

## TRANSFUSIÓN EN EL ENFERMO CRÍTICO: ¿DÓNDE ESTAMOS?

T. Magalhães<sup>1</sup>, A. Marques<sup>2</sup>, P. Coutinho<sup>2</sup>, R. Salvado<sup>1</sup>, M.L. Ribeiro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Hematología; <sup>2</sup>Serviço de Cuidados Intensivos. Centro Hospitalar de Coimbra EPE. Coimbra (Portugal)

**Introducción:** La anemia en el enfermo crítico es un fenómeno frecuente y con múltiples etiologías. Aproximadamente el 50% de los enfermos admitidos en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) recibe en media 5 unidades (U) de concentrado eritrocitario (CE) durante el internamiento<sup>(1)</sup>. A pesar de eficaz, la transfusión no es una terapéutica inocua por lo que, en enfermos con elevada necesidad transfusional, como en el enfermo crítico, cada vez es más frecuente optar por una práctica transfusional restrictiva<sup>(1)</sup>.

**Objetivo:** Caracterizar el perfil transfusional de los enfermos de una UCI polivalente, compararla con las guíelines actuales<sup>(1)</sup> y con el perfil de los enfermos no transfundidos.

**Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo en enfermos ingresados en la UCI de nuestro hospital (>24h), entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre de 2010. Investigadas múltiples variables. Los datos recogidos, fueron sometidos a tratamiento estadístico descriptivo simples (SPSS® v 17.0).

**Resultados:** De los 276 enfermos, fueron transfundidos 37,3% (n=103) (Tabla 1). Fueron transfundidas 508 unidades (U) de CE, 5,0±5,2 U por enfermo. La mayoría de los enfermos transfundidos (ET) pertenecían al grupo de enfermedades médicas (28,16%) o al de quirúrgicas urgentes (28,16%) (Tabla 2).

Tabla 1. Características de los enfermos transfundidos y no transfundidos

|                                   | Enfermos transfundidos<br>n = 103 | Enfermos no transfundidos<br>n = 173 |
|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Mediana edad                      | 64 años                           | 59 años                              |
| Razón Masculino: femenino         | 3:1                               | 1,2:1                                |
| Media APACHE II                   | 16,9 ± 7,37                       | 10,7 ± 7,4                           |
| Media SAPS II                     | 44,5 ± 17,3                       | 33,8 ± 16,1                          |
| Duración del internamiento (días) | 24 ± 23,3                         | 6,0 ± 6,2                            |
| Hemoglobina al ingreso            | 9,9 ± 1,9 g/dl                    | 11,9 ± 1,7 g/dl                      |
| Mortalidad UCI n (%)              | 24 (23,3%)                        | 20 (11,5%)                           |

Tabla 2. Hemoglobinas pre transfusionales medias

|  | HbPT media     |
|--|----------------|
| Global (de todos los enfermos) (n = 103) | 8,4 ± 0,8 g/dl |
| En enfermos con comorbilidades* (n = 57) | 8,8±0,6 g/dl   |
| En enfermos con shock séptico (n = 34)   | 8,9 ± 1,3 g/dl |

\* Comorbilidades (Insuficiencia Cardíaca Congestiva, Insuficiencia renal)

HbPT - Hemoglobina pretransfusional

**Conclusión:** Los ET, cuando comparados con los enfermos no transfundidos (EnT), presentaron una mediana etaria más elevada, mayor duración de internamiento, índices de gravedad más elevados, Hb al ingreso y más baja y mayor mortalidad. En los ET la patología médica y quirúrgica urgente fue la preponderante mientras que en los EnT fue la quirúrgica electiva (38,73%). En los enfermos con ICC y/o IR la HbPT fue superior a la media. La mayoría de los enfermos con shock séptico fueron transfundidos (60%) siendo la HbPT también superior a la media. A pesar de nuestra muestra presentar un porcentaje transfusional inferior a la descrita por muchos autores (37,3% vs 50%), las HbPT medias son superiores a las expuestas en las nuevas guíelines transfusionales<sup>(1)</sup>. Este trabajo nos reveló una serie de datos que nos animó a la realización de guías transfusionales de consenso entre el Servicio de Hematología y la UCI de nuestro hospital con la intención de reducir el número de transfusiones por enfermo y bajar los *cut offs* de HbPT.

<sup>1</sup>Clinical practice guideline: RBC transfusion in adult trauma and critical care. Crit Care Med. 2009; 37 (12).