INSUFICIENCIA RENAL AGUDA POSTOPERATORIA EN TRASPLANTE HEPÁTICO: IMPACTO CLÍNICO Y PRONÓSTICO EN LA UCI

Cecilia González[1], Claudia Espinoza[1], Pía Contreras[1], Aroa Saavedra[1], Colomba Gorziglia[1], Cristóbal Vildósola[1], Josefina O´Ryan[1], Vicente Pérez[1], Amelia Quiroz[1], Ayumi Murohashi[1], Marianne Niklitscheck[1], Vicente Mayol[1], Mateo Piel[1], Magdalena Vera-Alarcón[1]

1. Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción La insuficiencia renal aguda (IRA) es una de las complicaciones más frecuentes y de mayor impacto en el postoperatorio de trasplante hepático (TH). Su presencia condiciona directamente la evolución en la UCI, aumentando la carga asistencial y comprometiendo la sobrevida temprana. Pese a su relevancia, existe escasa evidencia local que caracterice su frecuencia y desenlaces. Este estudio busca cuantificar la magnitud de la IRA post-TH y su efecto sobre la morbimortalidad, aplicando modelos estadísticos clásicos y avanzados para aportar evidencia robusta que oriente la práctica clínica. Métodos Estudio observacional retrospectivo en una cohorte de 262 pacientes adultos sometidos a TH con donante cadáver en la Red UC–CHRISTUS (2020–2025). La IRA postoperatoria se clasificó según criterios KDIGO en tres estadios. Los desenlaces fueron días de estadía en UCI, días de hospitalización, ventilación mecánica y mortalidad a 30 días. Se aplicaron modelos de regresión lineal múltiple y logística, complementados con modelo Gamma y joint models, ajustando por sexo, edad, IMC, MELD-Na y presencia de ACLF. El estudio contó con aprobación del Comité Ético-Científico UC (código 230523006). Resultados Se realizó un estudio observacional retrospectivo de cohorte en 262 adultos sometidos a trasplante hepático con donante cadáver en la Red UC–CHRISTUS entre 2020 y 2025. La exposición fue el desarrollo de IRA postoperatoria, clasificada según criterios KDIGO en tres estadios. Los desenlaces principales fueron estadía en UCI, hospitalización, ventilación mecánica y mortalidad a 30 días. Para el análisis se utilizaron modelos de regresión lineal múltiple y logística, y en forma complementaria modelos Gamma y joint models, que permitieron estimar tanto efectos absolutos como relativos y explorar asociaciones dinámicas. Todos los modelos se ajustaron por variables clínicas relevantes (sexo, edad, IMC, etiología hepática, MELD-Na y ACLF). El protocolo fue aprobado por el Comité Ético-Científico UC (código 230523006). Conclusiones La IRA postoperatoria afecta a dos tercios de los pacientes trasplantados hepáticos y constituye una complicación clínicamente determinante en la UCI. Su severidad se asocia de manera dosis–respuesta con una prolongación significativa de la estadía en UCI y hospitalización, y con un aumento marcado de la mortalidad solo en estadio 3. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de estrategias de prevención renal perioperatoria, optimización hemodinámica y vigilancia estrecha en pacientes de alto riesgo. El uso de modelos estadísticos avanzados permitió confirmar la consistencia del gradiente dosis–respuesta y aporta evidencia sólida para guiar intervenciones clínicas y de gestión. En el contexto de sistemas de salud con recursos limitados, estos resultados subrayan la importancia de considerar la IRA como un objetivo prioritario en programas de trasplante hepático, con impacto en resultados del paciente y eficiencia del cuidado crítico.