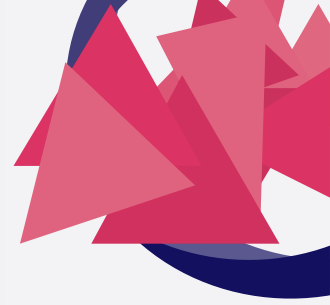


Bleeding news



Whole Blood, Fixed Ratio, or Goal-Directed Blood Component Therapy for the Initial Resuscitation of Severely Hemorrhaging Trauma Patients: A Narrative Review

Mark Walsh, Ernest E. Moore, Hunter B. Moore, Scott Thomas, Hau C. Kwaan, Jacob Speybroeck, Mathew Marsee, Connor M. Bunch, John Stillson, Anthony V. Thomas, Annie Grisoli, John Aversa, Daniel Fulkerson, Stefani Vande Lune, Lucas Sjeklocha, Quincy K. Tran

J. Clin. Med. 2021, 10, 320.

Autora del comentario: *Dra. Raquel Ferrandis Comes. FEA Anestesiología y Reanimación Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia. Profesora asociada, Facultad de Medicina de Valencia*

Los autores plantean una visión global de un "eterno" dilema, contextualizándolo desde un punto de vista histórico y geográfico. Podríamos decir que llevamos mucho tiempo planteando la controversia entre el uso de sangre completa, una ratio fija de sangre:plasma:plaquetas o la sustitución guiada por objetivos, pero fue relativamente "ayer", en 2016 (en base al estudio PROPPR, publicado en 2015) cuando EEUU inició el uso de sangre completa en civiles, principalmente en centros con antecedentes militares. El estudio PROPPR, muy controvertido y criticado, mostró un beneficio de la ratio 1:1:1 sobre 2:1:1 en la mortalidad por exsanguinación en las primeras 24 horas, pero no en otras causas de mortalidad.

Estos estudios han ido de la mano del desarrollo del concepto de coagulopatía inducida por el trauma, que se ha visto que no se evita con la transfusión de sangre completa o ratio 1:1:1 y que ha hecho decantar la balanza hacia el uso de terapias dirigidas por test viscoelásticos (VET) (primera publicación en 1997). La implantación de los VET ha sido mucho más amplia en Europa, liderados por el grupo alemán. En esta línea ha sido decisivo el estudio RETIC, que mostró la superioridad del fibrinógeno y el concentrado de factores sobre el plasma para el control de la coagulopatía por el trauma.

Los autores atribuyen esta diferencia geográfica a la mayor incidencia de heridas por arma blanca en EEUU frente a accidentes de tráfico en Europa, así como a la diferente organización del manejo prehospitalario. En este punto, dentro de la misma Europa, el índice de transfusión prehospitalario varía según el tiempo hasta la llegada al hospital. Además, en el manejo prehospitalario, los VET no están establecidos, ni en EEUU ni en Europa. En estos momentos, hay 3 ensayos clínicos en marcha para establecer el papel de la sangre completa en el manejo de la hemorragia masiva.

Con todo ello, los autores concluyen que los factores históricos, geográficos y logísticos juegan un papel primordial a la hora de decantar la balanza hacia un manejo basado en el VET (cada día más utilizado en Europa) o en sangre completa o ratio 1:1:1, aún predominante en muchos centros de EEUU.