

DIÁLISIS CON MARS Y HEPARINIZACIÓN DEL CIRCUITO

Ana Choperena Armendáriz, Conchita Loperena Eslava, Lucía Moriones Lopetegui, Magdalena Zoco Goñi, Milagros Berástegui Balda, Pilar Huarte Garcíarena, Edurne Arregui Suquia, Raquel Sola Freire, Ana Sabalza Ortiz-Roldán, Diana Jiménez Ruiz, Nuria García Fernández, Imelda Elcano Cuesta, Pilar Amézqueta Goñi

Clinica Universitaria de Navarra. Pamplona

INTRODUCCIÓN

La hepatopatía crónica descompensada o la insuficiencia hepática aguda, son procesos que conllevan una alta mortalidad. El acúmulo de metabolitos como sales biliares, bilirrubina o amonio juegan un papel importante en el desarrollo de la encefalopatía y la inestabilidad hemodinámica, además de contribuir a un mayor deterioro de la función de síntesis y de detoxificación hepática.

La alta unión a proteínas de estos metabolitos limita su eliminación mediante la hemodiálisis convencional. El tratamiento extracorpóreo MARS (Molecular Adsorbent Recirculating System) combina la eliminación de las toxinas solubles en agua y las ligadas a la albúmina del paciente. Como en otras técnicas de depuración extracorpórea, el contacto de la sangre con un circuito extracorpóreo activa la cascada de la coagulación y esto exige medidas que eviten esta complicación. Sin embargo, la coagulopatía secundaria a la hepatopatía limita en muchos casos la anticoagulación del sistema. Aunque la pauta sea médica, la enfermera es la responsable más directa tanto del montaje como del seguimiento de la técnica y del paciente.

El objetivo del estudio fue analizar retrospectivamente complicaciones asociadas a los tratamientos MARS realizados en nuestro centro, en relación con el tipo de anticoagulación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron 92 sesiones de MARS realizadas en un total de 29 enfermos entre julio de 2001 y febrero de 2007. La etiología de la hepatopatía fue: disfunción primaria del injerto, cirrosis etílica, hepatopatía virus C, metástasis hepáticas y toxicidad farmacológica, prurito colestásico, encefalopatía metastásica, síndrome hepatorenal agudo y hepatitis fulminante (VHB y VHC).

Cada paciente fue sometido a sesiones con un rango de duración de entre 5 y 7 horas.

RESULTADOS

De las 92 sesiones se administró heparina en 59 ocasiones. Se utilizó heparina de bajo peso molecular (HBPM) en 58 sesiones y heparina sódica en 1. En las 33 restantes se realizaron lavados del circuito cada media hora con 150 ml de suero fisiológico.

Del total de sesiones estudiadas, sólo en 9 (9,78%) hubo complicaciones relacionadas con la coagulación. De éstas, sólo en 5 (55,5%) no se había administrado heparina. Por tanto, sólo en el 15,15% de las sesiones realizadas con lavados hubo complicaciones.

En la Tabla 1 se describen las complicaciones y el tipo de anticoagulación utilizada.

Complicaciones	Dosis heparina (UI)						
	0	1250	2500	3500	5000	10000	H. sódica
Aumento presión Venosa	-	1	-	-	-	-	-
Cambio línea venosa por coagulación	4	1	-	-	-	-	-
Cierre anticipado de la técnica por alto riesgo coagulación del circuito	1	1	1	-	-	-	-