

Estrategias de transfusión en la hemorragia digestiva alta aguda

Villanueva c, Colomo A, Bosch A, Concepción M, Hernández-Gea v, Aracil C, et al. Transfusion strategies for acute upper gastrointestinal bleeding. N Engl J Med 2013;368:11–21.

Introducción: El umbral de hemoglobina para transfundir hematíes en los pacientes con hemorragia digestiva aguda es controvertido. En este estudio se comparó la eficacia y seguridad de una estrategia de transfusión restrictiva (ER) frente a una estrategia más permisiva (EP).

Métodos: Se incluyeron 921 pacientes con hemorragia digestiva alta (HDA) grave; 461 se asignaron aleatoriamente a una ER (transfusión cuando el nivel de hemoglobina era menor de 7 g/dl) y 460 a una EP (transfusión cuando la hemoglobina era menor de 9 g/dl). Los pacientes fueron estratificados en función de la presencia o ausencia de cirrosis hepática.

Resultados: No recibieron transfusiones 225 pacientes asignados a la ER (51%), frente a 65 asignados a la EP (15%) ($p < 0,001$). La probabilidad de supervivencia a las 6 semanas fue mayor en el grupo de ER que en el grupo de EP (95 vs. 91%; «*odds ratio*» [OR] para muerte con la estrategia restrictiva: 0,55; intervalo de confianza al 95% [IC 95%]: 0,33-0,92; $p = 0,02$). Hubo una mayor probabilidad de resangrado en los pacientes en el grupo de ER (10%) frente a los de EP (16%) ($p = 0,01$), y los eventos adversos ocurrieron en el 40% frente al 48% ($p = 0,02$). La probabilidad de supervivencia fue ligeramente mayor con la ER frente a la EP en el subgrupo de pacientes con sangrado secundario a úlcera péptica (OR: 0,70; IC 95%: 0,26-1,25), y fue significativamente mayor en el subgrupo de pacientes con cirrosis Child-Pugh clase A o B (OR: 0,30; IC 95%: 0,11-0,85), pero no en aquellos con cirrosis Child-Pugh clase C (OR: 1,04; IC 95%: 0,45-2,37). Dentro de los primeros 5 días, el gradiente

de presión portal aumentó significativamente en los pacientes asignados a la EP ($p = 0,03$), pero no en los asignados a la ER.

Conclusiones: En los pacientes con HDA una EP de transfusión parece ser mejor que una ER.

Comentario

La HDA es una entidad frecuente que condiciona una elevada morbimortalidad. En los pacientes con HDA sin inestabilidad hemodinámica, no se puede precisar el dintel de hemoglobina (Hb), a partir del cual se debe proceder a transfusión de concentrados de hematíes. El estudio comentado demuestra que en el grupo de pacientes en los que se adoptó una estrategia restrictiva limitando la trasfusión de hematíes a los pacientes con Hb < 7 g/dl con respecto a los pacientes que se transfundieron con un criterio más laxo, ante valores de Hb < 9 g/dl, se obtuvieron mejores resultados tanto en términos de mortalidad (disminución de la mortalidad del 45% a los 45 días), como de resangrado, eventos vasculares o estancia hospitalaria. En el estudio no se incluyeron a los pacientes con inestabilidad hemodinámica y antecedentes de eventos cardiovasculares o cirugías previas en los últimos 90 días. Por lo tanto, sus conclusiones no se debieran extrapolar a los pacientes con déficit de oxigenación/perfusión tisular y/o con anemia que puede desencadenar una descompensación o empeoramiento de alguna enfermedad subyacente (sepsis grave, insuficiencia cardíaca congestiva o EPOC en clase funcional avanzada, postoperatorio de cirugía mayor, etc.). Este estudio apoya la instauración de estrategias restrictivas de trasfusión en los enfermos con HDA, y estabilidad clínica y hemodinámica.

G. Salgueiro Origlia

Medicina Interna, Hospital Universitario La Paz, Madrid,
España

Correo electrónico: giorgisalgueiro@hotmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2013.03.003>