

Título: Traducción y comentarios sobre el artículo "The association between intrauterine balloon tamponade duration and postpartum hemorrhage outcomes "

Nombre revisor: Ana Monfort Quintana. Hospital General Villalba

1. - Artículo Original:

Einerson BD, Son M, Schneider P, Fields I, Miller ES. The association between intrauterine balloon tamponade duration and postpartum hemorrhage outcomes. Am J Obstet Gynecol. 2017 Mar;216(3):300.

PMID: 27823918

2.- Resumen del Artículo:

INTRODUCCIÓN:

El tratamiento agresivo es esencial en el manejo de la Hemorragia postparto (HPP) ya que se trata de la principal causa de mortalidad materna en el mundo.

Cuando los tratamientos de primera línea como los fármacos uterotónicos o el masaje uterino bimanual fracasan, el balón de taponamiento intrauterino (IUBT) ha demostrado ser efectivo con unas tasas de cese del sangrado entre 55 y 94%.

Se han realizado estudios varios con respecto a su eficacia pero hasta el momento no termina de establecerse cuál es el tiempo óptimo de permanencia del balón una vez resuelta la HPP.

El IUBT controla la hemorragia por taponamiento directo del lecho vascular placentario, estimulando la contractilidad del útero y ejerciendo presión directa sobre las arterias uterinas.

Se parte de la hipótesis de que a mayor tiempo de permanencia del IUBT mayor incremento en la en la efectividad del manejo de la HPP.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo de cohortes de pacientes sometidas a IUBT en el Northwestern Memorial Hospital (Chicago, IL) desde Enero 2007 hasta Octubre 2014.

Una pérdida hemática mayor de 500 ml tras parto vaginal o mayor de 1000ml. tras una cesarean produjo en todos los casos una HPP.

El IUBT fué recomendado por protocolo como 2^a línea de actuación en el manejo de la HPP refractaria a fármacos uterotónicos y al masaje uterino bimanual. El protocolo incluye en la indicaciones del IUBT el sangrado del lecho placentario y la atonía uterina.

Se excluyeron del estudio a las pacientes a las que se les retiró el balón en las 2 primeras horas de su inserción por expulsión del mismo (n=33) así como a las pacientes que fueron sometidas a histerectomía por hemorragia refractaria al balón (n=7).

Después de la inserción del balón, las pacientes fueron observadas monitorizando sus constantes vitales así como las pérdidas hemáticas.

La duración de permanencia del balón fue a criterio del clinic y no establecida por protocolo.

Cuando se decide la retirada del balón, se desinfla en 5-10 minutos y la paciente permanece en observación posterior durante 2-3 horas para asegurar su estabilidad clínica.

Se registran los siguientes datos:

- Datos demográficos: edad maternal, raza y etnia e IMC.
- Datos obstétricos: EG, Paridad, Gestación múltiple/única, placenta previa, polihidramnios, preeclampsia tratada con Sulfato de magnesio, coriomionitis,

vía de parto, estimación de pérdida hemática previa a la inserción del balón, uso de agentes uterotónicos y uso de antibiótico.

Así mismo se registra también si la colocación tuvo lugar por la noche (entre las 06:00 pm y las 07:00 am) así como si la retirada tuvo lugar por el día.

La cuantificación de la pérdida hemática se valora también en base a los valores de Hb (< 6mg/dl), la necesidad de transfusión sanguínea (> de 4 concentrados), la pérdida hemática tras inserción del balón, la realización de histerectomía o embolización de las arterias uterinas tras retirada del IUBT y el ingreso de la paciente en UCI.

Otros parámetros registrados fueron la presencia de fiebre postparto así como el tiempo de estancia en postparto.

Se observa una distribución bimodal en cuanto al tiempo de permanencia del IUBT dado que la guía de uso del IUBT no describe tiempos por lo que se establecen dos grupos:

- 2-12 h
- 12-24h

RESULTADOS:

Durante el período de estudio se produjeron 93.825 partos de los cuales 5.731 (6.1%) presentaron HPP.

El balón intrauterino fue insertado en 314 pacientes con HPP (5.5%). De éstas, 40 (13%) fueron excluidas del estudio por expulsión del balón en las 2 primeras horas o por hemorragia masiva que requirió otras intervenciones inmediatas por lo que se incluyeron en el estudio 274 pacientes.

206 pacientes (75.2%) permanecieron con el balón más de 12 horas y 68 pacientes (24.8%) permanecieron con el balón entre 2 y 12 horas.

El rango de duración del balón fue de 2 a 51 horas siendo la mayoría en el rango de 10 a 24 horas.

Las pacientes con una duración del balón mayor de 12 horas fueron sometidas más a cesárea (56.3% vs 35.3%) y la colocación del mismo tuvo lugar menos durante la noche (entre 06:00 pm y 07:00 am) (36.9% vs 75%).

No hubo diferencias en la media de pérdida hemática tras la colocación del balón en ambos grupos.

No encontraron diferencias con respecto a la necesidad de practicar otros tratamientos adyuvantes como la embolización de las arterias uterinas o la histerectomía.

El tiempo de permanencia en postparto sí fue mayor en el grupo de más de 12 horas (3.7 días vs 3.1 días).

Así mismo se registró doble tasa de fiebre puerperal en el grupo de más de 12 horas (26.7% vs 14.7%)

Así mismo se ha observado que aunque la incidencia de corioamnionitis no fue significativamente diferente en ambos grupos sí que fue mayor en el grupo de más de 12 horas.

CONCLUSIONES:

El estudio no demuestra un beneficio para el control de la HPP asociado a la permanencia del balón intrauterino más de 12 horas.

Más allá de esto, la permanencia del balón más de 12 horas se puede asociar a incremento de morbilidad como mayor tasa de fiebre. Esta asociación es mayor aún en los casos en los que se practica cesárea y así mismo se coloca el balón en el período nocturno.

Los resultados obtenidos sugieren que la duración del balón menor de 12 horas puede ser suficiente para el tratamiento de la HPP.



Como conclusión final decir que no se encontraron diferencias en cuanto a HPP tras colocación de balón más de 12 horas por lo que es razonable considerar la retirada del mismo a las 12 horas si la hemorragia ha sido corregida.