

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia

MUERTE MATERNA POR TUMORACIÓN MALIGNA DE PLEURA

EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL

ALCIDES CARRIÓN, 2021

TRABAJO ACADÉMICO

Presentado por:

Obsta. Ivett Joselyn Padilla Mendoza

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en:

ALTO RIESGO OBSTÉTRICO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

TACNA – PERÚ

2023

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia

MUERTE MATERNA POR TUMORACIÓN MALIGNA DE PLEURA
EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL

ALCIDES CARRIÓN, 2021.

TRABAJO ACADÉMICO

Presentada por:

Obsta. Ivett Joselyn Padilla Mendoza

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en:

ALTO RIESGO OBSTÉTRICO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

Aprobado por unanimidad ante el siguiente jurado:

Dra. Gloria Regina Escobar Bermejo

Presidenta

Dra. Iris Paredes Gonzales

Secretaria

Mgr. Karen Mendoza Gutierrez

Vocal

Dra. Nery Rafael Bernabé

Asesora

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, Dra. Obsta. Nery Rafael Bernabé, en mi condición de asesora acreditada por la Resolución de Facultad N° 11547-2022-FACS-UNJBG del trabajo académico titulado: “MUERTE MATERNA POR TUMORACIÓN MALIGNA DE PLEURA EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN, 2021”, presentado por la Lic. Obsta. Ivett Joselyn Padilla Mendoza para optar el grado de Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas.

Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y de similitud de trabajos de investigación y producción intelectual, considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud textual Turnitin oid:23228:200426332, cuenta con el nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es 9%. Por lo que **CERTIFICO QUE, LA SIMILITUD** del trabajo académico: “MUERTE MATERNA POR TUMORACIÓN MALIGNA DE PLEURA EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN, 2021” está de acuerdo al nivel **PERMITIDO**, para continuar con los trámites correspondientes y para su **posterior publicación en el repositorio institucional**.

Se emite el presente certificado con fines de continuar con los trámites respectivos para la obtención del título de segunda especialidad.



DNI: 00418864

Dra. Obsta. Nery Rafael Bernabé

DEDICATORIA

Dedico este trabajo académico a Dios, por la oportunidad de vida, por la bendición de permitirme continuar firme tras estos últimos años difíciles para todos.

A mis padres, Miguel y Juana, por su amor, apoyo y confianza.

A mi esposo Alexander por su cariño y cada palabra de ánimo, y a mi perrito Willy por ser mi fiel compañero de cuatro patas.

A mi asesora, la Dra. Nery Rafael, por permitirme concluir una etapa de mi vida profesional, a través de sus conocimientos, paciencia, orientación y guía en el desarrollo de este trabajo académico.

A mis docentes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann y a todas las autoridades por el apoyo y consejos brindados, especialmente a la Obsta. Soledad Sotelo.

AGRADECIMIENTO

Agradecer a la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann y a todas las autoridades competentes, por las oportunidades brindadas y permitirme concluir una etapa de mi vida profesional.

A mis hermanos por sus consejos y buenos deseos en cada paso, a mis padres por ser la inspiración que me impulsa siempre a ser mejor cada día, a mi esposo por su paciencia y apoyo incondicional durante este proceso, y a mi perrito por acompañarme en cada desvelada.

A la jefa del servicio de Obstetras del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, la Obstetra María Luisa Arias, por el apoyo absoluto, consejos y auguro de éxito en mi vida profesional.

A mis docentes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, especialmente a la Obstetra Soledad Sotelo y la Doctora Nery Rafael, por la paciencia, orientación y guiarme en el desarrollo de este trabajo académico.

ÍNDICE

	Pág.
Dedicatoria	iv
Agradecimiento	v
Contenido	vi
Resumen	viii
Abstract	ix
Introducción	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Descripción del problema	2
1.2 Formulación del problema	2
1.3 Justificación	3
1.4 Objetivos	4
1.4.1. Objetivo General	4
1.4.2. Objetivos Específicos	4
CAPÍTULO II: MARCO CONCEPTUAL	
2.1 Antecedentes del problema	5
2.2 Fundamentos teóricos	11

2.3 Definición de términos	20
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	
3.1 Anamnesis	21
3.1.1. Filiación	21
3.1.2. Enfermedad actual	21
3.1.3. Antecedentes	21
3.1.4. Examen Físico	21
3.1.5. Impresión diagnóstica	23
3.1.6. Tratamiento y evolución	23
3.1.7. Exámenes auxiliares	29
3.1.8. Epicrisis	31
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN	
Discusión	34
Conclusiones	38
Recomendaciones	39
Referencias Bibliográficas	40
Anexos	45

RESUMEN

El presente trabajo académico tiene por **objetivo**: analizar el manejo clínico de una gestante con diagnóstico de tumoración maligna de pleura que culminó en muerte materna en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

Material y Método: Estudio de caso clínico con análisis documental cuyo instrumento a usar es la Historia clínica. Obteniendo como **resultados**: gestante acude al Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión con disnea y dolor torácico referida del Hospital de Ventanilla, lleva consigo una ecografía con signos de derrame pleural, posteriormente es hospitalizada e intervenida quirúrgicamente por cesárea. Su cuadro evoluciona progresivamente desfavorable tras las evaluaciones y exámenes, a su vez se confirma la presencia del Covid 19 y los resultados de biopsia y tomografía computarizada evidencian presencia de tumor maligno de pleura en estadio IV, situación que termina desencadenando la muerte materna. **Conclusiones:** Es un caso poco usual, la pandemia por el Covid 19 dificultó la detección y agilización de respuesta de las interconsultas, la presencia de la tumoración en estadio IV disminuía el buen pronóstico materno y culminó lamentablemente con la muerte materna.

Palabras clave: cáncer de pulmón, muerte materna, Covid 19.

ABSTRACT

The aim of this academic work is to analyze the clinical management of a pregnant woman with a diagnosis of malignant pleura tumor that culminated in maternal death at the Daniel Alcides Carrión National Hospital. Material and Method: Clinical case study with documentary analysis whose instrument to use is the Clinical History. Obtaining as results: pregnant woman goes to the Daniel Alcides Carrión National Hospital with dyspnea and chest pain referred from the Ventanilla Hospital, carries with her an ultrasound with signs of pleural effusion, then is hospitalized and operated on by cesarean. His condition progresses progressively unfavorable after the evaluations and examinations, in turn the presence of Covid 19 is confirmed and the results of biopsy and computed tomography show the presence of malignant tumor of pleura in state IV, situation that ends up triggering maternal death. Conclusions: It is an unusual case, the Covid 19 pandemic made it difficult to detect and expedite the response of the interconsultas, the presence of tumour in State IV decreased the good maternal prognosis and unfortunately culminated in maternal death.

Keywords: lung cancer, maternal death, Covid 19.

INTRODUCCIÓN

El cáncer durante la gestación es un evento poco usual, los estudios solo han reportado alrededor de 60 casos de cáncer de pulmón en gestantes, donde el 80 % es diagnosticado en estadio III - IV y con mayor frecuencia en el segundo trimestre. Parece tener una incidencia en aumento con un comportamiento más agresivo y empeorando en estadios más avanzados durante la gestación (10).

La lucha incansable por reducir la mortalidad materna como un problema de salud pública se vio afectada por la Covid-19, pues tuvo un impacto muy grande en el acceso de los pacientes a los diversos servicios de salud.

Los pacientes con neoplasias malignas son más susceptibles a la Covid-19 y a las formas graves de la enfermedad, los principales factores presentes son: Inmunosupresión (debido a quimioterapia), enfermedad subyacente, lesiones pulmonares en pacientes con cáncer de pulmón, entre otros. El diagnóstico precoz y manejo clínico de una gestante con tumoración maligna de pulmón es dificultoso, por ello, es necesario conocer y analizar los eventos que ocurren en nuestro medio, lo que ayudará a reflejar la necesidad de una oportuna y temprana detección, el cual permitirá un manejo adecuado y promoverá la supervivencia.

CAPÍTULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

Las estimaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) evidenció que en 2015 hubo aproximadamente 303.000 muertes maternas durante el embarazo, parto y puerperio, todas ellas ocurridas en países pobres y potencialmente prevenibles (1).

Por otro lado, el Fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA) indica que, en la última década América Latina y el Caribe progresaron en la reducción de muertes maternas; sin embargo, la pandemia por COVID-19 alerta el estancamiento de estos avances con el incremento de muertes maternas en exceso reportadas (2). Para lo cual hacen un llamado a través del Consenso Estratégico Interagencial para la Reducción de la Morbi-mortalidad Materna: orientaciones estratégicas para el decenio 2020-2030 (2).

Actualmente, la OMS nos advierte que no estamos encaminados a lograr el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3.1 para la reducción de la mortalidad materna, por ende, se establecen nuevos objetivos de cobertura e hitos que deben alcanzarse para el 2025 (3).

El cáncer es considerado la principal causa de mortalidad mundial, así lo señala las estadísticas de la OMS, quien reporta alrededor de 10

millones de defunciones para el 2020. Entre los cánceres más comunes se encuentran: mama (2,26 millones de casos), pulmón (2,21 millones de casos), colon y recto (1,93 millones de casos) y próstata (1,41 millones de casos) (4,5).

Alrededor del 85% de los casos están relacionados con el tabaquismo, no obstante, entre un 15% y un 20% de las personas que desarrollan cáncer de pulmón nunca han fumado o han fumado muy poco. En estas personas, se desconoce la razón por la que desarrollan cáncer de pulmón, pero podría ser debido a ciertas mutaciones genéticas (6).

El cáncer durante la gestación es un evento poco usual, presentándose anualmente una vez por cada 1 000 embarazos, lo que vendría a ser un aproximado de 0,07 % a 0,1% de todos los casos de tumores malignos (7). Hasta la fecha solo han reportado alrededor de 60 casos de cáncer de pulmón en gestantes, donde el 80 % es diagnosticado en estadio III - IV y con mayor frecuencia en el segundo trimestre. Parece tener una incidencia en aumento con un comportamiento más agresivo y empeorando en estadios más avanzados durante la gestación. La edad promedio es de 38 años y el 60% de los casos son fumadores (8). Es una patología rara, y su diagnóstico precoz es difícil, por ello, es necesario conocer y analizar los eventos que ocurren en nuestro medio, lo que ayudará en su oportuna detección y tratamiento (7,8)

1.2 Formulación del problema

¿Cuál fue el manejo clínico de una gestante con diagnóstico de tumoración maligna de pleura que culminó en muerte materna en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión?

1.3 Justificación

El presente estudio se justifica acorde a la necesidad de proporcionar salud materna a la mujer durante su etapa sexual reproductiva, a lo largo de la historia se ha llevado a concientizar constantemente la promoción y prevención de la salud a nivel mundial basado en los derechos humanos.

La lucha incansable por reducir la mortalidad materna prevenible como un problema de salud pública, prioriza la equidad, tanto en la selección de las metas como en el marco estratégico para alcanzarlas.

Las literaturas revisadas muestran que la mortalidad materna en los últimos años ha estado directamente relacionada con la infección por el virus de la Covid-19, así mismo como consecuencia de una falta de acceso al sistema de salud. Actualmente se muestra al cáncer de pulmón en gestantes como una enfermedad poco común, pero de alto impacto y letalidad, que refleja la necesidad de una oportuna y temprana detección, el cual permitirá un manejo adecuado y promoverá la supervivencia.

Por ello es importante que el personal de salud se mantenga siempre capacitado, actualizado y a la vanguardia de los nuevos enfoques mundiales.

1.4 Objetivo

1.4.1. Objetivo General

Analizar el manejo clínico de una gestante con diagnóstico de tumoración maligna de pleura que culminó en muerte materna en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Determinar factores de riesgo de las neoplasias malignas en el embarazo presentes en el caso clínico.
- Describir el manejo de la tumoración maligna de pleura durante el embarazo.
- Conocer la evolución de la tumoración maligna de pleura durante el embarazo.

CAPÍTULO II:

MARCO CONCEPTUAL

2.1 Antecedentes del problema

Laure Benoit et al. (9) en su trabajo: Cáncer durante el embarazo: una revisión de la transferencia transplacentaria preclínica y clínica de agentes anticancerígenos, realizado en el año 2021, con el **objetivo** de: revisar los datos relacionados con la transferencia transplacentaria de fármacos que pueden utilizarse en el tratamiento de los cánceres más comunes asociados con el embarazo. **Material y Método:** La revisión de fármacos utilizados para el tratamiento de cánceres de mama, ginecológicos, gastrointestinales, cerebrales y de pulmón, así como melanomas y sarcomas de las últimas directrices de la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO) y el tercer consenso de la International Red sobre Cáncer, Infertilidad y Embarazo (INCIP). Obteniendo como **resultado** que: El cáncer de mama es más frecuente durante el embarazo y representa el 40 % de todos los tipos de cáncer, con una incidencia de 1 por 3000 a 10 000 embarazos. El cáncer de cuello uterino es el tercero más común durante el embarazo después del cáncer de mama y el linfoma. La incidencia oscila entre 1 y 10 en 10.000 embarazos y, por lo tanto, representa el 13 % de los cánceres asociados al embarazo. La incidencia de cáncer de ovario es de 1 en 10

000 embarazos y representa el 7 % de los cánceres asociados al embarazo. Con una incidencia que oscila entre 1 y 2,6 en 10.000 embarazos, el melanoma representa el 5 % de los cánceres asociados al embarazo. La incidencia general ha ido en aumento durante los últimos dos años, particularmente en mujeres premenopáusicas. Los cánceres gastrointestinales representan del 4% al 5% de los cánceres asociados con el embarazo, con una incidencia de cáncer colorrectal de 1 en 13 000 embarazos. El cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC, por sus siglas en inglés) representa el 85 % de los cánceres de pulmón y, aunque su diagnóstico durante el embarazo es raro (menos del 1 % de los cánceres asociados con el embarazo), está aumentando en mujeres embarazadas y a menudo ocurre en una etapa avanzada en el 98% de los casos. **Conclusiones:** Esta revisión procuró resumir los datos y las pruebas disponibles con respecto a la transferencia placentaria de agentes anticancerosos utilizados para tratar los cánceres que ocurren con mayor frecuencia durante el embarazo. Optamos por no estudiar las enfermedades hematológicas, ya que el tratamiento y manejo de las leucemias agudas y los linfomas son específicos. Otra limitación fueron los datos limitados sobre la transferencia transplacentaria de medicamentos contra el cáncer durante el embarazo debido a la relativa rareza de su uso y la falta de estudios con un gran número de pacientes. No obstante, el manejo

multidisciplinario debe realizarse caso por caso, teniendo en cuenta el estadio de la enfermedad, el tiempo de gestación y los deseos de la paciente.

Así mismo, **Xiaoyan Han et al. (10)** en su trabajo: Tres casos de cáncer de pulmón en el embarazo y revisión de la literatura, realizado en el año 2020, con el **objetivo** de: explorar el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de mujeres con cáncer de pulmón durante el embarazo.

Material y Método: Se analizaron retrospectivamente los datos clínicos y patológicos de 3 mujeres embarazadas con cáncer de pulmón que fueron atendidas en nuestro hospital y se revisó la literatura pertinente. Obteniendo como **resultado** que: Las tres pacientes con cáncer de pulmón durante el embarazo tenían menos de 40 años y las semanas gestacionales de diagnóstico fueron 20, 22 y 36 semanas, respectivamente. Dos de las mujeres estaban en estadio clínico IV y 1 en estadio clínico III, todos los cuales constituyen cáncer de pulmón avanzado. Los tipos patológicos son adenocarcinoma, carcinoma neuroendocrino de células pequeñas y adenocarcinoma con carcinoma neuroendocrino, respectivamente. Dos pacientes fueron diagnosticadas durante el segundo trimestre y tuvieron inducción del trabajo de parto a mediano plazo. Después de la cirugía de cáncer de pulmón en otros hospitales, fallecieron a los 4 y 7 meses después del diagnóstico. El paciente restante, que fue diagnosticado a las 36 semanas de

gestación, se realizó la cesárea a las 37 semanas. La paciente recibió quimiorradioterapia y aún estaba viva a los 19 meses de seguimiento posparto. **Conclusiones:** El cáncer de pulmón durante el embarazo es raro en la clínica. Para aquellas que experimentan síntomas respiratorios repetidamente durante el embarazo, se deben realizar exámenes de imágenes de inmediato y, si es necesario, se deben tomar biopsias para obtener un diagnóstico temprano. El embarazo con cáncer de pulmón conlleva un alto riesgo y tiene un mal pronóstico general. La quimioterapia combinada a base de platino es segura en el segundo y tercer trimestre.

Por otro lado, **Acosta Rojas et al. (11)** en su trabajo: Adenocarcinoma de pulmón durante el embarazo: seguimiento de 11 años, realizado en el año 2020, con el **objetivo** de: presentar el caso de un adenocarcinoma de pulmón diagnosticado durante el embarazo con una larga supervivencia que se benefició de radioterapia cerebral, quimioterapia convencional y tratamiento dirigido a TKI ALK. **Material y Método:** Ante el diagnóstico de adenocarcinoma de pulmón avanzado EGFR-wild type, un equipo multidisciplinar decidió iniciar tratamiento con radioterapia total del cerebro para controlar los síntomas neurológicos, administrando 30 Gy en 10 fracciones, con dosimetría de termoluminiscencia abdominal in vivo (dosis total: 26 milisievert). Obteniendo como **resultado** que: Este es el primer caso de

adenocarcinoma de pulmón *ALK* positivo diagnosticado durante el embarazo con 11 años de supervivencia global, que se benefició de estrategias locales, quimioterapia y una sola línea de *ALK* TKI de primera generación. Además, este caso revela la seguridad de la radioterapia total del cerebro administrada durante el embarazo y la eficacia de otras técnicas de radiación definitiva que deben considerarse incluso en el ámbito paliativo. **Conclusiones:** Hoy en día, probablemente en base a la notable supervivencia a largo plazo de los pacientes con *ALK* positivo, la estrategia terapéutica sería comenzar el tratamiento con *ALK* TKI de próxima generación, con mayor actividad intracraneal, y posponer la radioterapia cerebral tanto como sea posible, retrasando así la potencial toxicidad neurológica, que puede limitar la administración de estrategias secuenciales con *ALK* TKI.

Al mismo tiempo, **A. Soares et al. (12)** en su trabajo: Tratamiento del cáncer de pulmón durante el embarazo, realizado en el año 2020, con el **objetivo** de: tratar de aumentar la supervivencia de la madre, tratar la enfermedad maligna curable de las mujeres embarazadas y proteger al feto y al recién nacido de los efectos nocivos del tratamiento del cáncer. **Material y Método:** El documento presentado es una revisión. Todos los datos del caso clínico están referidos en la discusión y conclusiones. Obteniendo como **resultado** que: En mujeres embarazadas con cáncer de pulmón, el adenocarcinoma es el más común, representando el 80%

de los casos. Más del 97% de los casos publicados son diagnosticados de enfermedad localmente avanzada o metastásica, en gran parte debido a retrasos diagnósticos por atribución de los síntomas a otras etiologías y esfuerzos por asegurar el bienestar fetal. Aproximadamente, el 20-30% de los tumores malignos se presentan en mujeres menores de 45 años como en nuestra paciente.

Conclusiones: Hoy en día debemos centrarnos en aquellos tumores que requieren tratamiento sistémico ya que es ampliamente reconocido que la cirugía se puede administrar a mujeres embarazadas sin dañar el feto en ninguna fase del embarazo. La quimioterapia es el tratamiento de elección en la mayoría de los casos de cáncer de pulmón en el embarazo. Los fármacos con un peso molecular de menos de 500 a 600 atraviesan la placenta, mientras que se informa que los que tienen un peso molecular superior a 1000 atraviesan mal.

Por otra parte, **Reyna-Villasmil et al. (13)** en su trabajo: Manejo de neoplasias malignas raras durante el embarazo, realizado en el año 2020, con el **objetivo** de: analizar la manipulación de cánceres malignos inusuales durante el embarazo. **Material y Método:** Entre julio y diciembre de 2019 se examinaron bases de datos electrónicas de literatura científica biomédica (UPToDATE, OVIDSP, ScienceDirect, SciELO y PUBMED) para investigar los artículos elegibles en los últimos 30 años (1989 a 2019). Obteniendo como **resultado** que: El cáncer de

pulmón es el tercer tipo de cáncer más frecuente. Ocurre con frecuencia de 57,3 casos por cada 100 000 personas. Representa 13,3% de todos los cánceres diagnosticados. La mortalidad en el grupo de edad de 20 a 34 años y de 35 a 44 años es de 0,1 % y 0,8 %, respectivamente. Más del 40 % de los casos de cáncer de pulmón son detectados en mujeres. La tasa de supervivencia global a los 5 años es de 17,7 %. En embarazadas, este cáncer es relativamente raro, ya que hasta la fecha solo se ha descrito alrededor de 60 casos. En 80 % de los casos en embarazadas es diagnosticado en estadio III - IV y con mayor frecuencia en el segundo trimestre. **Conclusiones:** En la práctica clínica, debido a la edad más tardía a la que las mujeres deciden tener hijos y la mayor incidencia de neoplasias malignas en la población general, el número de embarazadas con diversas neoplasias malignas será cada vez mayor. Estas pacientes requieren atención multidisciplinaria proporcionada por un equipo de especialistas. Este problema, raro en el siglo pasado, en la actualidad es un gran desafío para los profesionales de salud.

Finalmente, **Serrano Arreba et al. (14)** en su trabajo: Derrame pleural durante la gestación, realizado en el año 2018, con el **objetivo** de: presentar el caso de una gestante con un exudado linfocitario con ADA elevado, así como cuál debe ser su manejo diagnóstico y terapéutico. **Material y Método:** caso clínico de una gestante con un exudado

linfocitario con ADA elevado. Obteniendo como **resultado** que: en la práctica clínica podemos afirmar que cuando un paciente joven (< 40 años), especialmente en un área endémica, presenta un exudado linfocitario con un ADA pleural superior a 40 UI/L se asume el diagnóstico de tuberculosis pleural y se inicia tratamiento antituberculoso. En esta situación conviene recordar que el diagnóstico de tuberculosis no es un diagnóstico de certeza sino de probabilidad. Así se deberá transmitir al paciente y mantener un seguimiento estrecho.

Conclusiones: En cualquier caso, existen otras entidades que, aunque improbables, deben ser incluidas dentro del diagnóstico diferencial. En consecuencia, es frecuente que el clínico se plantee la duda de cuándo asumir un diagnóstico altamente probable y profundizar estudios etiológicos con la ejecución de una biopsia de pleura.

2.2 Fundamentos teóricos

CÁNCER DE PULMÓN

Cáncer es un término general que se refiere a un grupo de enfermedades que afectan cualquier parte del cuerpo, basado en el rápido crecimiento de células anormales que se diseminan a otros órganos, proceso llamado metástasis, y es la principal causa de muerte por cáncer. Todos los tumores de pulmón requieren evaluación médica

porque incluso los tumores benignos pueden causar problemas si crecen y bloquean la respiración (15).

Se considera el segundo tipo de cáncer más común. Se presenta con una frecuencia de 57,3 casos por 100.000 habitantes. El cáncer de pulmón representa el 13,3% de todos los cánceres diagnosticados. Las tasas de mortalidad para los grupos de edad de 20 a 3 y de 35 a años son del 0,1% y del 0,8%, respectivamente. Más del 40% de los casos de cáncer de pulmón se encuentran en mujeres. La tasa de supervivencia general a 5 años es del 17,7 % (15)

La mayoría de las estadísticas de cáncer de pulmón incluyen cáncer de pulmón de células pequeñas (SCLC) y cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC). En general, alrededor del 13 % de los cánceres de pulmón son SCLC y el 84 % son NSCLC (16).

En general, la posibilidad de que un hombre desarrolle cáncer de pulmón es de aproximadamente 1 en 15; el riesgo para una mujer es de 1 en 17. Estas cifras incluyen tanto a fumadores como a no fumadores, pero el riesgo es mucho mayor para los no fumadores (16).

Para 2022, la Sociedad Americana Contra El Cáncer estima para el cáncer de pulmón en los Estados Unidos lo siguiente: (16)

- Se diagnosticarán alrededor de 236,740 nuevos casos de cáncer de pulmón (117,910 hombres y 118,830 mujeres aprox.)

- Alrededor de 135,720 personas morirán de cáncer de pulmón (68,820 hombres y 61,360 mujeres aprox.)

FACTORES DE RIESGO

Cabe señalar que algunos factores de riesgo como el tabaquismo pueden modificarse; mientras que otros como la edad o los antecedentes familiares no se pueden cambiar (17).

Su principal cancerígeno es el humo del tabaco inhalado, hay 1.300 millones de fumadores en el mundo y entre 80 y 100.000 jóvenes mayores de 15 años se vuelven adictos a las drogas cada día. Cuba es uno de los 35 países de las Américas y es el primero entre los cinco principales países fumadores (Chile, Venezuela, Argentina y Paraguay). Según la tasa de exposición a cáncer de pulmón las mujeres ocupan el tercer lugar en Estados Unidos y Canadá, y entre los hombres ocupa el segundo lugar en Paraguay (16, 17).

Por otro lado, respirar humo producido por otros (humo de segunda mano o humo de tabaco ambiental) puede aumentar el riesgo de cáncer de pulmón (17).

Otros carcinógenos que influyen son: (15, 17, 18, 19)

- Radón, un gas radiactivo producido naturalmente cuando el uranio se descompone en el suelo y las rocas.

- Exposición al asbesto (por ejemplo, en molinos, minas, fábricas textiles, donde se usaron materiales aislantes y astilleros)
- Minerales radiactivos como el uranio
- Sustancias químicas inhalables como arsénico, berilio, cadmio, silicio, vinilo, vinilo. compuestos, compuestos de cromo, productos de carbono, gas mostaza y éter clorometílico
- Productos de combustible Diesel y otros
- Antecedentes familiares de cáncer de pulmón y otros.

SÍNTOMAS

Los síntomas dependen del tipo, dónde está y cómo se ha propagado a los pulmones, áreas circundantes u otras partes del cuerpo. Hay personas que incluso no tienen síntomas al momento del diagnóstico (16).

Un síntoma muy común del cáncer de pulmón es una tos persistente o crónica, que a veces incluye tos con sangre o esputo sanguinolento (hemoptisis). Los síntomas inespecíficos adicionales incluyen pérdida de apetito, pérdida de peso, fatiga, dolor torácico y debilidad, que pueden preceder a cualquier otra anomalía pulmonar, lo que dificulta el diagnóstico temprano (16, 17, 18, 19, 20).

Los síntomas extratorácicos se deben a metástasis a distancia. La diseminación de las células tumorales por vía linfática o hematológica

puede afectar a cualquier órgano, aunque los más afectados son: ganglios linfáticos (70%), cerebro (20-50%), hígado (35%), hueso (25%), glándulas suprarrenales (22%) y renales (10-15%). La incidencia de metástasis varía según el tipo histológico y el grado de diferenciación celular, siendo mayor en el carcinoma de células pequeñas y en los tumores poco diferenciados, mientras que en el carcinoma de células no pequeñas es más frecuente en el adenocarcinoma (18, 19).

El síntoma más común de las metástasis cerebrales es el dolor de cabeza, aunque también puede causar hemiplejía, convulsiones o trastornos de la personalidad. La afectación hepática suele presentarse como ictericia y hepatomegalia grave con una superficie nodular. El diagnóstico se proporciona por métodos de imagen (ultrasonido y tomografía computarizada) (18).

Las metástasis suprarrenales no suelen causar síntomas, por lo que, debido a su relativa frecuencia, se recomienda realizar una TC abdominal antes de la cirugía en todos los pacientes con Cáncer de Pulmón no microcítico. Las metástasis óseas suelen ser osteolíticas (dolor local), aunque en un 20-25% de los casos el paciente está asintomático. Los huesos más comúnmente afectados son los cuerpos vertebrales, la pelvis, las costillas y las clavículas. El diagnóstico se basa en datos clínicos, analíticos (fosfatasa alcalina, calcio sérico) e imágenes de apoyo (gammagrafía ósea) (18).

Otros sitios de metástasis son: pleura (principalmente en adenocarcinoma), riñón, tracto digestivo, piel, ojo, corazón y páncreas. Asimismo, algunos estudios han demostrado que las intervenciones nutricionales pueden ayudar a mejorar la calidad de vida de estos pacientes (18).

CÁNCER DE PULMÓN EN GESTANTES

Este cáncer es relativamente raro en mujeres embarazadas, ya que hasta el momento solo se han descrito unos 60 casos (15).

En el 80% de los casos, el cáncer de pulmón en mujeres embarazadas se diagnostica en estadios III - IV, y principalmente en el segundo trimestre. La edad media es de 38 años y el 60% de ellas pertenecen a casos de fumadoras. El síntoma principal es una tos crónica (que dura más de 6 semanas) o una neumonía recurrente que no responde al tratamiento antibiótico. (19, 20)

TRATAMIENTO

Los tratamientos para caso de cáncer de pulmón pueden ser: cirugía, radioterapia y quimioterapia, ya sean estas solas o combinadas; dependerán del estadio y diseminación alcanzada por las células malignas (18).

La radioterapia aplica radiación ionizante sobre las células cancerígenas para destruirlas y así reducir el tamaño de los tumores, puede ser

utilizada como tratamiento principal o complementario, en cualquier caso, debido a la pequeña cantidad de radiación, es posible que una radiografía de tórax no tenga un efecto negativo en el feto (18).

La resonancia magnética permite evaluar el grado de diseminación tumoral en los casos sospechosos. Un 18% de los casos presentan metástasis placentarias y un 5% metástasis en fetos; Por lo tanto, es necesario un diagnóstico histopatológico de la placenta y una evaluación integral del recién nacido después del nacimiento (15).

La quimioterapia implica administrar medicamentos antineoplásicos o citostáticos por vía intravenosa u oral para evitar el rápido crecimiento de células cancerosas, es uno de los tratamientos más optados en casos del segundo y tercer trimestre de gestación (18).

El problema del cáncer en mujeres embarazadas es complicado. Se debe considerar: el impacto potencial del embarazo en la evolución natural del tumor, el impacto de la malignidad en la madre y el feto (p. ej., anorexia, náuseas, vómitos, desnutrición), el impacto potencial de los procedimientos de diagnóstico y estadificación, y el impacto potencial del tratamiento del cáncer en la madre y el feto en desarrollo. En general, el tratamiento que optimiza la fisiología de la madre es también el mejor para el feto (16, 18).

El tratamiento de un tumor maligno que complica el embarazo se decide según la edad gestacional al momento del diagnóstico y la evolución natural del presunto tumor. Hay casos exitosos de lobectomía durante el embarazo, tratamientos después del parto o interrupción del embarazo, que se consideran solo después del consentimiento de la paciente, si aporta un beneficio real al tratamiento o si existe la posibilidad de un contratratamiento durante el embarazo (16, 18, 19).

En la mayoría de los casos, el embarazo debe interrumpirse a más tardar en la semana 35 debido a la condición de la madre. El pronóstico es malo, solo 19 % de las mujeres embarazadas con cáncer de pulmón sobreviven más de 12 meses después del parto (16, 18).

A pesar de la influencia hormonal, el embarazo tiene poco o ningún efecto sobre el curso natural de la malignidad. La propagación del cáncer de la madre al feto (conocida como transmisión vertical) es muy rara (16, 18).

MORTALIDAD

El Cáncer de Pulmón es el tipo de cáncer más común en los países industrializados y es la principal causa de muerte en hombres y mujeres. En el momento del diagnóstico, más del 40 % de los pacientes tienen la enfermedad localmente avanzada con pocas posibilidades de curación,

con un mal pronóstico general y una tasa de supervivencia a los cinco años de un 15 % (15, 16).

En 2017, la American Cancer Society predijo que aproximadamente 155 870 personas morirían de Cáncer de Pulmón en los Estados Unidos (las cifras oscilaban entre 84 590 hombres y 71 280 mujeres aprox.) (15, 16).

En Cuba en 2013, el cáncer de pulmón fue el tercer cáncer más común, por delante de piel y próstata en hombres y de piel y mama en mujeres con tasas ajustadas de 40,4 y 21,5 por 100 000 habitantes para ambos sexos. En 2016, en cuanto a mortalidad, fue la principal causa entre hombres y mujeres, que fue de 62,2 y 36,4 por 100 000 habitantes (15, 16)

En un análisis comparativo de la muerte anual por Cáncer de Pulmón en Cuba, se puede apreciar que el incremento durante el período 1995-2016 fue de unas 1 000 y 2 000 muertes para hombres y mujeres, lo que indica que esta situación se mantendrá en los próximos años. Esto contrasta con lo que está sucediendo en los Estados Unidos y Canadá, donde la enfermedad se ha estancado (15, 16).

Según la ONU la prevención es la adopción de medidas encaminadas a evitar que se produzcan deficiencias físicas, psíquicas y emocionales (prevención primaria) o evitar que las deficiencias existentes provoquen consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas. La prevención

es el conjunto de acciones realizadas para reducir la incidencia y/o mortalidad del cáncer (15).

2.3 Definición de términos

- **Embarazo:** La duración del período entre la fecundación (fecundación del óvulo por el espermatozoide) y el nacimiento; Durante este tiempo, el óvulo fertilizado se desarrolla en el útero (21, 22).
- **Cáncer:** Término utilizado para describir enfermedades en las que células anormales crecen sin control e invaden los tejidos cercanos (21, 22).
- **Cáncer de pulmón:** Cualquier neoplasia pulmonar maligna (21, 22)
- **Derrame pleural:** Acumulación patológica de líquido en el espacio pleural (21, 22).
- **Metástasis:** Ocurre cuando las células cancerosas se desprenden del tumor original (primario) y viajan por el cuerpo a través de la sangre o el sistema linfático, formando nuevos tumores en otros órganos o tejidos (23).
- **Muerte materna:** Muerte de todas las mujeres durante el embarazo y hasta 42 días después de la terminación de ello. La causa de muerte puede estar relacionada o agravada por complicaciones del embarazo (23).

CAPÍTULO III:

MARCO METODOLÓGICO

CASO CLÍNICO

3.1 Anamnesis

3.1.1 Filiación:

Paciente de 38 años, sexo femenino, raza mestiza, grado de instrucción secundaria completa, estado civil conviviente, ocupación ama de casa, procedencia Chimbote; acude al servicio de emergencia de adultos el 01 de febrero del 2021 a las 22:02 horas, acompañada de su esposo.

3.1.2 Enfermedad actual

- a. Tiempo de enfermedad: 2 semanas
- b. Síntomas principales: disnea, dolor torácico.
- c. Historia de la enfermedad: paciente refiere hace 4 meses presentar dolor torácico que aumenta con la respiración profunda, hace 2 semanas se agrega disnea a moderados esfuerzos. Acude al Hospital de Ventanilla donde le realizan radiografía de tórax, con evidencia de derrame pleural, razón por la cual es referida al Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.
- d. Funciones biológicas: apetito, sed y sueño conservado. Orina y deposiciones normales

3.1.3 Antecedentes

- a. Personales: niega enfermedades, cirugías, alergias medicamentosas, transfusiones sanguíneas y medicación al momento de la evaluación.
- b. Patológicos: Niega
- c. Gineco-Obstétricos
 - . Fecha de última regla: 15/07/2020 (dudosa)
 - . Ecografía: 12 semanas 2 días (08/08/2020)
 - . Fecha probable de parto: 18/02/2021 por ecografía de I trimestre
 - . Edad Gestacional: 37 semanas 4 días por ecografía de I trimestre
 - . Fórmula Obstétrica: gestación 4, paridad 3003
 - . Control Prenatal: 6 (figura 1 y 2 en anexos)
 - . Método anticonceptivo: ninguno
 - . Fecha de último parto: 12/09/2012 (parto vaginal)
- d. Familiares: Niega
- e. Socioeconómicos
 - Niega consumo de tabaco, alcohol, drogas y factores de riesgo.

3.1.4 Examen Físico

- a. General
 - Regular estado general – regular estado de nutrición – regular estado de hidratación.

Ventila espontáneamente con apoyo de oxígeno por cánula binasal.

b. Funciones vitales

Presión arterial: 140/100 milímetros de mercurio, frecuencia cardiaca: 136 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 26 respiraciones por minuto, temperatura: 38 grados centígrados y saturación de oxígeno: 95%.

- c. Piel y mucosas con palidez, cabeza normal, ojos con papilas normo reactivas, nariz normal, oídos normal, boca normal; a nivel orofaringe faltan piezas dentarias. Cuello simétrico, tórax simétrico con ampliación disminuida en campo pulmonar derecho, mamas asimétricas, pulmones con murmullo vesicular disminuido en un tercio superior del campo pulmonar derecho, abolido en dos tercios inferiores derecho. Ruidos cardíacos rítmicos, no soplos; abdomen blando con presencia de ruidos hidroaéreos abdominales, no doloroso a la palpación; útero grávido por gestación única con altura uterina de 34 centímetros, feto transverso con latidos cardiacos fetales de 148-156 por minuto, movimientos fetales presentes y dinámica uterina ausente. A la evaluación genitourinaria: puño percusión lumbar negativo, puntos renoureterales negativo y tacto vaginal diferido.

No alteraciones osteoarticulares, sistema nervioso central: despierta, lúcida, orientada en tiempo y espacio, moviliza extremidades.

3.1.5 Impresión diagnóstica

- Síndrome de dificultad respiratoria
- Derrame pleural hemotórax derecho
- Descartar tuberculosis
- Multigesta de 37semanas por ecografía

Diagnóstico Final:

- Tumor maligno de pleura
- Insuficiencia respiratoria

3.1.6 Tratamiento y evolución

El 01/02/2021 a las 22:02 hrs. Multigesta de 38 años de edad con 37 semanas 4 días por ecografía de primer trimestre, sin antecedentes patológicos ni quirúrgicos, ingresa al servicio de emergencia de adultos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión con referencia del Hospital de Ventanilla, al que acudió tras haber presentado dolor en tórax desde hace 4 meses que incrementaba con la edad gestacional; presentaba resultado de prueba rápida covid-19 no reactivo y radiografía de tórax con evidencia de derrame pleural, razón por la que fue referida.

En la exploración física inicial se evidenció: presión arterial: 140/100 milímetros de mercurio, frecuencia cardiaca: 136 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 26 respiraciones por minuto, temperatura: 38 grados centígrado y saturación de oxígeno: 95%. Ventila espontáneamente con apoyo de oxígeno por cánula binasal; a la auscultación cardiorrespiratoria presenta murmullo vesicular abolido en dos tercios inferiores derecho y ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Dinámica uterina ausente y movimiento fetales presentes. Solicitan exámenes de laboratorio e interconsultas a los servicios de neumología y ginecología (este último responde rápidamente).

Se le administró paracetamol 1 gramo vía oral condicional a temperatura mayor o igual a 38 grados centígrados y ceftriaxona 2 gramos endovenoso cada 24 horas.

El 02/02/2021 a la 01:30 hrs. Luego de algunos análisis y permanecer en observación es hospitalizada en UCI para manejo médico donde **a las 14:30 hrs:** se transfunden 2 paquetes de plasma fresco congelado, se realiza una radiografía de tórax con resultado de efusión pleural derecha y tomografía sin contraste con evidencia de derrame pleural derecho abundante cantidad con atelectasia pasiva. El servicio de ginecología realiza reevaluación y ecografía obstétrica encontrando feto transverso, por lo cual plantea término de gestación por cesárea, previa estabilización de paciente.

El 03/02/2021 a las 07:00 hrs. Fue evaluada por el servicio de cardiología y anestesiología, **a las 10:00 hrs:** fue evaluada por el servicio de neumología y cirugía de tórax (este último colocó tubo de drenaje torácico en neumotórax derecho). Se le administró tramadol 50 miligramos subcutáneo condicional al dolor.

Al promediar las 14:45 hrs. Personal de enfermería reporta 1400 centímetros cúbicos de líquido por tubo de drenaje torácico y solicitan reevaluación por el servicio de ginecología, encontrando condición materna y fetal en buen estado.

Siendo las 18:15 hrs. Gestante inicia contracciones de trabajo de parto y pasa a sala de operaciones como prioridad I, con movimientos fetales presentes, dinámica uterina:3/10/ 30" /++ , latidos cardiacos fetales: 155 latidos por minuto y dilatación de 4centímetros con membranas integras.

A las 19:26 hrs. Se produce el parto por cesárea de recién nacido vivo sexo masculino, con recuperación materna favorable y egreso de sala de operaciones con 1200 centímetros cúbicos de drenaje torácico. Se le administraron los siguientes medicamentos endovenosos: ceftriaxona 2 gramos, metoclopramida 10 miligramos, ranitidina 50 miligramos, metamizol 2 gramos, dexametasona 4 miligramos, ketoprofeno 100 miligramos y C1Na9°/00 1000 centímetros cúbicos + 30 unidades internacionales de oxitocina.

El 04/02/21 a las 00:13 hrs. En sala de recuperación, especialista en anestesiología administra bupicaína 7 centímetros cúbicos por catéter debido a dolor intenso.

A las 00:38 hrs. Ginecología reevalúa monitoreo de presiones arteriales y agrega el diagnóstico de enfermedad hipertensiva: descartar preeclampsia vs hipertensión, es así que envían nuevas interconsultas, se toman nuevas muestras de sangre y se administran medicamentos endovenosos: ranitidina 50 miligramos, tramadol 100 miligramos cada 8 horas, metoclopramida 10 miligramos, ceftriaxona 2 gramos cada 24 horas y Alfametildopa 1 gramo vía oral cada 12 horas.

El 05/20/21 a las 07:00 hrs. Paciente muestra mejoría, no requirió oxígeno la noche anterior y queda en espera de respuesta por servicio de neumología, por su parte el servicio de cardiovascular no logra obtener muestra para citoquímico de líquido pleural del tubo de drenaje, por lo tanto, indica recolectar 1 litro y enviar a laboratorio. Solicitan tomografía con contraste y respuesta del servicio de neumología (servicio indica que por el momento solo cuentan con 1 asistente).

El 06/02/2021 a las 07:00 hrs. Es dada de alta por el servicio de ginecología y pasa al servicio de neumología al mediodía, con cánula binasal 2 litros, para seguimiento médico y terapéutico por disnea y poca tolerancia en decúbito.

El 09/02/21 a las 15:02 hrs. Se evidencia colapso parcial de pulmón derecho en rayos x de tórax y el resultado de adenosina deaminasa en 5000, por lo que se solicitan otros exámenes. Paciente permanece con oxigenoterapia y analgésicos.

El 13/02/21 a las 13:02 hrs. Se realiza rayos x de tórax frontal y lateral y a las 16:02 hrs Tomografía Espiral Multicorte del tórax sin y con contraste, con evidencia de derrame pleural que condiciona a atelectasia pasiva.

El 17/02/21 a las 09:02 hrs. Se realiza Rayos X de Tórax frontal y lateral, el cual muestra compromiso pleuroparenquimal, por lo que se solicita biopsia pleural.

Al día 18/02/21 al promediar mediodía se realiza biopsia de pleura, se desea descartar neoplasia maligna oculto. Paciente permanece con oxigenoterapia y analgésicos.

El 23/02/21 a las 11:00 hrs apróx. Llega resultado de biopsia pleural: pleura infiltrada por neoplasia maligna indiferenciada, para lo cual paciente con cánula binasal continúa tratamiento endovenoso: vancomicina 1 gramo cada 12 horas, piperacilina + tazobactam 4.5 gramos cada 6 horas, dimenhidrinato 50 miligramos cada 8 horas y tramadol 100 miligramos cada 8 horas.

El 26/02/21 a las 08:00 hrs. Es evaluada por el servicio de oncología médica donde solicitan tomografía para descartar metástasis hepática y cerebral, posteriormente pasa a su servicio para continuar estudios. Persiste disnea y dolor torácico.

El 01/03/21 se somete a prueba rápida de Covid-19 cuyo resultado arroja IgM reactivo. Se evidencia saturación de oxígeno 93% y medicación vía oral de sertralina 50 miligramos + clonazepam 0.5 miligramos cada 24 horas.

El 04/03/21 a las 06:20 hrs. Tras aumento de la dificultad respiratoria con evolución tórpida, paciente fallece con diagnóstico: tumor maligno de pleura e insuficiencia respiratoria.

La reunión de Comité de Mortalidad Materna del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión dada el día 04/05/21 tras la presentación del caso, realizan la ficha de investigación epidemiológica donde determinan.

- Causa básica: Cáncer de pulmón estadio IV
- Causa asociada: Covid virus identificado
- Causa intermedia: Derrame pleural masivo
- Causa final: Probable insuficiencia respiratoria aguda

Los comentarios finales concluyen:

- Demora en identificación del problema: NO

- Demora en la decisión de buscar ayuda: SI
- Demora en acceder al servicio de salud: NO
- Demora en recibir tratamiento adecuado y oportuna: se evidencia una demora de 9 días por el resultado de la biopsia y demora en las respuestas de las interconsultas por personal médico disminuido debido al Covid 19.

3.1.7 Exámenes Auxiliares

Se solicitaron los siguientes exámenes:

		08/02/2021		18/02/2021
03/02/2	Grupo y Factor	Test de ADA	Hemograma	Citoquímico
	O Positivo	Líquido pleural: 5000 U/L	Leucocitos: 8.670	Líquido pleural, aspecto rojo/turbio
		Líquido pleural: 5000 U/L	Neutrófilos: 6.690, Neutrófilos segmentados: 79.9%, Linfocitos: 14.3%, Hemoglobina: 10.3mg/dl, Plaquetas: 541000	Coágulo presente, y hematíes: 255660gr/dl
			Proteinuria cuantitativa	
			278.6 mg en 24 hrs	

02/02/2021				
Perfil Hepático	Perfil de Coagulación	Hemograma	Perfil de Coagulación	Citoquímico
<p>Bilirrubina total: 0.42mg/dl, Bilirrubina directa: 0.25mg/dl, Bilirrubina indirecta: 0.17mg/dl, TGP: 31U/L</p>	<p>Tpo de Protombina: 12.5 seg, INR: 0.93, Recuento de plaquetas: 392000</p>	<p>Leucocitos: 8.190</p>	<p>Tpo de Protombina: 18.4 seg, Tpo Concentración: 62% INR: 1.40, Fibrinógeno: 777mg/dl, Tpo de trombina: 47.1 seg.</p>	<p>Líquido Pleural Color amarillo, aspecto turbio</p>
<p>TGO: 59 U/L</p>	<p>Fibrinógeno: 886mg/dl, Tpo de trombina: 48.1 seg.</p>	<p>Neutrófilos segmentados: 87.3%, Linfocitos: 8.6%, Hemoglobina: 10.3mg/dl, Plaquetas: 515000</p>	<p>Tpo de Protombina: 18.4 seg, Tpo Concentración: 62% INR: 1.40, Fibrinógeno: 777mg/dl, Tpo de trombina: 47.1 seg.</p>	<p>Coágulo presente y hematíes: 3840gr/dl</p>

FECHA	EXÁMEN	Proteína C Reactiva	Hemograma
	RESULTADO	8.21 mg/dl	Leucocitos: 8.600, Hemoglobina: 13.3 mg/dl, Plaquetas: 392000
	OBSERVACIÓN	8.21 mg/dl	Neutrófilos segmentados: 75.7%, Linfocitos: 18.4%

3.1.8 Epicrisis

Nombres y Apellidos: UMAG

Edad: 38 años

Sexo: femenino

Fecha de Ingreso: 01/02/2021

Hora: 22:02 hrs.

Fecha de Egreso: 04/03/2021

Hora: 06:20 hrs.

Días de Estadía: 32 días

Motivos:

Paciente gestante presenta efusión pleural derecha masiva, se coloca tubo de drenaje pleural y se produce parto por cesárea el 03/02/2021.

Se realiza biopsia de pleura el 18/02/2021 con resultado de neoplasia maligna indiferenciada el 23/02/2021.

Es evaluada por el servicio de oncología médica el 26/02/2021 donde solicitan completar tomografías. Se identifica presencia de Covid 19 en prueba rápida el 01/03/21 y el servicio de oncología el 02/03/21 diagnostica neoplasia maligna de pleura.

El 04/03/2021 presenta incremento de disnea con evolución tórpida produciendo la muerte a las 06:20 hrs.

Exámenes auxiliares:

Hemoglobina 11.2mg/dl, leucocitos 8.74, neutrófilos 708, plaquetas 599000, proteínas totales 5.1, albúmina 2.4, ecografía de tórax con evidencia de líquido libre +/- 300cc en ángulo costofrénico.

Tratamiento y procedimientos:

- Ranitidina 50 miligramos endovenoso cada 8 horas
- Piperacilina + tazobactam 4.5 gramos endovenoso cada 6 horas
- Vancomicina 1 gramo endovenoso cada 12 horas
- Tramadol 100 miligramos endovenoso cada 8 horas
- Dimenhidrinato 50 miligramos endovenoso cada 8 horas
- Sertralina 50 miligramos vía oral cada 24 horas
- Clonazepam 0.5 miligramos vía oral cada 24 horas
- Oxígeno

Procedimiento: Colocación de tubo de drenaje pleural

Diagnóstico Definitivo:

- Tumor maligno de pleura
- Insuficiencia Respiratoria

Condición de Egreso:

Muerte materna

CAPÍTULO IV:

DISCUSIÓN

El presente contexto clínico hace referencia a una gestante que acude al Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión con disnea y dolor torácico referida del Hospital de Ventanilla, llevando consigo una ecografía de derrame pleural, tras su hospitalización es operada de cesárea, su cuadro evoluciona de maneja tórpida tras las evaluaciones. Posteriormente los exámenes confirman la presencia del Covid 19; biopsia y tomografía computarizada evidencian también presencia de tumor maligno de pleura en estadio IV, situación que termina desencadenando la muerte materna.

El diagnóstico de cáncer de pulmón en gestantes es raro y compete un desafío clínico en el manejo y tratamiento puesto que no solo afecta gravemente la salud física y mental de los pacientes, sino también supone una carga mental y económica para la sociedad y las familias.

Con respecto a los factores de riesgo de las neoplasias malignas en el embarazo presentes en el caso clínico, se evidencia la edad de 38 años, la multiparidad, la problemática ambiental que atraviesa su distrito de residencia (Mi Perú – Ventanilla) donde existe una alta contaminación por la presencia de fábricas industriales cuyas actividades están vinculadas a la fundición de metales no ferrosos, fabricación de baterías,

producción de insumos químicos y otros. Además, cuenta con resultado positivo de prueba rápida de Covid 19.

Los estudios de investigación tomados como antecedentes respaldan el presente trabajo académico, pues los casos clínicos en su totalidad mostraron como resultado que la edad promedio a presentarse es de 20 a 40 años, con pacientes sin antecedentes patológicos y no fumadoras.

A diferencia del caso de Acosta Rojas et al. (12) al momento del diagnóstico, las gestantes presentaban antecedentes patológicos de Lupus Eritematoso y LC con reordenamiento ALK metastásico. Por su parte XinYin (19) sostiene que el aumento de la paridad, una mayor edad en el primer embarazo y una mayor duración del ciclo menstrual no es directamente proporcional sobre el riesgo de cáncer de pulmón entre las mujeres que nunca fumaron.

Referente al manejo de la tumoración maligna de pleura durante el embarazo, se evidencia tratamiento endovenoso, colocación de tubo de drenaje pleural, radiografía de tórax frontal y lateral con evidencia de derrame pleural, tomografía espiral multicorte del tórax sin y con contraste con evidencia de derrame pleural que condiciona a atelectasia pasiva, y biopsia pleural: pleura infiltrada por neoplasia maligna indiferenciada. Tal como lo indica A. Soares (11), el tratamiento de una gestante que padece de cáncer requiere manejar un equilibrio entre el

beneficio materno y el riesgo fetal, aumentando así la supervivencia de la madre y protegiendo en la medida de lo posible al feto de los efectos nocivos del tratamiento.

En el estudio de Acosta Rojas et al. (12) aproximadamente, en el 50 % de casos clínicos se evidenció derrame pleural o presencia de masa pulmonar a través de rayos x, posteriormente según estado de la paciente aplicaron quimioterapia como una de las mejores opciones de tratamiento, con seguimiento de bienestar fetal y materno. Por otro lado, se utilizó la biopsia y tomografía computarizada para confirmación de neoplasia maligna y su grado de diseminación. El potencial teratogénico de cualquier fármaco dependerá de una variedad de factores.

Por otro lado, A. Soares (11) considera que la administración de quimioterapia durante el primer trimestre de gestación puede estar asociado con un alto riesgo de abortos espontáneos y malformaciones congénitas mayores, por lo que debe considerarse la interrupción del embarazo. En el segundo y tercer trimestre se estima relativamente seguro, aunque se ha informado un aumento en el riesgo de parto prematuro y restricción del crecimiento intrauterino.

En relación a la evolución de la tumoración maligna de pleura durante el embarazo, la detección se dio en el tercer trimestre de gestación (37 semanas y 4 días), en estadio IV y con sintomatología como disnea y

dolor torácico. Las investigaciones en su mayoría al momento del diagnóstico se encuentran en estadios avanzados (III y IV) y la edad gestacional oscila entre el segundo y tercer trimestre. Al igual que el presente caso clínico, los estudios corresponden a pacientes que mostraban sintomatología diferencial del cáncer de pulmón (tos, disnea y dolor torácico) al momento de la evaluación, posteriormente presentaron síntomas de enfermedad avanzada como hemoptisis, metástasis cerebrales, dificultad respiratoria o masas pulmonares.

Con respecto al manejo clínico de la gestante con diagnóstico de tumoración maligna de pleura que culminó en muerte materna en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, se evidencia que tras la evaluación de la gestante se culminó el embarazo por cesárea a las 37 semanas, posterior a ello tras reevaluaciones, exámenes y procedimientos, la evolución tórpida de la paciente culminó en muerte materna con tiempo de supervivencia de 1 mes. Existió demora en recibir tratamiento adecuado y oportuno, pues se evidencia una demora de 9 días por espera del resultado de la biopsia y demora en las respuestas de las interconsultas por personal médico disminuido debido al Covid 19.

Mientras tanto, los estudios revisados en su mayoría muestran la culminación del embarazo a las 35 semanas con una tasa de supervivencia post parto promedio de hasta 18 meses.

En general el pronóstico de una gestante con cáncer de pulmón es malo, debido a la tardía confirmación del diagnóstico, a su vez los pacientes con neoplasias malignas son más susceptibles a la Covid-19 y a las formas graves de la enfermedad. Xiaoyan Han et al. (13) nos muestran en su estudio que a pesar de la terapia antineoplásica con Crizotinib durante el embarazo y cirugía de tórax después de la cesárea, no se obtuvieron los resultados esperados, falleciendo las puérperas a los 15 días y de 4 a 7 meses post parto.

Cabe mencionar sobre el presente caso clínico, se realizó una visita domiciliaria con la finalidad de recabar más información, allí se encontró al esposo quien refirió de manera breve que su bebé actualmente se encuentra sano y no deseaba ahondar más en el tema.

CONCLUSIONES

1. El manejo clínico de la gestante con diagnóstico de tumoración maligna de pleura que culminó en muerte materna en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, fue evaluado de forma individual, a través de una junta médica y coordinado con la paciente, se inició con procedimientos de baja dosis de radiación y de efectos negativos fetales, interconsultas (efectivizadas con demora), tratamientos y procedimientos realizados; no obstante, poco se pudo hacer ante el estado avanzado del tumor y finalizó en muerte materna.
2. Los factores de riesgo de la neoplasia maligna en el embarazo del presente caso clínico estuvieron determinados básicamente por presencia de la Covid 19.
3. El manejo de la tumoración maligna de pleura durante el embarazo en el presente caso clínico se basó en tres pilares: procedimientos (invasivos e imagenología), cirugía y tratamiento, las cuales se aplicaron en función al estadio tumoral, la edad gestacional y los criterios de operabilidad y resecabilidad.
4. La evolución de la tumoración maligna de pleura durante el embarazo en el presente caso clínico fue variable, inicialmente se mostró con sintomatología diferencial (tos, disnea y dolor torácico), posteriormente se presentaron síntomas de enfermedad avanzada como dificultad respiratoria y masas pulmonares.

RECOMENDACIONES

1. A los profesionales médicos que conforman el equipo multidisciplinario, contar con una evaluación oportuna y brindar un adecuado manejo clínico, evitando las demoras que agraven la situación del paciente más aún si está asociada a población vulnerable.
2. A las gestantes, acudir tempranamente a sus controles prenatales, reconocer los signos de alarma, practicar hábitos de vida saludable y cumplir los protocolos ante la sintomatología diferencial del Covid 19 antes, durante y después el embarazo.
3. A los médicos especialistas, actuar oportunamente y brindar un manejo anticancerígeno óptimo para tratamiento durante la gestación, manteniendo un equilibrio entre el beneficio materno y el riesgo fetal.
4. A los profesionales médicos, monitorizar a la madre gestante en cada control prenatal que permita la detección temprana de esta y otras enfermedades, una atención reenfocada durante y después del embarazo, asegurando una adecuada evolución materna y neonatal.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Mortalidad materna OMS 2019 [Internet]. [citado 2022 ago 29]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
2. UNFPA 2021 [Internet]. [citado 2022 ago 29]. Available from: <https://lac.unfpa.org/es/news/nuevo-documento-revela-que-hay-un-estancamiento-en-la-reducci%C3%B3n-de-la-mortalidad-materna-en-la>
3. OMS 2021 [Internet]. [citado 2022 ago 29]. Available from: <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-oms-lanza-nuevos-objetivos-mundiales-prevenir-mortalidad-materna-20211006103252.html>
4. Cáncer OMS 2022 [Internet]. [citado 2022 ago 29]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
5. ONU 2021 [Internet]. [citado 2022 ago 29]. Available from: <https://news.un.org/es/story/2021/02/1487492>
6. Robert L. Keith. Cáncer de pulmón (Carcinoma de Pulmón) [Internet]. Manual MSD. 2020. p. 1-12. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/hogar/trastornos-del-pulmón-y-las-vías-respiratorias/tumores-pulmonares/cáncer-de-pulmón>

7. Monleóna J., et al. Cáncer y gestación 2006. ELSEVIER [Internet]. 2006 [citado 2022 ago 29];33(3):80-92. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-cancer-gestacion-13087817>
8. Greene MF., et al. Neoplasia durante el embarazo [Internet]. 19.^a ed. McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES SA de CV, editor. Vol. 1, Harrison. Principios de Medicina Interna. ESPAÑA; 2016 [citado 2022 ago 29]. 1-9 p. Available from: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1717§ionid=114916083>
9. Benoit L., et al. Cancer during pregnancy: A review of preclinical and clinical transplacental transfer of anticancer agents. *Cancers (Basel)* [Internet]. 2021 mar 2 [citado 2022 sep 9];13(6):1-19. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8000411/>
10. Han X., et al. Three cases of lung cancer in pregnancy and literature review. *Ann Cardiothorac Surg* [Internet]. 2020 jul 1 [citado 2022 sep 9];9(4):1928-36. Available from: <https://apm.amegroups.com/article/view/46672/html>
11. Acosta Rojas A., et al. Lung Adenocarcinoma during Pregnancy: 11-Year Follow-Up. *Case Rep Oncol* [Internet]. 2020 [citado 2022 sep

- 9];13(2):892-5. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7443663/>
12. Soares A., et al. Tratamiento del cáncer de pulmón durante el embarazo. *Pulmonology* [Internet]. 2020 [citado 2022 sep 9];26(5):314-7. Available from:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2531043718300692?via%3Dihub>
13. Reyna-Villasmil E. Manejo de neoplasias malignas raras durante el embarazo. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* [Internet]. 2021 mar 9 [citado 2022 sep 9];67(1). Available from:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322021000100007
14. Serrano Arreba J., et al. Derrame pleural durante la gestación Pleural effusion during pregnancy [Internet]. Vol. 79, *Galicia Clin*. 2018 [citado 2022 sep 9]. p. 50-2. Available from:
<https://galiciaclinica.info/PDF/48/1555.pdf>
15. García Rodríguez ME., et al. El cáncer del pulmón: algunas consideraciones epidemiológicas, del diagnóstico y el tratamiento. Lung cancer: some epidemiologic, diagnoses and treatment considerations. *Rev Arch Med Camagüey* [Internet]. 2018;22(5):1-22. Available from:


http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000500781&lng=pt&nrm=iso&tlng=es

16. American Cancer Society. Cáncer de Pulmón: estadísticas [Internet]. American Cancer Society. 2019 [citado 2022 sep 9]. p. 1-14. Available from: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-pulmon/acerca/estadisticas-clave.html>
17. American Cancer Society. Cáncer de Pulmón: causas, riesgos y prevención [Internet]. American Cancer Society. 2019 [citado 2022 sep 9]. p. 1-13. Available from: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-pulmon/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html>
18. Jiménez García IE. Revisión del manejo nutricional en pacientes con cáncer de pulmón. NPunto [Internet]. 2019 [citado 2022 sep 9];1-20. Available from: <https://www.npunto.es/revista/21/manejo-nutricional-en-pacientes-con-cancer-de-pulmon>
19. Yin X., et al. Reproductive factors and lung cancer risk: A comprehensive systematic review and meta-analysis. BMC Public Health [Internet]. 2020 sep 25 [citado 2022 sep 9];20(1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7519481/>
20. Zhuang W., et al. Pregnancy-associated lung cancer: A clinical and scientific challenge more than treatment dilemma [Internet]. Vol. 13,

Journal of Thoracic Disease. AME Publishing Company; 2021 [citado 2022 sep 9]. p. 5572-4. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8482339/>

21. Real Academia Nacional de Medicina de España. Diccionario de Términos Médicos. 2012. Vol 1. Available from: https://dtme.ranm.es/buscador.aspx?NIVEL_BUS=3&LEMA_BUS
22. Clínica Universidad de Navarra. Diccionario Médico. 2022. Available from: <https://www.cun.es/diccionario-medico>
23. Diccionario Médico Roche. 1º ed. España: Ediciones Doyma; 1993
24. Archivo del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión

ANEXOS



Usuario: = significa ALERTA **No. HC**
 = requiere seguimiento continuo

Apellidos y nombres:

Establ. P.S. MI PERU Tipo Seguro: ESSALUD PRIVADO Código Afiliación Seguro Seguro

DNI: Ocupación AMA DE CASA Edad 39 < 15 > 35

Dirección Localidad Cod. Estudios Analfabet Primaria Secundari Superior Superior No Alfabet 5

Departament Callao Provincia Callao Estado Casada Convivient Soltera Otro Padre

Districto: Mi Peru Teléfono: Correo electrónico:

Antecedentes Obstétricos

Gestaciones: 3 (0+3) Abortos: 0 Partos: 3 (0+3) RN mayor: 3200 g

Vaginales: 3 Cesareas: 0 Nacidos vivos: 3 (0) Nacidos muertos: 0 (0) Muerto 1ra Semana: 0 (0) Después 1ra semana: 0 (0) Viven: 3

Gestación anterior

Fecha 12/09/2012

Terminación: Parto Cesareas Aborto Ectópico Aborto Molar No Aplica

Si fue aborto: Incompleto Completo Fruto/Retro Sécipico No Aplica

Lactancia Materna: No hubo < 6 meses 6 meses o mas No Aplica

Lugar del parto: EESS Domicilio

Captada: Si No Referida a ag Comuni: Si No

Antecedentes Familiares

Ninguno Malaria Alergias Hipertensión Arterial Enf. Hipertens Hipodisidémico Epilepsia Neoplasias Diabetes TBC Pulmonar Enferm. Otros Emb. Múltiple

Antecedentes Personales

Ninguno Eclampsia Aborto habitual/recurrente Enferm Congénitas Alcoholismo Enferm Alergia a medicamentos Epilepsia Hemorragia postparto Violencia Hipertensión arterial Asma Bronquial Cocaina Cardiopatía Infertilidad Cirugía Peli-Uterina Neoplasias Diabetes

Vac Previas

Rubéola Sí No Hepatitis B Sí No Papiloma Virus Sí No Fiebre Amarilla Sí No Otros

Peso y talla

Peso habitual: 65.0 Talla: 138.0 IMC: 34.13

Antitética

N Dosis Previa 0 Dosis 1ra 2da 3da 4da 5da 6da 7da 8da 9da 10da

Tipo de Sangre

Grupo A B AB O Rh: Rh(+) Rh(-)

Fuma

Sí No

Fecha Última Menstruación

FUM: 15/07/2020 Duda: Sí No EG (Ecografía) 12 2/7 Fecha: 08/08/2020 Fecha probable de parto: 18/02/2021

Hospitalización

Hospitalización: Sí No Fecha: Diagnósticos: CIE 10:

Emergencia

Emergencia: Sí No Fecha: Diagnósticos: CIE 10:

Violencia / género

Detección de Violencia: Sí No Violencia: Sí No Fecha: 21/11/2020

Exámenes de laboratorio

Examen	Resultado	Fecha
Hemoglobina 1	11.4	21/11/2020
Hemoglobina 2		
Hemoglobina 3		
Hemoglobina 4		
Hemoglobina 5		
Hemoglobina Alta		
Glicemia 1		
Glicemia 2		
Tolerancia Glucosa		
VDLRRPR 1		
VDLRRPR 2		
FTA Abn		
TPHA		
Prueba Ráp Sífilis		
VIH Prueba Ráp 1		
VIH Prueba Ráp 2		
ELISA		

Examen Físico

Clinico: Sin Examen Normal Patológico Mamas: Sin Examen Normal Patológico Cuello uterino: Sin Examen Normal Patológico Pelvis: Sin Examen Normal Patológico Odont: Sin Examen Normal Patológico

Exámenes de laboratorio (Continuación)

Examen	Resultado	Fecha
IFI / Western Blot		
HTLV I		
TORCH		
Gota Gruesa		
Malaria Prueba		
Fluoresc. Malaria		
Ex. Com. Orina		
Ex. Com. Orina 2		
Leucocituria		
Nitritos		
Urocultivos		
BK en Espazo		
Listeria		
Tamizaje Hepatitis B		
PAP		
IVA		
Colposcopia		

Fig. 1 Carné Perinatal

INDICADOR PRENATAL	ATENCIÓN 1	ATENCIÓN 2	ATENCIÓN 3	ATENCIÓN 4	ATENCIÓN 5	ATENCIÓN 6	ATENCIÓN 7	ATENCIÓN 8	ATENCIÓN 9
Fecha y hora de atención	21/11/2020	21/12/2020	04/01/2021	18/01/2021	25/01/2021	01/02/2021			
Edad Gest (semanas)	27 2/7 x ECO	31 4/7 x ECO	33 4/7 x ECO	35 4/7 x ECO	36 4/7 x ECO	37 4/7 x ECO			
Peso madre(kg)	75.0	74.5	74.3	75.9	76.6	74.9			
Temperatura(°C)	36.8	36.0	36.0	36.0	36.0	36.0			
Presión arterial(mmHg)	90/60	100/60	120/60	90/60	90/60	90/70			
Pulso madre(bat por min)	80	78	78	78	78	78			
Altera saturación	27	33	34	37	36	38			
Situación(TNA)	L	L	L	L	L	L			
Presentación(CPNA)	C	C	C	C	C	C			
Posición(DINA)	D	D	I	I	D	D			
F.C.Fija por minuto	148	148	145	145	146	146			
No. Fetal(++++)(BHN)	++	++	++	++	++	++			
Palpata									
Edema(+)(+++)(SE)	00	00	+	00	00	00			
Map. Contraindicaciones (++++)(SE)	++								
Avance de Peso (Formado, No Formado, No Empezó)	FORMADO	FORMADO	FORMADO	FORMADO	FORMADO	FORMADO			
Ind. Fetal, Falso (según el tipo de Uter)	30	15	15	7	7	7			
Ind. Cefalopelví (según el tipo de Uter)									
Ind. Ac. Fetal									
Edad de la Gestante (semanas de gestación)	27 2/7	31 4/7	33 4/7	35 4/7	36 4/7	37 4/7			
Clínica (gesta)	21/12/2020	4/1/2021	18/1/2021	25/1/2021	1/2/2021	8/2/2021			
Ind. Contraindicaciones (BHN)									
Ind. Falso (según el tipo de Uter)									
Estado de la atención	P.S. MI PERU	P.S. MI PERU	P.S. MI PERU	P.S. MI PERU	P.S. MI PERU	P.S. MI PERU			
Responsable de la atención									
No Formado SG									

L=Longitud T=Transversa O=Océlica P=Pélvica D=Dorsal I=Ingenital SE=Sin Movimiento SF=Sin Edema NH=No Aplica ND=No Se Hizo

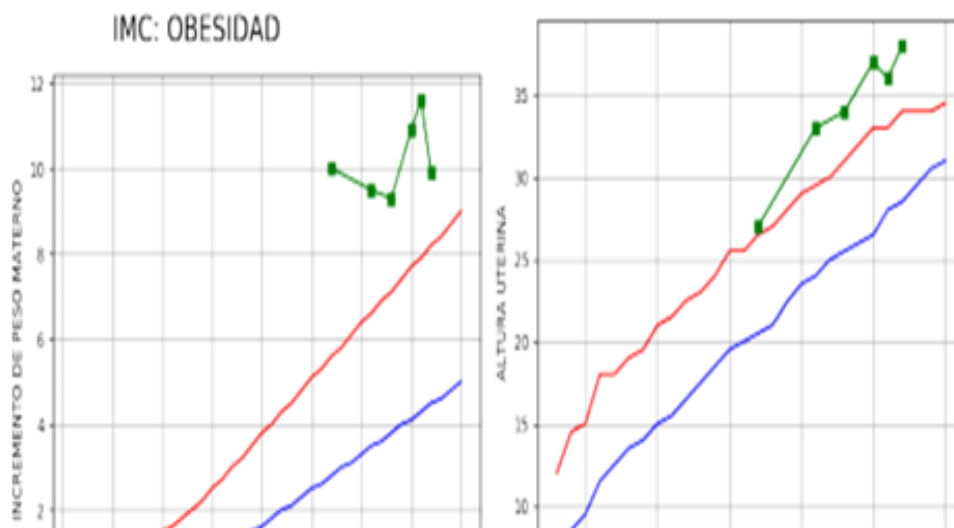


Fig. 2 Carné Perinatal

SEDIMEDIC
SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO Y ANATOMIA PATOLOGICA

INFORME DE RESULTADOS PRUEBA RAPIDA COVID-19

SERVICIOS INTEGRALES SOSA SAC.
CODIGO RENAES: 8002
NUMERO DE REGISTRO SISCOVID-INS-MINSA SG-20039505001


D.N.I	[REDACTED]
PACIENTE	[REDACTED]
INDICACION	984 RS
FECHA	01 - 02 - 2021

Método	INMUNOCROMATOGRAFIA DE DISTRIBUCION LATERAL
Muestra	SUERO

IgM:	NEGATIVO
IgG:	NEGATIVO
CONCLUSIÓN	NO REACTIVO

DR. VICTOR F. SAN MARTIN CHIPOCO
PATÓLOGO CLÍNICO
CMP: 22836 RNE:11511

Fig. 3 Prueba Rápida Covid 19 No Reactiva

 **Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión**

Nombre: [REDACTED]
Documento: [REDACTED]
Fecha Nacimiento: [REDACTED] Edad: 38 años
Fecha Realización: 02-02-2021 22:02 Entidad: SIS
Número de Estudio: HDAC162589 Historia Clínica: [REDACTED]
Estudio: ECOGRAFIA DE TORAX OPACIDADES PULMONARES Y COLECC. LIQUIDAS

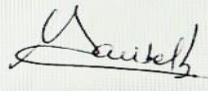
Obturacion del seno costofrenico derecho por la presencia de liquido libre en volumen aproximado de 300cc, no se observa tabiques.

CONCLUSION

- EFUSION PLEURAL DERECHA EAD

Se sugiere control si el cuadro clinico lo amerita

* Imágenes en RIS-PACS de HNDAC



Informe firmado electrónicamente por:
DRA. MARIBEL LEYVA RUIZ
MEDICO RADIOLOGO
CMP 29060 RNE 13973
Fecha y hora de firma: 02-02-2021 22:55

Fig. 4 Informe de Ecografía de Tórax con evidencia de efusión pleural derecha

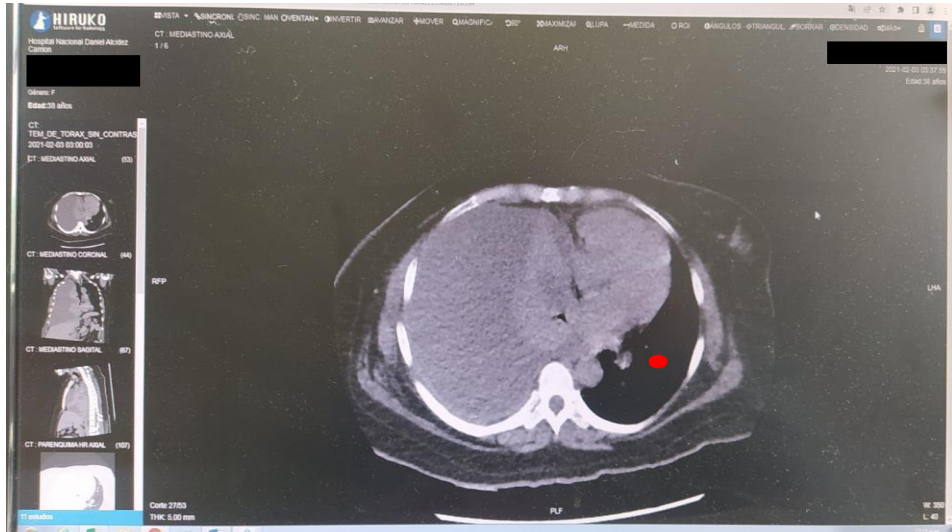


Fig. 5 Tomografía Espiral Multicorte de Tórax sin contraste en Mediastino Axial muestra Atelectasia Pasiva en lado derecho

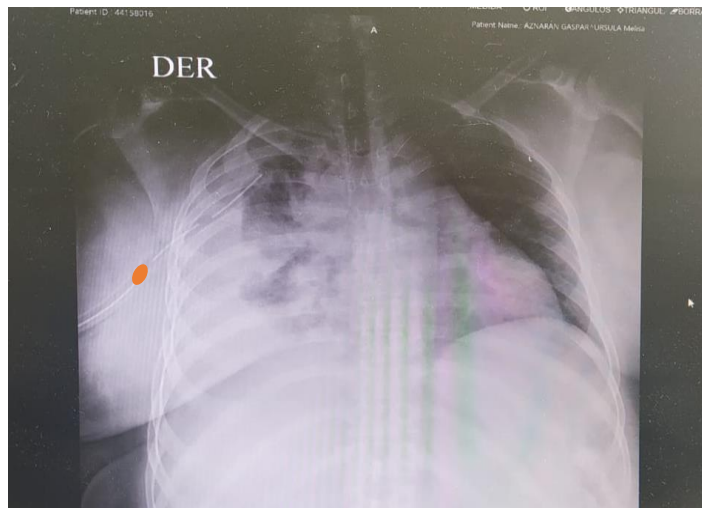


Fig. 6 Rayos X de tórax frontal: se evidencia tubo de drenaje pleural derecho



Fig. 7 Informe de Rayos X de Tórax con evidencia de efusión pleural derecha y tubo de drenaje

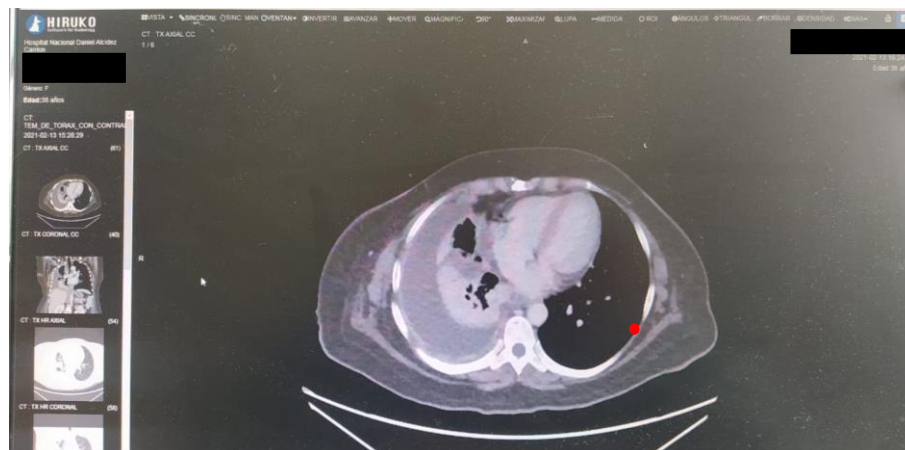


Fig. 8 Tomografía Espiral Multicorte de Tórax con contraste en Mediastino Axial muestra Atelectasia Pasiva en lado derecho

80063 - PERFIL DE COAGULACION (TC Y S PLAQ T PROT TROMBOPLASTINA TROMBINA FIBRI)

Realiza la prueba:	LOPEZ ALANYA GLORIA	Grupo	Item	Valor Numero	Valor Texto	Valor Combo	Valor Check	Valor Referencial	Metodo
Fecha Prueba:	2021-02-02 01:59:09.000		Tiempo de Prot	0.000	12.5			12.5 - 15.5	Segundos
Medico Solicitante:	CM. 888883 EMERGENCIA MEDICINA, MEDIC		TP Concentraci	0.000	112			80 - 120	%
			INR	0.000	0.93			0.90 - 1.1	
				0.000					Pool de plas
			Tiempo de Tron	0.000	48.1			27 - 40	Segundos
			Tiempo de Tron	0.000	14.9			14 - 21	Segundos
			Fibrinogeno	0.000	886			200 - 400	mg/dl
			Recuento de Pl	392.000				150 - 450	10-3 / MM3
				0.000					
			Tiempo de sang	0.000					
			Tiempo de coag	0.000					
				0.000					
			Retraccion de C	0.000					
				0.000					
				0.000					

Fig. 9 Perfil de coagulación con evidencia de fibrinógeno alterado 886mg/dl y tiempo de trombina 48.1 segundos

80076 - PERFIL HEPATICO (TGO,TGP,GGTP,BBILIRRUBINA TOTAL Y FRACCIONADAS,PROTEINAS T Y F)

Realiza la prueba:	LOPEZ ALANYA GLORIA	Grupo	Item	Valor Numero	Valor Texto	Valor Combo	Valor Check	Valor Referencial	Metodo
Fecha Prueba:	2021-02-02 01:59:09.000		Bilirrubina total	0.420				1.0 - 1.2	MG/DL
Medico Solicitante:	CM. 888883 EMERGENCIA MEDICINA, MEDIC		Bilirrubina direr	0.250				Hasta 0.3	MG/DL
			Bilirrubina indir	0.170					MG/DL
			TGO	59.000				<= 25	U/L
			TGP	31.000				<= 43	U/L
			Fosfatasa alcali	304.000				Adulto: 40 -	U/L
				0.000				12-15 Años	U/L
				0.000				< 12 Años	< U/L
			Gama glutami	30.000				HOMBRES	U/L
				0.000				MUJERES	U/L
			Proteinas Totale	7.000				6.2 - 8.2	U/L
			Albumina	3.000				3.5 - 5.0	MG/DL
			Globulina	4.000					
				0.000					
				0.000					

Fig. 10 Perfil hepático con evidencia de TGO 59 U/L

85027 - HEMOGRAMA DE SHILLING (COMPLETO)

Realiza la prueba: LOPEZ ALANYA GLORIA
 Fecha Prueba: 2021-02-02 01:59:09.000
 Médico Solicitante: CM 888883 EMERGENCIA MEDICINA, MEDIC

Grupo	Item	Valor Numero	Valor Texto	Valor Combo	Valor Check	Valor Referencial	Metodo
	Leucocitos	8.640				5.0 - 10.0	10 ³ /uL
	Neutrofilos #	0.000				1.8 - 7.0	10 ³ /uL
	Linfocitos #	0.000				1.5 - 4.0	10 ³ /uL
	Monocitos #	0.000				0.2 - 0.8	10 ³ /uL
	Eosinofilos #	0.000				0.05 - 0.50	10 ³ /uL
	Basofilos #	0.000				0.00 - 0.10	10 ³ /uL
	Neutrofilos Aba	0.000				0.0 - 5.0	%
	Neutrofilos Seg	75.700				50.0 - 70.0	%
	Linfocitos %	18.400				20.0 - 40.0	%
	Monocitos %	5.800				2.0 - 8.0	%
	Eosinofilos %	0.100				0.5 - 5.0	%
	Basofilos %	0.000				0.0 - 1.0	%
	Granulocitos In	0.000				0.00 - 0.00	10 ³ /uL
	Granulocitos In	0.000				0.00 - 0.00	%
	Recuento de H	4.450				M 4.20 - 5.5	10 ⁶ /uL
	Hemoglobina	13.300				12.0 - 16.0	g/dL
	Hematocrito	41.300				36.0 - 48.0	%
	MCV	0.000				80.0 - 100.0	fL
	MCH	0.000				27.0 - 32.0	pg
	MCHC	0.000				32.0 - 36.0	g/dL
	RDW-CV	0.000				11.0 - 15.0	%
	RDW-SD	0.000				35.0 - 56.0	fL
	Plaquetas	392.000				150 - 450	10 ³ /uL
	MPV	0.000				6.5 - 12.0	fL
	PDW	0.000				15.0 - 17.0	%
	PCT	0.000				0.108 - 0.21	%
	Reticulocitos #	0.000				0.0200 - 0.0	%
	Reticulocitos %	0.000				0.5 - 1.5	%
	IRF	0.000				0.0 - 25.0	%
	LFR	0.000				80.0 - 100.0	%
	HFR	0.000				0.0 - 5.0	%
	Observaciones	0.000					

Datos Paciente
 Numero Historia:
 Paciente:
 Fecha Nacimiento:
 Sexo:
 Edad:

Fig. 11 Hemograma de Shilling con evidencia de Neutrófilos segmentados alterados 75.7, Linfocitos: 18.4%

86140 - PROTEINA C REACTIVA

Realiza la prueba: LOPEZ ALANYA GLORIA
 Fecha Prueba: 2021-02-02 01:59:09.000
 Médico Solicitante: CM 888883 EMERGENCIA MEDICINA, MEDIC

Grupo	Item	Valor Numero	Valor Texto	Valor Combo	Valor Check	Valor Referencial	Metodo
ANALI	Proteina C Rea	0.000	8.21			0.0 - 5.0	MG/L

Datos Paciente
 Numero Historia:
 Paciente:
 Fecha Nacimiento:
 Sexo:
 Edad:

Fig. 12 Proteína C Reactiva alterada 8.21 mg/dl

89053 - CITOQUIMICO LIQUIDO PLEURAL

Realiza la prueba: LOPEZ ROJAS MARTIN EDWARD

Fecha Prueba: 2021-02-03 02:48:52.000

Medico Solicitante: CM. 888983 EMERGENCIA MEDICINA MEDIC

Grupo	Item	Valor Numero	Valor Texto	Valor Combo	Valor Check	Valor Referencial	Metodo
	60 min	0.000	COLOR AMARILLO				
	Aspecto	0.000	TURBIO				/MM3
	Densidad	0.000	-				%
	PH(T)	0.000	-				%
	Coagulo	0.000	PRESENTE				%
	Glucosa	0.000	70				
	Proteinas	0.000	4.6				MG/DL
	Albumina	0.000	2.3				GR/DL
	Rivalta	0.000					GR/DL
	Celulas	0.000	1117				GR/DL
	Hemates	0.000	3840				GR/DL
	Recto Celular	0.000					
	Linfocitos	0.000	98				
	PMN	0.000	02				
	Otros	0.000					

Fig. 13 Citoquímico Líquido Pleural con evidencia de coágulos y hemátíes

80063 - PERFIL DE COAGULACION (TC Y S PLAQ T PROT TROMBOPLASTINA TROMBINA FIBRI)

Realiza la prueba: CHAVEZ BONIFAZ MARIELLA LOURDES

Fecha Prueba: 2021-03-03 11:39:34.000

Medico Solicitante: CM. 55222 MARREROS LLOCLLA, JUAN JESU

Grupo	Item	Valor Numero	Valor Texto	Valor Combo	Valor Check	Valor Referencial	Metodo
	Tiempo de Prot	0.000	18.4				Segundo
	TP Concentrac	0.000	62			12.5 - 15.5	Segundo
	INR	0.000	1.40			80 - 120	%
		0.000				0.90 - 1.1	
		0.000					Pool de plas
	Tiempo de Tron	0.000	47.1			27 - 40	Segundo
	Tiempo de Tron	0.000	15.9			14 - 21	Segundo
	Fibrinogeno	0.000	777			200 - 400	mg/dl
	Recuento de Pl	0.000				150 - 450	10 ³ / MM
		0.000					
	Tiempo de sanc	0.000					
	Tiempo de coac	0.000					
		0.000					
	Retraccion de C	0.000					
		0.000					
		0.000					

Fig. 14 Perfil de coagulación con evidencia de fibrinógeno alterado 777mg/dl, tiempo de protombina 18.4 segundos y tiempo de trombina 47.1 segundos

85027 - HEMOGRAMA DE SHILLING (COMPLETO)

Realiza la prueba: CHAVEZ BONIFAZ MARIELLA LOURDES

Fecha Prueba: 2021-03-03 11:30:25.000

Medico Solicitante: CM. 55222 MARREROS LLOCLLA, JUAN JESU

Leucocitos	8.190	5.0-10.0	10 ³ /uL
Neutrofilos #	7.150	1.8-7.0	10 ³ /uL
Linfocitos #	0.700	1.5-4.0	10 ³ /uL
Monocitos #	0.310	0.2-0.8	10 ³ /uL
Eosinofilos #	0.030	0.05-0.5	10 ³ /uL
Basófilos #	0.000	0.00-0.1	10 ³ /uL
Neutrofilos Aba	0.000	0.0-5.0	%
Neutrofilos Seg	87.300	50.0-70.0	%
Linfocitos %	8.600	20.0-40.0	%
Monocitos %	3.800	2.0-8.0	%
Eosinofilos %	0.300	0.5-5.0	%
Basófilos %	0.000	0.0-1.0	%
Granulocitos In	0.080	0.00-0.0	10 ³ /uL
Granulocitos In	0.000	0.00-0.0	%
Recuento de H	3.680	M. 4.20-5.5	10 ⁶ /uL
Hemoglobina	10.300	12.0-16.0	g/dL
Hematocrito	33.000	36.0-48.0	%
MCV	89.700	80.0-100.0	fL
MCH	28.100	27.0-32.0	pg
MCHC	31.300	32.0-36.0	g/dL
RDW-CV	13.700	11.0-15.0	%
RDW-SD	44.900	35.0-56.0	fL
Plaquetas	515.000	150-450	10 ³ /uL
MPV	8.900	6.5-12.0	fL

Fig. 15 Hemograma de Shilling con evidencia de Hemoglobina 10.3 mg/dl y Plaquetas 515 000

05027 - HEMOGRAMA DE SHILLING (COMPLETO)

Realiza la prueba: CHAVEZ BONIFAZ MARIELLA LOURDES
 Fecha Prueba: 2021-02-08 11:59:34.000
 Medico Solicitante: CM 55222 MARREROS LLOCLLA, JUAN JESL

Datos Paciente:
 Numero Historia: [Redacted]
 Paciente: [Redacted]
 Fecha Nacimiento: [Redacted]
 Sexo: [Redacted]
 Edad: [Redacted]

Leucocitos	8 670	5.0-10.0	10 ³ /uL
Neutrofilos #	6 690	1.8-7.0	10 ³ /uL
Linfocitos #	1 200	1.5-4.0	10 ³ /uL
Monocitos #	0 450	0.2-0.8	10 ³ /uL
Eosinofilos #	0 030	0.05-0.50	10 ³ /uL
Basófilos #	0 000	0.00-0.10	10 ³ /uL
Neutrofilos Aba	0 000	0.0-5.0	%
Neutrofilos Seg	79 900	50.0-70.0	%
Linfocitos %	14.300	20.0-40.0	%
Monocitos %	5.400	2.0-8.0	%
Eosinofilos %	0.400	0.5-5.0	%
Basofilos %	0.000	0.0-1.0	%
Granulocitos In	0 030	0.00-0.00	10 ³ /uL
Granulocitos In	0 300	0.00-0.00	%
Recuento de Ht	3 540	M 4.20-5.5	10 ⁶ /uL
Hemoglobina	10 300	12.0-16	Cg/dL
Hematocrito	32.600	36.0-48	C%
MCV	92.000	80.0-100	fL
MCH	29.200	27.0-32	Cpg
MCHC	31.700	32.0-36	Cg/dL
RDW-CV	13.000	11.0-15.0	%
RDW-SD	43.300	35.0-56.0	fL
Plaquetas	541 000	150-450	10 ³ /uL
MPV	8.600	6.5-12.0	fL

Fig. 16 Hemograma de Shilling con evidencia de Plaquetas de 541 000

09053 - CITOQUIMICO LIQUIDO PLEURAL

Realiza la prueba: DIESTRA VILCA PATRICIA YOLANDA
 Fecha Prueba: 2021-02-18 14:22:25.000
 Medico Solicitante: CM 888803 EMERGENCIA MEDICINA, MEDICO

Datos Paciente:
 Numero Historia: [Redacted]
 Paciente: [Redacted]
 Fecha Nacimiento: [Redacted]
 Sexo: [Redacted]
 Edad: [Redacted]

Grupo	Item	Valor Numero	Valor Texto	Valor Combo	Valor Check	Valor Referencial	Metodo
	60 min	0.000	LIQ PLEURAL				
	Aspecto	0.000	ROJO/TURBIO				/MM3
	Densidad	0.000					%
	PH(T)	0.000					%
	Coagulo	0.000	PRESENTE				%
	Glucosa	0.000	19				
	Proteinas	0.000	3.2				MG/DL
	Albumina	0.000	1.7				GR/DL
	Rivalta	0.000					GR/DL
	Celulas	0.000	27				GR/DL
	Hematias	0.000	255660				GR/DL
	Recto_Celular	0.000					
	Linfocitos	0.000	LMN 30				
	PMN	0.000	PMN 70				
	Otros	0.000					

Fig. 17 Citoquímico Líquido Pleural con evidencia de coágulos y hematíes

HOJA AUTOMATIZADA DE EPICRISIS

Oficina de Estadística e Informática
P: 1.2

Código del Establecimiento: 0702101 Dirección del Tratamiento: Máx de 24 hrs.
Historia Clínica: Máx de 24 hrs.

1. FECHA Y HORA DE INGRESO: 03/03/21 4. SERVICIO/ESPECIALIDAD: Oncología 5. DIAGNOSTICOS DE INGRESO: 1. Tumor pleural

2. VÍA DE ADMISIÓN: 3. N.º DE CAMA: 6. REFERIDO DE:

Nota: Anotar los datos más importantes. # Caso No 3/21

Anamnesis: Paciente post operado de cesárea, presenta efusión pleural derecha masiva. Se colocó tubo de drenaje pleural. Biopsia de pleura. Neoplasia maligna indeterminada (18/2/21).

Examen Clínico (Anotar solo los datos positivos):
NU abdominal. RT derecho. Tubo de drenaje, secreción hemática.

Examen Auxiliares (Anotar solo los datos positivos):
Hb 11.2 leucocitos 8.74 Neutrofilos 70.8 plaquetas 599000
Proteínas 4.2/20. S.7 Albumina 2.4.
Examen de orina líquido UH ± 30cc en ampulitas brenco (2/2/21)

Evolución: El 26/2/21 es evaluado por Oncología médica, se decide completar hemograma por
el 03/3/21 para a cargo de oncología médica.
El 4/3/21 presenta aumento de disnea, por evolución torpida.
falla el 04/3/21 a las 6.21.

Tratamiento Recibido durante la hospitalización

Nombre Genérico	Dosis	Vía de administración	Frecuencia	Días de Tto.
Ranitidina	50mg	EV	q8h	10
Piperacilina Tozobact	4.5g	EV	q6h	12
Clonidina	1g	EV	q12h	10 d
Famudol	100mg	EV	q8h	10d
Dimetildesmetil	50mg	EV	q8h	10d
Sorbitolona	50mg	VO	q24h	30
Conozepam	0.5mg	VO	q24h	30
Oxigenio				

7. TRANSFERIDO AL SERVICIO/ESPECIALIDAD 1: 0702101 8. FECHA: 03/03/21 9. TRANSFERIDO AL SERVICIO/ESPECIALIDAD 2: 0702101 10. FECHA: 03/03/21

11. APELLIDO PATERNO: [REDACTED] 12. APELLIDO MATERNO: [REDACTED] 13. NOMBRES: [REDACTED] 14. EDAD: 38 15. SEXO: F

16. SERVICIO/ESPECIALIDAD: Oncología médica

Fig. 18 Epicrisis

11. Procedimientos Terapéuticos y Diagnósticos Realizados (Anotar en orden de importancia)

1	Colocación de tubo de drenaje pleural	CPT99
2		
3		
4		

Datos del episodio del Servicio

12. FECHA Y HORA DE EGRESO: 26/10/2014 13:00

13. ESTADIA TOTAL: 14. TIPO DE ALTA: Alta por indicación médica Fuja
Alta voluntaria o contra indicación médica Referencia

15. Condición al alta (Marcar con un aspa o cruz):
curado Mejorado Inalterado Fallecido

16. En caso de referencia indicar Establecimiento de destino:

16. Diagnostico Principal: 1. Tumor maligno de la pleura CIE 10 C31.8

19. Diagnostico Secundarios: 2. Insuficiencia respiratoria J96

3.

Información sobre Mortalidad

20. Se realizó necropsia? (Marcar con un aspa o cruz) si No

21. Indicar las causas de muerte:

Causa fina: Insuficiencia Respiratoria CIE 10 J96

Causa Intermedia: Tumor maligno de la pleura CIE 10 C31.8

Causa Básica:

Información sobre Nacimiento y Muerte Fetal/Perinatal

Información del Nacimiento (Marcar aspa o cruz la condición y sexo)	22. Condición		23. Sexo		24. Peso Gramos	25. Talla Cm.	27. Fecha de Nacimiento		
	Vivo	Muerto	M	F			Año	Mes	Día
Primero / Único									
Segundo									
Tercero									

Muerte Fetal / Perinatal

26. Causa Materna

1. CIE 10

2. CIE 10

Nathaly Poma Nieto
Ginecóloga Médica

Fig. 19 Epicrisis