

DOI: 10.25237/revchilanestv53n5-02

Uso de ácido tranexámico en cesáreas. ¿Es el momento de cambio en nuestra práctica habitual?

Use of tranexamic acid in cesarean sections: Is it time for change in our usual practice?

Juan Cristóbal de la Cuadra¹, Ornella de Bonis¹, Patricio Vega¹, Héctor J. Lacassie^{1,*} ¹ División de Anestesiología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

Los autores no tienen conflicto de intereses.

Fecha de recepción: 01 de mayo de 2024 / Fecha de aceptación: 05 de mayo de 2024

Sra. Editora:

En 2022, se publicó en su revista un artículo de revisión muy interesante sobre el uso del ácido tranexámico (TXA) en la hemorragia posparto (HPP), de los autores Prozzi y cols.[1]. En dicho artículo se describen los beneficios de su uso en este contexto considerando el conocimiento adquirido hasta ese momento, permitiendo impactar en la morbilidad y mortalidad de las pacientes. Básicamente la indicación de TXA era para el tratamiento de la HPP en evolución, antes de las tres horas de comenzado el sangrado. Sin embargo, no había evidencia de beneficio al utilizar la droga en forma profiláctica para hemorragia en cesárea.

Al respecto, en el citado artículo de revisión, se menciona un gran estudio clínico en desarrollo, cuyos resultados podrían aclarar si la administración profiláctica de TXA en pacientes operadas de cesárea electiva o en trabajo de parto, tendría un beneficio superior al riesgo que pudiera suponer su uso. Este estudio, realizado y publicado en 2023 por el grupo de Pacheco y cols.[2], no encontró diferencias significativas en la incidencia de HPP ni en la necesidad de transfusiones con el uso profiláctico de TXA en 11.000 pacientes estudiadas (5.529 en el grupo TXA y 5.471 en el grupo placebo, con incidencias de más de un litro de sangrado de 3,6% y 4,3% respectivamente (riesgo relativo ajustado, 0,89; intervalo de confianza 95%, 0,74 a 1,07; $P = 0,19$), desincentivando así el uso de TXA con fines profilácticos en este escenario.

Recientemente, se publicó un metaanálisis actualizado respecto al uso de TXA en cesárea[3], incluyendo la información aportada por el estudio de Pacheco y cols. Encontraron un beneficio significativo con el uso profiláctico de TXA, mostrando este grupo un riesgo relativo [RR]: 0,51 (intervalo de confianza

95% [IC95], 0,38 a 0,69; $P < 0,001$); menos transfusión de sangre con RR: 0,43 (IC95, 0,30 a 0,61; $P < 0,001$) y menos uso de uterotónicos adicionales con RR: 0,52 (IC95, 0,40 a 0,68; $P < 0,001$), sin diferencias en la tasa de complicaciones. Según sus autores las diferencias encontradas con respecto a estudios previos podrían explicarse por el contexto socioeconómico de los centros donde se realizaron los estudios (niveles socioeconómicos altos y bajos), las comorbilidades de las pacientes sometidas a la intervención (pacientes con más incidencia de anemia preoperatoria) y la temporalidad de la administración de TXA (administrado previo a la incisión quirúrgica, a diferencia del de Pacheco y cols., que fue después del pinzamiento del cordón umbilical).

A la luz de esta información, creemos importante replantearnos la implementación del uso de TXA como medida preventiva en cesáreas electivas o al menos en aquellas pacientes con mayor riesgo de HPP. Es posible que estos hallazgos hagan cambiar nuestra práctica habitual, en favor de evitar sangrados, transfusiones sanguíneas y morbilidad de nuestras pacientes.

Finalmente, nos parece importante recordar que la administración accidental de TXA por vía espinal tiene consecuencias devastadoras. La Organización Mundial de la Salud ha emitido una alerta al respecto, donde dice que el TXA intratecal es una potente neurotoxina y se manifiestan secuelas neurológicas, con convulsiones refractarias y mortalidad del 50%[4]. Esta alerta es relevante dado la mayor disponibilidad y aumento en su uso en los pabellones de maternidad, por lo que debiera ser manejado como un fármaco de alto riesgo.

Palabras clave: Hemorragia, cesárea, transfusión sanguínea.**Key words:** Hemorrhage, cesarean section, blood transfusion.Héctor J. Lacassie
hlacassie@uc.cl*ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5758-4113>

ISSN: 0716-4076



Referencias

1. Prozzi GR, Mucci MA, Carlson MS. Uso del ácido tranexámico en la hemorragia posparto: ¿qué debemos conocer? *Rev. Chil. Anest.* 2022;51:303–8.
2. Pacheco LD, Clifton RG, Saade GR, Weiner SJ, Parry S, Thorp JM Jr, et al.; Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Maternal–Fetal Medicine Units Network. Tranexamic acid to prevent obstetrical hemorrhage after Cesarean delivery. *N Engl J Med.* 2023 Apr;388(15):1365–75. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2207419> PMID:37043652
3. Provinciatio H, Barbalho ME, da Câmara PM, Donadon IB, Fonseca LM, Bertani MS, et al. Acide tranexamique prophylactique pour la césarienne : une méta-analyse mise à jour et une analyse séquentielle des études. *Can J Anaesth.* 2024 Apr;71(4):465–78. <https://doi.org/10.1007/s12630-024-02715-3> PMID:38453797
4. Moran NF, Bishop DG, Fawcus S, Morris E, Shakur-Still H, Devall AJ, et al. Tranexamic acid at cesarean delivery: drug-error deaths. *BJOG.* 2023;130(1):114–7. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17292>.