-1,717; p=0,054), o maior tempo de isquemia fria-TIF (OR=1,002; IC=1,002-1,180; p=0,04), a menor FE (OR=0,945; IC=0,829-0,975; p=0,047), a necessidade de ventilação mecânica no 1ºPO, (OR=1,431; IC=1,102-1,916; p=0,044) e a menor PA diastólica no 1º PO (OR=0,840; IC=0,681-0,897; p=0,035).

**Conclusão:** Os resultados mostram alta incidência de IRA (54%) nesta população e identificam como principais fatores a ela associados variáveis pré operatórias como a presença da DRC e a FE e variáveis intra e pós operatórias como o TIF, a PAD e a VM no 1º PO.



# Incidencia y factores de riesgo asociados a la nefropatía inducida por contraste endovenoso en pacientes hospitalizados en un centro de alta complejidad en Bucaramanga, Colombia.

Injuria renal aguda

E-Poster

Trabajo original

**Noelia Alejandra Niño Caro**

Universidad Industrial de Santander, Colombia.

noelianinocar@hotmail.com

**Juan Carlos Urrego Rubio**

Universidad Industrial de Santander, Colombia.

**Claudia Lucia Figueroa Pineda**

Universidad Industrial de Santander, Colombia.

**Alexander Reyes Lobo**

Universidad Industrial de Santander, Colombia.

**Johan Sebastian Eslava Roa**

Universidad Industrial de Santander, Colombia.

**Angie Steffany Duarte Duran**

angieduarte59@gmail.com

Hospital Universitario de Santander, Colombia.

**María Kamila Benavides Díaz**

mariakamilabd@gmail.com

Universidad Industrial de Santander, Colombia.

**Neys Suárez Díaz**

Unab, Colombia.

**Stefany Silva Balaguera**

Hospital Universitario de Santander, Colombia.

**Introducción:** El uso de tomografías con contraste endovenoso ha aumentado, especialmente en adultos mayores con comorbilidades. Este procedimiento puede asociarse con nefropatía inducida por contraste (NIC), definida como deterioro agudo de la función renal entre 48 y 72 horas tras la administración de medio de contraste yodado, ya sea por vía intravenosa o intraarterial. Las tasas más altas de NIC se han documentado en procedimientos como angiografía e intervención coronaria percutánea. Sin embargo, en contraste intravenoso, estudios recientes sugieren que el riesgo de lesión renal aguda (LRA) depende más de factores individuales como la función renal basal. En Latinoamérica y Colombia, se han reportado prevalencias de NIC entre 3,4 % y 14,5 %.

**Objetivos:** Determinar la incidencia de NIC, identificar factores de riesgo asociados y explorar la relación entre la administración de contraste endovenoso y el desarrollo de NIC en pacientes hospitalizados sometidos a tomografía contrastada entre 2022 y 2023 en una institución de alta complejidad en Bucaramanga.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional analítico, de cohorte retrospectivo, en pacientes hospitalizados mayores de 18 años en el Hospital Universitario de Santander, a quienes se les realizó tomografía con contraste endovenoso (cabeza, cuello, tórax, abdomen o pelvis) entre 2022 y 2023. Se incluyeron pacientes con primera exposición al contraste durante la hospitalización, creatinina basal registrada al menos una semana antes y control entre 48 y 96 horas después del procedimiento. Se excluyeron quienes presentaban LRA previa, trasplante renal, enfermedad renal crónica en terapia de reemplazo renal o uso de contraste en los tres meses anteriores. El tamaño muestral se definió según estudios previos que reportan OR entre 2,0 y 5,0 para factores como diabetes e insuficiencia cardíaca. Se realizó análisis univariado, bivariado ( $\chi^2$ , t de Student) y multivariado (regresión logística), con significancia  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Durante el periodo de estudio se realizaron 3.502 tomografías con contraste a pacientes hospitalizados, de los cuales 1.120 (31,98 %) cumplieron criterios de inclusión. La incidencia de NIC fue del 2,05 %. La causa principal de exclusión fue la falta de seguimiento de creatinina (82,19 %), seguida de LRA previa, uso reciente de contraste y terapia de reemplazo renal. No se encontró diferencia significativa en el volumen de contraste entre quienes desarrollaron NIC y quienes no ( $p = 0,283$ ). El análisis bivariado mostró asociación significativa entre NIC y enfermedad renal crónica (OR 9,03; IC 95 %: 2,86–28,48), sepsis (OR 6,12), falla cardíaca (OR 4,41), diabetes mellitus (OR 2,67) e hipertensión arterial (OR 2,28), todas con  $p < 0,05$ . Obesidad, cáncer, EPOC y enfermedad hepática no se asociaron significativamente.

**Conclusiones:** La incidencia de NIC fue baja (2,05 %), incluso en pacientes con factores tradicionalmente considerados de riesgo. No se encontró relación significativa entre el volumen de contraste administrado y el desarrollo de NIC. Las comorbilidades que se asociaron significativamente fueron enfermedad renal crónica, sepsis, insuficiencia cardíaca, diabetes e hipertensión arterial. Con base en estos hallazgos y en concordancia con estudios recientes, el riesgo de NIC por contraste



intravenoso es mínimo; su uso no debe retrasarse en pacientes que lo requieran para una evaluación diagnóstica oportuna.

## Injuria renal aguda en una unidad de terapia intensiva de un hospital en el centro de Ecuador. Un estudio transversal.

Injuria renal aguda

E-Poster

Trabajo original

**Estefanía Dayana Caisatoa Cabrera**

Hospital Provincial General Docente de Riobamba, Ecuador.

dayisc@gmail.com

**Erika Belén Carpio Alvarado**

Hospital Provincial General Docente de Riobamba, Ecuador.

**Katerin Fernanda Trujillo Rodríguez**

Hospital Provincial General Docente de Riobamba, Ecuador.

**Carlos Andrés Yépez Salgado**

Hospital Provincial General Docente de Riobamba, Ecuador.

La injuria renal aguda (IRA) afecta hasta al 75 % de pacientes críticos, con alta morbi-mortalidad, y existe escasa información en Latinoamérica sobre esta patología. La mayoría de los datos epidemiológicos de pacientes con IRA en UCI provienen de países desarrollados; los datos en Ecuador son muy limitados. La IRA se diagnostica según criterios KDIGO 2012. Aunque existen biomarcadores útiles, su costo y disponibilidad limitan su uso. Conocer la realidad local permitirá mejorar prevención, diagnóstico y tratamiento. El objetivo general del estudio es determinar la prevalencia de injuria renal aguda en pacientes mayores de 16 años en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Provincial General Docente de Riobamba de enero a junio de 2024. Se presenta un estudio original, observacional, transversal, retrospectivo, descriptivo y correlacional con enfoque cuantitativo. La prevalencia obtenida de IRA en la UCI es del 62%, los hombres y la edad mayor a 50 años representan un riesgo y probabilidad mayor de desarrollar esta enfermedad. Se concluye que la IRA es una enfermedad con alta prevalencia en la UCI de un hospital público de referencia del centro de Ecuador.

## Associação entre sódio urinário pós-teste de estresse com furose-mida e desfechos clínicos em pacientes com injúria renal aguda.

Injuria renal aguda

Concurso E-POSTER

Trabajo original

**Marina Mello**

Hospital das Clínicas Faculdade de Medicina Unesp Botucatu, Brazil

mari.mellino@gmail.com

**Gabriela Benhame**

Hospital das Clínicas (HC-FMB) UNESP, Brasil.

**Daniela Ponce**

Hospital das Clínicas (HC-FMB) UNESP, Brasil.

**Roberto Freire de Castro Alves**

Hospital das Clínicas (HC-FMB) UNESP, Brasil.

**Ana Beatriz Millan Sasso**

Hospital das Clínicas (HC-FMB) UNESP, Brasil.

**Daniel Augusto Goulart Filho**

dagoulartfilho@gmail.com

Hospital das Clínicas (HC-FMB) UNESP, Brasil.

**Introdução:** O teste de estresse com furose-mida (TEF) tem sido proposto como ferramenta prognóstica na injúria renal aguda (IRA). Este estudo objetivou avaliar o sódio urinário como preditor de resposta ao TEF e sua associação com os desfechos: necessidade de suporte renal agudo (SRA) e óbito.

**Métodos:** Estudo piloto, observacional e prospectivo, conduzido em hospital universitário entre março e maio de 2025. Incluídos pacientes acima de 18 anos com IRA. Coletaram-se dados sobre sexo, creatinina basal, etiologia da IRA, classificação da IRA, necessidade de SRA e óbito.

A indicação para realização do TEF baseou-se em pacientes com qualquer etiologia e classificação de IRA e oligúricos ( $<0,5\text{ml/kg/h}$  por 12h, na presença de balanço hídrico positivo). Foi realizada a dosagem de sódio urinário antes e 2h após o TEF, além da quantificação do volume urinário em até 12h após o teste. Utilizaram-se testes de qui-quadrado, exato de Fisher e t de Student ( $p<0,05$ ).

**Resultados:** A amostra incluiu 24 pacientes e foi predominantemente masculina (54%). A média das idades girou em torno de 64 a 67 anos. Quanto à classificação da IRA, 41,7% apresentaram DRC com IRA sobreposta e 41,7% foram classificados como KDIGO III. A etiologia séptico-isquêmica foi a mais



prevalente (54%). Metade dos pacientes evoluíram a óbito, e 54% necessitaram de SRA.

A média do sódio urinário antes do teste de estresse com furosemida (Na pré) foi de 50,3 mEq/L (DP  $\pm$ 26,9; n=18), enquanto a média do sódio urinário coletado duas horas após o teste (Na pós) foi de 85,7 mEq/L (DP  $\pm$ 36,8; n=24).

Pacientes com Na pós >70 mEq/L apresentaram maior volume urinário em 12h (média: 1116 mL) que aqueles com Na pós  $\leq$ 70 (média: 333 mL; p=0,021). Houve associação significativa entre sódio urinário pós-teste de estresse com furosemida (Na pós) >70 mEq/L e menor necessidade de suporte renal agudo (SRA). Entre os pacientes com Na pós  $\leq$ 70 mEq/L, 100% (6/6) necessitaram de SRA, enquanto entre os com Na pós >70 mEq/L, apenas 38,9% (7/18) necessitaram do suporte. A associação foi estatisticamente significativa pelo teste do qui-quadrado (p=0,009) e confirmada pelo teste exato de Fisher (p=0,016). O sexo feminino associou-se a maior Na pós (p=0,033). A mediana da creatinina basal foi maior entre os pacientes que evoluíram a óbito (1,05 mg/dL [0,7–3,6]). Não houve associação significativa entre Na pós >70 e óbito (p=1,0), embora com tendência favorável.

**Tabela comparativa – População geral e estratificação por Na pós-TEF**

Variável	Pop. geral (n=24)	Na pós $\leq$ 70 (n=6)	Na pós >70 (n=18)	P
Idade (média $\pm$ DP)	64,9 $\pm$ 10,9	65,8 $\pm$ 9,7	64,4 $\pm$ 11,5	0,34
Creatinina basal (mediana)	1,05 (0,7–3,6)	2,28 $\pm$ 1,85	1,72 $\pm$ 1,89	0,56
Sódio pré-TEF (média $\pm$ DP)	50,3 $\pm$ 26,9	31,0 $\pm$ 17,0	52,8 $\pm$ 27,3	0,295
Sódio pós-TEF (média $\pm$ DP)	85,7 $\pm$ 36,8	35,8 $\pm$ 17,5	102,3 $\pm$ 24,0	<0,001
Volume urinário 12h (mediana)	500 (200–900)	333 $\pm$ 337	1116 $\pm$ 1203	0,021
Sexo masculino	13 (54%)	1 (17%)	12 (66%)	0,033
DRC + IRA	10 (41,7%)	4 (66,7%)	6 (33,3%)	0,264
IRA KDIGO III	10 (41,7%)	2 (33%)	8 (44%)	0,264
Etiologia séptico-isquêmica	13 (54%)	3 (50%)	10 (56%)	0,854
Óbito	12 (50%)	3 (50%)	9 (50%)	1,000
SRA indicado	13 (54%)	6 (100%)	7 (39%)	0,009

**Conclusão:** Nossos resultados parciais mostram que o Na pós TEF >70 associou-se a maior diurese e menor necessidade de

SRA, sugerindo utilidade prognóstica precoce da natriurese no contexto e logística dos pacientes com IRA.

## Efecto del tratamiento con norepinefrina y albúmina sobre las concentraciones séricas de sodio como marcador de eficacia terapéutica en pacientes con síndrome hepatorenal.

Injuria renal aguda

E-Poster

Trabajo original

**Diego Osmany Chamba Pineda**

Hospital General Dr. Miguel Silva, México.

[diego.chambapineda@hotmail.com](mailto:diego.chambapineda@hotmail.com)

**Israel David Campos González**

Hospital General Dr. Miguel Silva, México.

**Luis Alfonso Mariscal Ramírez**

Hospital General Dr. Miguel Silva, México.

**Jesús Arellano Martínez**

Hospital General Dr. Miguel Silva, México.

**Víctor Hugo Gómez Suárez**

Hospital General Dr. Miguel Silva, México.

**Jorge Aurelio Quiroz Pérez**

[jorge.qp@hotmail.com](mailto:jorge.qp@hotmail.com)

Hospital General Dr. Miguel Silva, México.

Existe evidencia de los mecanismos asociados a hiponatremia (HipoNa) en pacientes con falla hepática crónica. Juegan un papel fundamental la vasodilatación esplácnica y la activación de sistemas neurohumorales. La liberación de vasopresina, la activación del SRAA impactan de forma directa el estado de volemia y el cambio de la concentración sérica de sodio (Na<sup>+</sup>). Se ha documentado la asociación entre HipoNa y mayor mortalidad en pacientes con hepatopatía. La mejoría en concentraciones séricas de sodio en pacientes con cirrosis hepática tratados con tolvaptan se ha asociado con una respuesta favorable.

**Objetivo:** de este estudio fue evaluar el impacto que tiene el manejo con norepinefrina y albúmina en las concentraciones séricas de Na<sup>+</sup> en pacientes con síndrome hepatorenal (SHR), así como la asociación de este cambio con marcadores de mejoría de perfusión renal (disminución de concentración de creatinina y nitrógeno ureico (BUN) séricos, disminución en la necesidad de terapia de reemplazo renal (TRR), disminución en mortalidad).



Se incluyeron 43 pacientes con diagnóstico de SHR, 81% fueron hombres, la media de edad fue  $54.7 \pm 14.8$  años; recibieron manejo estándar con norepinefrina y albúmina, se registró el valor sérico de  $\text{Na}^+$ , creatinina y BUN al ingreso, a los 7 y 15 días; además se censó la necesidad de terapia de reemplazo renal (TRR) durante el internamiento y el desenlace al egreso (mejoría o muerte). Se exploró la asociación entre los valores basales de  $\text{Na}^+$  y los valores a los 7 y 15 días de cada variable.

Finalmente se comparó el desenlace muerte e inicio de TRR entre aquellos pacientes con Hipo $\text{Na}$  severa ( $<125$  mEq/L) al inicio del seguimiento, así como el efecto en el cambio absoluto y relativo del sodio a los 7 y 30 días sobre el desenlace muerte e inicio de TRR.

Encontramos correlación significativa entre los valores séricos basales de sodio y los valores basales séricos de creatinina y BUN (Figura 1) de igual manera esta asociación se mantuvo para BUN a los 7 y 15 días, pero no así con los valores de creatinina. Al comparar entre grupos con hiponatremia severa, aquellos con sodio basal menor a 125 mEq/L tuvieron mayor mortalidad ( $\chi^2=5.82$ ,  $p=0.02$ ) y no tuvieron diferencia en inicio de TRR ( $\chi^2=0.55$ ,  $p=0.64$ ). La media  $\pm$  desviación estándar de  $\text{Na}^+$  basal, a los 7 y 15 días entre los sujetos que sobrevivieron vs los que fallecieron fue  $131 \pm 6$  vs  $125 \pm 8$  mEq/L,  $p=0.009$ ;  $135 \pm 5$  vs  $140 \pm 7$  mEq/L,  $p=0.001$  y  $134 \pm 4$  vs  $143 \pm 8$  mEq/L,  $p=0.001$ .

Finalmente se realizó ANOVA para explorar el efecto del cambio en valores de  $\text{Na}^+$  entre los sujetos que sobrevivieron y los que no, encontrando diferencia estadísticamente significativa  $p<0.001$ . (Figura 2).

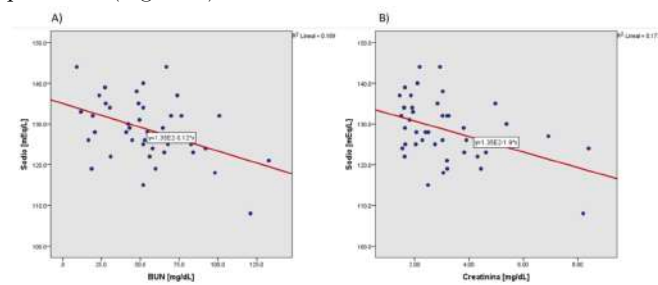


Figura 1. Gráfico de dispersión. A) Correlación entre la concentración sérica de sodio basal y BUN basal. B) Correlación entre la concentración sérica de sodio basal y creatinina sérica basal.

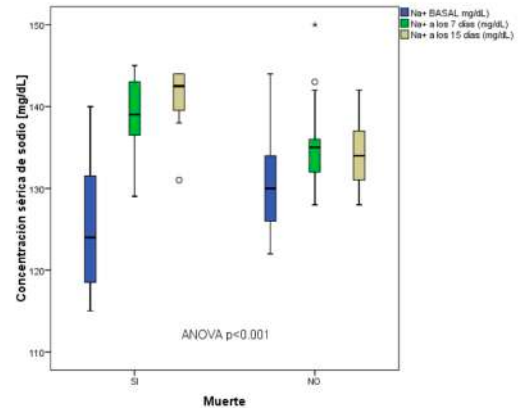


Figura 2. Comparación entre la concentración sérica de sodio basal, a los 7 y 15 días entre el grupo que murió y el grupo que sobrevivió.

**Conclusión:** existe asociación entre el valor basal de sodio sérico y marcadores de función renal (creatinina sérica y BUN basal). La presencia de Hipo $\text{Na}$  severa basal se asoció con mayor mortalidad. Se encontró un mayor incremento en la concentración sérica de  $\text{Na}^+$  a los 7 y 15 días comparado con el valor basal en el grupo de sujetos que murieron.<sup>11</sup>



---

## Nota del Editor

REV SEN se mantiene neutral con respecto a los reclamos jurisdiccionales sobre mapas publicados y afiliaciones institucionales.

---