

TRANSFUSIÓN MASIVA: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL ONCOLÓGICO

M. Rosales^a, L. Santos^a, F. Faria^b y A. Carvalhais^a

^aDepartamento de Inmuno-Hemoterapia Instituto Português de Oncología de Porto, ^bServicio de Cuidados Intensivos Instituto Português de Oncología de Porto.

Objetivo: Analizar retrospectivamente los episodios de transfusión masiva en nuestro centro, un hospital oncológico, caracterizarlos y sacar conclusiones de la práctica clínica y transfusional.

Material y métodos: El criterio de selección usado fue haber recibido más de 9 unidades de concentrado de eritrocitos (CE) en menos de 24 horas. En el período 2003-2005 cumplieron este requisito 25 pacientes, 11 hombres y 14 mujeres, con una mediana de edad de 63 años (32-88). Se trataba de 23 casos que necesitaron tratamiento quirúrgico (19 programadas, 3 urgentes y una complicación post-biopsia hepática) y 2 con patología médica (hemorragia digestiva en paciente con Leucemia Mieloide Aguda y rotura hepática en paciente con Mieloma Múltiple).

Resultados: Todos los resultados son expresados como mediana, mínimo y máximo. Los 25 pacientes presentaron shock hipovolémico y los índices de gravedad al ingreso en el Servicio de Cuidados Intensivos (SCI) eran elevados: APACHE II 23 (13-39) y SAPS II 48 (31-91). Necesitaron soporte ventilatorio 22 pacientes durante 19 horas (0,5-504). Las alteraciones analíticas más destacables fueron: hemoglobina 50 g/L (33-85), plaquetas $48 \times 10^9/L$ (7-123), tiempo de protrombina 30,3 segundos (19,4-45), tiempo de tromboplastina parcial activado 73,9 segundos (43,9-168,8), fibrinógeno 98 mg/dl (40-205), calcio 1,6 mmol/L (0,7-2,0), pH 7,21 (7,02-7,35) y bicarbonato 15,6 mmol/L (6,9-21,9). En los 23 casos quirúrgicos el tiempo de intervención fue de 5 horas (1,5-9), contabilizándose unas pérdidas sanguíneas de 6 L (0,9-18). Se realizó reposición con cristaloides 8,5 L (2-22) y coloides 1 L (0,5-2,5). El consumo transfusional fue de 12 unidades (9-25) de CE, 9 (0-34) concentrado de plaquetas (CP) y 7 (0-21) plasma fresco congelado (PFC), transfundiéndose 8 CE (6-16) antes de iniciar la transfusión de CP y 8 CE (4-12) antes de transfundir PFC. El tiempo de ingreso hospitalario fue de 23 días (1-84), de los cuales 2,5 días (1-22) en el SCI y la mortalidad global fue del 36% (20% en las primeras 48 horas).

Conclusiones: Se encontró una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre la mortalidad y el mayor número de CE y CP transfundidos en las primeras 24 horas, no así con el mayor número de unidades de PFC. La relación entre la mortalidad y los índices de gravedad al ingreso en el SCI también fue estadísticamente significativa. En nuestra serie fue posible caracterizar los episodios de transfusión masiva pero no sacar conclusiones consistentes que permitiesen evaluar la práctica clínica y transfusional.