

Bleeding news



Patient blood management to minimize transfusions during the postpartum period

Kwan Heup Song, Eun Saem Choi, Ho Yeon Kim, Ki Hoon Ahn, Hai Joong Kim

PMID: 37551109 PMCID: PMC10663398 DOI: 10.5468/ogs.22288

Autora del comentario: *Dra. Sonia María Veiras. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. Jefe de Sección en el servicio de Anestesia y Reanimación. Provincia de A Coruña.*

La hemorragia postparto (HPP) continúa siendo la causa más frecuente de mortalidad materna y supone el 27% de las muertes postparto anualmente a nivel mundial.

La detección precoz y el tratamiento ajustado son esenciales para reducir la morbilidad asociada a esta entidad.

Se puede diferenciar entre HPP primaria cuando el sangrado ocurre en las primeras 24 horas tras el nacimiento y HPP secundaria cuando se produce entre 24 horas y 12 semanas después del parto.

La detección precoz de una situación de HPP puede ser compleja porque con frecuencia la clínica es larvada y la cuantificación de las pérdidas sanguíneas no siempre es fácil en este escenario, por lo que tener presentes los factores de riesgo asociados a la HPP agiliza su manejo.

Risk factors for postpartum hemorrhage

Previous retained placenta or postpartum hemorrhage

Maternal hemoglobin level below 8.5 g/dL at onset of labor

BMI greater than 35 kg/m²

Grand multiparity (parity 4 or more)

Antepartum hemorrhage

Overdistention of the uterus (e.g., multiple pregnancy, polyhydramnios or macrosomia)

Existing uterine abnormalities

Low-lying placenta

Induction

Prolonged first, second or third stage of labor

Oxytocin use

Precipitate labor

Operative birth or cesarean section

Bleeding news



A pesar de que la transfusión es una herramienta esencial en el manejo de la HPP independientemente de su etiología, la transfusión excesiva e innecesaria acarrea efectos indeseables. Es por ello por lo que el concepto de Patient Blood Management (PBM) con sus tres pilares puede aplicarse a la hemorragia postparto de la siguiente forma:

Pilar I: predicción y corrección de la anemia prenatal.

El 40% de las gestantes presentan anemia de causa ferropénica, por lo que el screening de la anemia en todas las gestantes y la suplementación oral o parenteral de hierro corresponde al primer pilar del PBM en este grupo de pacientes. Además, en casos refractarios a la terapia férrica parenteral podría plantearse el uso de estimulantes de eritropoyesis. La transfusión de hematíes debe reservarse para cifras de hemoglobina inferiores a 6 mg/dL.

Pilar II: prevención y reducción de la hemorragia durante el parto.

Durante la tercera fase del parto hay maniobras instrumentales reconocidas para prevenir la HPP, como la tracción del cordón umbilical o el masaje uterino.

Además, se emplean universalmente fármacos uterotónicos (la atonía uterina sigue siendo la causa más prevalente de HPP) como oxitocina, ergometrina, misoprostol o la alternativa más cara, carbetocina.

El ácido tranexámico administrado dentro de las tres primeras horas del sangrado ha demostrado elevada eficacia terapéutica en el control del sangrado (dosis 0,5-1 gramo intravenoso).

El taponamiento intrauterino con balón de Bakri, la angiografía terapéutica o la sutura vascular compresiva son alternativas instrumentales en este pilar II.

Como último recurso debería plantearse la histerectomía.

El momento óptimo para la transfusión en HPP no está bien definido, pero si la situación clínica lo justifica deben activarse protocolos de hemorragia masiva.

Es fundamental recordar que la reposición de fluidos y la transfusión deben realizarse con calentador de fluidos.

La corrección de la acidosis y la administración precoz de fibrinógeno son medidas adicionales de tratamiento.

Bleeding news



Pilar III: limitar el uso de transfusiones y optimizar el tratamiento de la anemia en el postparto.

En el periodo postparto, las causas más frecuentes de hemorragia son la retención de restos placentarios y la endometritis. Ambas entidades tienen tratamientos específicos en los protocolos ginecológicos.

Aproximadamente el 50% de las gestantes presentan anemia postparto (definida no uniformemente como cifras de Hb <10gr/dL a las 24 horas del parto, < 11 gr/dL en la semana posterior o <12gr/dL tras 8 semanas).

Se recomienda la suplementación oral de hierro en el periodo puerperal y la suplementación parenteral en casos de anemias moderadas o severas.

La transfusión de hematíes debería restringirse a situaciones de Hb inferior a 6 gr/dL o cifras de 7-9 gr/dL acompañadas de síntomas de anemia.

En conclusión, la hemorragia puerperal es una entidad en la que se puede enmarcar plenamente la filosofía del PBM, actuando así de forma más responsable en el manejo de este grupo de pacientes y evitando la transfusión excesiva o innecesaria y los daños colaterales que ésta conlleva.