



UNIVERSIDAD CATÓLICA NORDESTANA

UCNE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA

Factores Asociados a la Aparición de Lesión Renal Aguda en Pacientes Ingresados en la UCI
Polivalente del Hospital San Vicente de Paúl Durante las Primeras 72 Horas de
Hospitalización, período julio- noviembre, 2025.

Monográfico presentado como requisito para optar por el Título de
Doctor en Medicina

Sustentantes:

Seliné Hilario Liranzo	2020-0114
Winifer Altagracia Taveras Peña	2020-0123
Yani Esther Polanco Hernández	2016-0725

Asesora:

Dra. Yisel Antigua.

San Francisco de Macorís, R. D.
Noviembre, 2025.

**FACTORES ASOCIADOS A LA APARICIÓN DE LESIÓN RENAL AGUDA EN
PACIENTES INGRESADOS EN LA UCI POLIVALENTE DEL HOSPITAL SAN
VICENTE DE PAÚL DURANTE LAS PRIMERAS 72 HORAS DE
HOSPITALIZACIÓN, PERÍODO JULIO- NOVIEMBRE, 2025.**

Contenido	Pág.
Agradecimientos	i
Dedicatoria	ii
Resumen Ejecutivo.....	xii
Capítulo I: Introducción y Trasfondo	1
Introducción	1
Antecedentes	1
Marco Contextual.....	4
Planteamiento del Problema.....	5
Justificación.....	7
Objetivos	8
Variables e Indicadores.....	9
Definición de Términos.....	14
Capítulo II: Revisión de la Literatura	18
Introducción	18
Marco Conceptual o Teórico	18
Capítulo III: Metodología	31
Introducción	31
Diseño y Tipo de Investigación.....	31
Descripción de la Población y Muestra.....	31
Criterios de Inclusión y Exclusión	32
Descripción del Instrumento de Investigación.....	32
Validez y Confiabilidad del Instrumento.....	33
Procedimientos.....	33
Análisis Estadístico	33
Alcances y Límites del Estudio.....	34
Capítulo IV: Presentación de los Resultados	36
Introducción	36
Presentación de los Resultados	36
Capítulo V: Discusión	48
Introducción	48
Análisis de los Resultados.....	48
Conclusiones	50
Recomendaciones.....	51
Referencias Bibliográficas	53
Anexos	

Agradecimientos

A Dios, por la vida, la fortaleza, la sabiduría y la perseverancia necesarias para culminar esta etapa tan importante de nuestra formación profesional, aun en los momentos de mayor dificultad.

A la Universidad Católica Nordestana, por brindarnos la formación académica, los conocimientos y las herramientas necesarias para nuestro desarrollo profesional y personal durante la carrera de Medicina.

A los docentes de la carrera de Medicina, por compartir sus conocimientos, experiencias y enseñanzas, que han sido pilares en nuestra formación como futuras profesionales de la salud.

A la Dra. Yisel Antigua, asesora de esta investigación, por su orientación, dedicación, disposición y valiosos aportes durante el desarrollo de este trabajo, los cuales contribuyeron significativamente a su culminación.

Las sustentantes

Dedicatoria

A Dios, por ser mi guía constante, mi fortaleza en los momentos de debilidad y mi refugio en cada dificultad. Gracias por regalarme la sabiduría, la fe y la perseverancia que necesité para no rendirme. Cada paso dado, cada aprendizaje y cada logro alcanzado han sido posibles gracias a Tu presencia en mi vida

A mis padres Inés M. Liranzo y José Luis Hilario, quienes han sido mi mayor apoyo y fortaleza a lo largo de mi vida académica y personal. Gracias por su amor incondicional, por cada sacrificio silencioso y por su constante motivación. Cada logro alcanzado también les pertenece, porque creyeron en mí incluso en los momentos más difíciles, cuando yo misma dudaba. No existen palabras ni formas suficientes para pagarles o agradecerles todo lo que han hecho por mí. Son mi ejemplo, mi refugio y mi mayor bendición. Espero que me sean eternos, para que puedan ver cómo alcanzo cada meta que la vida me tiene preparada, metas que no serían posibles sin los valores, enseñanzas y sueños que ustedes sembraron en mí y me ayudaron a construir con tanto amor.

A mi hermanito Jean Luis Hilario, gracias por estar siempre a mi lado y por apoyarme de tantas maneras, incluso en aquellas que a veces no se notan.

A mi novio Fernando A. Pujols. Te agradezco con todo mi corazón por ser parte tan especial de este camino, llegaste en el momento donde más necesité apoyo y te quedaste. Gracias por tu comprensión en los días difíciles, por tu apoyo incondicional, paciencia e impulsarme a no rendirme. Te amo por siempre mi amor.

A mi prima-Hermana María del Carmen Paula (Pamela), Primero Dios, después mis padres y luego tú. Eternamente agradecida de Dios por ti, gracias por ser mi ejemplo a seguir en este camino, sin ti nada de esto sería igual, gracias por motivarme, por apoyarme en todo, por nunca tener un NO para mí, por nunca dejarme caer, por los consejos extraordinarios que me das y por qué has permanecido conmigo en todo momento no solo de mi carrera si no de mi vida. Te amo mucho.

A mi tío Javier Liranzo, le agradezco profundamente por su apoyo incondicional, no solo en esta etapa, sino a lo largo de toda mi vida. Gracias por nunca tener un “no” para mí, por su disposición constante, su confianza y su generosidad. Usted ha sido un pilar fundamental en mi camino y forma parte esencial de este gran logro; sin su respaldo, muchas cosas no habrían sido posibles.

A mi tía Juana Liranzo, gracias de corazón por acompañarme y aportar en este camino tan significativo para mí.

A mis abuelos maternos en el cielo Agapito Liranzo y Teodora Robles, De estar aquí sé que estarían sumamente feliz como lo estoy yo, gracias por siempre cuidarme y aportar en mis valores mientras estuvieron

A mis abuelos paternos Margarita Paula y Luis M. Hilario, gracias por preocuparse, por el apoyo y los consejos.

A mis amigos y compañeros Winifer, Emmy, Gabriel, Rossinelly, Nayeli, Emil. Les agradezco por su amistad, compañerismo desde el día cero, por el apoyo incondicional brindado, por hacerme ver que si podía cuando ni yo misma confiaba en mí, tienen un espacio sumamente especial en mi corazón.

A Delvy Gómez, Julia Polanco, Nanyelis De León. Agradecerles por su compañerismo, y acompañarme en este trayecto, tienen un espacio especial en mi corazón.

A mis amigas y compañeras Heidy Artiles, Darianny Duvergé, Janna Ventura, Nazary Javier. Más que agradecida con ustedes por que en el momento menos indicado nos encontramos y me brindaron su apoyo, amistad y cariño. Gracias por los buenos momentos, por las risas e incluso en momentos no tan buenos siempre estuvieron.

Tienen un espacio en mi corazón para siempre sin importar qué.

A mis compañeros del Team D: Alexander Escolastico, Samil Concepción, Anibelka Santos, Ashley Minaya, Lourys Santos, Yunuel Santos, Arlette Mendoza.

Gracias por formar parte de este trayecto haciéndolo más ligero, las gracias por su compañerismo, comprensión y las risas que hicieron liberar toda la carga.

A mi amiga y ahora colega Franyely M. Hernández. Gracias por venir conmigo desde nuestra niñez apoyándome aún teniendo tiempos difíciles, gracias por tu amistad, apoyo y comprensión. Tienes guardado un lugar muy especial en mi.

A la Dra Veras, Dra Garcia F1, Dr Ubiera, Dra Rodríguez Salazar. Agradecida de ustedes por ser parte de mi formación brindándome la oportunidad, confianza y conocimientos, en esta etapa de mi carrera.

Seliné Hilario Liranzo

Le dedico este trabajo a **Dios**, por ser mi guía, mi refugio y mi fortaleza en todo momento. En Él encontré la paz, la fe y la fuerza necesarias para no rendirme y llegar hasta aquí.

Dedico este trabajo, a la memoria de **mi padre, José Antonio Taveras De Jesús**, quien fue una presencia esencial en mi vida. Aunque su ausencia física ha sido profundamente sentida, su recuerdo continúa dándome la fortaleza necesaria para seguir adelante. Su ejemplo y su compañía espiritual me han sostenido en los momentos más difíciles, y este logro es también un homenaje a todo el amor y la fuerza que sigue brindándome desde el cielo.

Dedico este trabajo a la memoria de **mi hermana, Lilibeth Peña Peña**, cuyo recuerdo ha sido una fuente constante de fortaleza y motivación. Su amor y su presencia, aunque invisibles, me acompañaron a lo largo de este proceso, dándome la fuerza necesaria para continuar incluso en los momentos más difíciles. Su memoria y ejemplo permanece viva en cada paso que doy.

Asimismo, dedico este logro a la memoria de **mi abuelo, Antonio Taveras Del Orbe**, por su ejemplo de vida, su sabiduría y su amor incondicional. Sus enseñanzas y consejos dejaron una huella imborrable que hoy se refleja en este importante logro académico.

A **mi tía, Joseline Mercedes Taveras**, expreso un agradecimiento que nace desde lo más profundo de mi corazón. Gracias por ser refugio en los momentos de incertidumbre, por brindarme estabilidad, cuidado y su apoyo cuando más lo necesitaba. Su acompañamiento constante, su entrega silenciosa y su compromiso conmigo hicieron posible que pudiera concentrarme, avanzar y culminar esta etapa académica. Este logro también es reflejo de su amor, de su generosidad y de la grandeza de su corazón.

A **mi abuela, Yolanda De Jesús Hernández**, le agradezco profundamente por su amor incondicional, por los valores inculcados en mí, sus palabras llenas de sabiduría y sus

oraciones constantes. Su fortaleza fueron un sostén en los momentos de cansancio, y su presencia fue una fuente permanente de paz y confianza durante todo este camino.

A mi madre, Katia Peña Concepción, le expreso mi más sincero agradecimiento por su amor incansable, su sacrificio y su apoyo incondicional a lo largo de toda mi formación académica. Su paciencia, su fortaleza y su fe en mí me dieron la fuerza necesaria para no rendirme y seguir adelante hasta alcanzar esta meta.

A mi novio, José Alexander Taveras, le agradezco profundamente por su amor, su paciencia y su comprensión durante todo este proceso. Gracias por acompañarme con respeto, por creer en mí incluso en los momentos de duda y por brindarme apoyo constante en cada etapa de este camino, sus palabras de ánimo y confianza en mis capacidades fueron esenciales para culminar esta etapa académica con éxito.

A mi hermano, Joel García Taveras, le agradezco profundamente por su apoyo, su comprensión y por estar siempre presente a lo largo de este recorrido académico. Su disposición y sacrificio, reflejados en las innumerables veces que me acompañó, fueron un apoyo invaluable durante mi formación. Hoy, aun encontrándose fuera del país, continúa respaldándome cada día con su interés, sus palabras de ánimo y su confianza constante, siendo un impulso fundamental para seguir adelante.

A mi hermana, Rachell Rosario Peña, le agradezco profundamente por su cariño, su respaldo constante y su presencia incondicional durante todo este proceso. Sus risas, su interés genuino y su manera especial de acompañarme hicieron más llevadero este camino académico. Su apoyo, siempre oportuno y sincero, fue una fuente de motivación constante y un elemento fundamental para alcanzar este logro.

A mis tíos, Carlos Manuel Taveras, Omelfi Taveras y Ana Peña Concepción, les agradezco sinceramente por su apoyo y por el interés demostrado a lo largo de este proceso.

Su respaldo y palabras de aliento fueron de gran valor para mí y contribuyeron a la culminación de esta etapa tan importante.

A mis suegros, Juana Rosario y Juan Taveras, les agradezco sinceramente por su apoyo, comprensión y cercanía, así como por el trato respetuoso y afectuoso que siempre me brindaron. Gracias por abrirme las puertas de su hogar, ofreciéndome un espacio de acogida y apoyo durante este proceso de formación. Sus palabras de aliento y sus gestos de respaldo fueron de gran valor para mí y contribuyeron significativamente a que pudiera avanzar con firmeza en este camino académico.

A mi amiga, Lizbeth Almánzar, le agradezco profundamente por su amistad sincera y su apoyo constante, aun a la distancia. Su presencia ha sido permanente a través de sus palabras de ánimo, su interés genuino y su acompañamiento incondicional durante todo este proceso. Su apoyo, aun desde lejos, fue un recordatorio constante de que la verdadera amistad trasciende la distancia y el tiempo.

A mis compañeras de monográfico Seline Hilario y Yani Polanco, gracias por el compromiso, el apoyo mutuo y el trabajo compartido a lo largo de este proceso. Cada aporte, esfuerzo y aprendizaje construido juntas fueron fundamentales para alcanzar este logro.

A mis compañeros de carrera, Dra. Seline Hilario, Dra. Emmy Joaquín, Dra. Nayeli García, Dra. Rossinelly Guzmán, Dr. Emil Rodríguez y Dr. Gabriel Ben, les agradezco profundamente el compañerismo, el respeto y el apoyo mutuo que compartimos durante nuestra formación académica. Más allá del aprendizaje conjunto y la colaboración académica, agradezco de manera especial el apoyo brindado en los momentos más difíciles de mi vida, cuando su presencia, comprensión y solidaridad fueron fundamentales para seguir adelante. Juntos superamos múltiples obstáculos, enfrentamos retos académicos y personales, y construimos lazos que trascendieron el aula y el hospital, convirtiéndose en una verdadera hermandad que atesoraré siempre.

Asimismo, agradezco **a mis compañeros Delvy Gómez, Julia Polanco y Nanyelis De León**, por su compañerismo, apoyo y disposición constante, los cuales hicieron esta etapa más llevadera y significativa.

A mis compañeras Nazary Javier y Thaianna Espinal, por las risas compartidas, la complicidad diaria y los aprendizajes contruidos juntas. Su apoyo y compañerismo transformaron este proceso en una experiencia significativa que recordaré con gratitud.

A mi team A, les agradezco de corazón por el apoyo, la solidaridad y el compañerismo que siempre me brindaron. Las guardias en el hospital, muchas veces largas y agotadoras, se hicieron más llevaderas gracias a sus risas, su apoyo constante y su manera tan humana de acompañar en los momentos de cansancio. Compartir con ustedes hizo que esta etapa fuera más ligera y llena de recuerdos que siempre llevaré conmigo. Las gracias en especial **a Dr. Jason Sandoval, Dra. Fortuna Jiménez, Dra. Nicol Martinez, Dra. Sthenyer Rodriguez, Dr. Jefraurys Goris, Dra. Margaret Suarez, Dra. Audry Santiago, Dra. Rosaly Caceres.**

A la Dra. Maribel Sarante, le agradezco sinceramente por su guía, su ejemplo y su vocación inspiradora. Sus enseñanzas y su calidad humana dejaron una huella invaluable en mi formación y fueron determinantes para culminar este proceso.

Winifer Altagracia Taveras Peña

A Dios: Por darme las fuerzas y acompañarme incluso en los días de silencio, en las noches de cansancio y lágrimas, cuando parecía que no podía más. Por darme las fuerzas cuando sentí miedo y por sostenerme hasta llegar aquí.

A mi padre: José Miguel Polanco, por ser mi apoyo incondicional y el sostén de este sueño. Gracias por cada sacrificio que hiciste sin decir nada, por creer en mí desde el inicio, por siempre estar detrás de cada movimiento y por nunca dejarme sola en este camino que hoy miro con gratitud y nostalgia.

A mi madre: Esther Yanerys Hernández, por tu amor constante, por tus palabras que me levantaron cuando quise rendirme y por caminar conmigo paso a paso en este trayecto lleno de esfuerzo, aprendizajes y recuerdos que llevaré siempre en el corazón.

A mis hermanos: Amin y Chelo, por estar presentes en cada etapa, acompañarme en este proceso y formar parte de él.

A mis abuelos: Veli y Vinicio, porque su mayor ilusión fue verme convertida en doctora. Hoy, al llegar a esta meta, no puedo evitar recordar a mi abuelo decir desde que yo era niña que quería que su nieta fuese doctora, y con mucho orgullo puedo decir que lo logré.

A mi tío Papito: porque siempre que acudía a el encuentre la disposición, el apoyo y la manera mas sencilla de ayudarme en lo que necesitaba.

A mis sobrinos, Jaslyn, Adriel, Joseph y Amira: quienes son una de mis mayores motivaciones para seguir luchando y esforzarme cada día con el deseo de ser un ejemplo positivo en sus vida.

A mi ángel en el cielo: Beatriz Polanco, cuya ilusión y orgullo siempre me acompañaron. Aunque no estés físicamente, tu recuerdo fue una fuerza silenciosa que me impulsó a seguir. Sé que celebras este triunfo desde el cielo con la misma alegría con la que siempre decías: “mi nieta estudia para doctora”.

A mi tío César, que en paz descansa quien siempre se mostro orgulloso de mi carrera y de cada paso que daba, quien contaba los días para verme culminar esta etapa. Aunque Dios tuvo otros planes para el, guardo los mejores recuerdos de el en mi corazón.

A mi prima Melany, por ser siempre un refugio emocional, por tus palabras de ánimo en los días difíciles, por tu apoyo constante y por demostrar siempre lo orgullosa que has estado de mí. Gracias por compartir conmigo momentos de tristeza, frustración y también de alegría.

A mis cuñadas: Brenda y Yésica: por su constante apoyo, sus palabras de motivación y cariño y por compartir conmigo cada uno de mis logros, gracias por estar.

A una persona muy especial, Saúl Martínez: por estar siempre para mí cuando más lo necesité, por creer en mí incluso en mis momentos de duda, por levantarme en mis días de frustración y cansancio, y por sostenerme con paciencia, amor y comprensión. Gracias por tu apoyo incondicional, por nunca dar un “no” como respuesta y por ser refugio, fuerza y tranquilidad en este camino tan exigente. Este logro también lleva parte de ti.

A Paola Henríquez: por ser una Buena amiga, por su apoyo sincero, sus palabras de ánimo y por acompañarme en este proceso con lealtad y cariño. Gracias por siempre estar.

A mis compañeros, quienes fueron parte esencial de este camino y con quienes compartí aprendizajes, esfuerzos y momentos que marcaron profundamente esta etapa de mi vida. Gracias por el apoyo y la solidaridad demostrados a lo largo de este proceso. A todos ustedes les deseo el mayor de los éxitos en su vida personal y profesional.

A la Dra. Rodríguez, por su orientación Constante, su compromiso con la enseñanza y por transmitir sus conocimientos con dedicación y responsabilidad, siendo un apoyo clave en mi proceso formativo.

A la Dra. Balbi, por su calidad humana, su paciencia y su entrega al enseñar. Gracias por el apoyo brindado en los momentos de mayor exigencia, por motivarnos a seguir adelante y por dejar una huella significativa tanto a nivel profesional como personal.

A la Dra. Evangelista, por su cercanía, su disposición para colaborar y el acompañamiento brindado durante este proceso, siempre con respeto y espíritu de compañerismo.

A la Dra. Cáceres, por su acompañamiento, sus enseñanzas y por brindarnos confianza y apoyo a lo largo de este camino, contribuyendo significativamente a mi crecimiento académico y profesional.

Y al Dr. Morales, por su guía constante, sus palabras de aliento y su vocación para enseñar, que marcaron de manera especial mi formación. Gracias por el apoyo humano y profesional brindado y por dejar una huella que trasciende más allá de lo académico.

Este logro no solo representa una meta alcanzada, sino también el recuerdo de todo lo vivido, lo sacrificado y lo aprendido en el camino.

Yani Esther Polanco Hernández

Resumen Ejecutivo

El objetivo de la presente investigación fue analizar los factores asociados a la aparición de lesión renal aguda en pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) Polivalente del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl durante las primeras 72 horas de hospitalización, en el período julio–noviembre de 2025. Se realizó un estudio de tipo descriptivo, observacional, retrospectivo y de corte transversal. La población estuvo constituida por 25 pacientes ingresados en la UCI Polivalente del referido hospital durante el período de estudio, incluyéndose la totalidad de los casos que cumplieron con los criterios establecidos. Los resultados evidenciaron que la mayor proporción de los pacientes con lesión renal aguda se concentró en el grupo etario de 51 a 60 años, con predominio del sexo masculino. La mayoría de los pacientes ingresó a la unidad por causa médica, procedía de otras áreas del hospital y fue egresada con alta médica. En relación con los antecedentes patológicos y no patológicos, se observó que la hipertensión arterial fue la comorbilidad más frecuente. Asimismo, una proporción relevante de pacientes estuvo expuesta a fármacos potencialmente nefrotóxicos, principalmente antagonistas de los receptores de angiotensina II, mientras que la mayoría no presentó antecedentes de obesidad, tabaquismo, historia familiar de enfermedad renal crónica, infecciones previas, litiasis renal, cirugías mayores ni exposición a sustancias químicas. En cuanto a la etiología de la lesión renal aguda, predominó el origen renal, lo que indica que el daño intrínseco del parénquima renal fue la causa más frecuente de esta afección en los pacientes críticos evaluados. Respecto a la clasificación de la lesión renal aguda según los criterios AKI/KDIGO, el estadio 1 fue el más común durante las primeras 72 horas de hospitalización. El estudio concluyó que la lesión renal aguda en la UCI Polivalente del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl afectó principalmente a pacientes adultos, con predominio del sexo masculino, y se asoció fundamentalmente a comorbilidades como la hipertensión arterial y a la exposición a fármacos potencialmente

nefrotóxicos, presentándose mayormente en estadios iniciales y con etiología renal durante el período evaluado.

CAPÍTULO I
INTRODUCCIÓN Y TRASFONDO

Capítulo I: Introducción y Trasfondo

Introducción

La lesión renal aguda constituye una de las complicaciones más frecuentes y graves en los pacientes críticos, especialmente en aquellos ingresados en las unidades de cuidados intensivos, donde múltiples factores clínicos pueden precipitar su aparición en las primeras horas de hospitalización. (Goyal, et al., 2025).

El presente capítulo desarrolla los elementos iniciales del estudio, presentando de forma sintetizada los antecedentes, el marco contextual, el planteamiento del problema, la justificación, los objetivos, tanto general como específicos, así como la operacionalización de las variables y la definición de los términos fundamentales que guían esta investigación.

Antecedentes

El estudio realizado por Rostrán-Suárez (2019), titulado “Factores asociados a lesión renal aguda en pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Escuela Asunción Juigalpa en el año 2018” tuvo como propósito describir los factores relacionados con la aparición de lesión renal aguda en pacientes críticos. Se desarrolló una investigación descriptiva de corte transversal con una muestra de 62 pacientes que cumplían con criterios diagnósticos de lesión renal aguda. Entre los resultados más relevantes se encontró que predominó el sexo masculino (69.4%), la edad mayor de 60 años, y el oficio de agricultor. Las comorbilidades más frecuentes fueron diabetes mellitus (41.9%) e hipertensión arterial (32.3%). Asimismo, se identificó el uso de fármacos nefrotóxicos como furosemida, AINES e IECAS, así como la presencia de infecciones, especialmente las de vías urinarias (54.8%). La etiología pre-renal fue la más frecuente (83.9%). Se concluyó que los principales factores asociados a lesión renal aguda fueron el sexo masculino, la diabetes, la hipertensión arterial, el uso de medicamentos nefrotóxicos y las infecciones urinarias.

Otro estudio relacionado es el de Torres (2019), titulado “Factores de riesgo asociados al daño renal agudo en pacientes ingresados en Cuidados Intensivos”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre diversos factores de riesgo y el desarrollo de daño renal agudo en pacientes hospitalizados en la sala de cuidados intensivos del Hospital Provincial Antonio Luaces Iraola. Se trató de un estudio observacional, analítico, retrospectivo de casos y controles realizado entre 2016 y 2019, con una muestra de 100 pacientes distribuidos equitativamente entre casos y controles. Los resultados mostraron que, en el grupo caso, predominó el sexo masculino, con factores de riesgo como hipertensión arterial, diabetes mellitus y sepsis vascular, los cuales demostraron asociación estadísticamente significativa con el desarrollo de daño renal agudo. Por el contrario, en el grupo control predominaron mujeres y se observaron complicaciones relacionadas con disfunción respiratoria, sepsis grave y disfunción cardíaca.

Acuña (2024), desarrolló el estudio “Desenlaces asociados a lesión renal aguda en la Unidad de Cuidados Intensivos”, cuyo objetivo principal consistió en evaluar los desenlaces clínicos derivados de la lesión renal aguda en pacientes ingresados en la UCI del Hospital Universitario del Caribe, en Cartagena (Colombia). Fue un estudio de cohorte prospectivo realizado entre noviembre de 2023 y enero de 2024, en el que participaron 104 pacientes con una mediana de edad de 66.5 años, predominando el sexo masculino (66.4%). Entre los resultados más importantes se encontró una mortalidad intrahospitalaria del 32.7% y un requerimiento de terapia de reemplazo renal intrahospitalaria del 28.9%. Además, el 37.5% logró recuperar total o parcialmente su función renal. En el análisis ajustado, factores como la enfermedad renal crónica y el edema agudo de pulmón se asociaron significativamente con el inicio de terapia de reemplazo renal. El estudio concluyó que la lesión renal aguda representa un determinante relevante de desenlaces adversos en pacientes críticos.

El estudio de Reyna y Jocelyn (2024), titulado “Factores de riesgo asociados a lesión renal aguda medida por KDIGO, en pacientes ingresados a la unidad de terapia intensiva pediátrica del Hospital Central ‘Dr. Ignacio Morones Prieto’” tuvo como finalidad evaluar los factores de riesgo asociados al desarrollo de lesión renal aguda durante las primeras 72 horas de hospitalización. Se realizó una cohorte retrospectiva basada en la revisión de 200 expedientes, clasificando la lesión renal según criterios KDIGO. Los resultados evidenciaron que 85 pacientes desarrollaron lesión renal aguda, siendo el estadio I el más frecuente (56.47%). Se identificó asociación estadísticamente significativa con el uso de aminas (OR 2.56), la sobrecarga hídrica (OR 3.67) y la edad. Por el contrario, el uso de ventilación mecánica y el choque séptico no mostraron significancia. Se concluyó que los factores asociados a lesión renal aguda son múltiples y deben identificarse precozmente para evitar complicaciones y secuelas a largo plazo.

Gómez (2024), realizó el estudio “Factores asociados con el desarrollo de lesión renal aguda en pacientes con ventilación mecánica en el Hospital de Especialidades No. 2 UMAE del IMSS en Ciudad Obregón, Sonora”, cuyo propósito fue identificar los factores de riesgo relacionados con el desarrollo de lesión renal aguda en pacientes ventilados mecánicamente. Se trató de un estudio observacional, analítico y retrospectivo en el que se analizaron variables como edad, comorbilidades, uso de nefrotóxicos, medios de contraste, parámetros de protección pulmonar y sobrecarga de volumen. La prevalencia de lesión renal aguda fue del 58%, con mayor frecuencia en hombres menores de 60 años. Los factores asociados más relevantes fueron la administración de nefrotóxicos, el uso de medios de contraste, los parámetros de protección pulmonar y la sobrecarga hídrica. Se destacó que la enfermedad renal crónica preexistente no mostró asociación significativa con nuevas agudizaciones.

Marco Contextual

El Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl fue inaugurado el 25 de julio de 1926 con la finalidad de ofrecer atención sanitaria a la comunidad de San Francisco de Macorís. En sus primeros años funcionaba en un antiguo cuartel adquirido por Francisco Brea de Castillo y contaba con unas 30 camas, prestando servicios básicos en medicina general, maternidad y cirugía. Con el transcurso del tiempo, la institución experimentó múltiples ampliaciones y mejoras. Un hecho destacado ocurrió en 1954, cuando el presidente Rafael Leónidas Trujillo y el secretario de Salud, Dr. Martínez Lavé, solicitaron el apoyo de la congregación de las Hijas de la Caridad, incorporándose al centro nueve hermanas españolas. Más adelante, en 1998, el hospital fue sometido a una importante remodelación. Actualmente funciona también como hospital docente, recibiendo estudiantes de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, la Universidad Católica Nordestana y la Escuela de Formación de Auxiliares de Enfermería. (Servicio Regional de Salud Nordeste, 2023).

En relación con su cobertura territorial, el hospital pertenece a la Región de Salud III, ofreciendo servicios a municipios y provincias como Duarte, Samaná, María Trinidad Sánchez, Salcedo y Río San Juan. Dispone de 240 camas y brinda atención preventiva, curativa y ambulatoria. Su infraestructura es de concreto armado con pisos de mosaico, y se encuentra en proceso de remodelación en áreas como pasillos y estaciones de enfermería. El centro está distribuido en tres niveles: el primero agrupa áreas de medicina interna, pediatría, trauma y laboratorios; el segundo nivel alberga ginecología, maternidad, cuidados intensivos y cirugía; y el tercero está dedicado a la escuela de auxiliares de enfermería, los dormitorios de los médicos residentes y la biblioteca médica. (Servicio Regional de Salud Nordeste, 2023).

De manera particular, el hospital cuenta con una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) polivalente, destinada a la atención de pacientes críticos con patologías médicas, quirúrgicas y

traumáticas. Esta unidad integra personal especializado y equipos avanzados para el monitoreo continuo, soporte ventilatorio, manejo hemodinámico y otras intervenciones de alta complejidad. La UCI polivalente constituye un área estratégica dentro del centro, pues ofrece cuidados especializados que contribuyen de manera significativa a la recuperación de pacientes con condiciones graves, a la vez que sirve como espacio formativo para residentes y estudiantes de ciencias de la salud. (Servicio Regional de Salud Nordeste, 2023).

Planteamiento del Problema

La lesión renal aguda (LRA) es una condición clínica frecuente y grave caracterizada por una disminución abrupta de la función renal, que en el contexto de pacientes críticos se asocia a mayor mortalidad, mayor estancia hospitalaria y alto uso de recursos sanitarios. A nivel mundial, se estima que la LRA afecta a millones de personas cada año; las revisiones recientes señalan que la incidencia en pacientes hospitalizados varía ampliamente (estimaciones que van de 3- 20% en pacientes hospitalizados hasta más del 50- 60% entre pacientes críticos en UCI), y que la LRA contribuye de forma importante a mortalidad intrahospitalaria y a la progresión hacia enfermedad renal crónica en supervivientes. (Gameiro, et al., 2025).

En las Américas y en Latinoamérica, la carga de LRA también es alta y con marcadas variaciones entre países. Estudios y revisiones regionales describen un aumento de la incidencia de LRA en los últimos años, con mayor impacto en poblaciones vulnerables y en áreas con infraestructura sanitaria limitada; además se identifican factores locales como infecciones, exposición a nefrotóxicos y retraso en el diagnóstico como determinantes del mayor riesgo y peor pronóstico. Estas diferencias regionales subrayan la necesidad de datos locales y de estrategias de prevención y detección temprana. (Claure-Del Granado, et al., 2025).

En la República Dominicana existen publicaciones que describen la caracterización de la LRA en hospitales nacionales, mostrando un patrón etiológico y una carga clínica compatibles con lo observado en la región: la LRA es frecuente entre pacientes hospitalizados y se relaciona con comorbilidades (diabetes, HTA), infecciones y exposición a fármacos potencialmente nefrotóxicos; además, en algunos reportes la mortalidad entre pacientes con LRA es elevada y un porcentaje significativo precisa terapia de reemplazo renal. Estos hallazgos indican una problemática relevante para la salud pública dominicana y la necesidad de estudios locales centrados en las unidades críticas. (Jiménez, et al., 2022).

En San Francisco de Macorís, el Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl constituye un centro de referencia donde la UCI Polivalente recibe un volumen considerable de pacientes con condiciones médicas y quirúrgicas complejas, muchos de los cuales presentan factores predisponentes para desarrollar lesión renal aguda. Sin embargo, se desconoce cuáles son los factores específicos que contribuyen a la aparición temprana de LRA durante las primeras 72 horas de hospitalización en este servicio, lo que limita la capacidad de anticipar complicaciones, prevenir progresión del daño renal, optimizar el uso de recursos y mejorar los desenlaces clínicos. Esta ausencia de información local dificulta el diseño de estrategias de intervención basadas en evidencia que permitan reducir la mortalidad, morbilidad y el impacto económico y social asociado a esta condición. Por ello, se hace necesario responder las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes ingresados en la UCI Polivalente del Hospital San Vicente de Paúl durante el periodo julio–noviembre de 2025?

¿Qué antecedentes patológicos y no patológicos se asocian a la aparición de lesión renal aguda durante las primeras 72 horas de hospitalización?

¿Cuál es la etiología predominante de la lesión renal aguda en los pacientes que desarrollan esta condición en la UCI Polivalente?

¿Cómo se clasifica la lesión renal aguda presentada por los pacientes en estudio según los criterios AKI/KDIGO?

Justificación

La lesión renal aguda (LRA), anteriormente denominada insuficiencia renal aguda, constituye una de las complicaciones más frecuentes y de mayor impacto clínico en los pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos. Su aparición temprana se asocia a un aumento significativo de la morbilidad, prolongación de la estancia hospitalaria, necesidad de terapias de reemplazo renal y elevación considerable de los costos sanitarios. En los pacientes críticos, la detección oportuna de factores predisponentes, como son: la edad avanzada, la diabetes mellitus, la hipotensión sostenida, la sepsis, el síndrome de dificultad respiratoria aguda y la enfermedad renal crónica preexistente, resulta fundamental para instaurar intervenciones tempranas que modifiquen el curso clínico y reduzcan la progresión del daño renal.

A pesar de la relevancia de esta problemática, en la República Dominicana existe una limitada cantidad de investigaciones enfocadas específicamente en la LRA dentro del contexto de cuidados intensivos, lo que dificulta el diseño de estrategias preventivas basadas en evidencia local. Esta ausencia de datos adquiere mayor importancia en centros de referencia como el Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, donde el manejo de pacientes críticamente enfermos representa un desafío constante y donde la identificación temprana de los factores asociados a la aparición de lesión renal podría mejorar significativamente los desenlaces clínicos.

El presente estudio pretende aportar información pertinente y actualizada sobre los factores que influyen en el desarrollo de LRA durante las primeras 72 horas de ingreso a la

UCI Polivalente, facilitando así la comprensión de su comportamiento en este entorno hospitalario. La utilidad práctica de estos hallazgos radica en fortalecer los procesos de vigilancia, diagnóstico y clasificación del daño renal mediante criterios estandarizados como la escala AKI/KDIGO, lo que permitirá brindar intervenciones más precisas y oportunas. De esta manera, se busca optimizar la atención de los pacientes críticos, disminuir la morbimortalidad asociada a esta patología y contribuir al mejor uso de los recursos institucionales y del sistema de salud.

Objetivos

Objetivo General

Analizar los factores asociados a la aparición de lesión renal aguda en pacientes ingresados en la UCI Polivalente del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl durante las primeras 72 horas de hospitalización, en el período julio–noviembre de 2025.

Objetivos Específicos

Describir las características sociodemográficas de los pacientes ingresados en la UCI Polivalente del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl durante el período julio–noviembre de 2025.

Identificar los antecedentes patológicos y no patológicos que se relacionan con la aparición de lesión renal aguda durante las primeras 72 horas de hospitalización.

Determinar la etiología predominante de la lesión renal aguda en los pacientes que desarrollan esta condición en la UCI Polivalente.

Clasificar la lesión renal aguda presentada por los pacientes en estudio según los criterios AKI/KDIGO.

Variables e Indicadores

Objetivos	Variables	Definición	Indicadores	Escala
Describir las características sociodemográficas de los pacientes ingresados en la UCI Polivalente del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl durante el período julio- noviembre de 2025.	Características Sociodemográficas	Rasgos o atributos personal y sociales que describen al paciente, tales como edad, sexo, educación, etc.	Edad	Menor de 20 años 20-30 años 31-40 años 41-50 años 51-60 años Mayor de 60 años
			Sexo	Masculino Femenino
			Ocupación	Ama de casa Comerciante Agricultor Estudiante Jubilado Otro
			Tipo de ingreso en UCI	Médico Quirúrgico programado Quirúrgico urgente.

			Procedencia del ingreso	Hospitalización convencional. Otras áreas del hospital. Referido de otro hospital. Quirófano urgente. Quirófano programado. Emergencia
			Destino al alta de UCI	Alta Fallecido en UCI
Identificar los antecedentes patológicos y no patológicos que se relacionan con la aparición de lesión renal aguda durante las primeras 72 horas de hospitalización.	Antecedentes patológicos y no patológicos	Un antecedente personal patológico no es otra cosa que las enfermedades que presentó o presenta actualmente	Obesidad	Si No
			Tabaquismo	Si No
			Historia familiar de enfermedad renal crónica	Si No
			Comorbilidades	Diabetes mellitus

		un paciente, mientras que los antecedentes personales no patológicos, son aquellos aspectos de la vida de una persona que pueden influir en su salud, pero que no están relacionados con enfermedades específicas.		Hipertensión arterial Insuficiencia cardíaca Preeclampsia Enfermedad autoinmune Enfermedad Arterial periférica Otra: especificar
			Fármacos nefrotóxicos	AINES IECA ARA II Furosemida Gentamicina Medios de contraste Otros
			Exposición a químicos	Si No
			Infecciones	VIH Malaria Tuberculosis

				Malaria Infecciones de las vías urinarias Virus de la hepatitis B Ninguna
			Masa renal disminuida	Si No
			Litiasis Renal	Si No
			Cirugías mayores	Si No
			Shock	Si No
			Quemaduras	Si No
Determinar la etiología predominante de la lesión renal aguda en los pacientes que desarrollan esta	Tipo de etiología renal	Origen de la lesión renal aguda en la población en estudio	Origen de la lesión renal	Pre- renal Renal Postrenal

condición en la UCI Polivalente.				
Clasificar la lesión renal aguda presentada por los pacientes en estudio.	Clasificación de la lesión renal aguda	Estadios de lesión renal aguda según la escala AKI	Lesión renal aguda	Estadio 1: Creatinina: ≥ 0.3 mg/dL o 150- 200% del basal. Flujo urinario: < 0.5 mL/kg/h por > 6 h. Estadio 2: Creatinina: > 200- 300% del basal. Flujo urinario: < 0.5 mL/kg/h por > 12 h. Estadio 3: Creatinina: $> 300\%$ del basal, o ≥ 4 mg/dL, o requiere TRR. Flujo urinario: < 0.3 mL/kg/h

				por >24 h o anuria $\geq$ 12 h
--	--	--	--	-----------------------------------

Definición de Términos

Antecedentes personales patológicos: no es otra cosa que las enfermedades que presentó o presenta actualmente un paciente. (Flores, 2025).

Antecedentes personales no patológicos: son aquellos aspectos de la vida de una persona que pueden influir en su salud, pero que no están relacionados con enfermedades específicas. (Flores, 2025).

Choque séptico: Forma grave de sepsis caracterizada por disfunción cardiovascular significativa, manifestada por hipotensión persistente y perfusión tisular inadecuada, aun después de una adecuada reposición de líquidos. (Meyer & Prescott, 2024).

Creatinina sérica: Producto metabólico derivado del músculo, eliminado principalmente por filtración glomerular. Su incremento indica deterioro de la función renal. (Levey, et al., 2019).

Diuresis: Cantidad de orina producida por unidad de tiempo. Es un indicador fundamental para evaluar la función renal, el equilibrio hidroelectrolítico y el estado hemodinámico. (García, et al., 2020).

Enfermedad renal aguda: Persistencia del daño renal por un periodo de 7 a 90 días, posterior al episodio inicial de lesión renal, sin cumplir criterios de enfermedad renal crónica. (Goyal, et al., 2025).

Fármacos nefrotóxicos: Medicamentos capaces de provocar daño tubular o intersticial en el riñón, de forma aguda o crónica, ya sea por toxicidad directa o interferencia en la filtración glomerular. (Patel & Sapra, 2025).

Fármacos vasoactivos: Agentes farmacológicos que actúan sobre la vasculatura periférica modificando el tono vascular para mantener o restaurar la perfusión de los órganos vitales. (VanValkinburgh y Hashmi, 2024).

Hipotensión arterial: Disminución anormal de la presión arterial que limita el flujo sanguíneo hacia órganos esenciales, siendo un factor de riesgo importante para la aparición de lesión renal aguda. (Chen, et al., 2025).

Lesión renal aguda (LRA): Reducción brusca de la función renal que ocurre en un lapso igual o menor a 7 días, afectando la depuración de toxinas y el equilibrio hídrico y metabólico del organismo. (Goyal, et al., 2025).

Lesión renal aguda KDIGO 1: Elevación de la creatinina sérica mayor de 0.3 mg/dL en 48 horas, o incremento superior a 1.5 veces la creatinina basal, o diuresis menor a 0.5 mL/kg/h durante 6 horas. (Gorostidi, et al., 2024).

Lesión renal aguda KDIGO 2: Aumento de la creatinina entre 2.0 y 2.9 veces su valor basal, o diuresis inferior a 0.5 mL/kg/h por 12 horas continuas. (Gorostidi, et al., 2024).

Lesión renal aguda KDIGO 3: Incremento de la creatinina a más de 3 veces su valor basal, o aumento agudo mayor a 4 mg/dL; también se incluye diuresis menor a 0.3 mL/kg/h por más de 24 horas o anuria durante 12 horas o más. (Gorostidi, et al., 2024).

Perfusión tisular: Aporte adecuado de sangre oxigenada a los tejidos. Su disminución compromete la función de órganos vitales, especialmente el riñón. (Gottrup, 2019).

Sepsis: Respuesta inflamatoria sistémica ante una infección que ocasiona disfunción orgánica. Es uno de los principales factores desencadenantes de lesión renal aguda en pacientes críticos. (Meyer & Prescott, 2024)

Sobrecarga hídrica: Aumento superior al 10% del peso corporal, resultado de un balance positivo de líquidos durante las primeras 72 horas de ingreso a la unidad de cuidados intensivos. (Lopez, & Banerjee, 2021).

Terapia de reemplazo renal (TRR): Conjunto de procedimientos que suplen parcial o totalmente la función renal, como hemodiálisis o hemodiafiltración, utilizados en casos severos de lesión renal aguda. (Saunders, et al., 2025).

UCI Polivalente: Unidad de Cuidados Intensivos destinada a pacientes críticos de diversas especialidades médicas y quirúrgicas, que requieren monitoreo continuo y soporte avanzado de órganos. (Iraola, et al., 2019).

Ventilación mecánica: Terapia de soporte vital que sustituye o complementa la respiración espontánea mediante un ventilador, cuando el esfuerzo respiratorio del paciente es insuficiente. (Fundación Española del Corazón, 2020).

Volumen urinario: Cantidad total de orina excretada durante un período específico. Su disminución es un signo temprano de compromiso renal. (Al-Kazwini & Simhadri, 2025).

CAPÍTULO II
REVISIÓN DE LA LITERATURA

Capítulo II: Revisión de la Literatura

Introducción

El presente capítulo tiene como finalidad analizar y sistematizar la evidencia científica disponible relacionada con el fracaso renal agudo, haciendo énfasis en su definición, clasificación, fisiopatología, factores asociados y estrategias de manejo en el contexto de las unidades de cuidados intensivos. La revisión de la literatura permite contextualizar el problema de estudio a partir de aportes teóricos y empíricos previamente publicados, facilitando la comprensión integral del fenómeno investigado y sirviendo de base para la interpretación de los resultados.

Marco Conceptual o Teórico

Generalidades de la Lesión Renal Aguda

La lesión renal aguda (LRA) se define como una alteración súbita de la función renal que ocurre en un corto período de tiempo, generalmente en el transcurso de horas o días, como consecuencia de un daño renal agudo. Esta condición se caracteriza por la incapacidad del riñón para eliminar adecuadamente los productos nitrogenados de desecho y para conservar el equilibrio hidroelectrolítico y ácido- base del organismo, lo que conlleva a un compromiso significativo de la homeostasis corporal. (Nieto & Bello, 2019).

La frecuencia de presentación de la LRA varía según el nivel de atención en el que se evalúe. En el ámbito ambulatorio su incidencia es inferior al 1 %, mientras que en pacientes hospitalizados oscila entre el 2 % y el 20 %. En las unidades de cuidados intensivos, la incidencia puede alcanzar entre el 30 % y el 70 %, dependiendo de la complejidad del servicio. En este contexto, aproximadamente el 5 % de los pacientes requiere terapia de reemplazo renal, y la mortalidad en los casos más graves puede situarse entre el 50 % y el 64 %. Un aspecto relevante es que la LRA no es identificada oportunamente en cerca del 23.5 % de los casos, lo que se asocia a mayores tasas de morbilidad, prolongación de la estancia

hospitalaria y elevados costos en salud. En Estados Unidos se reportan alrededor de 1,200,000 casos anuales de LRA, con un incremento promedio del gasto por paciente de 7,500 dólares, un aumento de la hospitalización de aproximadamente 3.5 días por caso, un costo anual estimado de 9 mil millones de dólares y una mortalidad cercana a 300,000 pacientes por año. Además, un número significativo de sobrevivientes evoluciona hacia enfermedad renal crónica o dependencia de terapia de reemplazo renal durante el seguimiento (Nieto & Bello, 2019).

Desde el punto de vista clínico, las manifestaciones iniciales de la LRA están determinadas por la causa desencadenante, a las que posteriormente se suman los efectos derivados de la acumulación de productos nitrogenados, como la urea y la creatinina, así como los trastornos hidroelectrolíticos y del equilibrio ácido- base. Esta condición también se caracteriza por alteraciones en el volumen urinario. Cuando la diuresis es inferior a 400 ml en 24 horas se clasifica como LRA oligúrica o anúrica, mientras que cuando el volumen urinario supera los 400 ml en 24 horas se considera una forma no oligúrica o de alto gasto, pudiendo alcanzar volúmenes superiores a 2,000 ml en un día (Nieto & Bello, 2019).

Tipos de Lesión Renal Aguda

La lesión renal aguda puede clasificarse, de acuerdo con su etiología y manifestaciones clínicas, en tres grandes grupos: lesión renal aguda prerrenal o funcional, lesión renal aguda renal o intrínseca, y lesión renal aguda postrenal u obstructiva. (Nieto & Bello 2019).

La lesión renal aguda prerrenal se origina en diversas situaciones clínicas como hemorragias, pérdidas gastrointestinales importantes, enfermedades cardíacas y tromboembolismo pulmonar, en las cuales se produce una disminución de la perfusión renal sin que exista daño estructural inicial del parénquima. En este tipo de LRA, las células y los túbulos renales conservan su integridad, y la respuesta fisiopatológica se encuentra mediada por mecanismos hormonales y estímulos neurohumorales que conducen a una reducción del

volumen urinario y de la excreción renal de sodio y cloro. Como consecuencia, la orina presenta una elevada concentración de productos nitrogenados de desecho, tales como urea y creatinina, así como otros solutos, lo que se traduce en una osmolaridad urinaria aumentada. La función renal suele recuperarse una vez que se corrige la causa que compromete la perfusión renal. (Ocaña et al., 2020).

Por su parte, la lesión renal aguda renal o intrínseca se caracteriza por un deterioro de la función renal secundario a daño directo de las estructuras del parénquima, incluyendo los túbulos, glomérulos, intersticio y vasos sanguíneos, razón por la cual también se denomina LRA parenquimatosa. Este tipo de lesión puede desarrollarse como consecuencia de una LRA prerrenal prolongada o severa, que induce daño hipóxico y estrés oxidativo en las células tubulares; sin embargo, con mayor frecuencia su origen es isquémico o nefrotóxico. (Nieto & Bello, 2019).

La lesión renal aguda de origen isquémico se produce como resultado de una disminución intensa o sostenida del flujo sanguíneo renal y se observa en múltiples escenarios clínicos, entre los que se incluyen el trasplante renal y cardiopulmonar, la cirugía de aneurisma aórtico, el shock hemorrágico grave y la sepsis asociada a endotoxinas. Estas condiciones se vinculan con elevadas tasas de morbilidad y mortalidad, dada la magnitud del compromiso renal y sistémico que generan. (Hobson et al., 2019).

En contraste, la lesión renal aguda de origen nefrotóxico puede desarrollarse por la exposición a sustancias exógenas, como medios de contraste yodados, antibióticos, agentes antineoplásicos, antiinflamatorios no esteroideos y diversas toxinas, así como por la acumulación de sustancias endógenas, entre ellas pigmentos musculares, uratos, cadenas ligeras de inmunoglobulinas y estados de hipercalcemia. Asimismo, determinadas patologías, como el síndrome de lisis tumoral y la nefritis intersticial inmunoalérgica, pueden conducir al desarrollo de nefrotoxicidad y daño renal agudo. (Yang et al., 2019).

En algunos escenarios clínicos, el daño renal puede tener un origen mixto, combinando mecanismos isquémicos y nefrotóxicos, como ocurre en la rabdomiólisis, donde la disminución de la perfusión renal y la liberación de pigmentos musculares actúan de manera simultánea. (Hobson et al., 2019).

A pesar de la severidad de este tipo de lesión, la LRA renal puede ser potencialmente reversible, debido a la capacidad regenerativa de las células tubulares, lo que permite la recuperación parcial o completa de la función renal una vez instaurado el tratamiento adecuado y resuelta la causa subyacente. (Hobson et al., 2019).

Finalmente, la lesión renal aguda postrenal u obstructiva constituye el tipo menos frecuente y se produce como consecuencia de una obstrucción del flujo urinario, ya sea unilateral o bilateral, lo que afecta la función renal y puede ocasionar anuria. Las causas varían según la edad del paciente, predominando las anomalías anatómicas congénitas en etapas tempranas de la vida, mientras que en edades avanzadas son más comunes la litiasis urinaria, la hiperplasia prostática y las neoplasias de vejiga, próstata, útero o recto. (Yang et al., 2019).

Este tipo de lesión renal aguda se observa con mayor frecuencia en pacientes de edad avanzada y presenta un alto grado de reversibilidad, ya que la función renal suele restablecerse de manera rápida tras la eliminación de la causa obstructiva o mediante la facilitación del drenaje urinario, ya sea a través de sondaje vesical, cateterización ureteral o nefrostomía. (Yang et al., 2019).

De los tres tipos de lesión renal aguda, la LRA renal o intrínseca es la más frecuente y se asocia con un daño estructural evidente del parénquima renal; por ello, los mecanismos fisiopatológicos y los cambios histopatológicos que se abordan posteriormente se enfocan principalmente en este tipo de lesión. (Nieto & Bello 2019).

Clasificaciones Para el Diagnóstico de la Lesión Renal Aguda

Clasificación RIFLE

Con el propósito de establecer criterios estandarizados para el diagnóstico, pronóstico y manejo de la lesión renal aguda, en mayo de 2004 se celebró en la ciudad de Vicenza, Italia, el Segundo Consenso Internacional del grupo Acute Dialysis Quality Initiative (ADQI). Como resultado de este encuentro se desarrolló la clasificación RIFLE, inicialmente orientada a la disfunción renal aguda. Esta clasificación considera principalmente el aumento de las concentraciones de creatinina sérica y la disminución del volumen urinario como parámetros fundamentales para la identificación de la lesión renal aguda, y posteriormente incorporó la tasa de filtración glomerular. No obstante, en su formulación original no se incluyó el uso de biomarcadores ni se establecieron valores específicos de depuración de creatinina para definir con precisión esta entidad clínica. (León et al., 2020).

Clasificación AKI y Cinética

Con el fin de ampliar el consenso y lograr una mayor aceptación por parte de las sociedades científicas y organismos de salud, se desarrolló posteriormente la clasificación AKI y su enfoque cinético. Esta iniciativa fue respaldada por múltiples sociedades nacionales e internacionales de nefrología y cuidados críticos, lo que consolidó su relevancia como herramienta diagnóstica para la lesión renal aguda. La clasificación AKI establece tres estadios de gravedad basados en criterios de creatinina sérica y flujo urinario. (León et al., 2020).

El estadio AKI I se define por un incremento de la creatinina sérica igual o mayor a 0.3 mg/dL, o por un aumento del 150 % al 200 % con respecto al valor basal, acompañado de un flujo urinario inferior a 0.5 ml/kg/h durante más de seis horas. (León et al., 2020).

El estadio AKI II se caracteriza por un aumento de la creatinina sérica entre el 200 % y el 300 % del valor basal, junto con un flujo urinario menor a 0.5 ml/kg/h durante más de doce horas. (León et al., 2020).

Por su parte, el estadio AKI III se define por un incremento de la creatinina sérica superior al 300 % del valor basal o valores iguales o mayores a 4.0 mg/dL, tras un aumento mínimo previo, o por la necesidad de iniciar terapia de reemplazo renal, asociándose además a un flujo urinario inferior a 0.3 ml/kg/h durante más de veinticuatro horas o a la presencia de anuria por un período mínimo de doce horas. (León et al., 2020).

Uno de los principales aportes del grupo AKIN y del enfoque cinético fue clarificar la definición de lesión renal aguda. En el año 2007 se publicó una versión modificada de la clasificación RIFLE, conocida como clasificación AKI, la cual introdujo varias modificaciones relevantes. Entre ellas, se sustituyeron las categorías de riesgo, lesión e insuficiencia por los estadios 1, 2 y 3, respectivamente; se incorporó un aumento absoluto de la creatinina sérica de al menos 0.3 mg/dL para definir el estadio 1, aunque nuevamente no se especificaron valores de depuración de creatinina ni el uso de biomarcadores. Asimismo, se estableció que los pacientes que requieren terapia de reemplazo renal deben clasificarse automáticamente en el estadio 3, independientemente de los valores de creatinina sérica o del gasto urinario. Finalmente, se eliminaron las categorías de pérdida de la función renal y enfermedad renal en etapa terminal, al considerarse poco precisas para el diagnóstico agudo. (León et al., 2020).

Posteriormente, las guías Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) publicadas en 2012 unificaron las clasificaciones RIFLE y AKI, con el objetivo de estandarizar el lenguaje y los criterios diagnósticos a nivel internacional, facilitando así la identificación temprana y el seguimiento de la lesión renal aguda. De acuerdo con esta clasificación, la LRA se define por la elevación de la creatinina sérica igual o superior a 0.3

mg/dL con respecto al valor basal en un período de 48 horas, o por un aumento de al menos 1.5 veces el valor basal en un lapso de siete días. Asimismo, se considera criterio diagnóstico la presencia de un gasto urinario igual o inferior a 0.5 ml/kg/h durante seis horas o más. Es importante destacar que, para establecer el diagnóstico de lesión renal aguda, deben excluirse las causas obstructivas, ya que constituyen un grupo de patologías con manejo y pronóstico claramente diferenciados. (León et al., 2020).

Fracaso Renal Agudo en Cuidados Intensivos

El fracaso renal agudo (FRA) constituye una complicación frecuente en las unidades de cuidados intensivos (UCI), donde se estima que aproximadamente el 6 % de los pacientes ingresados desarrollan esta condición, presentándose en más de la mitad de los casos desde el momento del ingreso. La aparición de FRA en este contexto se asocia de manera independiente con un incremento significativo del riesgo de mortalidad y con una mayor duración de la estancia hospitalaria. Asimismo, se ha demostrado que la prolongación del episodio de FRA incrementa el riesgo de eventos cardiovasculares y favorece la progresión hacia enfermedad renal crónica en estadio 3. (Mehta, et al., 2019).

En el entorno hospitalario, especialmente en pacientes críticos, se utilizan diversas intervenciones terapéuticas que, aunque necesarias para el manejo hemodinámico y sistémico, pueden tener un impacto negativo sobre la función renal. Una de las principales medidas es la fluidoterapia, cuyo objetivo es garantizar una adecuada perfusión orgánica y renal con el fin de prevenir el desarrollo de FRA. No obstante, uno de los principales desafíos radica en determinar el momento adecuado para suspender la reanimación con fluidos, ya que los parámetros comúnmente utilizados para valorar el estado hemodinámico en UCI, como la presión arterial media y la presión venosa central, no reflejan de manera precisa el flujo sanguíneo renal. En pacientes críticos, una reposición temprana y agresiva de volumen puede resultar beneficiosa; sin embargo, una vez establecido el FRA, no existe un consenso claro

sobre la restricción de líquidos ni sobre el uso óptimo de diuréticos o terapia de reemplazo renal para manejar la sobrecarga de volumen sin agravar el daño renal. Algunos estudios han propuesto la terapia de fluidos dirigida por objetivos, la cual ha demostrado reducir la incidencia de FRA, aunque a expensas de un mayor requerimiento de fármacos vasopresores. (Zhao, et al., 2022).

El uso de diuréticos es frecuente tanto en pacientes con riesgo de FRA como en aquellos con FRA establecido, con la finalidad de mantener un balance hídrico adecuado y permitir la administración de nutrición y medicamentos por vía intravenosa. Si bien algunos diuréticos han sido considerados potencialmente renoprotectores, otros pueden resultar perjudiciales al inducir una disminución excesiva del volumen circulante efectivo, favoreciendo un daño prerrenal que empeore la disfunción renal existente. Por esta razón, las guías KDIGO no recomiendan el empleo rutinario de diuréticos en el tratamiento del FRA, salvo en situaciones específicas de sobrecarga de volumen. (Khwaja, 2022).

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) representan otro grupo de fármacos con potencial nefrotóxico. Estos medicamentos actúan inhibiendo la síntesis de prostaglandinas, sustancias que en el riñón cumplen un papel fundamental en la vasodilatación de la arteriola aferente y en la regulación del flujo sanguíneo renal, especialmente en condiciones de estrés hemodinámico. La inhibición de este mecanismo puede desencadenar vasoconstricción renal aguda y conducir al desarrollo de FRA. Además, los AINEs no selectivos se asocian a efectos adversos como edema periférico, aumento de la presión arterial, disminución de la eficacia de diuréticos y otros antihipertensivos, así como alteraciones electrolíticas, necrosis papilar y nefritis intersticial. El riesgo de nefrotoxicidad depende de la dosis y la duración del tratamiento, pudiendo presentarse incluso con dosis terapéuticas en pacientes susceptibles, especialmente en aquellos con depleción de volumen, diabetes mellitus, insuficiencia renal

previa, insuficiencia cardíaca congestiva, cirrosis, síndrome nefrótico o edad avanzada. (Lucas, et al., 2019).

Los aminoglucósidos son antibióticos bactericidas ampliamente utilizados en el tratamiento de infecciones por bacilos Gram negativos multirresistentes, a pesar de su conocido perfil de toxicidad. Aproximadamente el 10 % de la dosis administrada por vía intravenosa se acumula en el riñón, alcanzando concentraciones elevadas en las células de los túbulos proximales. Estos fármacos ingresan a dichas células mediante mecanismos endocíticos y se almacenan en compartimentos intracelulares, especialmente en los lisosomas, desde donde generan múltiples alteraciones celulares, como disfunción mitocondrial, alteraciones en el transporte iónico y en la síntesis proteica, así como necrosis tubular focal, dilatación tubular, proliferación intersticial, proteinuria y poliuria hipoosmótica. Aunque no existe una estrategia completamente eficaz para prevenir su nefrotoxicidad, medidas como la monitorización diaria de niveles séricos y la administración en dosis únicas cada 24 horas han demostrado reducir el riesgo, sin eliminarlo por completo. (Molina, et al., 2019).

El uso de medios de contraste iodado constituye otra causa relevante de FRA en las UCI, especialmente en pacientes con síndromes coronarios agudos que requieren procedimientos diagnósticos o terapéuticos invasivos. El daño renal inducido por contraste se produce tanto por un efecto citotóxico directo sobre las células endoteliales y tubulares, como por el incremento del estrés oxidativo y la generación de radicales libres, lo que reduce la biodisponibilidad del óxido nítrico y favorece una vasoconstricción sostenida. Este proceso conlleva a una disminución de la tasa de filtración glomerular, hipoperfusión medular y aumento de la viscosidad sanguínea intrarrenal, perpetuando el daño isquémico tubular. El principal factor de riesgo para desarrollar FRA inducido por contraste es la presencia de enfermedad renal crónica previa, siendo el riesgo proporcional al nivel basal de creatinina sérica. Otros factores asociados incluyen la edad avanzada, la diabetes mellitus, el volumen de

contraste administrado y la anemia por pérdida de volumen. Las medidas preventivas incluyen la selección adecuada del medio de contraste, su calentamiento previo y la implementación de protocolos intensivos de hidratación antes y después del procedimiento. (Mamoulakis, et al., 2020).

La vancomicina es un antibiótico glicopéptido utilizado en el tratamiento de infecciones graves por bacterias Gram positivas multirresistentes. Aunque el mecanismo exacto de su nefrotoxicidad no se encuentra completamente definido, se considera que induce daño renal a través del aumento del estrés oxidativo en las células del túbulo proximal. La probabilidad de desarrollar nefrotoxicidad se incrementa en pacientes de edad avanzada, en tratamientos prolongados, en la administración concomitante con otros agentes nefrotóxicos y en aquellos con concentraciones séricas elevadas del fármaco. Los pacientes críticos, especialmente los neutropénicos, presentan un mayor riesgo cuando reciben vancomicina durante períodos prolongados o en combinación con aminoglucósidos o anfotericina B. (Bellos, et al., 2020).

Finalmente, la hipotensión arterial, independientemente de su etiología, constituye un factor determinante en el desarrollo de FRA en pacientes críticos. En este contexto, el uso de fármacos vasoactivos como noradrenalina, dopamina o vasopresina resulta fundamental para mantener una presión arterial media adecuada que garantice la perfusión orgánica y renal. La evidencia disponible indica que no existen diferencias significativas en la eficacia entre dopamina y noradrenalina para este propósito, siendo su empleo una estrategia esencial en el soporte hemodinámico del paciente en cuidados intensivos. (Bellomo y Giantomasso, 2021).

Terapia de Reemplazo Renal

Un número considerable de pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos desarrolla fracaso renal agudo, y se estima que alrededor del 24 % de ellos requiere terapia de reemplazo renal (TRR). En la actualidad, no existen criterios específicos y

universalmente aceptados que determinen con precisión qué pacientes deben recibir esta terapia ni el momento exacto para su inicio. En la práctica clínica, la indicación de TRR se fundamenta principalmente en la presencia de sobrecarga hídrica y alteraciones electrolíticas, como azotemia, hiperpotasemia o acidosis metabólica severa. No obstante, en ausencia de estas condiciones, suele optarse por retrasar su inicio debido a los posibles efectos adversos asociados a la técnica. Asimismo, no se dispone de evidencia concluyente que demuestre que el inicio precoz de la TRR mejore la supervivencia, reduzca la estancia hospitalaria o disminuya las complicaciones a largo plazo. Algunos estudios recientes incluso sugieren que determinados pacientes evolucionan favorablemente sin necesidad de TRR cuando esta se difiere. (Volbeda, et al., 2023).

A pesar de lo anterior, existe consenso en cuanto a la indicación de TRR de forma emergente en situaciones como acidosis metabólica severa, hiperpotasemia grave, edema agudo de pulmón y manifestaciones clínicas de uremia. De igual forma, se ha planteado su utilización en casos de sobrecarga hídrica masiva secundaria a la resucitación con fluidos, no como tratamiento definitivo, sino como una medida de apoyo a la función renal residual, incluso cuando los niveles de creatinina o urea no se encuentran marcadamente elevados. (Mehta, et al., 2019).

Las guías KDIGO del año 2012 recomiendan el uso de TRR continua en pacientes con inestabilidad hemodinámica, ya que esta modalidad permite una retirada de volumen más lenta en comparación con la hemodiálisis intermitente, genera menores fluctuaciones en los niveles de electrolitos y facilita un mejor control del balance hídrico, contribuyendo así a la estabilidad hemodinámica. Sin embargo, la TRR continua también presenta desventajas, como la necesidad de una mayor anticoagulación, la inmovilización prolongada del paciente y un mayor riesgo de hipotermia. (Lobo, 2020).

Según el mecanismo de aclaramiento de solutos, ya sea por difusión o convección, existen dos modalidades principales de TRR continua: la hemofiltración veno-venosa continua y la hemodiafiltración veno-venosa continua. La hemofiltración utiliza la convección para generar grandes volúmenes de ultrafiltrado a través de una membrana permeable, mientras que la hemodiafiltración combina difusión y convección mediante el uso de un hemodiafiltro de alta eficiencia, permitiendo la eliminación tanto de solutos como de volumen. Algunos autores sugieren que la hemofiltración podría ofrecer un mejor aclaramiento de solutos de peso molecular intermedio en comparación con la hemodiálisis. (Lobo, 2020).

No obstante, entre las distintas modalidades de TRR continua no se han identificado diferencias estadísticamente significativas en términos de mortalidad, duración de la estancia hospitalaria o necesidad de diálisis al alta de la unidad de cuidados intensivos, aunque se reconoce la necesidad de realizar más estudios que profundicen en este aspecto. (Lobo, 2020).

En relación con el cese de la TRR, una encuesta realizada a intensivistas y nefrólogos evidenció que el criterio más utilizado para su suspensión es el volumen de diuresis, aunque no se logró establecer un valor mínimo claramente definido para retirar la terapia. Las guías KDIGO tampoco especifican criterios concretos al respecto. Otros factores considerados habitualmente para la finalización de la TRR incluyen la mejoría del aclaramiento de creatinina, la recuperación de la diuresis espontánea y la ausencia de sobrecarga hídrica. (Lobo, 2020).

CAPÍTULO III
METODOLOGÍA

Capítulo III: Metodología

Introducción

Este capítulo describe los aspectos metodológicos que orientaron el desarrollo de la investigación, incluyendo el diseño y tipo de estudio, la población y muestra, los criterios de inclusión y exclusión, la descripción del instrumento de investigación, su validez y confiabilidad, los procedimientos para la recolección de datos, el análisis estadístico, así como los alcances y límites del estudio.

Diseño y Tipo de Investigación

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y de corte transversal, con el propósito de identificar los factores asociados a la aparición de lesión renal aguda en pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) Polivalente del Hospital San Vicente de Paúl durante las primeras 72 horas de hospitalización, en el período comprendido entre julio y noviembre del año 2025.

Según Manterola et al. (2023), los estudios descriptivos permiten caracterizar fenómenos de salud mediante la identificación de sus principales atributos y comportamientos, sin intervenir sobre las variables. Al tratarse de un estudio de corte transversal, la información fue recolectada en un único momento temporal, permitiendo analizar la relación entre los factores clínicos y la aparición de lesión renal aguda dentro del período inicial de hospitalización en la UCI.

Descripción de la Población y Muestra

Población

La población del estudio estuvo constituida por 25 pacientes que estuvieron ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente del Hospital San Vicente de Paúl durante el período julio- noviembre de 2025, que cumplieron con los criterios clínicos establecidos para la evaluación de lesión renal aguda en las primeras 72 horas de ingreso.

Muestra

Al ser una población reducida no hubo necesidad de seleccionar muestra, por lo que trabajo con la totalidad de la población.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de Inclusión

En el presente estudio se incluyeron los expedientes clínicos de pacientes mayores de 18 años que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) Polivalente del Hospital San Vicente de Paúl durante el período julio- noviembre de 2025, que contaran con registros clínicos completos correspondientes a las primeras 72 horas de hospitalización y con valores documentados de creatinina sérica y/o gasto urinario que permitieran evaluar la presencia o ausencia de lesión renal aguda.

Criterios de Exclusión

Se excluyeron aquellos expedientes clínicos incompletos o con información insuficiente para la evaluación de la función renal, así como los correspondientes a pacientes con diagnóstico previo de enfermedad renal crónica en estadio terminal y aquellos cuya estancia en la UCI fue menor de 72 horas.

Descripción del Instrumento de Investigación

Para la recolección de los datos se utilizó un instrumento estructurado, diseñado específicamente para esta investigación, compuesto por 20 enunciados, orientados a la revisión de expedientes clínicos de los pacientes ingresados en la UCI Polivalente del Hospital San Vicente de Paúl.

El instrumento permitió recopilar información relacionada con las variables sociodemográficas, clínicas y terapéuticas, así como los posibles factores asociados a la aparición de lesión renal aguda durante las primeras 72 horas de hospitalización. Dicho instrumento se presenta en el apartado de anexos del presente estudio.

Validez y Confiabilidad del Instrumento

La validez del instrumento fue garantizada mediante la revisión y corrección por parte del asesor de la investigación y por 2 especialistas clínicos del área de cuidados intensivos y nefrología, quienes evaluaron la pertinencia, claridad y coherencia de los ítems incluidos.

La confiabilidad del proceso de recolección de datos se aseguró a través de una prueba piloto, aplicada a un número reducido de expedientes clínicos con características similares, pertenecientes a un período previo. A partir de esta prueba se realizaron ajustes al instrumento, asegurando la consistencia y precisión de la información recolectada.

Procedimientos

En una primera etapa, se solicitó la autorización correspondiente a las autoridades del Hospital San Vicente de Paúl para acceder a los expedientes clínicos de los pacientes ingresados en la UCI Polivalente. Posteriormente, se coordinaron los días y horarios para la revisión de los expedientes.

La recolección de datos se realizó mediante la revisión sistemática de los expedientes clínicos, enfocándose en la información registrada durante las primeras 72 horas de hospitalización. Este proceso se llevó a cabo durante un período aproximado de tres semanas.

Los datos obtenidos fueron organizados en una base de datos elaborada en Microsoft Excel, permitiendo la tabulación y presentación de la información en tablas. Posteriormente, los resultados fueron analizados y comparados con estudios previos relacionados con la lesión renal aguda en unidades de cuidados intensivos, para finalmente elaborar las conclusiones y recomendaciones del estudio.

Análisis Estadístico

El análisis estadístico de los datos se realizó mediante el uso del programa Microsoft Excel 2019. Las variables fueron organizadas y presentadas en tablas de frecuencia absoluta y

relativa (porcentajes), facilitando la interpretación de los resultados y el análisis de los factores asociados a la aparición de lesión renal aguda.

Alcances y Límites del Estudio

El presente estudio se circunscribe a los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente del Hospital San Vicente de Paúl durante el período julio–noviembre de 2025, por lo que los resultados obtenidos no pueden ser generalizados a otras instituciones hospitalarias o contextos diferentes.

Asimismo, los hallazgos del estudio dependen de la calidad y completitud de los registros clínicos, lo que constituye una limitación inherente a los estudios basados en revisión de expedientes. No obstante, los resultados aportan información relevante para la comprensión de los factores asociados a la lesión renal aguda en el contexto de cuidados intensivos.

CAPÍTULO IV
PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

Capítulo IV: Presentación de los Resultados

Introducción

Este capítulo presenta los resultados obtenidos a partir de la aplicación del instrumento de recolección de datos, los cuales se muestran mediante tablas que contienen las frecuencias, los porcentajes y el análisis interpretativo correspondiente.

Presentación de los Resultados

Tabla No. 1

Distribución en torno a la edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje %
31-40 años	5	20
41-50 años	1	4
51-60 años	11	44
Mayor de 60 años	8	32
Total	25	100.0 %

Fuente: Cuestionario aplicado a los expedientes clínicos de pacientes que estuvieron ingresados en la UCI Polivalente del Hospital San Vicente de Paúl, que presentaron Lesión Renal Aguda en las Primeras 72 Horas.

En cuanto a la edad de los pacientes, el 44% correspondió a pacientes con edades entre 51 y 60 años, seguido del 32% que correspondió a los mayores de 60 años. Asimismo, el 20% correspondió al grupo etario de 31 a 40 años, mientras que el 4% correspondió a pacientes con edades entre 41 y 50 años.

Tabla No. 2

Distribución en torno a el sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje %
Masculino	19	76
Femenino	6	24
Total	25	100.0 %

Fuente: Cuestionario aplicado a los expedientes clínicos de pacientes que estuvieron ingresados en la UCI Polivalente del Hospital San Vicente de Paúl, que presentaron Lesión Renal Aguda en las Primeras 72 Horas.

En torno al sexo, el 76% correspondió al sexo masculino, mientras que el 24% correspondió al sexo femenino.

Tabla No. 3

Distribución en torno a la ocupación

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje %
Ama de casa	6	24
Comerciante	16	4
Agricultor	4	16
Jubilado	3	12
Otro	8	32
Total	25	100.0 %

Fuente: Cuestionario aplicado a los expedientes clínicos de pacientes que estuvieron ingresados en la UCI Polivalente del Hospital San Vicente de Paúl, que presentaron Lesión Renal Aguda en las Primeras 72 Horas.

En cuanto a la ocupación de los pacientes, el 32% correspondió a la categoría otros, seguido del 24% que correspondió a amas de casa. El 16% eran agricultores, el 12% correspondió a jubilados y el 4% a comerciantes.

Tabla No. 4

Distribución en torno a la forma en la que ingreso el paciente en UCI

Forma de ingreso en UCI	Frecuencia	Porcentaje %
Médica	21	84
Quirúrgica Urgente	4	16
Total	25	100.0 %

Fuente: Cuestionario aplicado a los expedientes clínicos de pacientes que estuvieron ingresados en la UCI Polivalente del Hospital San Vicente de Paúl, que presentaron Lesión Renal Aguda en las Primeras 72 Horas.

En relación con la forma de ingreso de los pacientes a la UCI, el 84% ingresó a la UCI por causa médica, mientras que el 16% lo hizo por ingreso quirúrgico urgente.

Tabla No. 5

Distribución en torno a la procedencia del paciente

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje %
Hospitalización convencional	1	4
Otras áreas del hospital	10	40
Referido de otro hospital	1	4
Quirófano urgente	4	16
Emergencia	9	36
Total	25	100.0 %

Fuente: Cuestionario aplicado a los expedientes clínicos de pacientes que estuvieron ingresados en la UCI Polivalente del Hospital San Vicente de Paúl, que presentaron Lesión Renal Aguda en las Primeras 72 Horas.

En cuanto a la procedencia de los pacientes, el 40% procedía de otras áreas del hospital, seguido del 36% proveniente del servicio de emergencia. El 16% tuvo origen en el quirófano urgente, mientras que el 4% correspondió tanto a hospitalización convencional como a referidos de otros hospitales.

Tabla No. 6

Distribución en torno al destino del paciente luego del egreso de la UCI

Destino del paciente al egreso de la UCI	Frecuencia	Porcentaje %
Alta	16	64
Fallecido en UCI	9	36
Total	25	100.0 %

Fuente: Cuestionario aplicado a los expedientes clínicos de pacientes que estuvieron ingresados en la UCI Polivalente del Hospital San Vicente de Paúl, que presentaron Lesión Renal Aguda en las Primeras 72 Horas.

En relación con el destino de los pacientes luego del egreso de la UCI, el 64% de los pacientes fue dado de alta, mientras que el 36% falleció durante su estancia en la UCI.

Tabla No. 7

Distribución en torno a si el paciente presenta antecedentes de obesidad

Antecedentes de Obesidad	Frecuencia	Porcentaje %
Si	3	12
No	22	88
Total	25	100.0 %

Fuente: Cuestionario aplicado a los expedientes clínicos de pacientes que estuvieron ingresados en la UCI Polivalente del Hospital San Vicente de Paúl, que presentaron Lesión Renal Aguda en las Primeras 72 Horas.

En cuanto a los antecedentes de obesidad, El 88% no presentó antecedentes de obesidad, mientras que el 12% sí evidenció este antecedente.

Tabla No. 8

Distribución en torno a si el paciente presenta antecedentes de tabaquismo

Antecedentes de tabaquismo	Frecuencia	Porcentaje %
Si	7	28
No	18	72
Total	25	100.0 %

Fuente: Cuestionario aplicado a los expedientes clínicos de pacientes que estuvieron ingresados en la UCI Polivalente del Hospital San Vicente de Paúl, que presentaron Lesión Renal Aguda en las Primeras 72 Horas.

En relación con los antecedentes de tabaquismo, un 72% no presentó antecedentes de tabaquismo, mientras que el 28% refirió dicho antecedente.

Tabla No. 9

Distribución en torno a si el paciente presenta historia familiar de enfermedad renal crónica

Historia familiar de enfermedad renal crónica	Frecuencia	Porcentaje %
Si	9	36
No	16	64
Total	25	100.0 %

Fuente: Cuestionario aplicado a los expedientes clínicos de pacientes que estuvieron ingresados en la UCI Polivalente del Hospital San Vicente de Paúl, que presentaron Lesión Renal Aguda en las Primeras 72 Horas.

En cuanto a la historia familiar de enfermedad renal crónica, 64% no reportó historia familiar de enfermedad renal crónica, mientras que el 36% sí presentó este antecedente.

Tabla No. 10

Distribución en torno a el paciente presenta una o más comorbilidades

Comorbilidades	Frecuencia	Porcentaje %
Diabetes mellitus	9	36
Hipertensión arterial	13	52
Enfermedad autoimmune	1	4
Ninguna	2	8
Total	25	100.0 %

Fuente: Cuestionario aplicado a los expedientes clínicos de pacientes que estuvieron ingresados en la UCI Polivalente del Hospital San Vicente de Paúl, que presentaron Lesión Renal Aguda en las Primeras 72 Horas.

En relación con la presencia de comorbilidades, un 52% presentó hipertensión arterial, seguido del 36% con diabetes mellitus. El 8% no evidenció comorbilidades, mientras que el 4% presentó enfermedad autoinmune.

Tabla No. 11

Distribución en torno a si durante las primeras 72 horas de hospitalización, el paciente estuvo expuesto a fármacos potencialmente nefrotóxicos

Exposición a fármacos nefrotóxicos	Frecuencia	Porcentaje %
AINES	4	16
ARA II	8	32
Furosemida	4	16
Otros	2	8
No se registro exposición	7	28
Total	25	100.0 %

Fuente: Cuestionario aplicado a los expedientes clínicos de pacientes que estuvieron ingresados en la UCI Polivalente del Hospital San Vicente de Paúl, que presentaron Lesión Renal Aguda en las Primeras 72 Horas.

En cuanto a la exposición a fármacos potencialmente nefrotóxicos durante las primeras 72 horas de hospitalización, el 32% estuvo expuesto a ARA II, seguido del 28% sin registro

de exposición. El 16% recibió AINES, otro 16% furosemida, y el 8% otros fármacos nefrotóxicos.

Tabla No. 12

Distribución en torno a si el paciente presenta antecedente de exposición a sustancias químicas

Exposición a sustancias químicas	Frecuencia	Porcentaje %
Si	2	8
No	23	92
Total	25	100.0 %

Fuente: Cuestionario aplicado a los expedientes clínicos de pacientes que estuvieron ingresados en la UCI Polivalente del Hospital San Vicente de Paúl, que presentaron Lesión Renal Aguda en las Primeras 72 Horas.

En relación con la exposición a sustancias químicas, un 92% no presentó antecedentes de exposición a sustancias químicas, mientras que el 8% sí los presentó.

Tabla No. 13

Distribución en torno a si el paciente presenta antecedente de alguna de las siguientes infecciones

Antecedentes de enfermedades infecciones	Frecuencia	Porcentaje %
VIH	2	8
Tuberculosis	1	4
Infecciones de las vías urinarias	3	12
Ninguna	19	76
Total	25	100.0 %

Fuente: Cuestionario aplicado a los expedientes clínicos de pacientes que estuvieron ingresados en la UCI Polivalente del Hospital San Vicente de Paúl, que presentaron Lesión Renal Aguda en las Primeras 72 Horas.

En cuanto a los antecedentes de enfermedades infecciosas, un 76% no presentó antecedentes de enfermedades infecciosas, seguido del 12% con infecciones de las vías urinarias. El 8% presentó VIH, mientras que el 4% tuberculosis.

Tabla No. 14

Distribución en torno a si el paciente presenta disminución de la masa renal

Disminución de la masa renal	Frecuencia	Porcentaje %
Si	12	48
No	13	52
Total	25	100.0 %

Fuente: Cuestionario aplicado a los expedientes clínicos de pacientes que estuvieron ingresados en la UCI Polivalente del Hospital San Vicente de Paúl, que presentaron Lesión Renal Aguda en las Primeras 72 Horas.

En relación con la disminución de la masa renal, el 52% no evidenció disminución de la masa renal, mientras que el 48% sí la presentó.

Tabla No. 15

Distribución en torno a si el paciente presenta antecedentes de litiasis renal

Antecedentes de Litiasis renal	Frecuencia	Porcentaje %
Si	7	28
No	18	72
Total	25	100.0 %

Fuente: Cuestionario aplicado a los expedientes clínicos de pacientes que estuvieron ingresados en la UCI Polivalente del Hospital San Vicente de Paúl, que presentaron Lesión Renal Aguda en las Primeras 72 Horas.

En cuanto a los antecedentes de litiasis renal, el 72% no presentó antecedentes de litiasis renal, mientras que el 28% sí los presentó.

Tabla No. 16

Distribución en torno a si el paciente presenta antecedente de cirugías mayores

Antecedentes de Cirugías mayores	Frecuencia	Porcentaje %
Si	10	40
No	15	60
Total	25	100.0 %

Fuente: Cuestionario aplicado a los expedientes clínicos de pacientes que estuvieron ingresados en la UCI Polivalente del Hospital San Vicente de Paúl, que presentaron Lesión Renal Aguda en las Primeras 72 Horas.

En relación con los antecedentes de cirugías mayores, el 60% no tenía antecedentes de cirugías mayores, mientras que el 40% sí los presentó.

Tabla No. 17

Distribución en torno a si el durante su estancia en la UCI, el paciente presentó cuadro de shock

Cuadro de shock	Frecuencia	Porcentaje %
Si	12	48
No	13	52
Total	25	100.0 %

Fuente: Cuestionario aplicado a los expedientes clínicos de pacientes que estuvieron ingresados en la UCI Polivalente del Hospital San Vicente de Paúl, que presentaron Lesión Renal Aguda en las Primeras 72 Horas.

En cuanto a la presencia de cuadro de shock durante la estancia en la UCI, el 52% no presentó cuadro de shock, mientras que el 48% sí lo presentó.

Tabla No. 18

Distribución en torno a si el paciente presenta antecedente de quemaduras

Antecedentes de quemaduras	Frecuencia	Porcentaje %
No	25	100
Total	25	100.0 %

Fuente: Cuestionario aplicado a los expedientes clínicos de pacientes que estuvieron ingresados en la UCI Polivalente del Hospital San Vicente de Paúl, que presentaron Lesión Renal Aguda en las Primeras 72 Horas.

En relación con los antecedentes de quemaduras, el 100% de los pacientes no presentó antecedentes de quemaduras.

Tabla No. 19

Distribución en torno al origen de la lesión renal aguda, según la evaluación clínica registrada

Origen de la lesión renal	Frecuencia	Porcentaje %
Prerrenal	7	28
Renal	18	72
Total	25	100.0 %

Fuente: Cuestionario aplicado a los expedientes clínicos de pacientes que estuvieron ingresados en la UCI Polivalente del Hospital San Vicente de Paúl, que presentaron Lesión Renal Aguda en las Primeras 72 Horas.

En cuanto al origen de la lesión renal aguda, el 72% presentó lesión renal aguda de origen renal, mientras que el 28% fue de origen prerrenal.

Tabla No. 20

Distribución en torno a la lesión renal aguda presentada, según los criterios AKI registrados en el expediente clínico

Lesión renal aguda presentada	Frecuencia	Porcentaje %
Estadio 1	11	44
Estadio 2	9	36
Estadio 3	5	20
Total	25	100.0 %

Fuente: Cuestionario aplicado a los expedientes clínicos de pacientes que estuvieron ingresados en la UCI Polivalente del Hospital San Vicente de Paúl, que presentaron Lesión Renal Aguda en las Primeras 72 Horas.

En relación con el estadio de la lesión renal aguda según los criterios AKI, el 44% presentó lesión renal aguda estadio 1, seguido del 36% en estadio 2, mientras que el 20% se ubicó en estadio 3.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Capítulo V: Discusión

Introducción

Este capítulo presenta el análisis y discusión de los resultados obtenidos a partir de la aplicación del instrumento de recolección de datos, los cuales fueron expuestos en el capítulo anterior. Asimismo, se exponen las conclusiones derivadas de los resultados obtenidos y, finalmente, se formulan recomendaciones fundamentadas en dichas conclusiones.

Análisis de los Resultados

Al analizar los resultados en relación con los distintos objetivos planteados, se obtuvieron los siguientes hallazgos:

En relación con las características sociodemográficas de los pacientes ingresados en la UCI Polivalente, se evidenció que el 44% se concentró en el grupo etario de 51 a 60 años, predominando el sexo masculino con un 76%. En cuanto a la ocupación, el 32% se agrupó en la categoría otro: empleado privado, mientras que el 84% de los pacientes ingresó a la UCI por causa médica. Respecto a la procedencia, el 40% provenía de otras áreas del hospital, y en relación con el destino al egreso de la UCI, el 64% de los pacientes fue dado de alta. Estos resultados guardan similitud con lo reportado por Rostrán-Suárez (2019) y Torres (2019), quienes también identificaron un predominio del sexo masculino y edades avanzadas en pacientes críticos con lesión renal aguda; sin embargo, difieren en cuanto a la ocupación predominante, ya que Rostrán-Suárez encontró mayor frecuencia en agricultores, mientras que en el presente estudio predominó el empleo privado, lo cual puede explicarse por diferencias sociolaborales entre las poblaciones estudiadas.

En cuanto a los antecedentes patológicos y no patológicos asociados a la aparición de lesión renal aguda, se observó que el 88% de los pacientes no presentó antecedentes de obesidad, el 72% no refirió tabaquismo y el 64% no tenía historia familiar de enfermedad renal crónica. En relación con las comorbilidades, la hipertensión arterial fue la más

frecuente, presente en el 52% de los casos. Asimismo, el 32% estuvo expuesto a fármacos potencialmente nefrotóxicos, principalmente ARA II, mientras que el 92% no presentó exposición a sustancias químicas. En cuanto a antecedentes infecciosos, el 76% no reportó infecciones previas, el 52% no presentó disminución de la masa renal, el 72% no tenía antecedentes de litiasis renal, el 60% no refirió cirugías mayores y el 52% no presentó cuadro de shock durante su estancia en la UCI. Estos hallazgos coinciden parcialmente con los estudios de Rostrán-Suárez (2019), Torres (2019) y Gómez (2024), quienes identificaron la hipertensión arterial y el uso de fármacos nefrotóxicos como factores relevantes, no obstante, difieren en la frecuencia de infecciones y diabetes mellitus, las cuales fueron más elevadas en dichos estudios, lo que sugiere variaciones en los perfiles clínicos y en las condiciones de ingreso de los pacientes.

En relación con la etiología de la lesión renal aguda, se evidenció que el 72% de los casos presentó una etiología renal. Este resultado difiere de lo reportado por Rostrán-Suárez (2019), quien encontró predominio de la etiología prerrenal, lo cual puede atribuirse a diferencias en el estado hemodinámico de los pacientes, la gravedad clínica al ingreso y los criterios utilizados para clasificar la etiología de la lesión renal aguda.

En cuanto a la clasificación de la lesión renal aguda según los criterios AKI/KDIGO, se observó que el 44% de los pacientes presentó lesión renal aguda en estadio 1. Este hallazgo es concordante con lo descrito por Reyna y Jocelyn (2024), quienes también reportaron el estadio I como el más frecuente, lo que resalta la importancia de la detección temprana de la lesión renal aguda en unidades de cuidados intensivos para prevenir su progresión y reducir complicaciones a largo plazo.

Conclusiones

La población estudiada con lesión renal aguda ingresada en la UCI Polivalente del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl durante el período julio-noviembre de 2025 estuvo conformada principalmente por pacientes adultos, predominando el grupo etario de 51 a 60 años y el sexo masculino. La mayoría de los pacientes ingresó por causa médica, procedía de otras áreas del hospital y fue egresada con alta médica, lo que permite caracterizar un perfil sociodemográfico específico de los pacientes afectados por esta condición en la unidad de cuidados intensivos.

En relación con los antecedentes patológicos y no patológicos asociados a la aparición de lesión renal aguda durante las primeras 72 horas de hospitalización, se evidenció que la hipertensión arterial constituyó la comorbilidad más frecuente. Asimismo, se identificó una proporción relevante de pacientes expuestos a fármacos potencialmente nefrotóxicos, principalmente antagonistas de los receptores de angiotensina II. No obstante, la mayoría de los pacientes no presentó antecedentes de obesidad, tabaquismo, exposición a sustancias químicas, enfermedades infecciosas previas, litiasis renal ni cirugías mayores, lo que sugiere que la lesión renal aguda se desarrolló principalmente en el contexto de condiciones clínicas agudas propias del estado crítico.

En cuanto a la etiología de la lesión renal aguda, predominó el origen renal, lo que indica que el daño intrínseco del parénquima renal fue la principal causa de esta afección en los pacientes ingresados en la UCI Polivalente.

Respecto a la clasificación de la lesión renal aguda según los criterios AKI/KDIGO, el estadio 1 fue el más frecuente.

Recomendaciones

Al Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl

Fortalecer los protocolos de vigilancia y detección temprana de lesión renal aguda en pacientes ingresados en la UCI Polivalente, especialmente en adultos mayores y pacientes del sexo masculino, con el fin de identificar oportunamente alteraciones en la función renal y prevenir la progresión de la enfermedad.

Implementar estrategias de control estricto de la presión arterial en pacientes hipertensos hospitalizados en la UCI, considerando que la hipertensión arterial fue la comorbilidad más frecuente asociada a la lesión renal aguda en el presente estudio.

Reforzar la supervisión del uso de fármacos potencialmente nefrotóxicos durante las primeras 72 horas de hospitalización, promoviendo la prescripción racional y el monitoreo continuo de la función renal en pacientes expuestos a estos medicamentos.

Al Personal Médico y de Enfermería de la UCI Polivalente

Promover la capacitación continua del personal de salud sobre los criterios AKI/KDIGO para la clasificación de la lesión renal aguda, a fin de favorecer su identificación en estadios tempranos y optimizar la toma de decisiones clínicas.

Fortalecer la monitorización hemodinámica y renal de los pacientes críticos, especialmente en aquellos con factores de riesgo identificados, con el objetivo de prevenir complicaciones y mejorar los desenlaces clínicos.

Al Ministerio de Salud Pública y Organismos Reguladores de Salud

Desarrollar y actualizar guías clínicas nacionales orientadas a la prevención, diagnóstico y manejo de la lesión renal aguda en unidades de cuidados intensivos, basadas en evidencia científica y adaptadas al contexto del sistema de salud nacional.

Promover programas de vigilancia epidemiológica que permitan conocer la magnitud real de la lesión renal aguda en hospitales de tercer nivel, facilitando la planificación de recursos y la implementación de estrategias preventivas.

A las Instituciones Académicas y de Formación en Salud

Fomentar la inclusión de contenidos actualizados sobre lesión renal aguda, factores de riesgo y criterios AKI/KDIGO en los programas de formación de grado y posgrado en ciencias de la salud, con el fin de fortalecer las competencias clínicas del futuro personal sanitario.

Referencias Bibliográficas

- Acuña, N. C. I. (2024). Desenlaces Asociados a Lesión Renal Aguda en la Unidad de Cuidados Intensivos. <https://repositorio.unicartagena.edu.co/server/api/core/bitstreams/2fffe889-cdbf-4d58-b414-d0c5cd9fdf13/content>
- Al-Kazwini, H., & Simhadri, P. K. (2025). Normal and abnormal urine output and interpretation. En *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK606132/>
- Bellomo, R., & Giantomasso, D. D. (2021). Noradrenaline and the kidney: ¿Friends or foes? *Critical Care (London, England)*, 5(6), 294-298. <https://doi.org/10.1186/cc1052>
- Bellos, I., Karageorgiou, V., Pergialiotis, V., & Perrea, D. N. (2020). Acute kidney injury following the concurrent administration of antipseudomonal β -lactams and vancomycin: A network meta-analysis. *Clinical Microbiology and Infection: The Official Publication of the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases*, 26(6), 696-705. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2020.03.019>
- Chen, R. J., Sharma, S., & Bhattacharya, P. T. (2025). Hypotension. En *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/books/NBK499961/>
- Claire-Del Granado, R., Lombardi, R., Chávez-Íñiguez, J., Rizo-Topete, L., & Ponce, D. (2025). Acute kidney injury in latin america. *Seminars in Nephrology*, 45(1-2), 151609. <https://doi.org/10.1016/j.semnephrol.2025.151609>
- Flores Sandí, G. (2025). El antecedente personal patológico en la anamnesis. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 24(1), 49-53. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1409-14292015000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Fundación Española del Corazón. (2020). *Ventilación mecánica*. Fundación Española del Corazón. <https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/tratamientos/ventilacion-mecanica.html>

- Gameiro, J., Gouveia, B., Fonseca, J. A., & Lopes, J. A. (2025). The burden of acute kidney disease: An epidemiological review and importance of follow-up care. *Clinical Kidney Journal*, 18(6), sfaf169. <https://doi.org/10.1093/ckj/sfaf169>
- García, E., Merino, J. L., Mendoza, S., Paraíso, V., Sánchez, V., & Moya, R. (2020). Aspectos clave en el mantenimiento de la diuresis residual en pauta de hemodiálisis incremental. Experiencia de diez años. *Enfermería Nefrológica*, 23(2), 199-204. <https://doi.org/10.37551/s2254-28842020020>
- Gómez Alvarez, A. (2024). Factores asociados con el desarrollo de lesión renal aguda en pacientes con ventilación mecánica en el hospital de especialidades No. 2, UMAE del IMSS en Ciudad Obregón, Sonora. <https://tesis.uas.edu.mx/404>
- Gorostidi, M., Santamaría, R., Alcázar, R., Fernández-Fresnedo, G., Galcerán, J. M., Goicoechea, M., Oliveras, A., Portolés, J., Rubio, E., Segura, J., Aranda, P., de Francisco, Á. L. M., del Pino, M. D., Fernández-Vega, F., Górriz, J. L., Luño, J., Marín, R., Martínez, I., Martínez-Castelao, A., ... Ruilope, L. M. (2024). Documento de la Sociedad Española de Nefrología sobre las guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica. *Nefrología*, 34(3), 302-316. <https://doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2014.Feb.12464>
- Gottrup, F. (2019). Physiology and measurement of tissue perfusion. *Annales Chirurgiae Et Gynaecologiae*, 83(3), 183-189.
- Goyal, A., Daneshpajouhnejad, P., Hashmi, M. F., & Bashir, K. (2025). Acute kidney injury. En *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441896/>
- Hobson, C., Lysak, N., Huber, M., Scali, S., & Bihorac, A. (2019). Epidemiology, outcomes, and management of acute kidney injury in the vascular surgery patient. *Journal of Vascular Surgery*, 68(3), 916-928. <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2018.05.017>
- Iraola-Ferrer, M., Bembibre-Tabuada, R., Quintero-Méndez, Y., & Ordúñez-García, P. (2019). Unidad de cuidados intermedios: Polivalentes o monovalente. *Medicina Intensiva*, 32(8), 406-

406. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0210-56912008000800007&lng=es&nrm=iso&tlng=es

- Jiménez Ramírez, R., Martínez Paulino, A., López González, F. E., Jiménez Silverio, L. del A., González de la Cruz, M. F., Bello Bruzos, M. de la C., & Araujo Encarnación, W. A. (2022). Caracterización de la lesión renal aguda en un hospital de la República Dominicana. *Revista Uruguaya de Medicina Interna*, 7(3), 26. <https://doi.org/10.26445/07.03.3>
- Khwaja, A. (2022). KDIGO clinical practice guidelines for acute kidney injury. *Nephron. Clinical Practice*, 120(4), c179-184. <https://doi.org/10.1159/000339789>
- León-Ponce, M. A., Briones-Garduño, J., Carrillo-Esper, R., Moreno Santillan, A., & Pérez-Calatayud, Á. (2020). Insuficiencia renal aguda (Ira) clasificación, fisiopatología, histopatología, cuadro clínico diagnóstico y tratamiento una versión lógica. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 40, 280-287.
- Levey, A. S., Perrone, R. D., & Madias, N. E. (2019). Serum creatinine and renal function. *Annual Review of Medicine*, 39, 465-490. <https://doi.org/10.1146/annurev.me.39.020188.002341>
- Lobo, V. (2020). Renal replacement therapy in acute kidney injury: ¿Which mode and when? *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 24(S3), 102-106. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-23383>
- Lopez, T., & Banerjee, D. (2021). Management of fluid overload in hemodialysis patients. *Kidney International*, 100(6), 1170-1173. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2021.09.013>
- Lucas, G. N. C., Leitão, A. C. C., Alencar, R. L., Xavier, R. M. F., Daher, E. D. F., & Silva Junior, G. B. da. (2019). Pathophysiological aspects of nephropathy caused by non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Jornal Brasileiro De Nefrologia*, 41(1), 124-130. <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2018-0107>
- Mamoulakis, C., Tsarouhas, K., Fragkiadoulaki, I., Heretis, I., Wilks, M. F., Spandidos, D. A., Tsitsimpikou, C., & Tsatsakis, A. (2020). Contrast-induced nephropathy: Basic concepts,

- pathophysiological implications and prevention strategies. *Pharmacology & Therapeutics*, 180, 99-112. <https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2017.06.009>
- Mehta, S., Chauhan, K., Patel, A., Patel, S., Pinotti, R., Nadkarni, G. N., Parikh, C. R., & Coca, S. G. (2019). The prognostic importance of duration of AKI: A systematic review and meta-analysis. *BMC Nephrology*, 19(1), 91. <https://doi.org/10.1186/s12882-018-0876-7>
- Meyer, N. J., & Prescott, H. C. (2024). Sepsis and septic shock. *New England Journal of Medicine*, 391(22), 2133-2146. <https://doi.org/10.1056/NEJMr2403213>
- Molina, J., Cordero, E., Palomino, J., & Pachón, J. (2019). Aminoglucósidos y polimixinas. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 27(3), 178-188. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2009.02.001>
- Nieto-Ríos, J., & Bello Márquez, D. (2019). *Lesión renal aguda* (p. https://www.researchgate.net/publication/324243772_LESION_RENAL_AGUDA_2018).
- Ocaña Nápoles, L., Rodríguez Salgueiro, S., & Oyarzábal Yera, A. (2020). Nuevos enfoques sobre la Lesión Renal Aguda. *Revista CENIC Ciencias Biológicas*, 51(2), 141-158. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2221-24502020000200141&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Patel, J. B., & Sapra, A. (2025). Nephrotoxic medications. En *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553144/>
- Reyna, L., & Jocelyn, A. (2024). *Factores de riesgo asociados a lesión renal aguda medida por KDIGO, en pacientes ingresados a la unidad de terapia intensiva pediátrica del Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto"*. <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/handle/i/8655>
- Rostrán-Suárez, R. L. (2019). *Factores asociados a lesión renal aguda en pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Escuela Asunción Juigalpa en el año 2018* [Other, Universidad Católica Redemptoris Mater]. <https://repositorio.unica.edu.ni/49/>

- Saunders, H., Rehan, A., Hashmi, M. F., & Sanghavi, D. K. (2025). Continuous renal replacement therapy. En *StatPearls*. StatPearls Publishing.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556028/>
- Servicio Regional de Salud Nordeste. (2023, abril 8). Avanzan los trabajos de la construcción del Hospital San Vicente de Paúl – SRS Nordeste. <https://srsnordeste.gob.do/actividades/avanzan-los-trabajos-de-la-construccion-del-hospital-san-vicente-de-paul/>
- Torres, A. P. (2019). Factores de riesgo asociados al daño renal agudo en pacientes ingresados en Cuidados Intensivos (Doctoral dissertation, Universidad de Ciencias Médicas).
<https://repotesis.cav.sld.cu/index.php?P=DownloadFile&Id=632>
- VanValkinburgh, D., & Hashmi, M. F. (2024). Inotropes and vasopressors. En *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/books/NBK482411/>
- Volbeda, M., Oord, M., Koeze, J., Keus, E., van der Horst, I. C. C., & Franssen, C. F. M. (2023). Criteria for continuous kidney replacement therapy cessation in icu patients. *Blood Purification*, 52(1), 32-40. <https://doi.org/10.1159/000524180>
- Yang, X., Zhong, H., Xu, C., & Xu, G. (2019). Spotlights on antibiotic-induced acute kidney injury: The evidence to date. *Iranian Journal of Kidney Diseases*, 13(1), 10-20.
- Zhao, C.-C., Ye, Y., Li, Z.-Q., Wu, X.-H., Zhao, C., & Hu, Z.-J. (2022). Effect of goal-directed fluid therapy on renal function in critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. *Renal Failure*, 44(1), 777-789. <https://doi.org/10.1080/0886022X.2022.2072338>

ANEXOS



UNIVERSIDAD CATÓLICA NORDESTANA

UCNE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA

Instrumento

Tema: Factores Asociados a la Aparición de Lesión Renal Aguda en Pacientes Ingresados en la UCI Polivalente del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl durante las primeras 72 horas de hospitalización, Período julio- noviembre 2025

1. Según el expediente clínico, la edad del paciente corresponde a:

- a) Menor de 20 años
- b) 20-30 años
- c) 31-40 años
- d) 41-50 años
- e) 51-60 años
- f) Mayor de 60 años

2. Según el expediente clínico, el sexo del paciente es:

- a) Masculino
- b) Femenino

3. Según el expediente clínico, la ocupación del paciente es:

- a) Ama de casa
- b) Comerciante
- c) Agricultor
- d) Estudiante

- e) Jubilado
- f) Otro: _____

4. El paciente ingresó a la UCI de forma:

- a) Médica
- b) Quirúrgica programada
- c) Quirúrgica urgente

5. El paciente procede de:

- a) Hospitalización convencional
- b) Otras áreas del hospital
- c) Referido de otro hospital
- d) Quirófano urgente
- e) Quirófano programado
- f) Emergencia

6. Según el registro clínico, el destino del paciente al egreso de la UCI fue:

- a) Alta
- b) Fallecimiento en UCI

7. El paciente presenta antecedente de obesidad:

- a) Sí
- b) No

8. El paciente presenta antecedente de tabaquismo:

- a) Sí
- b) No

9. El paciente presenta historia familiar de enfermedad renal crónica:

- a) Sí
- b) No

10. El paciente presenta una o más de las siguientes comorbilidades (marque todas las que correspondan):

- a) Diabetes mellitus
- b) Hipertensión arterial
- c) Insuficiencia cardíaca
- d) Preeclampsia
- e) Enfermedad autoinmune
- f) Enfermedad arterial periférica
- g) Otra: _____

11. Durante las primeras 72 horas de hospitalización, el paciente estuvo expuesto a fármacos potencialmente nefrotóxicos:

- a) AINES
- b) IECA
- c) ARA II
- d) Furosemida
- e) Gentamicina
- f) Medios de contraste
- g) Otros: _____
- h) No se registró exposición

12. El paciente presenta antecedente de exposición a sustancias químicas:

- a) Sí
- b) No

13. El paciente presenta antecedente de alguna de las siguientes infecciones:

- a) VIH
- b) Malaria

- c) Tuberculosis
- d) Infecciones de las vías urinarias
- e) Virus de la hepatitis B
- f) Ninguna

14. El paciente presenta disminución de la masa renal:

- a) Sí
- b) No

15. El paciente presenta antecedente de litiasis renal:

- a) Sí
- b) No

16. El paciente presenta antecedente de cirugías mayores:

- a) Sí
- b) No

17. Durante su estancia en la UCI, el paciente presentó cuadro de shock:

- a) Sí
- b) No

18. El paciente presenta antecedente de quemaduras:

- a) Sí
- b) No

19. Según la evaluación clínica registrada, la lesión renal aguda del paciente es de origen:

- a) Prerenal
- b) Renal
- c) Postrenal

20. Según los criterios AKI registrados en el expediente clínico, el paciente presenta:

- a) Estadio 1: Creatinina ≥ 0.3 mg/dL o 150–200% del basal y/o flujo urinario < 0.5 mL/kg/h por > 6 horas.
- b) Estadio 2: Creatinina > 200 – 300% del basal y/o flujo urinario < 0.5 mL/kg/h por > 12 horas.
- c) Estadio 3: Creatinina $> 300\%$ del basal, ≥ 4 mg/dL o necesidad de terapia de reemplazo renal, y/o flujo urinario < 0.3 mL/kg/h por > 24 horas o anuria ≥ 12 horas.