

TRANSFUSIONES

La transfusión de hemoderivados es frecuente en la terapia intensiva. Siempre obtenga consentimiento ANTES.

RIESGOS:

- 1:100 (fiebre, urticaria, sobrecarga hídrica)
- < 1 en 10.000 (injurias pulmonar, sepsis, reacción alérgica, incompatibilidad)
- < 1 en 1 millón (HIV, HBV, HCV)

Consideraciones generales

- Plaquetas < 50: suspenda anticoagulación
- Plaquetas < 20-30: suspenda tromboprolifaxis

La MAYORÍA de los procedimientos (accesos venosos, paracentesis) pueden ser realizados a cualquier RIN)

Principales conceptos terapéuticos

Glóbulos rojos

- ¿Cuándo?
 - Sin sangrado, hemoglobina < 70 g/l
 - Sin sangrado, isquemia cardíaca presente, considerar hemoglobina < 80 g/l
- Transfundir: 1 unidad sobre 2 horas, considerar mayor tiempo y furosemida en pacientes mayores, con ICC o IRC
- 1 unidad aumentará la hemoglobina en 10 g/l aproximadamente

Plaquetas

- ¿Cuándo?
 - Sin sangrado, plaquetas < 10.000
 - Sangrado mayor o para prevenir sangrado en procedimiento, plaquetas < 50.000
 - Prevenir o tratar sangrado intracraneal, considerar transfusión si plaquetas < 100.000
- Transfundir en 1-2 horas. Considerar mayor tiempo y furosemida en pacientes mayores, con ICC o IRC
- Cada dosis de plaquetas incrementará los niveles en 15.000 aproximadamente.

Plasma

- ¿Cuándo?
 - Transfundir en caso de sangrado mayor y RIN MAYOR a 1.8
 - Cuando concentrados de factores NO disponibles
- Dosis: 15 ml por Kg
- Aumento esperado de niveles, 20%
- Considere administrar vitamina K 10 mg, IV

PCC

- ¿Cuándo?
 - Indicado para revertir emergentemente la acción de antagonistas de la vitamina K
 - 1000 unidades, dosis habitual
- Dura 6 horas, considerar administrar vitamina K, 10 mg IV

Fibrinógeno

- ¿Cuándo?
 - Sangrado mayor y fibrinógeno < 2 g/l
 - Sangrado micro-vascular y fibrinógeno < 1 g/l
- Dosis: 4 g IV (1 gramo cada 5 minutos)
- Cada dosis aumenta fibrinógeno en 0.7 g/l