

Cartas al director



La morbilidad y la transfusión: homogeneizar las series

Sr. Director:

Hemos leído con interés el trabajo de Robles et al¹. Este espléndido estudio muestra la evolución de la cirugía hepática en este último decenio en cuanto a morbilidad se refiere. No obstante, nos gustaría llamar la atención sobre el análisis de la morbilidad y su relación con la transfusión. Esa relación en cirugía hepática ya fue descrita por Jamienson et al², en 1992, con tasas de morbilidad según transfusión o no: el 74 frente al 6,6%. Nuestro grupo ha publicado un estudio sobre 468 pacientes (tabla 1), y la transfusión sanguínea no sólo fue el factor de riesgo de infección nosocomial de mayor potencia sino que también fue el único modificable³. Inmunológicamente, el análisis del impacto de la transfusión sanguínea sobre la tasa de morbilidad sería más correcto si se estableciera sobre un tipo de tumor; no es lo mismo el estado de susceptibilidad a la morbilidad o a la infección nosocomial de una enfermedad metastásica que de un tumor primario hepático, así como la evolución y el seguimiento en resecciones hepáticas por enfermedad benigna. Además, dada la tasa de transfusión de las últimas resecciones del estudio (20%) quizá no esté justificado un programa de autodonación. Pero en el estudio de Kooby, en que se analizan 1.351 hepatectomías por cáncer colorrectal, se describe cómo la autotransfusión y la no transfusión dan tasas de morbimortalidad similares en contraposición con la transfusión alogénica. También nosotros, en los últimos 41 pacientes con resecciones por cáncer colorrectal transfundidos, sólo con sangre alogé-

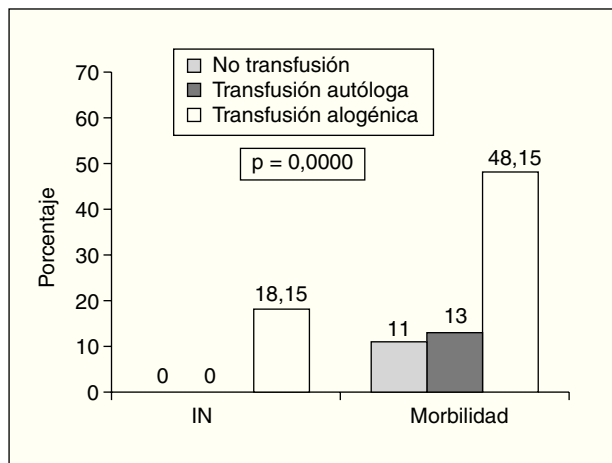


Fig. 1. Infección nosocomial y morbilidad. IN: infección nosocomial.

TABLA 1. Variables quirúrgicas. Análisis multivariante

Variables	Odds ratio	IC del 95%	p
Riesgo cirugía	2,381	1,453-3,896	0,001
Contaminación	1,789	1,221-2,622	0,003
Duración (\geq 120 min)	3,086	1,561-6,100	0,001
Transfusión	3,455	1,683-7,090	0,001

Riesgo cirugía: puntuación ASA; duración: tiempo de cirugía.

nica o sólo autóloga, hallamos una franca diferencia entre la morbilidad de ambos grupos y, por tanto, la estancia en UCI y hospitalaria (fig. 1).

Nos parece, también, que el criterio de transfusión intraoperatoria de un 30% de hematocrito es algo liberal, y que una visión más restrictiva mejoraría las ya de por sí excelentes cifras en este estudio y abogaría por la *bloodless culture*, que se preconiza como conclusión en el trabajo de Robles et al¹.

El efecto de la transfusión alogénica, su inmunomodulación, no sólo repercute en la morbilidad sino también en el intervalo libre de enfermedad y en la recurrencia tumoral, como demuestran los trabajos de Serrablo et al³ y Kooby et al⁴.

Alejandro Serrablo-Requejo, Sandra Paterna-López, Rafael Cerdán y Jesús Esarte-Muníaín

Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

Bibliografía

- Robles R, Marín C, Fernández JA, et al. Hacia la mortalidad cero en las resecciones hepáticas. Presentación de 200 casos consecutivos. *Cir Esp.* 2005;78:19-27.
- Jamienson GG, Corbel L, Campion J, et al. Major liver resection without a blood transfusion: is it a realistic objective? *Surg.* 1992;112:32-6.
- Serrablo A, García-Erce JA, Tirado G, et al. Actualización en Medicina Transfusional Perioperatoria. *Ciencia Biomédica.* Universidad de Málaga. 2004;257-63.
- Kooby DA, Stockman J, Ben-Porat L, et al. Influence of transfusions on perioperative and long-term outcome in patients following hepatic resection for colorectal metastases. *Ann Surg.* 2003;237:860-70.
- Serrablo A, García-Erce JA, Rasal S, Muñoz Gómez M. Integrated blood conservation programme to minimise blood loss and transfusion requirements in hepatic resection. *HPB.* 2002;4:199-200.