

## ANEMIA SEVERA EN HEMORRAGIA POSTPARTO: UN REPORTE DE CASO

### SEVERE ANEMIA IN POSTPARTUM HEMORRHAGE: A CASE REPORT

Norma Miriam Felles-Montoya  <sup>1,a,b</sup>

#### Filiación:

<sup>1</sup> Universidad Nacional de Barranca,  
Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela  
de Obstetricia, Lima, Perú

<sup>a</sup> Obstetra especialista en alto riesgo  
obstétrico

<sup>b</sup> Maestra en Docencia Superior e  
Investigación Universitaria

#### Cómo citar el artículo:

Felles-Montoya NM. Anemia severa en hemorragia postparto: Un reporte de caso. Revista Internacional de Salud Materno Fetal. 2024; 9(4): z1-z5. DOI: 10.47784/rismf.2024.9.4.351

**Financiamiento:** Autofinanciado

**Conflictos de interés:** Declaro no  
conflicto de interés

#### Correspondencia:

Norma Felles Montoya  
Correo electrónico:  
nfelles@unab.edu.pe

Recibido: 02-11-2024

Revisión: 20-11-2024

Aprobado: 04-12-2024

Anticipada: 06-12-2024

Publicado: 23-12-2024



#### RESUMEN

El presente reporte de caso tiene como objetivo analizar el diagnóstico precoz sobre la hemorragia postparto con la finalidad que las obstetras reconozcan oportunamente. La metodología de la investigación se enmarca en revisión bibliográfica de base de datos, un estudio descriptivo analítico, la recolección de la información es la historia clínica estructurada en base a la Guía de comprobación CARE. El caso es paciente gestante de 21 años, sin factores de riesgo en el embarazo y parto, con hemoglobina 12.2 gr/dl previos al parto, episiotomía al nacimiento y ocurrencia de desgarro vaginal de tercer grado, que cursa un control de puerperio inmediato con parámetros normales, presentando a las 6 horas postparto palidez marcada, cefalea, mareos y Hb 6.9 gr/dl. Se plantea la estimación de la cuantía de pérdida sanguínea y valoración de la severidad de la pérdida sanguínea sobre el estado hemodinámico de la paciente a través del índice shock.

**Palabras clave:** Hemorragia postparto, Anemia, Diagnóstico clínico, Índice de shock (Fuente: DeCS, BIREME)

#### ABSTRACT

The present case report aims to analyze the early diagnosis of postpartum hemorrhage in order for obstetricians to recognize it in a timely manner. The research methodology is framed in a bibliographical review of databases, a descriptive analytical study, and the information is collected from the structured clinical history based on the CARE verification guide. The case is a 21-year-old pregnant patient, with no risk factors in pregnancy and childbirth, with hemoglobin 12.2 gr/dl prior to delivery, episiotomy at birth and occurrence of third-degree vaginal tear, who undergoes immediate postpartum control with normal parameters, presenting at 6 hours postpartum marked pallor, headache, dizziness and Hb 6.9 gr/dl. The amount of blood loss is estimated, and the severity of blood loss is assessed on the hemodynamic state of the patient through the shock index.

**Key words:** Postpartum hemorrhage, Anemia, Clinical diagnosis, Shock index (Source: MeSH NLM)

## INTRODUCCIÓN

La hemorragia postparto (HPP) es clásicamente definida como la pérdida de 500 ml o más al término del tercer periodo del parto (1), mientras la Organización Mundial de la Salud (OMS) la describe como la pérdida de sangre estimada visualmente de 500 ml a más y severa mayor de 1000 ml en el término de 24 horas después del parto (2,3). En cambio, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) puntualiza, pérdida de sangre igual o mayor a 1000 ml o pérdida de sangre acompañada de signos o síntomas de hipovolemia dentro de las 24 horas post parto sea vaginal o cesárea, por otra parte, el Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) detalla según el volumen de pérdida de sangre, leve entre 500 a 1000 ml, moderado entre 1000 a 2000 ml y severo mayor a 2000 ml (4).

Hoy en la actualidad la más aceptada es la perdida de cualquier cantidad de sangre que cause signos de hipovolemia y/o inestabilidad hemodinámica en la paciente (5)

La HPP es una emergencia obstétrica que complica entre 1 al 10% de todos los partos (4), causa importante de shock hipovolémico con consecuencias graves, como anemia severa, transfusiones de sangre, ingresos a unidad de cuidados intensivos, intervenciones quirúrgicas urgentes (histerectomía) produciendo discapacidad reproductiva de por vida, trauma psicológico y muerte materna (6)

La HPP es la principal causa de mortalidad materna en todo el mundo, aproximadamente el 80% de las muertes por HPP ocurren en países de ingresos bajos y medios debido a los retrasos en el diagnóstico y tratamiento (4), causando cada año 70 000 muertes maternas en todo el mundo, lo que representa más del 20% de todas las muertes maternas (7).

La muerte materna (MM) en Perú ocurre en mayor porcentaje en el puerperio, un 59.8% se produjo en el quinquenio 2015 al 2019, con una tendencia al incremento en los años 2020 en un 60.6%, 2021 un 64.8%, 2022 un 60.7% y el 2023 un 65.2% (8,9).

El diagnóstico de la HPP es complicado, la divergencia en las diferentes definiciones, tomar decisiones en valores absolutos no siempre puede reflejar la gravedad del caso, la definición de HPP basada en la cantidad de sangre perdida no tiene evidencia de alta calidad que lo respalde, es necesario una definición más sólida que no solo debe incluir la cantidad de perdida sanguínea sino también signos y síntomas clínicos cardiovasculares (10).

Por consiguiente, el diagnóstico de la HPP se basa en la estimación de pérdida sanguínea y la severidad de la pérdida sanguínea sobre el estado hemodinámico del paciente valorado a través del índice de shock, vital para tomar decisiones y realizar intervenciones oportunas así prevenir la morbilidad materna.

**Tabla 1.** Primera fase del parto

| Fase de dilatación: 8 horas, 37 minutos                                                                                                     |                                                                                                                                                                                 |                      |                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fase latente                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                 | Fase activa          |                                                                                                                                                                                         |
| Examen general                                                                                                                              | Control obstétrico                                                                                                                                                              | Funciones vitales    | Control obstétrico                                                                                                                                                                      |
| Cabeza normocéfalo<br>Fascias: normales<br>Cuello: sin alteraciones<br>Tórax: Sin alteraciones<br>Funciones vitales en parámetros normales. | AU: 36 cm<br>Feto LCD<br>LCF: 136 por minuto.<br>DU: esporádica<br>Tacto vaginal: dilatación 3 cm, membranas ovulares integras.<br>Altura de presentación 0, incorporación 90%. | Parámetros normales. | LCF: 134 por minuto.<br>DU: 3 en 10 minutos, intensidad: +++, duración 40 minutos.<br>Dilatación: 10 cm. Altura de presentación: + 1, incorporación 100 %, membranas ovulares integras. |
| Diagnóstico                                                                                                                                 | Segundigesta nulípara de 40 semanas 6 días fase latente de labor de parto, embarazo a término.                                                                                  | Diagnóstico          | Segundigesta nulípara de 40 semanas 6 días por ecografía del segundo trimestre, fase activa de labor de parto, dilatación completa.                                                     |

**Tabla 2.** Segunda y tercera fase del parto

| Fase Parto: 13 minutos |                                                                                                                 | Fase alumbramiento: 7 minutos |                                                                                          |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Funciones vitales      | Control obstétrico                                                                                              | Funciones vitales             | Control obstétrico                                                                       |
| Parámetros normales    | RN peso 3460 gr<br>Se realiza episiotomías y se produce desgarro vaginal<br>No hay reporte de pérdida sanguínea | Parámetros normales           | Alumbramiento dirigido<br>Placenta normal<br>Modalidad Schutz<br>Pérdida sanguínea 300cc |
| Diagnóstico            | Atención de Parto<br>Recién nacido vivo<br>Episiotomía<br>Desgarro vaginal de tercer grado                      | Diagnóstico                   | Alumbramiento completo                                                                   |

Por lo tanto, presento el caso clínico con el objetivo de analizar el diagnóstico precoz de la hemorragia durante el puerperio inmediato con el propósito que el personal de obstetricia reconozca oportunamente.

### PRESENTACIÓN DE CASO

Gestante de 21 años, conviviente, con secundaria incompleta, ama de casa reside en zona urbana.

Antecedentes: Familiares y personales sin importancia

Antecedentes Gineco-obstétricos: Un aborto, periodo intergenésico 3 años, embarazo actual sin complicaciones.

Intervenciones y resultados: Atención prenatal adecuada, exámenes auxiliares en parámetros normales, IMC: normal, culmina la gestación con 12.2 gr/dl de Hb.

En la *Tabla 1, 2 y 3*, se muestran las fases del trabajo de parto y las actividades realizadas.

### DISCUSIÓN

El diagnóstico clínico de la HPP según la Guía de Práctica Clínica del Instituto Nacional Materno Perinatal, consta de dos aspectos esenciales: primero la estimación de la cuantía de la pérdida sanguínea y segundo evaluar la severidad de la pérdida sanguínea sobre el estado hemodinámico de la paciente (2)

Primero estimar la cuantía de la pérdida de sangre a través de la estimación visual (2,5), en fases iniciales la cuantificación de la pérdida de sangre puede ser difícil, es realmente complicado porque puede mezclarse con fluidos corporales o puede retenerse en la cavidad intrauterina conllevando a imprecisiones (5)

En la práctica clínica la cuantificación de la pérdida de sangre en el parto y/o cesárea es por estimación visual a cargo del profesional de la atención (2), afirmando que los profesionales de la salud independiente de su nivel de formación y experiencia son inexactos a la hora de estimar el volumen de pérdida de sangre (11)

**Tabla 3.** Cuarta fase del parto

| Fase Puerperio: 6 horas 13 minutos                                           |                                                             |                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Funciones vitales                                                            | Intervenciones                                              | Control obstétrico                                      |
| Hemodinámicamente estable en los controles dentro de las dos horas postparto | CI NA al 9% con 30 UI de oxitocina                          | Útero contraído<br>Loquios hemáticos en cantidad normal |
| 5° control:<br>PA: 110/60 mmHg, P: 112 x min, T° 37.1°C, R: 19 x min         | Solicitan hematocrito de control<br>Control de Hb 8.3 gr/dl |                                                         |
| 6° control:<br>PA: 95/50 mmHg, P: 112 x min, T° 37.2°C, R: 19 x min          | Administración de hierro sacarato 100 mg                    |                                                         |
| Palidez marcada, presencia de mareos, cefalea.                               | Control de Hb 6.9 gr/dl                                     |                                                         |
|                                                                              | Administración de una unidad de sangre.                     |                                                         |
|                                                                              | Al alta con Hb 8 gr/dl.                                     |                                                         |

Estudios establecen la inexactitud de la estimación visual, refiriendo sobreestimación de volúmenes bajos y subestimación de volúmenes mayores. (2,11) mientras otros autores afirmaron que la pérdida estimada de sangre por lo general es sobreestimada hasta la mitad de la pérdida real (1,5)

En el caso clínico se evidencia la subestimación de la cuantificación de la pérdida sanguínea como señala Carbajal los obstetras frecuentemente suelen subestimar la pérdida sanguínea (12).

A pesar de difícil e inexacto que resulta el cálculo de la pérdida sanguínea por estimación visual sigue siendo recomendado por la OMS (13).

El segundo aspecto esencial para realizar el diagnóstico clínico de la HPP es evaluar el estado hemodinámico del paciente causado por la pérdida sanguínea a través del Índice de Shock (IS) (2). Organismos nacionales e internacionales han introducido el IS como un signo vital simple y clínicamente eficaz (4,2), definido como la relación entre la frecuencia cardíaca y la presión arterial sistólica, entre los valores 0,7 - 0.9 en población gestante (4,5).

El IS por su simplicidad y su fácil aplicabilidad ha sido estudiado por diferentes autores, distintos estudios han demostrado que se asocia con la necesidad de transfusión sanguínea (14), utilizado como un parámetro para detectar la inestabilidad hemodinámica e hipovolemia en obstetricia pero hay evidencia limitada sobre su utilidad para detectar HPP(15,16) y rara vez como un predictor de una HPP primaria ( 18).

No obstante, el IS es incorporado en las Guías para el manejo de la HPP como una herramienta de "alerta obstétrica temprana" de inestabilidad hemodinámica materna después del parto (1). La evidencia ha demostrado que es el predictor más preciso de hipovolemia, es útil en la estimación de pérdida de sangre masiva y en la predicción de transfusión sanguínea (5)

La vigilancia clínica del caso presentado basado en la valoración de signos vitales individuales y un control de hemoglobina es controversial, Carbajal argumenta que para que la presión arterial presente una caída significativa no se manifiesta hasta que

haya una pérdida más del 25% del volumen sanguíneo, aproximadamente mayor o igual a 1500 ml en gestantes, afirma que la valoración de funciones vitales y el hematocrito son malos predictores de la pérdida de sangre aguda, ocasionando un diagnóstico tardío de HPP y reposición de volumen sanguíneo (12)

Un desafío importante es el reconocimiento temprano de la HPP, requiere documentos normativos que regulen los procesos, competencias de profesionales que brindan atención a las mujeres en el puerperio y un estricto control que permita evaluar conjuntamente la pérdida sanguínea, el estado hemodinámico de la paciente y la aplicación del IS.

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Unidad de Docencia e Investigación del Hospital Regional de Huacho por aceptar el permiso de la revisión de historia clínica y a la Unidad de estadística por facilitarme.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom ST, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams Obstetricia. Booksmedicos.org, 23 a edición.
2. Ministerio de Salud. Instituto Nacional Materno Perinatal.. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología, Lima.Perú. 2023.
3. Pacagnella RC, Borovac-Pinheiro A. Assessing and managing hypovolemic shock in puerperal women. Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2019; 61(1): 89–105. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.05.012>
4. Escobar MF, Nassar AH, Theron G, Barnea ER, Nicholson W, Ramasauskaitė D, Lloyd I, & et al. (2022), FIGO recommendations on the management of postpartum hemorrhage, Int J Gynecol Obstet, 157(Suppl. 1): 3–50. DOI: <https://doi.org/10.1002/ijgo.14116>
5. Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia, FASGO. Actualización de Consenso de Obstetricia. Hemorragia Postparto. 2019
6. Meher S. How should we diagnose and assess the severity of PPH in clinical trials? Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2019; 61 (1): 41–54. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.04.003>
7. World Health Organization. A Roadmap to combat postpartum haemorrhage between 2023 and 2030. 2023: 68. ISBN: 978-92-4-008180-2. Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/9789240081802>
8. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Boletín Epidemiológico del Perú. SE 52 (del 24 al 30 de diciembre del 2023). 2023. Disponible en: [https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin\\_2\\_02452\\_02\\_171641.pdf](https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_2_02452_02_171641.pdf)

9. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Boletín Epidemiológico del Perú. SE 52 (del 25 al 31 de diciembre 2022). 2023. Disponible en: [https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin\\_202252\\_31\\_153743.pdf](https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202252_31_153743.pdf)
10. Borovac-Pinheiro A, Pacagnella RC, Cecatti JG, Miller S, El-Ayadi AM, Souza JP, Durocher J, Blumenthal PD, Winikoff B. Postpartum hemorrhage: new insights for definition and diagnosis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2018; 219(2): 162–168. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.04.013>
11. Hancock A, Weeks AD, Lavender DT. Assessing blood loss in clinical practice. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 2019; 61 (1): 28-40. ISSN 1521-6934. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.04.004>
12. Carbajal JC. Manual de Obstetricia y Ginecología. XIV Edición. 2023.
13. Coello-Llerena MF, Vásquez-Morán BA, Díaz-Soledispa MM, Zurita-Desiderio MJ. Prevención, diagnóstico y tratamiento en pacientes con hemorragia postparto. *Dominio De Las Ciencias*. 2022; 8(3): 66–77. DOI: <https://doi.org/10.23857/dc.v8i3.2913>
14. Terceros LJ, García C, Bermejo S, Prieto del Portillo IJ, Mudarra C, Sáez de la Fuente I, Chico M. Predicción de hemorragia masiva. Índice de shock e índice de shock modificado. *Medicina Intensiva*. 2017; 41 (9): 532-538. ISSN-e 1578-6749. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bja.2018.04.039>
15. Ushida T, Kotani T, Imai K, Nakano-Kobayashi T, Nakamura N, Moriyama Y, Yoshida S, Yamashita M, Kajiyama H, Kikkawa F. Shock Index and Postpartum Hemorrhage in Vaginal Deliveries: A Multicenter Retrospective Study. *Shock (Augusta, Ga.)*. 2021; 55(3): 332–337. DOI: <https://doi.org/10.1097/SHK.0000000000001634>
16. Madar H, Deneux C, Sentilhes L. Shock index as a predictor of postpartum haemorrhage after vaginal delivery: Secondary analysis of a multicentre randomized controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics Gynaecology*. 2023; 131(3): 343-352.

**Contribuciones:**

**Norma Felles Montoya:** Realizó la conceptualización, metodología, validación, investigación, recursos, redacción del borrador original, redacción y revisión de la versión final del manuscrito, visualización y administración.