

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 morbilidad y mortalidad. En los pacientes con HDA sin inestabilidad hemodinámica, no se puede precisar el umbral de hemoglobina (Hb), a partir del cual se debe proceder a una 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 transfusión de hematíes a los pacientes con $Hb < 7 \text{ g/dl}$ con respecto a los pacientes que se trasfundieron con un criterio más laxo, ante valores de $Hb < 9 \text{ g/dl}$, 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 deben 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 transfusión en los enfermos con HDA, y estabilidad clínica y hemodinámica.

G. Salgueiro Origlio
Medicina Interna, Hospital Universitario La Paz, Madrid,
España

Correo electrónico: giorgisalgueiro@hotmail.com

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