Revista Colombiana de Nefrología
Vol. 13, Núm. 2 (2026) - Publicación continua https://doi.org/10.22265/acnef.13.2.1188

Carta al Editor

Respuesta a carta al editor sobre el artículo de injuria renal aguda por Covid-19

Catalina K. Castro-Velásquez[1], Maria E. Rojas-Jacinto[1], Luis Arellán-Bravo[1,2] y Sarai Chávez-Bustamante[1]

[1]Escuela de Medicina Humana, Universidad Continental, Huancayo, Junín, Perú
[2]Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, Huancayo, Junín, Perú.

Cómo citar: Castro-Velásquez CK, Rojas-Jacinto ME, Arellán-Bravo L, Chávez-Bustamante S. Respuesta a carta al editor sobre el artículo de injuria renal aguda por Covid-19. Rev. Colomb. Nefrol. 2026; **13**(2):**e1188**. https://doi.org/10.22265/acnef.13.2.1188

Recepción: 14/Ene/2026 **Aceptación:** 19/Ene/2026 **Publicación:** 28/Ago/2026

Señor editor de la Revista Colombiana de Nefrología:

De nuestra parte, agradecemos al lector por la lectura crítica y los comentarios realizados sobre nuestro artículo Factores asociados a la injuria renal aguda por Covid-19 y su relación con la necesidad de terapia de reemplazo renal en la UCI de un hospital peruano [1]. Sus observaciones permiten precisar conceptos clave en un escenario clínico complejo como la UCI, donde la injuria renal aguda (IRA) suele ser multifactorial y se relaciona con la gravedad, la respuesta inflamatoria sistémica, el soporte hemodinámico y la ventilación mecánica; además de la infección por SARS-CoV-2 [1–4].

En primer lugar, con respecto a la atribución causal expresada como “IRA por COVID-19”, reconocemos que dicha denominación puede interpretarse como una causalidad única. En nuestro manuscrito, la intención fue describir la IRA ocurrida en pacientes críticos con Covid-19 confirmado, en un marco de asociación temporal y clínica. En línea con la literatura, la IRA en Covid-19 comprende mecanismos directos e indirectos (inflamación sistémica, disfunción endotelial, microtrombosis, hipoxemia y hemodinamia inestable), por lo que

Correspondencia: Luis Arellán-Bravo, Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, avenida Independencia 266, El Tambo, Huancayo (Junín), Perú. Correo-e: larellan@continental.edu.pe

consideramos apropiado precisar el lenguaje como “IRA en pacientes con Covid-19” o “IRA asociada al Covid-19”, lo que evita implicar exclusividad etiológica, como otros autores lo sugieren [2–4].

En segundo lugar, compartimos la importancia de consignar criterios diagnósticos y de estadificación estandarizados. La definición internacionalmente aceptada de la IRA se basa en cambios en la creatinina sérica o en la diuresis, como proponen las guías KDIGO [5]. Debido al carácter retrospectivo y a la disponibilidad heterogénea de registros en la historia clínica, nuestro estudio se apoyó en lo consignado por el equipo tratante y en los datos documentados. Por esto, en futuras versiones y trabajos derivados, explicitaremos con mayor detalle la operacionalización de la IRA y la evaluación clínica de etiologías prerrenales, renales y posrenales, así como la presencia de enfermedad renal crónica previa, con el fin de fortalecer la reproducibilidad y la interpretación clínica.

En tercer lugar, coincidimos en que la sepsis o el *shock*, el uso de vasopresores, la ventilación mecánica prolongada y la falla multiorgánica pueden explicar, total o parcialmente, la aparición de IRA y la necesidad de terapia de reemplazo renal (TRR) en UCI. Diversos estudios en pacientes hospitalizados y en cuidados intensivos con Covid-19 han mostrado asociaciones entre marcadores de gravedad y desenlaces renales, y resaltan el carácter sindrómico y multifactorial de la IRA en este contexto [3, 6, 7]. En nuestro análisis, estos elementos fueron considerados dentro de las variables clínicas disponibles; sin embargo, aceptamos que una caracterización más fina —por ejemplo, mediante criterios formales de sepsis y la consideración de dosis y tiempo de uso de vasopresores y parámetros ventilatorios— podría mejorar la atribución de riesgo y evitar interpretaciones simplificadas.

En cuarto lugar, reafirmamos que los resultados deben interpretarse como asociaciones observacionales entre características clínicas y la necesidad de hemodiálisis en una cohorte de pacientes críticos con Covid-19, y no como demostración de causalidad directa viral. Consideramos que la discusión propuesta por el lector refuerza la necesidad de realizar estudios prospectivos con definiciones operacionales uniformes, mediciones completas de diuresis y creatinina y un mejor registro de condiciones intercurrentes, como sepsis, *shock* o exposición a nefrotóxicos, para discriminar con mayor precisión los fenotipos de IRA y su pronóstico.

Reiteramos nuestro agradecimiento por las observaciones, las cuales contribuyen a mejorar la claridad del manuscrito y la validez interpretativa de los hallazgos.

Contribuciones de los autores

Catalina K. Castro Velásquez: conceptualización, escritura (borrador original), escritura (revisión del borrador y revisión/corrección); María E. Rojas Jacinto: conceptualización, investigación, escritura (borrador original), escritura (revisión del borrador y revisión/corrección); Luis Arellan Bravo: conceptualización, escritura (borrador original), escritura (revisión del borrador y revisión/corrección); Sarai G. Chávez Bustamante: conceptualización, escritura (borrador original), escritura (revisión del borrador y revisión/corrección).

Declaración de fuentes de financiación

No se recibió financiación para la escritura o publicación del presente manuscrito.

Conflictos de interés

No hay conflictos de interés por declarar.

Implicaciones éticas

No hay implicaciones éticas por declarar.

Uso de inteligencia artificial (IA)

Los autores no usaron inteligencia artificial para la preparación y publicación de este manuscrito.

Declaración de datos

No hay publicación previa de datos abiertos. Cualquier duda o consulta sobre el artículo, se sugiere contactar al autor de correspondencia.

Referencias

[1] Castro Velásquez CK, Rojas Jacinto ME, Arellan Bravo L, Chávez Bustamante SG.Factores asociados a la injuria renal aguda por Covid-19 y su relación con la necesidad deterapia de reemplazo renal en la UCI de un hospital peruano. Rev. Colomb. Nefrol. 2025; 12(1),e846. https://doi.org/10.22265/acnef.12.1.846↑Ver página 1

[2] Głowacka M, Lipka S, Młynarska E, Franczyk B, Rysz J. Acute kidney injury in Covid-19. Int. J. Mol. Sci. 2021; 22(15):8081. https://doi.org/10.3390/ijms22158081 ↑ Ver páginas 1 y 2

[3] Chan L, Chaudhary K, Saha A, Chauhan K, Vaid A, Zhao S, *et al.* AKI in Hospitalized patients with Covid-19. J. Am. Soc. Nephrol. 2021; 32(1):151-160. https://doi.org/10.1681/ASN.2020050615 ↑ Ver páginas 1 y 2

[4] Ouyang L, Gong Y, Zhu Y, Gong J. Association of acute kidney injury with the severity and mortality of SARS-CoV-2 infection: A meta-analysis. Am. J. Emerg. Med. 2021; 43:149-157. https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.08.089 ↑ Ver páginas 1 y 2

[5] Khwaja A. KDIGO clinical practice guidelines for acute kidney injury. Nephron. Clin. Pract. 2012; 120(4):c179-c184. https://doi.org/10.1159/000339789 ↑ Ver página 2

[6] Petrucelli Doher M, Rodrigues Torres de Carvalho F, Faria Scherer P, Nemoto Matsui T, Ammirati AL, Caldin da Silva B, et al. Acute kidney injury and renal replacement therapy in critically ill Covid-19 patients: Risk factors and outcomes: A single-center experience in Brazil. Blood Purif. 2021; 50(4-5):520-530. https://doi.org/10.1159/000513425 ↑ Ver página 2

[7] Aukland EA, Klepstad P, Aukland SM, Zamanzad Ghavidel F, Alnes Buanes E. Acute kidney injury in patients with Covid-19 in the intensive care unit: evaluation of risk factors and mortality in a national cohort. BMJ Open. 2022; 12(6):e059046. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-059046 ↑ Ver página 2