

Hemorragia posparto. Nuevas recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud

 Mireya González Blanco.

Directora/Editora

La hemorragia puerperal o posparto, definida como un sangrado excesivo tras el parto, afecta a millones de mujeres cada año y causa casi 45 000 muertes, lo que la convierte en una de las principales causas de mortalidad materna a escala mundial. Incluso cuando no es mortal, puede tener secuelas en la salud física y mental durante toda la vida, desde graves daños orgánicos a hysterectomías, ansiedad y traumatismos (1).

En unas nuevas directrices de referencia (2) publicadas el día 5 de octubre, los principales organismos dedicados a la salud reproductiva hacen un llamado a introducir un cambio importante en la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia puerperal. En las recomendaciones se señala la urgencia de detectar antes e intervenir más rápidamente, medidas que podrían salvar la vida de decenas de miles de mujeres cada año (1).

Se trata de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y la Confederación Internacional de Parteras (ICM). Por primera vez, la OMS ha copublicado directrices de salud materna con la FIGO y con la ICM. Según la OMS, esta colaboración sin precedentes señala una nueva era de asociación que valora el trabajo interdisciplinar y el papel vital de

Correo de correspondencia: mireyagonzalezb@gmail.com/rogvenezuela@gmail.com

Forma de citar este artículo: González-Blanco M. Hemorragia posparto. Nuevas recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. Rev Obstet Ginecol Venez. 2025; 85(4):509-513. DOI: 10.51288/00850403

las asociaciones profesionales para garantizar que la evidencia global se traduzca en acciones a nivel nacional (2).

Esta primera edición de las directrices consolidadas para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto se desarrolló con el propósito de informar las políticas nacionales y promover una implementación eficaz. Es una respuesta directa a la hoja de ruta para combatir la hemorragia posparto entre 2023 y 2030, que exige una base unificada y basada en la evidencia para guiar a los países en la reducción de las muertes maternas por hemorragia posparto. Estas directrices consolidan 51 recomendaciones a lo largo del continuo de atención prenatal, intraparto y posparto, y están diseñadas para ir más allá de la política hacia la práctica, apoyando a los países para traducir la evidencia global en acción nacional (2).

La dirección de la Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela ha considerado de gran importancia dar a conocer la presente información y analizar algunos de los cambios en las recomendaciones para la actuación en casos de hemorragia posparto.

Uno de los primeros aspectos a señalar tiene que ver con la definición de hemorragia posparto (HPP). El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) define la hemorragia posparto como una pérdida de sangre acumulada mayor o igual a 1000 mL o la pérdida de sangre acompañada de signos o síntomas de hipovolemia dentro de las 24 horas posteriores al parto (incluyendo la pérdida intraparto),

independientemente de la vía de parto (3). Esto contrasta con las definiciones más tradicionales de hemorragia posparto como una pérdida de sangre estimada superior a 500 mL tras un parto vaginal o una pérdida superior a 1000 mL tras una cesárea (4). Según el ACOG, esta definición probablemente reducirá el número de personas etiquetadas con hemorragia posparto. Sin embargo, a pesar de esta nueva caracterización, una pérdida de sangre superior a 500 mL en un parto vaginal debe considerarse anormal y debe servir como indicación para que el profesional sanitario investigue el aumento del déficit sanguíneo (3).

Eso es lo que estaba establecido hasta ahora. Pues bien, la recomendación número 22 de estas nuevas directrices consolidadas para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto establece que para identificar a las mujeres en riesgo de resultados adversos por hemorragias posparto e iniciar el tratamiento de primera respuesta, se recomienda utilizar como criterio un umbral de pérdida de sangre medido objetivamente de ≥ 300 mL con cualquier signo hemodinámico anormal (pulso >100 lpm, índice de choque > 1 , presión arterial sistólica < 100 mm de Hg o presión arterial diastólica < 60 mm de Hg), o una pérdida de sangre medida objetivamente de ≥ 500 mL, lo que ocurra primero dentro de las 24 horas posteriores al nacimiento, y con especial vigilancia durante las primeras 2 horas (2).

Si bien podría considerarse que estos criterios están incluidos en la definición del ACOG (3) al establecer como segundo criterio la pérdida de sangre acompañada de signos o síntomas de hipovolemia dentro de las 24 horas posteriores al parto (incluyendo la pérdida intraparto), independientemente de la vía de parto, hay que considerar que lo que se fija en la memoria con mayor facilidad es el hecho de que el umbral subió, de 500 mL a 1000 mL. La OMS insiste en bajar el umbral, priorizando sensibilidad sobre especificidad. Es verdad que la definición del ACOG probablemente

reducirá el número de personas etiquetadas con hemorragia posparto, pero no es menos cierto que mujeres con sangrados menores pero con compromiso hemodinámico leve puedan pasar desapercibidas. Así los criterios de la OMS prefieren una mayor frecuencia de diagnóstico, y no la pérdida de mujeres que no se diagnostiquen hasta que la situación sea crítica.

A continuación se transcribe la justificación que plantea la OMS para respaldar la recomendación:

Esta recomendación se basa en un metaanálisis de datos individuales de participantes, incluyendo a más de 300 000 mujeres de 12 conjuntos de datos en 23 países, ofreciendo evidencia de nivel individual con certeza moderada y representatividad global (5). Los hallazgos muestran que un umbral de pérdida de sangre de ≥ 300 mL combinado con cualquier signo hemodinámico anormal ofrece un buen equilibrio entre sensibilidad y especificidad para identificar a mujeres con mayor riesgo de resultados adversos graves por sangrado posparto, superando el umbral convencional de ≥ 500 mL, tanto en precisión como en utilidad clínica. Estos criterios diagnósticos pueden apoyar una identificación más temprana en umbrales más bajos, permitiendo el inicio inmediato del paquete de tratamiento de primera respuesta, que ha demostrado prevenir la progresión hacia morbilidad grave o muerte por HPP (6). El paquete de tratamiento de primera respuesta suele ser de bajo riesgo, asequible y cada vez más accesible y factible en la mayoría de los centros de salud (2).

Priorizar la sensibilidad en este contexto ayuda a garantizar que menos mujeres con sangrado posparto potencialmente mortal no sean detectadas, algo especialmente crucial en entornos con pocos recursos. Aunque un umbral más bajo de pérdida de sangre aumenta el número de mujeres identificadas y tratadas, y por tanto genera preocupaciones sobre el sobretratamiento, esto queda superado por los beneficios de prevenir consecuencias adversas graves, especialmente porque las intervenciones de primera

respuesta son seguras y bien toleradas. Las mujeres y los trabajadores sanitarios también tienden a priorizar más la sensibilidad que la especificidad, subrayando el valor de prevenir casos perdidos frente al riesgo de un sobretratamiento moderado, dado el potencial y grave impacto de la HPP si no se identifica y trata a tiempo (2).

La evidencia respalda el uso de un umbral de pérdida de sangre medida objetivamente de ≥ 300 mL con cualquier signo hemodinámico anormal como prueba adicional para superar las limitaciones del umbral convencional de ≥ 500 mL en entornos sanitarios, con un beneficio particular en países con pocos recursos. La modelización económica y los datos del sistema sanitario sugieren que una intervención más temprana puede ser rentable. Una mayor identificación puede requerir más productos para el tratamiento de primera línea, pero esto reducirá la necesidad de cuidados costosos y que requieren muchos recursos, como transfusiones de sangre o productos sanguíneos o cirugías (2).

La implementación de estos criterios diagnósticos es factible, rentable y probablemente aumentará la equidad al reducir los resultados graves de HPP, especialmente en entornos con pocos recursos. Sin embargo, los hallazgos son aplicables a diversos entornos, modalidades de parto (con algunas limitaciones para cesárea) y contextos de sistemas sanitarios, por lo que son aplicables a un uso global (2).

Además de esta recomendación, considerada de gran importancia, la OMS presenta otras nuevas recomendaciones, revalida unas planteadas previamente y actualiza otras. Por supuesto que la principal causa de hemorragia posparto en la atonía uterina, sin embargo, el cuidado del canal del parto es básico, puesto que sus lesiones forman parte importante de la regla de las 4 T (tono, trauma, tejido y trombina). Así, la OMS actualiza la recomendación de sobre el uso de las técnicas para reducir el trauma perineal y facilitar el parto espontáneo (incluyendo el masaje perineal, el

uso de compresas calientes y la protección manual del perineo), para las mujeres en la segunda etapa del parto, según las preferencias de la mujer y la disponibilidad (recomendación 5) y revalida que el uso liberal o de rutina de la episiotomía no está recomendado en mujeres con parto vaginal espontáneo (recomendación 6). La OMS señala, con relación a esta recomendación, que dada la falta de evidencia sobre la efectividad de la episiotomía en general y la necesidad de desalentar el uso excesivo de la episiotomía rutinaria en todos los contextos, consideró importante enfatizar que no se recomienda el uso rutinario o liberal de la episiotomía, en lugar de recomendar el uso selectivo o restrictivo de la episiotomía (aunque esto está implícito). Este es un punto relevante, toda vez que, a pesar de estar descrito desde hace años, de hecho, incluida en las recomendaciones de la OMS para una experiencia de parto positiva, de 2018 (7), en muchos centros del interior del país todavía se apoya el criterio de que todas las primigestas y la mayoría de las segundigestas requieren la episiotomía, de manera que hay trabajo que hacer insistiendo en difundir y hacer aplicar estas recomendaciones.

Hay muchas otras recomendaciones que se deberían destacar, incluyendo las relacionadas con el alumbramiento dirigido y los uterotónicos a ser utilizados, pero siendo un editorial, no debería extenderse más, por lo cual invito a todos los que tengan a bien leer este texto, a que ayuden con su difusión. Hay que leer la directriz, revisar cada nueva recomendación, y discutirla en los centros de formación de personal obstétrico con la finalidad de colaborar con el cumplimiento de su propósito: informar las políticas nacionales y promover una implementación eficaz.

Para cerrar, interesa destacar la recomendación número 46. Dice textualmente: Se recomienda el uso de simulaciones de tratamiento de hemorragia posparto para programas de formación previa y en servicio. La OMS valora mucho los costes de los programas de simulación y reconoce que existen diferentes tipos de

programas de simulación. Algunos programas son de alta tecnología, informatizados y costosos, mientras que otros son menos costosos y más asequibles en países de ingresos bajos y medios. La formación basada en simulación es especialmente valiosa para mejorar la coordinación del equipo en emergencias críticas en tiempo, como la hemorragia posparto. Los ejercicios regulares en equipo que reflejan escenarios reales pueden mejorar la claridad de los roles, generar confianza y reducir los retrasos en la implementación de intervenciones adecuadas. Integrar ejercicios de simulación en los esfuerzos rutinarios de mejora de la calidad, como revisiones de fallecimientos maternos o procesos de auditoría clínica, puede mejorar su relevancia y sostenibilidad, y ayudar a traducir el aprendizaje en una mejor preparación y resultados (2).

En Venezuela hay ejemplos de tales programas de simulación que han dado excelentes resultados. La Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela (SOGV), consecuente con la realidad y necesidades de atención médica en el país, propuso, en el año 2013, un programa educativo de formación de médicos (residentes y especialistas) y enfermeras, en el curso *Advanced Life Support In Obstetrics* (ALSO); con la colaboración del equipo ALSO Colombia. El programa ALSO fue desarrollado por la *American Academy of Family Physicians* (AAFP) desde el año 1991, en la Universidad de Wisconsin, Estados Unidos. Este curso de entrenamiento, promueve un enfoque estandarizado en la atención de emergencias obstétricas, soportado en medicina basada en evidencia, para mejorar la seguridad del paciente y los resultados maternos, lo que contribuye a una reducción en la morbilidad, morbilidad extrema (MME) y MM (8).

Ahora bien, específicamente en hemorragia posparto, Pérez Wulff y cols. (9) implementaron un programa de educación basado en simulación, desde el año 2018, en un hospital tipo IV, de referencia nacional (Hospital “Dr. Miguel Pérez Carreño” IVSS), en Caracas, Venezuela; dirigido a residentes y especialistas del posgrado

de obstetricia y ginecología, aplicando paquetes de intervención, siguiendo protocolos de actuación con listas de chequeo, aprendizaje basado en simulación, escenarios clínicos controlados, implementación de traje antichoque no neumático, uso de medidas conservadoras de útero, que incluyen balones y suturas hemostáticas, y la preparación de equipos de respuesta rápida, demostrando su efectividad en la disminución de la mortalidad materna por hemorragia posparto en el seguimiento a largo plazo de las estadísticas de salud.

REFERENCIAS

1. Varios organismos mundiales de la salud publican nuevas recomendaciones para tratar de poner fin a las muertes por hemorragia puerperal [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la salud; 2025 [consultado 30 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/05-10-2025-global-health-agencies-issue-new-recommendations-to-help-end-deaths-from-postpartum-haemorrhage>
2. Consolidated guidelines for the prevention, diagnosis and treatment of postpartum haemorrhage [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la salud; 2025 [consultado 30 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/88bf11a5-93b6-4d6b-bdaa-856b46c8ed3c/content>
3. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Practice Bulletin No. 183: Postpartum Hemorrhage. Obstet Gynecol. 2017 Oct;130(4):e168-e186. doi: 10.1097/AOG.0000000000002351.
4. Dahlke JD, Mendez-Figueroa H, Maggio L, Hauspurg AK, Sperling JD, Chauhan SP, et al. Prevention and management of postpartum hemorrhage: a comparison of 4 national guidelines. Am J Obstet Gynecol. 2015;213(1):76.e1-76.e10. doi: 10.1016/j.ajog.2015.02.023.
5. Gallos I, Williams CR, Price MJ, Tobias A, Devall A, Allotey J, et al. WHO Consortium on Postpartum Haemorrhage Definition. Prognostic accuracy of clinical markers of postpartum bleeding in predicting maternal mortality or severe morbidity: a WHO individual participant data meta-analysis. Lancet. 2025 Oct 25;406(10514):1969-1982. doi: 10.1016/S0140-6736(25)01639-3.
6. Gallos I, Devall A, Martin J, Middleton L, Beeson L, Galadanci H, et al. Randomized Trial of Early Detection and Treatment of Postpartum Hemorrhage. N Engl J Med. 2023 Jul 6;389(1):11-21. doi: 10.1056/NEJMoa2303966.

7. Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva [Internet]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019 [consultado 30 de octubre de 2025]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_sp.pdf
8. Pérez-Wulff JA, Márquez D, Lugo LC, Robles TS, Ayala HV, Di Muro J, *et al.* Programa de formación en Emergencias Obstétricas: Experiencia de once años en Venezuela. Una iniciativa educativa para reducir la Mortalidad Materna. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 85(2):152- 162. DOI: 10.51288/00850206
9. Pérez-Wulff J, Robles TS, Márquez CD, Lugo LC, Ayala V, Di Muro J, *et al.* Impacto en la disminución de la mortalidad materna a través de una propuesta educativa basada en paquetes de intervención. Una alternativa para países de bajos ingresos. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2024;84(4): 357 – 368. DOI: 10.51288/00840404