Rev Clin Esp. 2016;216(Espec Congr):102

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

V-155 - FACTORES PRONÓSTICOS DE SUPERVIVENCIA EN PACIENTES TRANSFUNDIDOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

C. Palomo Antequera[1], L. Marqués Álvarez[2], R. Victorero Fernández[4], E. Martínez Revuelta[3], H. Gómez Rodríguez[1], M. Cienfuegos Basanta[1], L. López Amor[2], D. Escudero Augusto[2]

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

Resumen

*Objetivos:*Realizar un análisis de supervivencia (SV) y estudiar la influencia que algunos factores clínicos, índices de gravedad y parámetros de laboratorio, podrían tener como marcador pronóstico de supervivencia en pacientes transfundidos ingresados en una UCI polivalente de un hospital de tercer nivel.

*Material y métodos:*Estudio observacional, retrospectivo. Mediante el software e-Delphyn del banco de sangre del HUCA se reclutó la lista de pacientes que recibieron transfusión (1/7/2015-31/12/2015). Inclusión pacientes > 18 años, con estancia > 24 horas y que recibieron al menos un hemocomponente (HC). Se excluyeron posoperados de cirugía cardiaca y coronarios. Se registraron variables demográficas, clínicas, índice de gravedad (Apache II) y variables relacionadas con la transfusión. Se calculó la estancia media (EM) y la mortalidad en la UCI y el hospital. Se realizó un análisis de SV ajustado según tiempo de estancia en la UCI (curva de Kaplan-Meier). Prueba de Log-Rank: comparación de la SV en función de las variables recogidas y análisis de regresión de Cox con las variables que resultaron significativas (p 0,05), con el objeto de buscar factores pronósticos de SV en pacientes transfundidos en la UCI.

*Resultados:*137 pacientes. Edad media 61,6 ± 15 años, 65% varones. Procedencia: 43% Urgencias, el 37% de plantas y el 20% de otros hospitales. El diagnóstico al ingreso en la UCI más frecuente fue la sepsis grave y shock séptico (22%). El Apache II medio al ingreso fue de 22 ± 7 puntos. El 61% requirieron VM y el 48% recibió drogas vasoactivas. Se transfundieron 1144 unidades de HC, 602 fueron CH, 305 pool de plaquetas, 234 unidades de PFC y 3 crioprecipitados. Cerca del 70% se transfundieron 48 h. El 79% recibieron CH. La media de transfusión fue de 5,6 ± 6,2 CH/paciente con Hb pretransfusional (preT) 7,9 ± 2 g/dL. El 49% recibieron plaquetas. El nº medio 4,5 ± 6,9 pool de plaquetas/paciente y valor medio de plaquetas preT de $73,4 \times 10^9$/L ± $75,2 \times 10^9$/L. El 23% recibieron PFC. La media de transfusión fue de 7,5 ± 7,6 U/paciente. El valor medio de la TP fue del 50% ± 19,5%. El motivo más frecuente de transfusión de cualquier HC fue el sangrado. EM en la UCI fue de 14 ± 15 días y en planta fue de 21,2 ± 28,4 días. La EM hospitalaria fue de 35,2 ± 33,9 días. La mortalidad en la UCI fue del 29,2% y en la planta de hospitalización del 7,3%. La mortalidad total fue del 36,5%. La SV total alcanzó el 63,5%. El 70% de los pacientes sobrevivieron a los 7 días. A partir del mes, la SV acumulada decreció por debajo del 50%. La inmunosupresión, el Apache II, VM, hemodiafiltración, drogas vasoactivas, nº CH transfundidos, valores de Hb y plaquetas pretransfusional resultaron ser variables estadísticamente significativas relacionadas con la SV (p 0,05). El nº CH transfundidos resultó ser el único factor predictivo independiente de SV en la UCI (p = 0,035).

*Discusión:*Entre las complicaciones más graves de la transfusión se encuentra el efecto TRIM (transfusion-related immunomodulation) y el TRALI (transfusion-related acute lung injury). Durante la última década se han publicado numerosos estudios que relacionan la transfusión con la mortalidad en los pacientes críticos, siendo el factor pronóstico más frecuente conocido el número de unidades transfundidas. Estos resultados están en concordancia con los de nuestro trabajo, tras el análisis que hemos realizado con diferentes variables.

*Conclusiones:*El Apache II al ingreso, la VM, la hemodiafiltración renal, la administración de drogas vasoactivas, los inmunosupresores, el nº CH transfundidos, la cifra de Hb y de plaquetas preT se relacionaron con la SV. El nº CH transfundidos resultó ser el único factor predictor independiente de SV en la UCI.

0014-2565 / © 2016, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.