

Momento de inicio de la terapia de reemplazo renal en la lesión renal aguda.

Arís Pérez Lucendo. Médico adjunto de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

PALABRAS CLAVE: terapia renal sustitutiva, fracaso renal agudo, momento de inicio, supervivencia.

KEYWORDS: *renal replacement therapy, acute kidney injury, timing, survival.*

Especialidades: Anestesiología, analgesia y sedación, Medicina Intensiva, Nefrología

Enlace revista original: *N Engl J Med 2020;383:240-51 doi:10.1056/NEJMoa2000741*

ABSTRACT

El fracaso renal agudo es una entidad frecuente de los pacientes ingresados en UCI, asociando mayor riesgo de complicaciones y mortalidad. El momento para iniciar la terapia renal de reemplazo (TRR) es incierto. Este estudio presenta como hipótesis que una estrategia de TRR acelerada resultaría con menor mortalidad a los 90 días que la estrategia estándar.

Acute kidney injury is a common complication in patients admitted to an ICU, is associated with a high risk of complications and death. Timing of initiation of renal replacement therapy is uncertain. This trial hypothesizes that an accelerated strategy for renal-replacement therapy would result in lower risk of death at 90 days than a standard strategy.

ARTÍCULO

Se trata de un ensayo clínico aleatorizado, multinacional (15 países, 168 hospitales) desde Octubre 2015 a Septiembre de 2019. Se incluyeron pacientes mayores de edad que ingresaron en UCI con fracaso renal grave (estadios 2-3 de KDIGO). Quedaron excluidos los que presentaban indicación urgente de TRR o que hubieran recibido terapia previa, tuvieran enfermedad renal crónica avanzada o presentaran causas poco frecuentes de fracaso renal. Los pacientes se aleatorizaron al grupo de intervención: estrategia precoz de TRR iniciada a las 12 h de la inclusión (el 96,8% recibió TRR, la media de inicio fue a las 6 h, media de balance positivo de 2714 ml) o al grupo control: TRR desaconsejada a menos que desarrollaran indicaciones convencionales o lesiones renales agudas con duración > 72 h (recibió TRR el 61,8% de los pacientes, la media de balance positivo es de 5893 ml). El fin de TRR ocurría si se producía el éxito, la

limitación del soporte vital o la recuperación de la función renal. El objetivo principal era la mortalidad de cualquier causa a los 90 días (sin diferencias significativas, 43,9% en TRR acelerada y 43,7% en estándar). Los objetivos secundarios eran: dependencia a TRR a los 90 días (con diferencias significativas: 10,4% vs 6%), evento adverso renal importante (muerte, dependencia TRR o reducción mantenida del filtrado glomerular), mortalidad a los 28 días, tiempo sin TRR a los 90 días, tiempo sin ventilador y sin soporte vasoactivo a los 28 días, duración hospitalización (diferencia significativa, grupo de estrategia acelerada tiene estancia más corta de UCI: 9 días vs 10) y calidad de vida a los 90 días. Los eventos adversos fueron más frecuentes en el grupo intervención (23% vs 16.5%), principalmente hipotensión e hipofosforemia.

Los autores concluyen que, en pacientes críticos con lesión aguda grave, el inicio de la terapia de sustitución renal de forma inmediata no presenta menor mortalidad a los 90 días que una estrategia estándar.

COMENTARIO

El fracaso renal agudo es común en pacientes críticos. Hay series que sugieren que hasta el 66% de los pacientes de UCI desarrollan algún grado de insuficiencia renal, siendo necesaria la diálisis hasta en la mitad de ellos, lo que aumenta la complejidad y coste en su atención, además de conllevar mayor mortalidad. Hoy en día existen dos corrientes; la primera es la vía temprana que defiende el logro de equilibrio de líquidos (ultrafiltración), eliminación de sustancias tóxicas (mediadores) y corrección del pH que puede ayudar en la inestabilidad hemodinámica. La segunda es la corriente que defiende el retraso en el inicio de la TRR, por el menor riesgo relacionado con la técnica, evitar situaciones innecesarias si hay mejoría espontánea, evitar hipovolemia iatrogénica por ultrafiltrado excesivo. No hay indicaciones establecidas sobre qué terapia es mejor en pacientes críticos.

Son puntos favorables del estudio un tamaño de muestra elevado y el reclutamiento de pacientes de amplio espectro en UCIs de diferentes países. Son limitaciones del estudio el hecho de que puede existir un sesgo clínico y el criterio médico para confirmar la elegibilidad de los pacientes también puede haber influido (aunque no hay heterogeneidad entre subgrupos). Se proporcionaron recomendaciones por protocolo sobre cuándo iniciar TRR estándar, pero se otorgó autonomía a los médicos. Los eventos adversos fueron más frecuentes en la terapia acelerada, pudiendo estar relacionado con la notificación de ellos.

Es un estudio interesante, aunque no se haya confirmado la hipótesis inicial. Una de las dudas frecuentes es el momento de inicio de TRR cuando no hay criterio de urgencia, ¿vamos por delante para evitar complicaciones o damos una oportunidad para ver si mejora la función renal? Se debe individualizar cada caso.

CONCLUSIÓN

En pacientes críticos con lesión aguda grave el inicio de la terapia de sustitución renal de forma inmediata no presenta menor mortalidad a los 90 días que una estrategia estándar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hoste EA, Bagshaw SM, Bellomo R, et al. Epidemiology of acute kidney injury in critically ill patients: the multinational AKI-EPI study. *Intensive Care Med* 2015; 41:1411-23.
2. Bagshaw SM, Darmon M, Ostermann M, et al. Current state of the art for renal replacement therapy in critically ill patients with acute kidney injury. *Intensive Care Med* 2017;43:841-54.
3. Tolwani A. Continuous renal-replacement therapy for acute kidney injury. *N Engl J Med* 2012;367:2505-14.