REPENSANDO LA TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CONTINUA DE ALTO VOLUMEN: EVIDENCIA, LÍMITES Y NUEVAS PREGUNTAS EN EL PACIENTE CRÍTICO

Nelson Bravo-Cofré[1], Alondra Troncozo-Pinto[1], Natalia Dreyse-Sepulveda[1]

1. Clinica Alemana de Santiago

La terapia reemplazo renal continua (TRRC) es pilar en unidades de cuidados intensivos (UCI) para pacientes inestables. Se sugieren beneficio con dosis altas, pero nuevos estudios no mostraron ventajas de 35–40mL/kg/h frente a 20–25mL/kg/h y sí más eventos adversos (hipofosfatemia, hipotensión). No obstante, en contextos con gran carga metabólica (p.ej., rabdomiólisis, lisis tumoral) pueden requerirse mayores a 40mL/kg/h de forma transitoria, con descenso posterior, determinando de esta manera que la dosis aportada debe ir en relación con una individualización de la terapia según necesidades clínica. El objetivo de este estudio fue determinar evaluar la relación entre la dosis de clearance total y la mortalidad hospitalaria en pacientes críticos sometidos a terapia de reemplazo renal continua con dosis altas. Estudio observacional retrospectivo desde enero 2020 a marzo 2022 en UCI adultos médico quirúrgica. Se registraron variables demográficas, comorbilidades, diagnóstico, SOFA, APACHE II, tiempos hasta conexión, modalidad y filtros, flujo sanguíneo, flujos de sustitución/diálisis, ultrafiltración, dosis total de clearence, anticoagulación, vasoactivos, laboratorio previo y mortalidad hospitalaria. Se aplicó estadística descriptiva, prueba no paramétrica de Mann–Whitney para comparar los valores de clearance total entre los grupos de pacientes según su condición vital, considerando un nivel de significancia de $p < 0.05$ y la relación entre el clearance total y el puntaje SOFA mediante el coeficiente de correlación de Spearman, previa verificación de no normalidad con la prueba de Shapiro–Wilk. Se consideró un nivel de significancia estadística de ? < 0.05. Este trabajo ha sido aprobado por comité ético local. Se analizaron 60 pacientes sometidos a terapia de reemplazo renal continua con dosis de clearance total superiores a 50 mL/kg/h. La mediana de edad fue de 61 años [44-71], con predominio masculino del 66.7%. El puntaje SOFA al ingreso fue de 8 [6-10] y la mortalidad hospitalaria global alcanzó el 43.3%. La mediana de clearance total fue de 5000mL/min en los pacientes fallecidos y de 6000mL/min en los sobrevivientes, sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (prueba de Mann–Whitney, $p = 0.298$). Asimismo, no se observó correlación significativa entre el clearance total y el puntaje SOFA (? = 0.06). En conclusión, el aumento del flujo de clearance total no se asoció con una menor mortalidad ni con una mayor gravedad al ingreso. No obstante, permite buscar nuevas variables de estudio, como lo es el flujo sanguíneo, lo que podría reflejar un efecto beneficioso sobre la depuración y la estabilidad hemodinámica. Con estos resultados se refuerza la necesidad de individualizar la dosis de TRRC según las condiciones clínicas y metabólicas de cada paciente.