

ASOCIACIÓN ENTRE VARIABLES RELACIONADAS CON LA RESUCITACIÓN E INSUFICIENCIA RENAL AGUDA EN PACIENTES QUEMADOS CRÍTICOS

J. Korina Peña Esparragoza¹, Jaime Navarrete Torres², Alberto de Lorenzo¹, Laura Espinel¹, María Teresa Naya¹, Alfonso Cubas¹, José Ángel Lorente³ Judith Martins¹.

1 Servicio de Nefrología, Hospital Universitario de Getafe, Madrid.2 Universidad Europea de Madrid. Hospital Universitario de Getafe, Madrid.3 Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario de Getafe, Madrid

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia renal aguda (IRA) se asocia de forma independiente con mortalidad en pacientes quemados. Se ha propuesto que una elevada cantidad de fluidos durante la fase de resucitación se relaciona con desarrollo de IRA.

OBJETIVO

Demostrar que la cantidad de fluidos administrados durante la resucitación en quemados se asocia con desarrollo de IRA.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudió una cohorte de pacientes en la Unidad de Grandes Quemados (UGQ). Criterios de inclusión: edad ≥ 18 años, quemaduras $\geq 10\%$ de superficie corporal total (SCQT) o quemaduras eléctricas, síndrome inhalación de humo (INHAL). Criterio de exclusión: estancia en UGQ < 3 días. El diagnóstico de IRA se consideró según criterios KDIGO analíticos en la primera semana de ingreso. Se comparó mediante Kruskal- Wallis características relacionadas con resucitación (fluidos administrados [ING], balance [ingresos-diuresis, BAL], y ratio ingresos/diuresis [RID]), los días 0 (desde el ingreso - 8:00 am del día siguiente), 1, 2 y 3 tras el ingreso, en dos grupos de pacientes (no-IRA, IRA). La capacidad discriminativa de las variables se analizó mediante área bajo la curva ROC (ABCROC). La asociación entre variables de resucitación y diagnóstico de IRA se estudió mediante regresión logística, cálculo de odds ratio (OR) y su intervalo de confianza del 95%. Los datos son medianas (p25, p75), frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS

Variable	Valor
Total de pacientes	960
Edad (mediana [RI])	44 años [31-60]
Mujeres	267 (28%)
SCQT (%)	22,0 [13,3-38,0]
SCQT profunda (%)	10,0 [2,5-20,0]
INHAL	328 (34%)
IRA	423 (44%)
Mortalidad UGQ	117 (12%)

Fueron significativamente ($p < 0,05$) diferentes **entre IRA y no-IRA**: ING-0, ING-1, ING-2, BAL-0, BAL-1, BAL-2, BAL-3, RID-0, RID-1, RID-2, RID-3.

Las variables que más difirieron entre los grupos (considerando p y ABCROC) fueron RID-1 (2,9 [1,9-4,7] versus 3,4 [2,1-5,6], $p < 0,001$) y RID-2 (2,3 [1,5-3,7] versus 2,7 [1,7-4,4], $p < 0,001$).

El **ABCROC de RID-1 y RID-2** fue, respectivamente, 0,572 (0,533-0,612) ($p < 0,001$) y 0,576 (0,536-0,615) ($p < 0,001$).

En el análisis multivalente (edad, sexo, SCQT, INHAL, RID-1), **RID-1 se asoció** de forma independiente **con diagnóstico de IRA** (OR 1,094 [IC 95% 1,045-1,144], $p < 0,001$).

CONCLUSIONES

La cantidad de fluidos administrados en la resucitación se asocia de forma independiente con desarrollo de IRA. Ratio ingresos/diuresis (día 1) es la variable que se asocia de forma más significativa con desarrollo de IRA. Aunque las diferencias son estadísticamente significativas y tienen implicaciones fisiopatológicas, la capacidad de las variables para anticipar la IRA es mala (ABCROC $< 0,600$). Nuestros resultados tienen implicaciones clínicas en cuanto al régimen de resucitación.

