



P-034 - NECESIDAD DEL TEST DE RESERVA DE SANGRE PREOPERATORIO EN CIRUGÍA GÁSTRICA

Piñera Morcillo, Clara; García García, María Luisa; Baeza Murcia, Melody; Abellán López, María; Filardi Fernández, Laura; García García, Consuelo; Torralba Martínez, José Antonio; Soria Aledo, Víctor

Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia.

Resumen

Introducción: La solicitud de sangre preoperatoria en cirugía programada gástrica es una norma frecuente y a pesar de que pocos pacientes necesitan trasfusión, esta puede comprometer la inmunidad de los pacientes, pudiendo aumentar la morbilidad e influir en la recidiva tumoral y supervivencia.

Objetivos: El objetivo fue valorar la necesidad de realizar test de reserva de sangre preoperatorio en cirugía de cáncer gástrico, calculando los índices transfusionales e identificando los factores que comportaron una mayor pérdida hemática y/o necesidad de trasfundir.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo y descriptivo a partir de una base de datos prospectiva de pacientes mayores de 18 años intervenidos en un hospital de segundo nivel de cirugía gástrica por neoplasia gástrica, desde enero de 2019 hasta marzo de 2024. A todos los pacientes se les solicitaron pruebas pretransfusionales (de compatibilidad) para la preparación preoperatoria de 2 unidades de concentrados de hematíes (CCHH). Los pacientes se dividieron en 2 grupos en función de haber recibido o no transfusión peroperatoria. Se calcularon la ratio sangre «en reserva»/sangre transfundida (ratio C/T), la probabilidad de transfusión y el índice transfusional. Se considera sobrerreserva preoperatoria si: IT $\geq 0,5$, R/T $> 2,5$ (supone trasfundir $< 40\%$ de las unidades cruzadas) y/o la probabilidad de transfusión es $< 50\%$.

Resultados: Se analizaron 73 pacientes, en su mayoría, varones con una edad media de 69 años, no antiagregados ni anticoagulados y con un riesgo ASA II-III. Más de la mitad de las neoplasias se localizaban en antro gástrico, seguidas de las de cuerpo (18%) y fundus (10%) siendo los estadios tumorales II (16,9%), IIIB (17,8%) y IV (19,2%) los predominantes. En torno al 16% y 30% de los pacientes recibieron como medidas de prehabilitación quirúrgica trasfusión de hemoderivados y administración de hierro, respectivamente. Del mismo modo, en el posoperatorio solo se transfundieron hemoderivados en 10 casos (13,7%) (siendo el número total de CCHH transfundidos de 18) y 9 (12,3%) recibieron hierro intravenoso. En cada uno de estos dos grupos, 8 pacientes tenían un índice de comorbilidad de Charlson ≥ 3 , sin ser esta asociación significativa ($p > 0,05$). Tampoco se observaron diferencias significativas en la necesidad de transfusión según la localización del tumor, el tipo de gastrectomía realizada y si el paciente estaba antiagregado/anticoagulado, aunque sí con el hecho de que tuviera un tumor sincrónico en otra

localización ($p = 0,032$). En base a los resultados, obtuvimos un IT de 0,123, un Ratio C/T de 8,11 y una probabilidad de transfusión del 13,7%. Mostrando todos los índices sobreerreserva.

Conclusiones: La probabilidad de necesidad de transfusión en pacientes a los que se realiza cirugía gástrica electiva es baja. En nuestra serie no hemos encontrado ningún factor predictor de transfusión. Por lo tanto, creemos que es imperativo individualizar cada caso, optimizar y realizar prehabilitación previo a la cirugía para adecuar el uso racional de hemoderivados.