

Técnicas continuas de depuración extrarrenal: dos métodos de anticoagulación

Sergi Aragó Sorrosal, Lida María Rodas Marín, Esteban Poch López de Briñas, Ferrán Torres, Vanesa Villegas Jiménez

Hospital Clínico. Barcelona. España

Introducción:

Las técnicas continuas de depuración extrarrenal (TCDE) son la terapia sustitutiva renal de elección en pacientes que se encuentran en situación crítica. En sus diferentes modalidades, estas técnicas han demostrado una mayor tolerancia hemodinámica por parte de los pacientes, frente a las terapias intermitentes.

Pero las TCDE no están exentas de complicaciones. Relacionadas con la técnica, destacan la coagulación del circuito, la disfunción del catéter, y el riesgo de sangrado. Las complicaciones del catéter continúan siendo uno de los puntos débiles de la terapia. Mientras que de la anticoagulación, se deriva el riesgo de hemorragia. El fármaco usado tradicionalmente es la heparina sódica (HepNa+); con la descoagulación sistémica que conlleva. Descartando que un elevado porcentaje de pacientes que precisan TCDE, son postoperados; y por tanto, el uso de anticoagulación sistémica podría estar contraindicado o suponer una complicación.

Por ello, métodos de anticoagulación que actúan de forma regional, como el citrato, se están empleando en TCDE.

Objetivos:

Evaluar la eficacia y seguridad de dos métodos de anticoagulación utilizados en pacientes tratados con TCDE, durante las primeras 72 horas de tratamiento, en unidades de cuidados intensivos de un hospital terciario durante los meses de enero a septiembre de 2016.

Material y Método:

Estudio observacional, retrospectivo en el que se incluyeron a 54 sujetos, que precisaron TCDE, con media de edad $70,19 \pm 11,79$. Índice de Charlson: $7,56 \pm 1,31$, APACHE: $24,06 \pm 5,89$, SOFA: $11,28 \pm 2,7$. Fueron tratados mediante hemodiafiltración (HDFVVC), con fracción de filtración que no superaba el 25%, y dosis de efuente de 25-30ml/kg/hr.

27 sujetos se trataron con anticoagulación sistémica con HepNa+ (ASH), y HDFVVC con reposición pre-filtro; y el resto, con anticoagulación regional con citrato (ARC), y HDFVVC con reposición post-filtro.

Criterios de inclusión: TCDE superior a 72 horas de duración, portador de acceso vascular temporal.

Criterios de exclusión: Insuficiencia hepática, contraindicación para anticoagulación.

Resultados:

Un total de 54 terapias fueron estudiadas. La ARC demostró una mayor supervivencia de los filtros vs la ASH (95% IC, MD 65, 44.00-72.00 vs MD 36.00, 15.00-22.00, $P=0,02$). Un mayor número de filtros fueron cambiados de forma electiva en ARC vs ASH (95% IC, $n=9$, 33,3% vs $n=1$, 3,7%, $P=0,027$). Los pacientes tratados con ARC presentaron menos episodios de sangrado vs los tratados con ASH, pero sin diferencias estadísticamente significativas (95% IC, $n=6$, 22,2% vs $n=9$, 33,3%, $P=0,537$).

En la ARC, se presentó un episodio de hipocalcemia corregido según protocolo y no hubo alteraciones metabólicas significativas.

Conclusiones:

En el presente estudio, como en varios internacionales, la ARC demuestra una mayor eficacia en la supervivencia de los filtros, precisando menor número de cambios por coagulación; a pesar de que varios pacientes con ARC presentaron disfunción del acceso vascular.

Los requerimientos transfusionales no presentan diferencias estadísticamente significativas entre pacientes tratados con ARC vs ASH.

Los pacientes que presentan un estadio de insuficiencia renal crónica más avanzado, pueden tener mayor riesgo de sangrado.

El uso de la ARC puede suponer una disminución de la carga de trabajo para Enfermería, debido a un menor número de complicaciones.