

- Paciente con hb 12-14gr/dl y ferritina<100µg/L y/o IST<20% ferri-manitol ovoalbúmina 80mg/24h vía oral durante 2-3 meses.
- Paciente con hb 12-14gr/dl con ferritina alta e IST>20% estudio y valoración individual.
- Paciente con hb<12gr/dl y ferritina<100µg/L y/o IST<20% carboxi-maltosa endovenosa y estudio de la causa.
- Paciente con hb<12gr/dl sin ferropenia estudio de la causa y valoración individual. (Misma pauta para hombres y mujeres)

No se utilizan recuperadores ni se dejan redones. Los criterios transfusionales no están establecidos y son a criterio del anestesiista, traumatólogo o internista.

Resultados: Los pacientes contaban con una hemoglobina pre-quirúrgica de 15gr/dl de media.

Tabla 1.

Tratamiento Pre-quirúrgico		Tratamiento Intra/Post-quirúrgico		Complicaciones	
Hierro oral	65 (27%)	Tranexámico	106 (45%)	Infecciones Protésicas*	6 (2,5%)
Hierro endovenoso	8 (3,4%)	Hierro endovenoso	34 (14%)	Trombosis/Isquemias**	3 (1,3%)
Eritropoyetina	0 (0%)	Transfusión	7 (3%)	Hematomas	30 (12,7%)

*Dato incompleto ya que infección se analiza hasta 3 meses después de la cirugía y hay alguna más recientes. **Una trombosis venosa profunda, un infarto agudo de miocardio y un infarto cerebral (ninguno de estos pacientes habían llevado tratamiento con tranexámico ni eritropoyetina)

La hb media pre-transfusional es de 8,1gr/dl.

De los 7 pacientes transfundidos 4 presentaron hematoma, 1 infección urinaria y 1 infección protésica.

La hb media al alta es de 11,6 gr/dl.

La estancia hospitalaria media es de 6 días.

Conclusiones:

- Los programas PBM precisan de una correcta organización y planificación, ya que con tiempo suficiente el tratamiento para la optimización preoperatoria con hierro oral es útil y económico, evitando la necesidad de tratamientos más agresivos como el hierro endovenoso o la eritropoyetina.
- El uso del tranexámico no ha producido ningún efecto adverso significativo.
- La tasa transfusional ha sido baja (3%), pudiendo haber sido menor si hubiera un criterio transfusional restrictivo. El próximo paso será la aplicación de criterios transfusionales restrictivos comunes.

PO-067

IMPACTO DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA EN PATIENT BLOOD MANAGEMENT

Pimentel Feliciano A¹, Amarilla Lanzas I¹, De Poo Rodríguez V¹, Auría Caballero C¹, Martínez Lázaro B¹, Carrera Lasfuentes P¹, Moreno Chulilla J¹, Subirá Ríos J¹

¹Hospital Clínico Lozano Blesa de Zaragoza

Introducción: La autotransfusión es un método de ahorro de sangre frecuentemente utilizado en procedimientos quirúrgicos con elevado riesgo hemorrágico. La cistectomía radical por neoplasia de vejiga es una intervención quirúrgica agresiva, con gran morbimortalidad y altos requerimientos transfusionales. Por este motivo, la autodonación de sangre previa a cirugía se sigue utilizando en estos pacientes. Sin embargo, el abordaje laparoscópico parece disminuir la necesidad de transfusión y podría suponer en sí misma una herramienta de ahorro de hemoderivados. El objetivo de este estudio es valorar la repercusión de esta novedad técnica en la tasa de sangrados y requerimientos transfusionales en estos pacientes.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo y retrospectivo, realizado en el Hospital Clínico Lozano Blesa de Zaragoza, desde enero de 2012 a junio de 2017. Se incluyeron pacientes intervenidos de cistectomía radical, clasificados según en abordaje quirúrgico utilizado en cirugía abierta o laparoscópica, y se compararon los dos grupos en términos de sangrado y requerimientos transfusionales durante la cirugía y tras la misma.

Resultados: Se registraron un total de 164 pacientes, 89,6% varones y 10,4% mujeres, con una mediana de edad de 67,1±9,1 años. El 35,4%

de las intervenciones quirúrgicas fueron realizadas por vía laparoscópica. A pesar de que este abordaje supuso un mayor tiempo de cirugía, de forma estadísticamente significativa (p<0,003), las tasas de sangrado durante y tras la intervención, así como el consumo de hemoderivados fueron significativamente menores (p<0,001). De estos pacientes, el 36,2% de ellos necesitó al menos una transfusión de concentrados de hematíes, cifra que ascendió al 61,3% en el grupo de la cirugía abierta. La media de concentrados administrados durante la cistectomía laparoscópica fue de 0.71±1.38 en comparación a las 1.48±1.42 utilizados en cirugía convencional.

Conclusiones: El abordaje laparoscópico en la cistectomía radical permite disminuir la tasa de sangrados, así como los requerimientos transfusionales asociados al procedimiento quirúrgico. Estos resultados son similares a los descritos en la literatura y motivaron la suspensión del programa de autodonación de sangre en cistectomía radical laparoscópica en nuestro centro.

Tabla 1. Comparación entre cistectomía radical abierta y laparoscópica en términos de sangrado, número de pacientes transfundidos y consumo de concentrados de hematíes, durante la intervención y tras la misma.

Variables analizadas	Cirugía abierta (n=106)	Cirugía laparoscópica (n=58)	Valor p
Hemorragia intra y postoperatoria (cc)	877,9±529,7	464,2±478,7	<0,001
Transfusión durante intervención (%)	61,3%	29,3%	<0,001
Concentrados durante intervención (nº)	1,48±1,42	0,71±1,38	<0,001
Transfusión post-intervención (%)	34,9%	13,8%	0,004
Concentrados post- intervención (nº)	1,36±2,89	0,47±1,56	0,003

PO-068

OPTIMIZACIÓN ANEMIA PREOPERATORIA (AP). EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO CON UN PROGRAMA DE PATIENT BLOOD MANAGEMENT (PBM).

De la Nuez Melián H¹, González del Castillo LM¹, Guerra Domínguez L¹, Acosta Fleitas C¹, González Pinedo L¹, Pérez Ortiz L¹, González Hernández JA¹, Fernández-Caldas Glez P¹, Veiga A¹, López Rodríguez JF¹, Borrego Borrego A¹, Gordillo Azorín V¹, Molero Labarta T¹

¹HUGC Dr. Negrín

Introducción: Nos encontramos con AP hasta en la mitad de los pacientes quirúrgicos. Está ampliamente descrita la asociación su asociación con una mayor incidencia de complicaciones quirúrgicas, aumento de la estancia hospitalaria y mortalidad postoperatoria. Además, se considera un factor pronóstico independiente de transfusión perioperatoria, lo que también contribuye a la morbimortalidad de los pacientes. Por ello es necesario desarrollar programas de optimización multidisciplinarios que identifiquen a los pacientes que pueden beneficiarse de estas medidas, proporcionándoles una asistencia adecuada previo a la cirugía, mejorando el resultado clínico y reduciendo los costes de tratamiento. Estos programas conocidos como PBM, tienen el objetivo de identificar, investigar y corregir la causa de AP en cirugía mayor electiva, preferiblemente 30 días antes de la intervención, para instaurar el tratamiento adecuado según la causa.

Objetivo: Valorar nuestra experiencia en la optimización de AP tras instaurar un programa de PBM con tratamiento farmacológico.

Métodos: Análisis retrospectivo de 37 pacientes incluidos en el programa PBM. Analizamos los datos de Hb pre y post quirúrgica, Hb al alta, estancia hospitalaria, tratamiento administrado, tiempo medio empleado en realizar la optimización y tratamiento utilizado, así como concentrados de hematíes (CH) transfundidos durante el procedimiento. El tratamiento utilizado varió entre hierro oral (FEO), endovenoso (FEIV), agentes estimulantes de eritropoyesis (AEP) y/o fólico (ACFO), dependiendo del tipo de déficit y características del paciente.

Resultados: Entre enero 2017 a febrero 2019 se optimizaron 37 pacientes (19 varones y 18 mujeres) con una mediana de edad de 70 años y diferentes patologías (ver tabla 1). De estos pacientes, 30 presentaban anemia ferropénica. El resto solo ferropenia (6) y déficit de fólico (1). Se optimizaron 7 pacientes con DEO, 8 con AEP y FEO, 18 con AEP y FEIV, 3 con FEIV y 1 con ACFO. La media de optimización de los pacientes fue de 40, 26,5, 35,5, 22 y 68 días para cada grupo respectivamente. Se observó un incremento global de la Hb previa a la intervención de 2,04 y 0,9 g/d, al alta respecto a la inicial. La estancia hospitalaria media fue de 8 días, siendo los paciente con mayor estancia