



O-199 - OPTIMIZACIÓN DE LA RESERVA DE HEMODERIVADOS. ¿EL ABORDAJE LAPAROSCÓPICO CAMBIA LA INDICACIÓN?

E. Carrera Dacosta, R. Sánchez Santos, E. Domínguez Comesaña, E. Mariño Padín, S. Estévez Fernández, B. Chamadoira Villaverde, J.A. García Costa y Á. Rial Durán

Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra.

Resumen

Introducción: Las políticas de reserva de hemoderivados de los servicios de CGD cambió en muchos centros con la introducción de la cirugía laparoscópica (CL) por el miedo a las complicaciones vasculares agudas debidas a la curva de aprendizaje. En nuestro centro, el servicio de Anestesia todavía exige reserva de al menos 2 concentrados de hemáties (CH) en todos los pacientes que van a someterse a CL. Se propone la optimización del protocolo de reserva de hemoderivados.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo utilizando bases de datos prospectivas del Servicio de CGD y del Servicio de transfusión. Se revisa el ratio de utilización de los CH reservados durante y tras la intervención en pacientes sometidos a CL en nuestro centro. Propuesta de optimización de reserva de CH basada en los resultados.

Resultados: Se incluyen 3.210 pacientes intervenidos en el servicio de CGD entre los años 2002 y abril del 2014 a los que se realizó reserva de CH. Los pacientes acudieron 48h antes de la intervención para una extracción de sangre, se les realizó el grupo sanguíneo y detección de anticuerpos y se reservaron los CH (con pruebas cruzadas). 2.884 pacientes fueron intervenidos por vía laparoscópica (CL). La utilización de la reserva de CH en la CL fue la siguiente: de forma intraoperatoria se utilizó 0,04% en 2.200 colecistectomías; 0,2% en las 446 cirugías bariátricas, 0% en 73 cirugías gástricas benignas; 4,8% en 83 colectomías; 28,5% en 7 resecciones hepáticas; 0% en 5 pancreatectomías distales; 6,7% en 30 esplenectomías; 5,8% en 17 suprarrenalectomías. De forma postoperatoria se utilizó la reserva de CH en la CL en 0,6% colecistectomía, 0,6% cirugía bariátrica; 0% cirugía gástrica benigna, 9,6% colectomías, 0% resecciones hepáticas; 0% pancreatectomías; 3,3% esplenectomía; 11,7% suprarrenalectomía. Los ratios de utilización de la reserva de CH en la CL fueron 0,0064 en la colecistectomía; 0,008 en cirugía bariátrica; 0 en resecciones gástricas benignas; 0,14 colectomías; 0,13 en resección hepática; 0 en resección pancreática; 0,08 en la esplenectomía y 0,17 en la suprarrenalectomía. La utilización de la reserva de sangre en la cirugía abierta hepática, pancreática y de colon fue similar a la del abordaje laparoscópico sin presentar diferencias significativas. A la vista de los resultados se realiza una propuesta del nuevo protocolo en la que no se considera necesaria la reserva de sangre para la colecistectomía ni cirugía gástrica benigna y se propone realizar sólo grupo y anticuerpos en la cirugía bariátrica, cirugía de colon con Hb > 10 y cirugía gástrica maligna con Hb > 10. Se mantendría la reserva de 2CH en la cirugía hepática, suprarrenal, esplénica, pancreática y en el caso de cirugía de colon y gástrica con Hb 10.

Conclusiones: La curva de aprendizaje de la CL puede conllevar un aumento de los accidentes hemorrágicos; sin embargo, los actuales avances tecnológicos para la hemostasia han reducido las necesidades de transfusión. El análisis de los resultados del propio centro es fundamental para poder optimizar la reserva de hemoderivados en los procedimientos en los que el ratio de utilización sea razonable.