

FACTORES PRONÓSTICOS Y SUPERVIVENCIA DE PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS QUE REQUIEREN INGRESO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

A.B. Martínez¹, J.M. Torregrosa¹, C. Martínez¹, A. Carrillo², C. Castilla¹, M.L. Amigo¹, I. Heras¹,

J.J. Cerezo-Manchado¹, M. Romera¹, M.P. Gallego¹, V. López¹, V. Vicente¹

¹Servicio de Hematología y Oncología Médica. Hospital Universitario Morales Meseguer y Centro Regional de Hemodonación. Universidad de Murcia. ²Servicio de Medicina Intensiva.

Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia

<<<<<<<

Introducción: No existe mucha información acerca del pronóstico de los pacientes sometidos a trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) que requieren ingreso en UCI y el beneficio que esta decisión aporta a la supervivencia.

Objetivo: Analizar la supervivencia y factores pronósticos de pacientes sometidos a TPH que requieren ingreso en la UCI.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes sometidos a TPH, autólogo hasta el día +100 y alogénico en cualquier momento post-TPH, que ingresaron en UCI entre enero de 2000 y abril de 2011. Se recogieron datos demográficos y de la enfermedad de base, comorbilidades y motivo de ingreso. Como índices pronósticos se calcularon la puntuación en escalas SOFA y SAPSII. Se analizó la mortalidad hospitalaria y al año.

Resultados: 50 pacientes sometidos a TPH ingresaron en UCI, de los cuales el 80% fueron TPH alogénico. La mediana de edad fue de 40 años (r 11-69). El 56% eran hombres. La enfermedad de base fue: leucemia aguda 51%, síndrome linfoproliferativo 23% y síndromes mieloproliferativos o mielodisplásicos 26%. Al ingreso el 54% estaba en remisión completa, el 22% en respuesta parcial, el 6% en enfermedad estable y el 18% en progresión. El 54% de los pacientes habían recibido quimioterapia el mes previo al ingreso. De los TPH alogénicos, un 37.5% presentaban enfermedad injerto contra huésped (EICH) aguda, y un 30% EICH crónica. Los motivos de ingreso predominantes fueron sepsis, insuficiencia respiratoria y patología cardíaca tanto en alogénico (35, 40 y 17% respectivamente) como en autólogo (60, 30 y 10%). La mediana de estancia previa hospitalaria fue de 6 días (r 0-118) y de estancia en UCI de 6,5 días (r 1-39). El 62% requirió ventilación mecánica no invasiva (VMNI), invasiva (VMI) un 50% y drogas vasoactivas el 72%. La supervivencia hospitalaria fue del 40% y al año de un 29%. La presencia de EICH agudo (p=0.041), el motivo de ingreso (p=0.041), el requerimiento de VMNI y VMI (p<0.001 ambos), la necesidad de drogas vasoactivas (p=0.002) y la puntuación en escalas SAPSII y SOFA (p<0.001) se relacionó con la mortalidad durante el ingreso en el análisis univariante. En el estudio multivariante observamos como factor predictivo de mortalidad la puntuación en la escala SOFA (p=0.023).

Conclusión: Los motivos más frecuentes de ingreso en UCI fueron sepsis y fracaso respiratorio. La mortalidad estuvo relacionada con la existencia de EICH agudo y el requerimiento de soporte respiratorio y drogas vasoactivas. El factor con mayor valor pronóstico de mortalidad fue la puntuación en la escala SOFA, marcador de fracaso multiorgánico. El ingreso en UCI supuso una contribución en la supervivencia del 40%.