CSL

Bleeding news

Point-of-care visco-elastic testing for postpartum haemorrhage: A narrative review

Hans Vandersmissen, Eva Roofthooft, Sarah Devroe, Steven Thiessen, Hendrik Stragier

PMID: 41084872 DOI: 10.1097/EJA.0000000000002293

Autora del comentario: *Dra. Raquel Ferrandis Comes.* *Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia. Miembro del grupo de trabajo SEDAR-COVID.*

Los autores realizan una revisión narrativa sobre el uso de los test viscoelásticos (TVE), principalmente ROTEM, en la hemorragia postparto (PPH), con especial interés en la indicación de fibrinógeno y ácido tranexámico (TXA). Su principal limitación es la falta de una búsqueda sistemática de la literatura, pues los propios autores refieren el sesgo de selección de los artículos.

Como idea importante, destacar que la coagulopatía es rara al inicio de la HPP y aparecerá al escalar las pérdidas. Así, con unos 1200 ml de sangrado, solo una minoría tiene un Clauss <2 g/L. En este contexto, **el fibrinógeno es el marcador clave:** Clauss <2 g/L o un FIBTEM A5 bajo predicen la progresión a HPP grave.

Los TVE en PPH han permitida evitar plasma innecesario y optimizar el aporte de fibrinógeno, que, especialmente en la paciente embarazada, debe realizarse en base a concentrado de fibrinógeno. A considerar el modelo de ROTEM, pues los autores sugieren que con ROTEM Sigma, con el cambio de cartuchos, el umbral de reposición pasa a FIBTEM A5 ≤8 mm, que equivale al antiguo ≤11–12 mm (ROTEM Delta), correspondiente al umbral de 2 g/l por Clauss. El uso de TVE en el contexto de PPH ha mostrado menos transfusión de plasma, menos TACO y menos hemoderivados en las cohortes grandes (sobre todo el programa OBS Cymru en Gales). Sin embargo, los ECA son pequeños o negativos, a valorar si por un inadecuado objetivo, OBS-2 dio fibrinógeno con FIBTEM <15 mm sin beneficio, y solo el subgrupo con A5 ≤12 mm o Clauss ≤2 g/L sugería efecto.

Respecto al ácido tranexámico, debe darse lo antes posible tras el diagnóstico de PPH. No obstante, la profilaxis rutinaria no está respaldada y se reservaría a pacientes de alto riesgo. Tampoco puede basarse en el resultado de los TVE, pues son poco sensibles a la hiperfibrinólisis. Otras limitaciones de los TVE serían que valoran mal la función plaquetaria (el papel de PLTEM en PPH no está claro), y los dispositivos y sus umbrales no son intercambiables.

Un escenario diferente es la coagulopatía obstétrica aguda (AOC), que se presenta como entidad propia (≈1/1000 partos), asociada a desprendimiento de placenta y embolia de líquido amniótico. Combina hipo/disfibrinogenemia e hiperfibrinólisis masiva (PAP muy elevados, aPC elevada, consumo de FV/FVIII/FXIII). El tratamiento es fibrinógeno precoz más TXA.

Como ideas principales, destacaría la indicación de los TVE para guiar el fibrinógeno (con el umbral correcto según cartucho) y para *evitar* la transfusión de plasma. En cambio, la información de los TVE no se puede considersr fiable sobre plaquetas ni fibrinólisis. Así, se debe administrar TXA precoz siempre, sin esperar al trazado. Ante desprendimiento o embolia de líquido amniótico, pensar en un escenario completamente diferente, el AOC y tratar el fibrinógeno de forma agresiva y temprana.