



CARTAS AL DIRECTOR

Transfusión y anticoagulación en el manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa en España

Transfusion and anticoagulation in the management of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in Spain

Sr. Director:

Hemos leído con interés un reciente trabajo multicéntrico nacional sobre la «Situación actual del manejo de la hemorragia digestiva alta (HDA) no varicosa en España»¹. Hemos contrastado dicho trabajo con las últimas recomendaciones nacionales basadas en la evidencia de manejo de dicha enfermedad², así como una reciente revisión sobre el manejo del paciente anticoagulado sangrante³. Sin embargo, hay una serie de consideraciones, suscitadas por la lectura de este útil manuscrito sobre la situación real del manejo de la HDA1, que queremos transmitirle.

En la guía nacional², en el punto A5, las medidas inmediatas (tabla 1) se «recomienda corregir los trastornos de la coagulación en pacientes tratados con anticoagulantes y hemorragia aguda». En primer lugar, referente al mismo nos extraña que en los resultados solo haya pacientes tratados con warfarina (un 11,9%) y ninguno con acenocumarol¹. Hay que recordar que hay diferentes anticoagulantes orales, además de los clásicos antivitamina K (AVK) o dicumarínicos en el mercado, con diferente vida media y dosificación, no intercambiables entre sí³. Frente al acenocumarol (nuestro popular Sintrom®) de uso mayoritario en nuestro medio –aunque no haya supuestamente ninguno en este trabajo¹–, la warfarina, con una vida media más larga y garante de la mayoría de la bibliografía científica internacional, es el habitual en los países anglosajones, tomada por la mayoría de nuestros turistas y jubilados extranjeros residentes en nuestras costas.

En el trabajo se indica que se corrigieron trastornos de la coagulación en un 12,2% de los casos –sin indicar los criterios, ni cuáles de los pacientes estaban bajo tratamiento con AVK y cuáles no–, siendo el tratamiento más frecuente

Tabla 1 Recomendaciones del Consenso Español sobre el tratamiento inicial de una hemorragia digestiva por úlcera digestiva²

Recomendación A1: El tratamiento adecuado del paciente con HDA requiere la evaluación clínica inmediata e inicio de las maniobras de reanimación apropiadas de manera precoz

Recomendación A2: Se recomienda el uso de escalas pronósticas como instrumento de soporte para la estratificación precoz de los pacientes en bajo y alto riesgo de recidiva hemorrágica y muerte

Recomendación A3: La colocación de una sonda nasogástrica debe limitarse a los pacientes con HDA en los que se estime que los hallazgos puedan tener valor diagnóstico o pronóstico

Recomendación A4: Se recomienda transfundir a los pacientes con HDA y concentración de Hb < 70 g/l. Se debe mantener un umbral de transfusión superior en pacientes con hemorragia activa o enfermedad cardíaca o respiratoria grave de base

Recomendación A5: Se recomienda corregir los trastornos de la coagulación en pacientes tratados con anticoagulantes y hemorragia aguda. Dicho tratamiento, sin embargo, no debe retrasar la endoscopia de urgencia

Recomendación A6: Los agentes procinéticos administrados antes de la endoscopia no deben indicarse de manera sistemática. Pueden ser útiles en pacientes seleccionados para aumentar el rendimiento diagnóstico de la endoscopia de urgencias

Recomendación A7: Los pacientes de bajo riesgo, identificados mediante criterios clínicos y endoscópicos, se les puede dar el alta de manera precoz tras la endoscopia

Recomendación A8: Puede considerarse el tratamiento con IBP antes de la endoscopia para reducir la frecuencia de estigmas endoscópicos de alto riesgo y, por tanto, la necesidad de terapia endoscópica, pero no debe retrasar la indicación de endoscopia precoz

administrado la vitamina K (10,2%) –sin indicar vía–¹. En cambio, no aparece reflejado cuántos fueron tratados con plasma fresco congelado securizado, ni cuántos con concentrados de complejo protrombínico (recomendación actual)⁴. Igualmente, aunque hubo más de una cuarta parte de los pacientes tratados con antiagregantes plaquetarios (26,3%)

Véase contenido relacionado en DOI:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2012.02.007>

y más de una sexta parte con antiinflamatorios, no se recoge cuántos fueron tratados con transfusión de plaquetas, ni aquellos tratados con vasopresina o antifibrinolíticos como el ácido tranexámico¹. Un metanálisis mostró que con la administración de ácido tranexámico, aunque no se disminuyó la tasa de resangrado, sí se redujo la necesidad de cirugía y mostró tendencia a disminución de la mortalidad⁵.

En la Recomendación A4 de la guía nacional² se recoge que «se recomienda transfundir a los pacientes con HDA y concentración de hemoglobina (Hb) < 70 g/l» y que «se debe mantener un umbral de transfusión superior en pacientes con hemorragia activa o patología cardíaca o respiratoria grave de base». En cambio, solo se refleja que se transfundió una media de 1,64 (desviación estándar: 2,64) unidades de concentrados de hematíes (CH) por paciente durante los 30 días considerados desde el inicio del episodio. Aunque no se refleja la real tasa ni volumen de transfusión, ni los criterios de transfusión utilizados (ni el cumplimiento de las guías), ni la tasa de transfusión masiva, ni posterior, ni la consecuyente al resangrado o fracaso terapéutico. No sabemos si se transfundió al 100%, 2 unidades a 2 de cada 3 y una al tercero, o al 50%, administrando 3 unidades a 2 de cada 3 y 4 al tercero.

Hay que recordar que la transfusión sanguínea alogénica (TSA) se usa frecuentemente, y a veces a la «ligera», casi como la primera opción terapéutica en la anemia de pacientes con hemorragia digestiva⁶. Además, se suele referir como una TSA a la administración de CH, pero con frecuencia pacientes afectados de enfermedad digestiva suelen requerir la administración de productos plaquetarios e incluso plasma fresco congelado. Como resultado, una alta proporción de los pacientes afectados de HDA suelen recibir al menos un acto transfusional durante su estancia hospitalaria. En un estudio del *National Blood Service* británico del consumo sanguíneo, realizado en 29 hospitales representativos durante 12 meses en 2001-2002, se mostró que el principal diagnóstico codificado de los pacientes transfundidos era «digestivo»: el 19% de los receptores de todos los CH, incluyendo un 5% por hemorragias digestivas y un 3% por cirugía colorrectal⁷. En este mismo estudio epidemiológico de consumo las indicaciones «digestivas» y «hepatobiliares» emergen como las principales razones para la transfusión de CH y plasma, y son además frecuentes consumidores de plaquetas⁷. Un estudio prospectivo multicéntrico francés, realizado en 53 hospitales durante un año, que analizó 3.287 casos de HDA, encontró una tasa de TSA del 57,5% en pacientes jóvenes; y del 73%, en pacientes mayores de 74 años⁸. En otro reciente estudio de cohortes, que analizó 920 pacientes consecutivos sometidos a tratamiento endoscópico por HDA, dónde el 64% presentaba un hematocrito inferior al 30%, estos tenían una tasa de TSA del 74%, frente al 24% de aquellos con un hematocrito superior al 30%.

Por último, recordar que el principal depósito del hierro corporal es la hemoglobina contenida en los eritrocitos, constituyendo entre el 60 y 70% de los escasos 5 a 7 g de este importante metal. Por ello, cualquier HDA, además de las consecuencias hemodinámicas y cardiovasculares y de la repercusión emocional de su presencia, implica una pérdida grave de los niveles corporales de hierro. Recientemente, en un estudio realizado en España se comprobó que a los 30 días

de un episodio de HDA, el 62% de los pacientes presentaba una anemia ferropénica⁹. En cambio, en este trabajo ningún paciente pareció recibir tratamiento alguno de la anemia ni de la ferropenia, sea por vía oral o intravenosa, siendo esta última la recomendada por nosotros¹⁰.

Bibliografía

1. Pérez Aisa A, Nuevo J, López Morante AA, González Galilea A, Martín de Argila C, Aviñoa Arreal D. Situación actual del manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa en España. *Gastroenterol Hepatol*. 2012;35:468-75.
2. Lanás A, Calvet X, Feu F, Ponce J, Gisbert JP, Barkun A. Primer consenso español sobre el tratamiento de la hemorragias digestiva por úlcera péptica. *Med Clin (Barc)*. 2010;135:608-16.
3. García Erce JA, Quintana Díaz M, Rodiles Heredia RE. Conceptos básicos y errores comunes en la coagulación y el manejo de la anticoagulación en el paciente con traumatismo. *Emergencias*. 2012. En prensa.
4. Stanworth SJ, Brunskill CJ, Hyde DBL, McClelland MF, Murphy. Is fresh frozen plasma clinically effective? A systematic review of randomized controlled trials. *BJH*. 2004;126:139-52.
5. Gluud LL, Klingenberg SL, Langholz SE. Systematic review: tranexamic acid for upper gastrointestinal bleeding. *Aliment Pharmacol Ther*. 2008;27:752-8.
6. García-Erce JA, Gomollón F, Muñoz M. Blood transfusion for the treatment of acute anaemia in inflammatory bowel disease and other digestive diseases. *World J Gastroenterol*. 2009;15:4686-94.
7. Wells AW, Llewelyn CA, Casbard A, Johnson AJ, Amin M, Ballard S, et al. The EASTR Study: indications for transfusion and estimates of transfusion recipient numbers in hospitals supplied by the National Blood Service. *Transfus Med*. 2009;19:315-28.
8. Nahon S, Nouel O, Hagège H, Cassan P, Pariente A, Combes R, et al. Groupe des Hémmorragies Digestives Hautes de l'Association Nationale des Hépatogastroentérologues des hôpitaux Généraux. Favorable prognosis of upper-gastrointestinal bleeding in 1041 older patients: results of a prospective multicenter study. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2008;6:886-92.
9. Ballester R, Planella M, Teixidó M, Zaragoza N, Isava A, Ardévol A, et al. Estudio prospectivo de la incidencia de anemia ferropénica post hemorragia digestiva alta. Valoración de factores predictivos. Resultados preliminares. *Gastroenterol Hepatol*. 2009;32:245.
10. Muñoz M, Gómez-Ramírez S, García-Erce JA. Intravenous iron in inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol*. 2009;15:4666-74.

José Antonio García-Erce^{a,*}, Manuel Quintana Díaz^b y Manuel Muñoz Gómez^c

^a *Servicio de Hematología y Hemoterapia, AWGE (Anemia Working Group), Hospital San Jorge, Huesca, España*

^b *Urgencias Generales, Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España*

^c *Medicina Transfusional, Facultad de Medicina, Málaga, España*

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: jagarciae@salud.aragon.es, joseerce@ono.com (J.A. García-Erce).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2012.09.004>