

USO DEL FIBRINOGENO. ESTUDIO RETROSPECTIVO ENTRE LOS AÑOS 2005 Y 2011 EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALBACETE

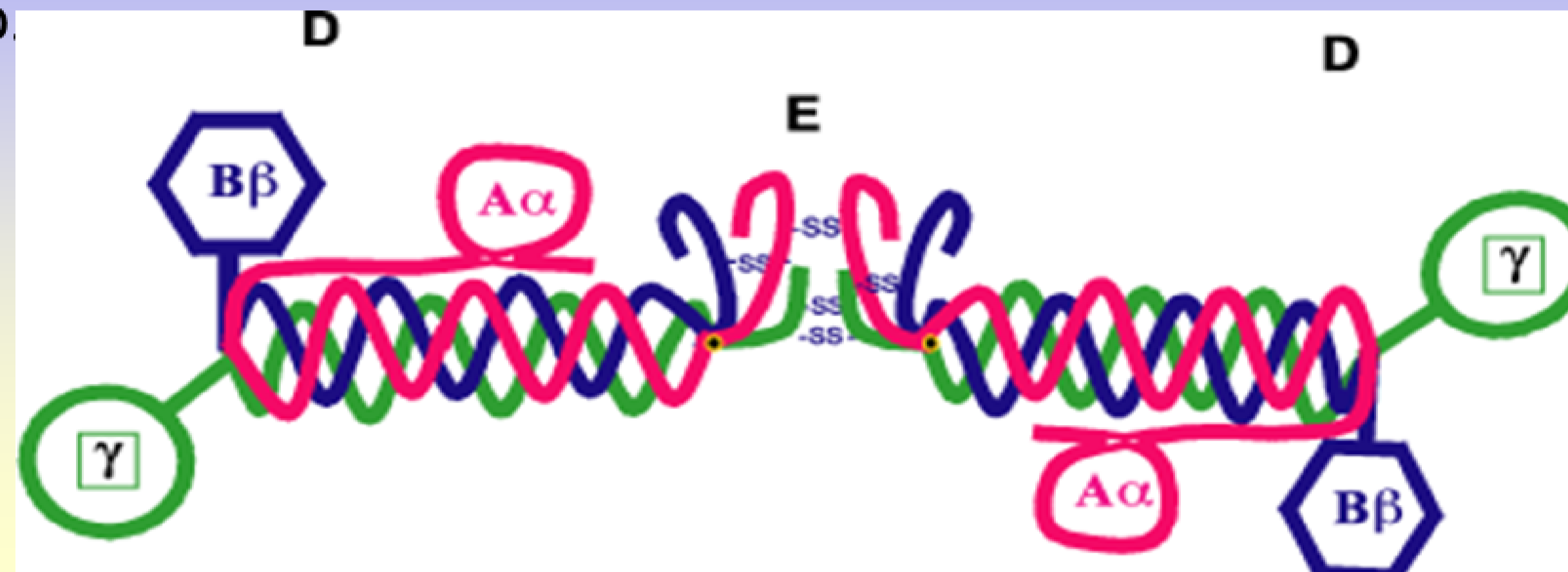
C. Panadero¹, M.D. Martínez¹, A. Marín¹, A. Martínez Hellín¹, A. Martínez¹, C. Martínez¹, J.C. Gómez¹, M.R. Ortiz².
¹Servicio Hematología. ²Servicio Farmacia. Complejo Hospitalario de Albacete.

Fundamentos y objetivos:

El Fbg es el primer factor hemostático que disminuye por debajo de niveles críticos en las coagulopatías adquiridas y las hemorragias severas. La infusión de Fbg cuando sus niveles en plasma son bajos, plantea cuestiones que siguen sin respuesta ¿A partir de qué nivel está indicado el tratamiento con Fbg y cuál es la dosis óptima? Según la ficha técnica la terapia con Fbg está indicada en coagulopatías congénitas y adquiridas, limitando su uso a la hipofibrinogenemia de consumo (CID 2ª a shock séptico, complicaciones obstétricas, hemólisis intravascular aguda, leucemia promielocítica aguda (LPA), traumatismo masivo, neoplasias diseminadas, etc) y por sangrado (hemorragia quirúrgica, traumática, trasplantes, etc).

Métodos y/o pacientes:

Se analizaron 16 pacientes en los que se había administrado Fbg intravenoso entre los años 2005 y 2011. Se recogieron datos del diagnóstico, niveles de Fbg y de otros factores de la coagulación en el momento del tratamiento, fármacos usados previamente, dosis utilizada y niveles de Fbg post-tratamiento.



NIVELES PRETRATAMIENTO CON FIBRINOGENO

NIVELES POST-TRATAMIENTO CON FIBRINOGENO

	DIMERO D	FBg	FBg CLAUSS	DOSIS MEDIA FIBRINOGENO	DIMERO D	FBg	FBg CLAUSS
3 Casos de LPA	72442	182 mg/dl	124 mg/dl	20 g	< 1000	> 300 mg/dl	
3 Casos de LAL en tratamiento con L-Asparaginasa	No valorado	< 100 mg/dl	< 90mg/dl	7 g	No valorado	> 140 mg/dl	
1 Caso de LAM con CID (LAM-M5)	63365	< 120 mg/dl	< 100 mg/dl	6 g	< 10000	> 190 mg/dl	

El resto de pacientes estudiados: 1 Caso de shock hemorrágico por laceración hepática, 1 shock hipovolémico con trombopenia y CID, 1 cirrosis hepática con sangrado por varices esofágicas, 1 politraumatizado, 1 puérpera con atonía uterina y CID, 1 isquemia intestinal con CID, 3 cirugías con sangrado masivo, todos ellos presentaban valores normales de Fbg con alteraciones en el resto de parámetros de la coagulación y persistiendo el sangrado a pesar de la administración de otros componentes hemostáticos (Vitamina K, plasma fresco congelado, FVII) Las dosis media de Fbg utilizada fue 3g en dosis única.

Resultados:

3 casos de LPA presentaron niveles de Dímero D (DD) elevados > 70000; Fbg calculado y Fbg clauss dentro de límites normales, plaquetas de 60000 y el resto de parámetros dentro de límites normales. Los niveles de DD posteriores al tratamiento con Fbg disminuyeron < 1000 y el Fbg calculado y clauss se mantuvieron dentro de límites normales (>300 mg/dl). La dosis media de Fbg empleada fue 20g. 3 casos de Leucemia aguda linfoblástica (LAL) en tratamiento con L-asparaginasa tenían valores de Fbg por debajo del límite normal (< 100 mg/dl), siendo los niveles de Fbg tras el tratamiento > 140 mg/dl. La dosis media de Fbg utilizada fue 7g. 1 Caso de Leucemia aguda mieloide con CID (LAM-M5) con Fbg < 120 mg/dl y DD > 100000 aumentando los niveles de Fbg tras el tratamiento > 190 mg/dl. La dosis de Fbg utilizada fue 6g. 1 Caso de shock hemorrágico por laceración hepática, 1 shock hipovolémico con trombopenia y CID, 1 cirrosis hepática con sangrado por varices esofágicas, 1 politraumatizado, 1 puérpera con atonía uterina y CID, 1 isquemia intestinal con CID, 3 cirugías con sangrado masivo, todas ellas presentaban valores normales de Fbg con alteraciones en el resto de parámetros de la coagulación y persistiendo el sangrado a pesar de la administración de otros componentes hemostáticos. Las dosis media de Fbg utilizada fue 3g en dosis única.

Conclusiones:

El uso del fibrinógeno ante coagulopatías y sangrados masivos que no revierten a pesar de otros tratamientos hemoterápicos es una práctica común, aunque existe gran variabilidad en la dosis de Fbg infundida. Creemos necesario realizar un protocolo de uso y manejo del Fbg.

Referencias:

1. Journal of Thrombosis and Haemostasis 2011; 9: 6-8; 9: 1-5.
2. Annals of Internal Medicine 2011; 154: 566-567.
3. British Journal of Anaesthesia 2008; 101 (6): 769-773.

