

Individualizando cuidados. La heparina como anticoagulante, pero... ¿para todos? Caso clínico: paciente con alteración inducida por heparina

Mirian García Martínez, Miguel Merino García, María José Cagigas Villoslada, Sara Merino García, Alicia Labrador Pérez, Soraya Sánchez Cano

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. España

Introducción:

El tratamiento renal sustitutivo de hemodiálisis es una técnica de depuración sanguínea extraterrenal, que requiere proteger al circuito extracorpóreo del paciente.

La adecuada anticoagulación en los pacientes con este tipo de tratamiento, es fundamental para prevenir las trombosis parciales del circuito extracorpóreo; provocando la disminución de la superficie de intercambio y la eficacia de la diálisis o las trombosis completas; imposibilitando la continuidad de la técnica.

Actualmente la heparina es el anticoagulante endovenoso de elección para evitar este tipo de complicaciones intradiálisis, siendo necesario la individualización de las dosis por paciente, asumiendo los mínimos riesgos posibles para el mismo.

La trombocitopenia trombótica inducida por heparina (TIH), se define como una caída del 50% de la cifra de plaquetas que ocurre entre 5 y 15 días de la primera exposición y es uno de los posibles efectos secundarios producidos por su administración, provocando un riesgo importante morbimortalidad.

La Bivalirudina es un inhibidor directo y específico de la trombina, útil en procedimientos invasivos, quirúrgicos en fracaso multiorgánico, y en pacientes con fracaso renal crónico terminal que requieren terapias de diálisis continuas

Caso Clínico:

Paciente de 46 años, con múltiples antecedentes personales. El 29/09/2015 debutó con una Gangrena de Fournier secundaria a isquemia de extremidades inferiores. Por ello la paciente precisó tratamiento anticoagulante. Hasta la fecha no presentó alergias medicamentosas conocidas.

El 08/10/2015 se objetivó plaquetopenia progresiva con diagnóstico de THI por lo que se restringió la heparina de bajo peso molecular y la heparina sódica, indicándose anticoagulación con Sintrom y Bivalirudina en casos de procedimientos con alto riesgo de sangrado.

Durante este episodio comenzó con alteraciones renales siendo diagnosticada, de insuficiencia renal crónica avanzada por nefropatía isquémica, secundaria a trombotosis arterial, en tratamiento renal sustitutivo desde 01/12/2015. La técnica pautaada fue Hemodifiltración en línea pre dilucional con control volumétrico y restricción de heparina.

Precisó de la inserción de varios catéteres tunelizados en yugular, siendo las primeras sesiones poco satisfactorias por bajos rendimientos del catéter, con múltiples problemas de flujos y resistencias, aparte de coagulaciones repetidas del circuito debido a su restricción de heparina.

Dada su situación se planteó la utilización de Bivalirudina como método de anticoagulación intradiálisis de forma individualizada. Una vez ajustadas las dosis desaparecieron las coagulaciones del circuito y el rendimiento del catéter fue mejorando.

Conclusión:

Los pacientes de hemodiálisis en nuestro hospital, tienen como pauta habitual de anticoagulación la heparina, para el adecuado desarrollo de la técnica, por lo que todos se encuentran en riesgo potencial de desarrollar TIH. Afortunadamente, este ha sido nuestro primer caso diagnosticado en nuestra unidad.

Referencias bibliográficas muestran que la incidencia de TIH es particularmente alta en pacientes con trasplante cardiaco, o sometidos a cirugía ortopédica, siendo infrecuente en pacientes pediátricos, obstétricos y en pacientes en programas de hemodiálisis.

En este caso el diagnóstico precoz del THI por antecedentes personales de la paciente, el trabajo multidisciplinar realizado por parte de todos los profesionales y la correcta individualización de los cuidados, fue crucial para evitar daños mayores, asegurando su correcto tratamiento de hemodiálisis hasta la fecha.