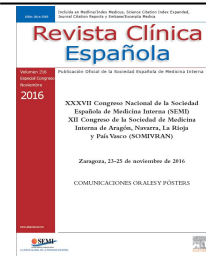




Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

V-143 - TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES (HC) EN PACIENTES CRÍTICOS

C. Palomo Antequera¹, R. Victorero Fernández⁴, D. Caravia Durán¹, E. Martínez Revuelta³, Á. Bernardo Gutierrez³, R. Rodríguez-García², D. Escudero Augusto², L. Marqués Álvarez²

¹Medicina Interna, ³Hematología, ²Medicina Intensiva. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias). ⁴Universidad de Oviedo. Oviedo. (Asturias).

Resumen

Objetivos: Conocer las características de los pacientes transfundidos y analizar las causas que motivan la transfusión, así como la práctica transfusional realizada en los pacientes ingresados en una UCI polivalente de un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Mediante el software de gestión e-Delphyn del banco de sangre se reclutó la lista de pacientes que recibieron transfusiones en la UCI durante el periodo de estudio (1/7/2015-31/12/2015). Criterios de inclusión: pacientes > 18 años, estancia > 24 horas y que recibieron al menos un HC. Se excluyeron posoperados de cirugía cardíaca y coronarios. Variables: demográficas, procedencia y diagnóstico al ingreso, índice de gravedad (Apache II), motivo de la transfusión y unidades transfundidas, parámetros de laboratorio pretransfusional (preT) y complicaciones relacionadas. Se calculó la estancia media y la mortalidad. Las variables cualitativas se expresaron como porcentajes y las cuantitativas como media \pm DE.

Resultados: 137 pacientes. Edad media $61,6 \pm 15$ años, 65% varones. Procedencia: Urgencias (43%), plantas (37%) y otros hospitales (20%). El diagnóstico al ingreso más frecuente fue la sepsis grave y shock séptico (22%), foco abdominal (53%). El Apache II medio fue de 22 ± 7 . El 61% precisaron VM invasiva y el 48% recibió drogas vasoactivas. Se transfundieron 1144 unidades de HC, 602 (53%) fueron CH, 305 (27%) pool de plaquetas, 234 (20%) unidades de PFC y 3 (1%) crioprecipitados. El 79% recibió CH. El número medio de CH/paciente fue $5,6 \pm 6,2$. Hb media preT fue de $7,9 \pm 2$ g/dL. El 39% de los pacientes tenían una Hb preT 7 g/dL, el 42% con Hb entre 7-9 g/dL y el 19% con Hb > 9 g/dL. El 49% de los pacientes recibió transfusión de plaquetas. La media $4,5 \pm 6,9$ pool de plaquetas/paciente. El recuento medio de plaquetas preT fue de $73,4 \times 10^9/L \pm 75,2 \times 10^9/L$. El 53,7% fueron transfundidos con un valor preT $50 \times 10^9/L$. El 23% de los pacientes recibió PFC. La media fue de $7,5 \pm 7,6$ transfusiones/paciente. El valor medio de la TP fue del $50\% \pm 19,5$. El 45% de los pacientes que recibieron PFC, fueron transfundidos con una TP 40-60%. La causa más frecuente de transfusión de HC fue el sangrado. Sólo se produjo una única reacción febril relacionada con la transfusión de un CH. La estancia media en la UCI fue de 14 ± 15 días y en planta de $21,2 \pm 28,4$ días. La estancia media hospitalaria fue de $35,2 \pm 33,9$ días. La mortalidad en la UCI fue del 29,2% (40) y en la planta del 7,3% (10). La mortalidad total fue del 36,5% (50). De los pacientes que fallecieron en la UCI, el 22% (9) lo hicieron en las primeras 48 horas y el 32% (13) en la primera semana. La mortalidad al mes del ingreso alcanzó el 35,8% (49).

Discusión: Revisada la literatura actual, no existe consenso entre los expertos acerca de cuál es el umbral transfusional óptimo a implantar en los pacientes críticos. Estudios multicéntricos ponen de relieve niveles de Hb preT entre 7,8 y 7,9 gr/dl, aunque en las últimas guías recomiendan una estrategia transfusional restrictiva (Hb 7 g/dl) por ser al menos tan efectiva como la liberal, exceptuando pacientes coronarios.

Conclusiones: Los pacientes transfundidos, son varones de edad media, con factores de riesgo cardiovascular que presentan índices de gravedad elevados y que proceden de Urgencias. La sepsis grave y shock séptico son el diagnóstico más frecuente. La causa más frecuente de transfusión en la UCI es el sangrado. El HC más transfundido es el CH, seguido de plaquetas y PFC. Los valores medios preT de Hb, plaquetas y TP en nuestro estudio son aceptables según las guías de práctica clínica disponibles. No se notificaron reacciones transfusionales importantes. La mortalidad en la UCI de los pacientes transfundidos es elevada. Hasta un tercio de los pacientes fallecen durante la primera semana del ingreso.