



O-044 - OPTIMIZACIÓN DEL ESQUEMA DE RESERVA DE HEMODERIVADOS EN CIRUGÍA ABDOMINAL ELECTIVA

Rial Durán, Ágata; Sánchez Santos, Raquel; Carrera Dacosta, Ester; Artime Rial, María; Estévez Fernández, Sergio; Alvarellós Pérez, Alicia; García Val, Teresa

Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra.

Resumen

Objetivos: La cirugía electiva de CGD ha experimentado grandes avances en los últimos 15 años; disponemos de instrumentos de alta energía para el sellado de vasos, de materiales hemostáticos y mayor experiencia en cirugía laparoscópica, lo que reduce el sangrado intraoperatorio. El esquema de reserva de hemoderivados de nuestro centro no estaba adaptado a estos avances. Se plantea un estudio de la utilización de la reserva de sangre y el análisis de los resultados de un nuevo esquema.

Métodos: Fase 1: se revisa la utilización de la reserva de sangre en cirugía electiva en las diferentes técnicas quirúrgicas, considerando el ratio reserva/transfusión y concentrados reservados/concentrados transfundidos. Fase 2: se implanta un nuevo esquema y se analiza durante 6 meses la utilización de la reserva de sangre después del nuevo esquema, intentando identificar las variables asociadas con la transfusión (edad, sexo, patología, Hb preoperatoria, complicaciones).

Resultados: Fase 1: se analizan datos de 3390 pacientes con reserva de sangre preoperatoria sometidos a cirugía electiva en CGD en nuestro centro en los últimos años. En un 78% de pacientes el ratio de reserva: utilización fue menor de 100:1. Solo en un 3% de pacientes la relación entre unidades cruzadas y transfundidas fue superior a 3:1; en este grupo se utilizaron el 30% de las unidades reservadas. Se diseña un nuevo esquema de reserva de hemoderivados para cada tipo de intervención y ajustado a la Hb preoperatoria; estimando una reducción del 81,7% de las unidades de sangre reservadas. Fase 2: se incluyen 301 pacientes intervenidos en los 6 meses siguientes a la implantación del nuevo esquema en los que se hubiera pedido reserva de sangre en el protocolo anterior (12 pancreatomectomías, 25 hepatectomías, 4 esplenectomías, 17 gastrectomías, 9 amputaciones abdominoperineales, 44 resecciones anteriores de recto, 30 hemicolectomías derechas, 17 hemicolectomías izquierdas, 102 colecistectomías, 25 gastrectomías verticales, 16 bypass gástrico). Un 65,9% de las intervenciones se realizaron por laparoscopia y un 19,7% en 3D. Con el nuevo protocolo se reservó sangre en un 28,4%; se transfundieron un 8,7% de los pacientes del global y un 23,5% de los que tenían reserva de sangre. Se realizó transfusión preoperatoria en 1,3%, intraoperatoria 1,7%, postoperatoria 6,7%. Se transfundieron 6 pacientes sin reserva de sangre previa (2,8%); 1 bolsa intraoperatoria (Hb: 9,2) y el resto 1-2 bolsas postoperatorias. La hemoglobina media preoperatoria de los transfundidos fue de $11,34 \pm 2,05$ y la de los no transfundidos $13,31 \pm 1,78$. Los pacientes transfundidos tuvieron una estancia hospitalaria mayor: $17,58 \pm 29,5$ vs $5,55 \pm 4,87$ ($p < 0,005$) y una estancia en REA mayor $2,35 \pm 7,05$ vs $0,23 \pm 0,55$ (p

< 0,005).

Conclusiones: El análisis de los resultados de nuestro centro en cuanto a la utilización de la reserva de hemoderivados nos ha permitido diseñar un nuevo esquema de reserva más ajustado a las necesidades reduciendo en un 71,6% las reservas de sangre y optimizando los recursos disponibles. Será necesario revisar las indicaciones de transfusión y plantear un plan de manejo global de la sangre del paciente con corrección de la anemia preoperatoria.