

Transfusiones sanguíneas pretrasplante: ¿Beneficio sin riesgos?

J. B. CANNATA, M. T. ALLENDE *, M. SERRANO, F. TEVAR ** y
J. HERRERA.

Servicios de Nefrología, * Medicina Nuclear y ** Hemoterapia. Hospital General de Asturias. Facultad de Medicina de Oviedo. Asturias.

Señor director:

En los últimos 10 años la política transfusional en pacientes en diálisis ha experimentado un notable cambio. A finales de la década de los años sesenta y a principios de los setenta la actitud prevaleciente fue la de restringir al máximo el número de transfusiones sanguíneas (TS) con objeto, por un lado, de no deprimir aún más la eritropoyesis ineficaz de estos pacientes y, por otro lado, de reducir los riesgos de hepatitis postransfusional. Cuando este proceder parecía irse extendiendo a la mayoría de unidades de diálisis, OPELZ y cols.¹ publicaron en 1973 los primeros trabajos sobre el probable efecto beneficioso de la TS sobre la evolución de los trasplantes renales, revolucionando de este modo el concepto de «transfusiones restringidas» en diálisis. En pocos años, otros autores apoyaron con sus experiencias estos resultados preliminares²⁻⁶ y así poco a poco la mayoría de centros de trasplante incluyeron en sus protocolos pretrasplante un número mínimo variable de TS.

Pese a que se preveía que se correría otra vez el riesgo de aumentar la incidencia de hepatitis en las unidades de diálisis, los probables beneficios que la TS ofrecían prevalecieron sobre la sombra del riesgo de hepatitis, probablemente sin tener demasiado en cuenta que, por un lado, nuestra población tiene un índice mayor de portadores del virus de la hepatitis B que aquellos países que comenzaron a aplicar estas pautas transfusionales pretrasplante⁸⁻⁹ y que, por otro lado, los números que reflejan la incidencia de dichos portadores en nuestros bancos de sangre son inferiores a la cifra real, debido a que por razones de economía y de rapidez la mayoría de hospitales españoles no utilizan rutinariamente el radioinmunoensayo (RIA) para la detección del antígeno de superficie del virus B de la hepatitis (HBs), alcanzándose, por tanto, menor exactitud de la deseada con el consecuente riesgo de transfundir esporádicamente sangre HBs positiva enmascarada como HBs negativa debido a las diferencias de precisión de los métodos.

En nuestra unidad, desde 1978 hemos seguido una política restrictiva de TS por necesidades clínicas^{9, 10}, por lo tanto, en la actualidad las TS preparatorias para trasplante renal representan el 40 % de las TS prescritas

en nuestra unidad (33 unidades/año). Por este motivo y con objeto de minimizar los riesgos de exposición a hepatitis B iniciamos un estudio de doble control; detección de HBs mediante técnica de inhibición de la hemaglutinación (IHG) y posteriormente RIA en todas las unidades de sangre destinadas a TS pretrasplante renal. El control que se había seguido antes del comienzo del estudio para detectar la presencia de HBs era el que rutinariamente sigue el banco de sangre de nuestro hospital: interrogatorio de todos los posibles donantes descartando a todos aquéllos con antecedentes sospechosos de hepatitis y en los restantes extracción de sangre y determinación de HBs mediante técnica de IHG. El porcentaje de HBs positivo alcanzado con este método durante 1984 fue de 1,04 % sobre un total de 4.670 unidades de sangre analizadas.

Desde el comienzo del estudio de doble control HBs, hemos analizado 36 muestras destinadas a ser transfundidas en nuestra unidad (HBs negativas por IHG), de ellas, 3 han sido positivas por RIA (8 %) con unos cocientes entre el número de cuentas paciente/umbral muy lejos de los valores considerados dudosos positivos. En cualquier protocolo convencional de TS pretrasplante que incluye un mínimo de 5 TS por paciente, esta diferencia obtenida hubiese significado exponer el virus de la hepatitis B a uno de cada tres pacientes transfundidos, este riesgo sería aún mayor si consideráramos la posibilidad de transfundir sangre HBs negativa, anti-HBc positiva, potencialmente contaminante. Desafortunadamente en nuestro trabajo el número de muestras analizadas con ambos determinantes antigénicos (HBs y anti-HBc) es muy escaso como para poder sacar conclusiones generales pero hemos encontrado un 5 % de sangre HBs negativa anti-HBs positiva, lo que incrementaría aún más el riesgo de exposición a hepatitis.

Las ventajas que ha supuesto el RIA y el poder conocer con precisión el perfil inmunológico relacionado con la hepatitis B, tanto en pacientes como en el personal, ha contribuido a una distribución más racional de los mismos y a un descenso del número de hepatitis B en las unidades de diálisis. Sin embargo, la aparición de casos esporádicos de hepatitis B persiste y la incidencia de hepatitis «no A no B» habitualmente precedida por transfusiones, cuya etiopatogenia y significado están aún muy controvertidos se han incrementado de forma proporcional en algunos centros y de forma real en otros^{11, 12}.

Sin poner en duda el papel beneficioso que las TS pre-

Correspondencia:
Dr. J. B. Cannata.
Servicio de Nefrología.
Hospital General de Asturias.
Apartado 243. Oviedo. Asturias.

trasplante tienen en la evolución de los mismos, los resultados antes presentados ponen en evidencia que este proceder conlleva en nuestro medio un riesgo importante de exposición a distintos tipos de virus de la hepatitis incluido el B. Dado que este tipo de TS representan en la actualidad un porcentaje importante del total de TS que se prescriben en las unidades de diálisis y dada la posibilidad de una fácil programación de dichas TS, parece razonable que estas unidades de sangre transfundidas electivamente y sin urgencia sean rutinariamente controladas (HBs y anti-HBc) por un método de tercera generación, preferentemente el RIA, con objeto de minimizar el riesgo de exposición a hepatitis. Además sería conveniente tratar de hacer extensivo este proceder no sólo a las TS preparatorias para trasplante renal, sino a todas aquéllas no urgentes que se indican por necesidades clínicas en pacientes en diálisis.

Si bien el trasplante renal es el objetivo preferencial para la mayoría de pacientes en diálisis, no hay que olvidar que, a excepción hecha de los factores de tipo inmunológico, tal vez el condicionante de mayor importancia para alcanzar resultados exitosos postrasplante es conseguir una diálisis lo más adecuada posible evitando al máximo la yatrogenia. Además como en otros casos^{9, 10} las pautas iniciadas en otros países deben adaptarse al nuestro con las modificaciones oportunas para conseguir un máximo de efectividad sin desventajas manifiestas.

BIBLIOGRAFIA

1. OPELZ, G.; MICKEY, M. R.; SENGAR, D. P. S., y TERASAKI, P. I.: «Effect of blood transfusions on subsequent kidney transplants». *Transplant. Proc.*, 5: 253-259, 1973.
2. MORRIS, P. J.; OLIVER, D., y BISHOP, M.: «Results from a new renal transplantation unit». *Lancet*, 2: 1153-1156, 1978.
3. PROUD, G.; SHENTON, B. K., y SMITH, B. M.: «Blood transfusion and renal transplantation». *Br. J. Surg.*, 66: 678-682, 1979.
4. BRIGGS, J. D.; CANAVAN, J. S.; DICK, H. M.; HAMILTON, D. N. H.; KYLE, K. F.; MAC PHERSON, S. G.; PATON, A. M., y HERINGTON, T.: «Influence of HLA matching and blood transfusion on renal allograft survival». *Transplantation*, 25: 80-85, 1978.
5. OPELZ, G.; GRIVER, B., y TERASAKI, P. I.: «Induction of high kidney graft survival rate by multiple transfusion». *Lancet*, 1: 1223-1225.
6. ANDREU, J.: «Transfusiones sanguíneas y trasplante renal». *Nefrología*, 2: 1-2, 1982.
7. SZMUNESS, W.: «Recent advances in the study of the epidemiology of hepatitis B». *J. Pathol.*, 81: 629-635, 1975.
8. FERNANDEZ CORUGEDO, A.: «Virus de la hepatitis». En: *Enfermedades infecciosas. Patogénesis y diagnóstico*. Salvat, 979-997. Barcelona, 1983.
9. CANNATA, J. B.; RUIZ ALEGRIA, P.; CUESTA, M. V.; HERRERA, J., y PERAL, V.: «Influence of aluminium hydroxide intake on haemoglobin concentrations and blood requirements in haemodialysis patients». *Proc. Eur. Dial. Transplant. Assoc.*, 20: 719-724, 1983.
10. CANNATA, J. B.; SUAREZ SUAREZ, C.; RODRIGUEZ SUAREZ, C.; CUESTA, M. V.; SANZ MEDEL, A.; PERAL, V., y HERRERA, J.: «Assessing the benefit of changing aluminium hydroxide schedule on anaemia and serum phosphorus control». *Proc. Eur. Dial. Transplant. Assoc.*, 21 (en prensa), 1984.
11. MATESANZ, R.; TERUEL, J. L.; BUENO, R.; FERNANDEZ MUÑOZ, R.; MARCEN, R.; QUEREDA, C., y ORTUÑO, J.: «Incidencia, caracterización y evolución de las hepatitis no A-no B en enfermos en hemodiálisis». *Nefrología*, 3: 115-120, 1983.
12. FEINSTONE, S. M., y HOOFNAGLE, J. H.: «Non-A, maybe-B Hepatitis». *N. Engl. J. Med.*, 311: 185-189, 1984.