

Eficacia de heparina de bajo peso molecular según la vía de administración en la hemodiálisis de alto flujo y hemodiafiltración en línea

M^a Isabel Durán Muñoz, M^a Montserrat García Moya, Teresa E. Lope Andrea, M^a Aránzazu Chamorro Díez, M^a Belén Peix Giménez

Hospital Clínico de San Carlos. Madrid. España

Introducción:

Las técnicas de hemodiálisis (HD), precisan heparina para evitar la coagulación del circuito extracorpóreo.

La intervención de enfermería durante la sesión de hemodiálisis, relacionada con el mantenimiento del circuito extracorpóreo es una práctica diaria que nos posibilita el buscar nuevos métodos que mejoren el proceso.

El tipo de heparina que se ha venido utilizando es heparina sódica no fraccionada, siendo sustituida cada vez más por heparina de bajo peso molecular (HBPM). Ésta permite una administración única al inicio de la sesión de HD.

Durante la hemodiálisis de alto flujo (HF-HD) y la hemodiafiltración en línea (HDF-OL) se puede producir pérdida de (HBPM) cuando se administra prefiltro por la vía arterial del circuito de HD.

Objetivo:

Evaluar si la eficacia de Enoxaparina durante la sesión de HD se ve afectada por la vía de administración (arterial o venosa).

Material y métodos:

El estudio se llevó a cabo en 15 pacientes con insuficiencia renal crónica en programa de HD, de los cuales 13 eran varones y 2 mujeres, con edad media 66 años. Todas las sesiones de HD eran de 4h, con dializador de helixona 1,8 m², 14 pacientes en HDF-OL y 2 en HF-HD. De ellos 14 pacientes eran portadores de fístula arteriovenosa nativa y 1 portador de catéter tunelizado.

Se evaluó la coagulación del dializador y de las cámaras de forma basal con la administración de Enoxaparina (HBPM) por vía arterial al inicio de la HD y durante 3 semanas consecutivas con administración de Enoxapari-

na por la rama venosa 2 minutos antes de la conexión, con la siguiente pauta: semana 1 el 100% de la dosis arterial, semana 2 el 75% y semana 3 el 50%.

Se registró en todas las sesiones la coagulación del dializador de forma visual, con la escala 0= ningún capilar coagulado, 1= < 5% de capilares coagulados, 2= 5-25%, 3=> 25% y las cámaras 1=no coágulos y 2=si coágulos.

También se recogieron datos de KT, volumen de sangre dializada (VSD) y volumen de sustitución.

A ningún paciente se le administraron anticoagulantes en el cebado del circuito.

Resultados:

No hubo diferencias estadísticamente significativas en la coagulación del dializador y cámaras, al comparar la administración arterial con la semana 1 (100%), ni con la semana 2 (75%). Si fue significativamente mayor en la semana 3 (50%) respecto a la administración arterial.

No hubo diferencias en valores de KT, VSD y volumen de sustitución.

Conclusión:

La administración directa de HBPM al paciente justo antes de iniciar la sesión de HD, por vía venosa en lugar de por la arterial, reduce la dosis de HBPM un 25%, minimizando la posibilidad de riesgos adversos en HF-HD y HDF-OL.

Consideramos que la práctica habitual de administración de HBPM por vía arterial debe ser modificada y administrada por vía venosa con dializadores de alta permeabilidad. Con dializadores de baja permeabilidad no se produce pérdida de HBPM, por tanto la vía de administración no influye.