

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia

**INSUFICIENCIA RESPIRATORIA EN GESTANTE DEL III TRIMESTRE
EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA
DE AREQUIPA - 2023**

TRABAJO ACADÉMICO

Presentado por:

Lic. Obst. Hilda Rebeca Soto Cayra

Lic. Obst. Sheila Ivette Montoya Fernández

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en
Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas

TACNA – PERÚ

2025

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA EN GESTANTE DEL III TRIMESTRE
EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA DE AREQUIPA - 2023

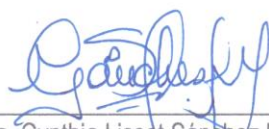
TRABAJO ACADÉMICO

Presentada por:

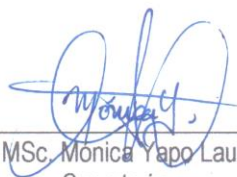
Lic. Obst. Hilda Rebeca Soto Cayra
Lic. Obst. Sheila Ivette Montoya Fernandez

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en:
Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas

Aprobadas por **unanimidad** ante el siguiente jurado:



Mtra. Cynthia Lisset Sánchez Montánchez
Presidenta



MSc. Monica Yapo Laura
Secretaria



Mg. Yubitza Del Lourdes Pérez Aguilar
Vocal



Mg. Yubitza Del Lourdes Pérez Aguilar
Asesora



CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, **Mg. Yubitza Del Lourdes Pérez Aguilar**, en mi condición de asesora acreditada con Resolución de Facultad N° 164-2024-SEP/FACS-UNJBG del 30 de setiembre de 2024, de la Trabajo Académico titulado: **INSUFICIENCIA RESPIRATORIA EN GESTANTE DEL III TRIMESTRE EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA DE AREQUIPA - 2023**, presentado por la Lic. Obst. Hilda Rebeca Soto Cayra y la Lic. Obst. Sheila Ivette Montoya Fernandez. Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas.

Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y similitud de trabajos de investigación y producción intelectual de la UNJBG; considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud textual TURNITIN, cuenta con el nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es 8 %. Por lo que CERTIFICO LA SIMILARIDAD del Trabajo Académico enunciado líneas arriba, la cual está expedita para continuar con los trámites para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas, según corresponda para su publicación en el Repositorio Institucional.

Tacna, 23 de mayo de 2025.

FIRMA ASESORA
Nombres y Apellidos: Yubitza Del Lourdes Pérez Aguilar
DNI: 41196108



Huella dactilar

FIRMA AUTORA
Nombres y Apellidos: Hilda Rebeca Soto Cayra



Huella dactilar

FIRMA AUTORA
Nombres y Apellidos: Sheila Ivette Montoya Fernandez



Huella dactilar

AGRADECIMIENTO

Quisiéramos expresar nuestro profundo agradecimiento a Dios, a nuestra asesora de tesis Magister Yubitza Del Lourdes Pérez Aguilar, por su comprensión, paciencia y experiencia la cual contribuyó en nuestra investigación, su guía constante hizo posible esta meta, así mismo expresar mi gratitud a las autoridades y docentes de la Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a Dios por brindarme existencia, a mi madre que del cielo me cuida y en la tierra mi padre, a mi compañero de vida que con sus sabios consejos me supo guiar y llegar en donde me encuentro, a mis hermanas a quienes amo y siempre fueron un soporte para mi vida y sin todas mis personas especiales esta meta no habría sido posible (HRSC).

El presente trabajo va dedicada a mi madre, que siempre me apoyo para completar mis metas, a mi padre que día a día me apoya me orienta y a mi hijo que es mi soporte para salir adelante, ya que ellos son mi razón para seguir adelante (SIMF).

ÍNDICE

RESUMEN.....	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	01
CAPÍTULO I	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	02
1.1. Descripción del problema	02
1.2. Formulación del problema	03
1.3. Justificación	03
1.4. Objetivo.....	05
1.4.1. Objetivo General	05
1.4.2. Objetivos Específicos	05
CAPÍTULO II	
MARCO CONCEPTUAL.....	06
2.1.1. Definición.....	06
2.1.2. Fisiología	06
2.1.3. Causas	09
2.1.4. Clasificación	10
2.1.5. Incidencia	14
2.1.6. Clínica	15
2.1.7. Signos y síntomas	15
2.1.8. Factores de riesgo.....	16
2.1.9. Fisiopatología	17
2.1.10. Diagnóstico	19
2.1.11. Complicaciones	21
2.1.12. Tratamiento	21
CAPÍTULO III	
MARCO METODOLÓGICO	24

3.1. Historia clínica.....	24
3.1.1. Anamnesis.....	24
3.1.2. Enfermedad actual	25
3.1.3. Antecedentes	25
3.2. Examen físico	26
3.2.1. Examen físico general.....	26
3.2.2. Examen físico Gineco-obstétrico.....	26
3.3. Impresión diagnóstica	27
3.4. Tratamiento y evolución	28
CAPÍTULO IV	
DISCUSIÓN	38
CONCLUSIONES.....	41
RECOMENDACIONES	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
ANEXOS.....	46

RESUMEN

El **objetivo** del presente fue analizar el caso clínico de Insuficiencia Respiratoria en gestante del III trimestre en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, 2023. La metodología empleada del presente caso clínico fue el análisis y revisión de la historia clínica. **Resultados:** paciente gestante de 36 semanas 1 día de gestación es referida de un Centro de Salud Ciudad de Dios I-3 e ingresa por emergencia por presentar cefalea, odinofagia, tos productiva, disnea con acompañamiento de desvanecimiento, taquicárdica, polipneica e hipoxémica, con frecuencia cardíaca fetal de 130 por minuto con diagnóstico: Gestación de 36 semanas 1 día por biometría fetal actual, Gran multigesta múltipara, Insuficiencia respiratoria aguda, Sepsis de foco respiratorio, Anhidramnios, paciente no contaba con controles prenatales; la cual es derivada a Trauma Shock concurrendo con el diagnóstico de Insuficiencia respiratoria aguda (IRA) D/C derrame pleural, D/C trombo embolismo pulmonar, D/C neumonía adquirida en la comunidad (NAC), paciente con máscara de reservorio con oxígeno, se le coloca sonda vesical y se realiza interconsultas correspondientes. Se tramita 2 paquetes globulares, se le administra noradrenalina y se canaliza vía periférica y recibe el tratamiento correspondiente y es trasladada a sala de operaciones para Cesárea de emergencia por IRA en donde se le realiza a su vez una Histerectomía subtotal. Paciente en su post operatorio inmediato de Cesárea Segmentaria + histerectomía subtotal inestable hace paro cardíaco, se activa Clave Cero (CLAVE O) se estabiliza, por tercera vez hace PARO cardíaco se realiza reanimación básica y avanzada pese a ello se declara fallecimiento a las 21:47 horas. **Conclusión:** la Insuficiencia Respiratoria es una complicación severa y altamente mortal de la gestación por lo cual se determina deceso de paciente por informe anatomopatológico.

Palabras clave: Insuficiencia respiratoria, shock trauma, hipoxemia, muerte materna, gestación.

ABSTRACT

The objective of this was to analyze the clinical case of Respiratory Failure in a pregnant woman in the third trimester at the Honorio Delgado Espinoza Regional Hospital in Arequipa, 2023. The methodology used in this clinical case was the analysis and review of the medical history. Results: A pregnant patient of 36 weeks 1 day of gestation is referred from a Ciudad de Dios I-3 Health Center and admitted as an emergency due to headache, odynophagia, productive cough, dyspnea accompanied by fainting, tachycardic, polypneic and hypoxemic, with a fetal heart rate of 130 per minute with a diagnosis: Gestation of 36 weeks 1 day by current fetal biometry, Grand multiparous multigestation, Acute respiratory failure, Respiratory focus sepsis, Anhydramnios, patient did not have prenatal controls; which is referred to Trauma Shock concurring with the diagnosis of Acute Respiratory Failure (ARF) D/C pleural effusion, D/C pulmonary thromboembolism, D/C community-acquired pneumonia (CAP), patient with a reservoir mask with oxygen, a urinary catheter is placed and corresponding interconsultations are made. 2 globular packs are processed, norepinephrine is administered and a peripheral line is cannulated and receives the corresponding treatment and is transferred to the operating room for emergency Cesarean section due to ARF where a subtotal hysterectomy is also performed. Patient in her immediate postoperative Segmental Cesarean section + unstable subtotal hysterectomy goes into cardiac arrest, Key Zero is activated (KEY O) she stabilizes, for the third time she goes into cardiac arrest, basic and advanced resuscitation is performed despite this death is declared at 9:47 p.m. Conclusion: Respiratory failure is a severe and highly fatal complication of pregnancy, and the patient's death is determined by pathological examination.

Keywords: Respiratory failure, trauma shock, hypoxemia, maternal death, pregnancy.

INTRODUCCIÓN

En la gestación se presentan distintos cambios y en algunas ocasiones existen complicaciones que dentro de ellas está la insuficiencia respiratoria que no es muy frecuente más aún con el ingreso de las pacientes a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), pero si genera una alta tasa de mortalidad si se llega a presentar.

El organismo sufre adaptaciones en el sistema biológico en la gestación que condicionan al cambio de diagnósticos y tratamientos a usar en las distintas complicaciones o enfermedades que se presentan durante esta, en comparación con la población en general. Los cambios respiratorios en la gestación ocurren desde muy temprano para ser exactos en la cuarta semana se presenta la expansión de los capilares en la mucosa nasal, orofaringe y laringe y esta situación podría lograr una hemorragia nasal en la gestación, también hay modificaciones en el sistema inmunitario, cardiovascular y respiratorio.

Teniendo en cuenta que dentro de los cambios del sistema respiratorio puede la gestante padecer de una falla de insuficiencia respiratoria que esta también puede estar acompañada de pre eclampsia severa, edema pulmonar, infecciones obstétricas, neumonía, sepsis, entre otras. Debemos también tener en cuenta la delicadeza del feto en los diferentes cambios en la enfermedad que debemos observar para el diagnóstico y el tratamiento con la aplicación de los protocolos basados en la mejor evidencia disponible. El tratamiento en UCI es un verdadero reto que requiere considerar todos los cambios en la gestación además de las condiciones feto-placentarias.

Viendo la relevancia y riesgo crónico de la insuficiencia respiratoria, consideramos de gran importancia el análisis clínico para el manejo oportuno de esta complicación que provocó la muerte de una madre gestante. Teniendo en cuenta que todo profesional de salud debe conocer el cuadro y manejo clínico de las diferentes patologías y así evitar las demoras en su manejo y tratamiento.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente 70,000 mujeres fallecen anualmente en el mundo a causa de las hemorragias de pre y post parto. Se aconseja el uso de uterotónicos (oxitocina, carbetocina termoestable, ergometrina, misoprostol, etc.) que han probado reducir la hemorragia postoperatoria. Las investigaciones recientes indican que la obstrucción permanente de las arterias uterinas u ováricas es un método relevante para el control de la hemorragia posparto que en combinación con otras tácticas físicas y medicamentosas disminuye considerablemente la hemorragia. (1)

En el Perú la mortalidad materna ha ido incrementándose en los últimos años siendo así una preocupación alarmante para el sistema de salud, así mismo la organización mundial de la salud reporta un alto índice de muertes maternas por diversas complicaciones en el embarazo las cuales no han sido diagnosticadas a tiempo o no fueron prevenidas en el momento adecuado.

De acuerdo a la revisión realizada a nivel nacional y local no se ha logrado encontrar datos que evidencien el porcentaje de muertes maternas a causa de IRA, sin embargo, durante el tiempo de pandemia de la COVID -19 se ha dado a conocer que dicha enfermedad agrava el estado de la gestante por lo que conllevó a muertes maternas.

La mujer durante la etapa gestación presenta cambios anatómicos, fisiológicos y en la dinámica ventilatoria, la cual hay algunas

complicaciones una de ellas es el síndrome de dificultad respiratoria aguda, es crucial el manejo y tratamiento de la dificultad respiratoria aguda, existen significativos progresos en el método de la ventilación que contribuyen a la reducción del volumen y la posición prona durante la ventilación mecánica lo que ha mejorado el pronóstico de forma positiva durante la gestación. Durante la gestación, hay un alza de agua corporal total que ocupa el espacio intersticial, este refleja las vías respiratorias, también hay niveles altos de estrógenos, que ayuda mayormente en la congestión de la mucosa y aumento de vascularización de las vías aéreas. (2)

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es el análisis de la Insuficiencia Respiratoria en gestante del III trimestre en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa – 2023?

1.3. Justificación e importancia

La Insuficiencia Respiratoria es una causa de mortalidad importante en la realidad actual, enfermedades como el síndrome de dificultad respiratoria (SDR), Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), Neumonía y coronavirus son patologías que desencadenan como complicación a la insuficiencia respiratoria. Desde la pandemia hubo un gran aumento de los casos de muerte por insuficiencia respiratoria aguda.

La etiología de esta afección es extensa, debido a la gran serie de patologías pueden llevar a una persona a la insuficiencia respiratoria. Las patologías se pueden describir como agudas y crónicas. Sin embargo, hay patologías crónicas que presentan exacerbaciones agudas que llevan a una insuficiencia respiratoria que pone en riesgo la vida del paciente. Las causas agudas más conocidas se encuentran: la neumonía, shunt de

derecha-izquierda, el síndrome de distrés respiratorio agudo, y los traumatismos. Dentro de las causas crónicas, las más conocidas son: enfermedad pulmonar inflamatoria crónica que causa obstrucción del flujo de aire en los pulmones, asma crónica, fibrosis quística y bronquiectasias. Ya sea aguda o crónica, ambas patologías pueden llevar a la muerte. Los tratamientos de la insuficiencia respiratoria dependiendo de qué tan graves sean, pueden ser invasivos o no, por lo que el personal de salud debe de procurar trabajar rápidamente para mejorar el estado del paciente. (3)

Mediante el presente caso clínico se intenta conocer los diversos factores de riesgo que podría predisponer a la gestante a desarrollar Insuficiencia Respiratoria, la cual repercute en la salud materno - fetal. Dándose el caso que las gestantes atendidas en dicho hospital proceden de lugares lejanos donde no cuentan con especialistas, por ello existen las demoras en su atención y manejo que pueden traer consecuencias.

Los resultados de éste análisis permitirán hacer que todo profesional de salud conozca más sobre dicha patología sobre sus signos y síntomas, a un mejor diagnóstico y consecuencias ya que es poco común en las gestantes, por ello se debe conocer, aplicar y seguir las directivas sanitarias y normativas del Ministerio de Salud en el manejo de emergencias obstétricas.

1.4. Objetivo

1.4.1. Objetivo General

- Analizar el caso clínico de Insuficiencia Respiratoria en gestante del III trimestre en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa - 2023.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Interpretar el cuadro clínico de Insuficiencia Respiratoria en gestante del III trimestre en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza Arequipa - 2023.
- Determinar el manejo clínico de Insuficiencia Respiratoria en gestante del III trimestre en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza Arequipa - 2023.
- Analizar las demoras de la muerte materna por Insuficiencia Respiratoria en gestante del III trimestre en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza Arequipa - 2023.

CAPÍTULO II

MARCO CONCEPTUAL

2.1. Insuficiencia Respiratoria

2.1.1. Definición

La falta de oxígeno es la respuesta de cualquier disfunción de la respiración, dado que el control central de la respiración está ubicado en el tronco cerebral, luego de ello se agrupan en los sacos alveolares y dentro de la estructura se producen los cambios gaseosos localizados a nivel de la membrana alveolo capilar del alvéolo. (4)

Hace referencia a una hipoxemia (presión arterial de oxígeno [PaO₂] inferior a 60 mmHg) ya sea asociada a hipercapnia o no. Las manifestaciones clínicas de los problemas respiratorios agudos surgen inicialmente debido al desbalance, entre el trabajo que realiza el aparato respiratorio y la capacidad de la musculatura involucrada en la respiración que permite balancear el volumen. El bajo flujo de oxígeno está asociado a una insuficiencia respiratoria aguda (IRA). (4)

2.1.2. Fisiología pulmonar

El sistema respiratorio se puede dividir en cuatro componentes.

- Sistema nervioso

El Sistema Nervioso Central y Periférico inicia con el ciclo de inspiración-espирación que está generado de forma automática por las neuronas localizadas a nivel del tallo encefálico, entre los mecanismos de modificación se encuentran los reflejos pulmonares, las vías respiratorias y el sistema cardiovascular: con información de receptores que están en contacto con el líquido cefalorraquídeo y órdenes

provenientes de centros superiores como el cerebro, hipotálamo, centros del habla y corteza cerebral. (5)

- Pared torácica/musculatura

El diafragma es el principal músculo inspiratorio, pese a que los músculos intercostales internos, supraesternal y esternocleidomastoideo también pueden tener un papel. En el proceso de inspiración su función constituye en bajar la presión del espacio pleural (en la caja torácica y el pulmón), haciendo así un volumen de fuerza en la abertura de la respiración, es crucial subrayar las situaciones comunes. (5)

- Vías respiratorias

Está formada por la vía superior que dentro de ella existen varias encargadas, que éstas llevan a la conducción del oxígeno de principio a fin dejándolo en el alvéolo, siendo el bronquio derecho más ancho y corto que el izquierdo. (5)

- La circulación y los pulmones

La zona respiratoria está conformada por los bronquiolos respiratorios, conductos alveolares y alvéolos, asimismo es el área resultante entre la zona respiratoria y la red capilar donde se proporciona un intercambio rápido y eficiente de O₂ y CO₂. El transporte de oxígeno depende del gasto cardíaco y de la cantidad de dicho gas en sangre, además teniendo en cuenta que el 97% de sus moléculas están ligadas de forma reversible a la hemoglobina, por su parte la fracción disuelta en sangre es mínima y es la que determina la presión parcial de O₂. La relación entre la presión arterial de oxígeno (PaO₂) y la cantidad de O₂ unido a la hemoglobina se describe en la curva de disociación,

propriadamente el punto de cambio corresponde a una PaO₂ de 60 mmhg equivalente a una saturación de O₂ del 90%, la forma de la curva es sigmoidea por lo tanto cuando la presión arterial de oxígeno (PaO₂) es menor a 60 mmHg pequeñas variaciones en esta cifra provocan importantes cambios en la saturación de hemoglobina, es decir el contenido de oxígeno en la sangre, sin embargo cuando la presión parcial está por encima de dicha cifra, se aumenta poco el contenido de O₂. (5)

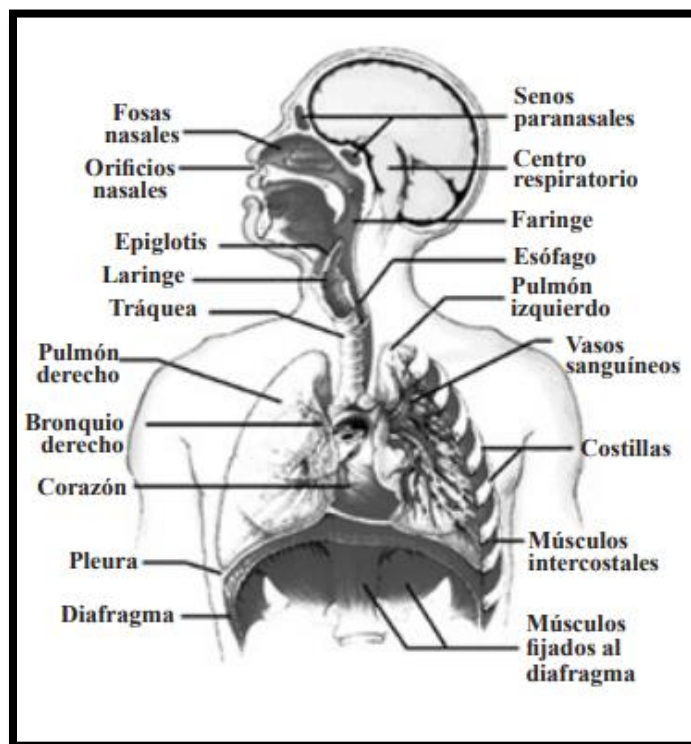


Figura 1. Componentes relacionados para la función respiratoria. Acta Med Per 27(4) 2010 - Insuficiencia respiratoria aguda Fernando R. Gutiérrez Muñoz.

2.1.3. CAUSAS DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

No hipercapnia:

Con pulmones claros

- Obstrucción difusa de la vía respiratoria (enfermedad del broncoespasmo, Obstructiva crónica pulmonar agudizado, bronquiolitis).
- Tromboembolismo pulmonar.
- Shunt anatómico agudo de derecha a izquierda (infarto cardíaco, presión arterial elevada pulmonar).
- Microatelectasias.
- Etapa inicial de los procesos de ocupación de la vía respiratoria (enema intersticial, neumonía). (8)

Con una difusa opacidad pulmonar

- Grave edema cardíaco.
- Síndrome de bloqueo respiratorio agudo.
- Neumonía difusa.
- Aspiración de fluidos, emisión de gases dañinos.
- Menos comunes: síndrome de hemorragia alveolar, difusión pulmonar, neumonitis por hipersensibilidad, por medicamentos, radiación, aguda neumonía eosinófila, embolismo de grasa. (8)

Con opacidad pulmonar localizada

- Neumonía.
- Atelectasia.
- Aspiración.
- Hemorragia alveolar localizada.
- Infarto pulmonar.

Con patología extraparenquimatosa

- Neumotórax.
- Obesidad mórbida.
- Escoliosis cifoespinal.
- Gran hemorragia pleural masivo o bilateral. (8)

2.1.4. CLASIFICACIÓN

Se clasifica de distintas formas: (6)

a. Según criterio clínico evolutivo:

- **Insuficiencia respiratoria aguda:** Se presenta en un momento pequeño de tiempo, se produce en minutos, horas o días, no habiendo producido ningún mecanismo de compensación. (6)
- **Insuficiencia respiratoria crónica:** Se presenta de distinta manera, se da en días o tiene más tiempo por lo cual es desafío en el estadio final de varias patologías, no solamente son intrapulmonares tenemos las extrapulmonares. En estas situaciones ya habrían surgido mecanismos de compensación. (6)
- **Insuficiencia respiratoria crónica reagudizada:** Aplica a pacientes con insuficiencia respiratoria crónica que experimentan desequilibrios severos en su enfermedad primaria, lo que provoca un deterioro en el intercambio de gases. (6)

b. Según mecanismo fisiopatológico subyacente: (6)

- **Disminución de la fracción inspiratoria de oxígeno (FIO₂).**

Es cuando en ocasiones la presión barométrica o el aporte de aire se declina, lo que provoca una reducción en la cantidad de oxígeno que se absorbe. De manera secundaria la fuerza alveolar del aire (PAO₂) así como la fuerza arterial del aire (PaO₂), manteniéndose la gradiente alvéolo arterial de oxígeno (PA-aO₂), se reduce, pero conserva esa magnitud alveolar arterial de oxígeno, lo que se observa en altitudes o en inhalar mezclas gaseosas se rectifica mediante un aumento de FIO₂. (6)

- **Hipoventilación alveolar.**

Hace presencia mediante afecciones donde la bomba de ventilación falla, la hipoventilación provoca una reducción de la fuerza arterial PAO₂ y PaO₂ con una contención de dióxido de carbono secundario, tal como sucede con los trastornos del sistema nervioso central, patologías neuromusculares y trastornos de la caja torácica. Ésta situación de O₂ adicional proporcionado hace que la dificultad respiratoria siga igual, ya que es crucial aplicar métodos y lograr la ventilación. (6)

- **Alteración de la difusión (V/Q).**

Se refiere al proceso donde el distanciamiento del gas y la sangre, se reduce y a su vez ocurre un aumento de la membrana alvéolo-capilar como neuropatías intersticiales difusas; o cuando hay reducción de duración de trayecto en los hematíes por capilares, como en el enfisema pulmonar con pérdida del lecho capilar, lo

podremos corregir parcialmente incrementando la fracción de oxígeno inspirado. (6)

- **Alteración de la relación ventilación perfusión.**

Es más común en la disminución de oxígeno, cuando los pulmones no obtienen la ventilación necesaria para su perfusión causan la desaturación, sin embargo, éste fenómeno depende hasta cierto punto de la cantidad de oxígeno en la sangre venosa combinada. El nivel del contenido de oxígeno empeora la disminución del mismo, los desórdenes más recurrentes de trastornos que causan los pulmones que no sean adecuadamente ventilados: taponamiento de la vía aérea, atelectasias y consolidación o edema de origen cardiogénico o no cardiogénico. El tipo de constricción es la ausencia de oxígeno pulmonar que deriva la sangre desde las zonas mal ventiladas a otras que determina el grado, el cual la reducción en la ventilación contribuye a la hipoxemia. Como la sangre capilar que abandona las zonas bien ventiladas está ya saturada de oxígeno, el aumento de ventilación con incremento de la presión del oxígeno no equilibra por completo la desproporción V/Q. No obstante, la suplementación de O₂ elimina la hipoxemia relacionada a la desproporción V/Q y la hipoventilación o alteraciones en la difusión ya que aumenta lo suficiente la PaO₂, incluso de las zonas mal ventiladas para permitir la saturación completa de la Hemoglobina. (6)

- **Efecto del cortocircuito derecho izquierdo.**

Es conocido como cortocircuito o shunt, cuando una porción parte de la sangre ingresa al sistema arterial pero no atraviesa las zonas ventiladas del pulmón, este es anatómica o fisiológica. Puede ser

intracardiaco, igual que las enfermedades patológicas del corazón que son congénitas sea en derecha-izquierda, también sea el resultado del flujo sanguíneo por los vasos irregulares dentro del pulmón (ejemplo: fístulas arteriovenosas pulmonares). Las afecciones del pulmón modifican el cociente V/Q regional, provocando una pérdida completa o casi completa de la ventilación regional. Esta combinación de sangre venosa usualmente es deshidratada con sangre arterial que disminuye la presión del oxígeno (PaO₂) en las personas con enfermedades pulmonares y trastornos en el cambio gaseoso pulmonar. La medición de oxígeno (O₂) en sangre venosa mixta (Sv-O₂) es cuando hay un desequilibrio por el gasto y participación del oxígeno. Enfermedades como la anemia descompensada presenta un incremento cardíaco y este no compensa las necesidades que da una menor presión de oxígeno y hace que no haya alteraciones en la patología pulmonar. (6)

c. Según características gasométricas: (6)

• **Insuficiencia respiratoria hipoxémica TIPO I**

Se define a la como hipoxia grave sin hipercapnia, la presión del carbono de oxígeno puede ser normal o disminuido. gradiente alvéolo-arterial de O₂ aumentando (AaPO₂ > 20 mmHg). (6)

• **Insuficiencia respiratoria hipercápnica TIPO II**

Denominada conocida ventilatoria o hipercapnia, que se da por la disminución del oxígeno con la presión del dióxido de carbono elevado; gradiente alvéolo-arterial de oxígeno normal (AaPO₂ < 20 mmHg). Es cuando la insuficiencia respiratoria abarca afuera del pulmón, por lo que tendremos que tener en cuenta otras

enfermedades. Por ello es obligatorio la ventilación mecánica y pensar en más que la distribución de oxígeno. (6)

- **Tipo III o perioperatoria**

Es el incremento en el gradiente crítico de bloqueo esto sucede en las personas de edad avanzada, con la disminución del desempeño vital (restricción de la expansión torácica debido a una obesidad significativa, dolor, íleo, cirugía tóraco abdominal, drogas, alteraciones electrolíticas, etc. (6)

- **Tipo IV o asociada a estados de shock o hipoperfusión**

Es la reducción de la atribución de oxígeno y disposición de energía en los músculos que intervienen en la respiración y un aumento en la salida tisular de oxígeno con una fuerte disminución del PvCO₂. (6)

2.1.5. INCIDENCIA

La incidencia y la prevalencia de la insuficiencia respiratoria son difíciles de calcular, ya que la insuficiencia no es más que un síndrome y no un único proceso patológico. Los datos europeos sugieren que la incidencia de insuficiencia respiratoria aguda potencialmente mortal en Europa era de 77,6 y 88,6 por 100.000 habitantes por año. El 2,9%, 1,7% y 5,9% de las admisiones a la Unidad de Cuidado Intensivos en el Reino Unido son la consecuencia de la insuficiencia respiratoria debida a asma, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y neumonía. El número de pacientes ingresados con insuficiencia respiratoria más leve es probable que sea mucho mayor, pero aún no está bien cuantificado. (7).

En nuestro país no se ha evidenciado muertes a causa de insuficiencia respiratoria en gestantes, éste caso clínico es el primero que se da en la ciudad de Arequipa, por ello no tenemos porcentajes de dicha enfermedad según datos epidemiológicos a nivel del Perú.

2.1.6. CLÍNICA

La clínica es polimorfa y tiene una forma específica sólo en caso de intoxicación por monóxido de carbono de la sangre. La sintomatología predominante es la enfermedad causal, ya que la insuficiencia respiratoria se reduce a la hipoxia e hipercapnia. (8)

Si la hipoxia perdura a largo plazo, puede provocar hipertensión pulmonar, desarrollo pulmonar crónico, incremento en el gasto cardíaco, disminución del desempeño miocárdico y otros. La hipercapnia no muestra síntomas o signos, aparte de cefalea, somnolencia, temblor distal en el aleteo y sensación de fatiga. En caso de alteraciones en el equilibrio ácido-básico, podría llegar a presentar obnubilación y coma hipercápnic a menudo. (8)

2.1.7. SIGNOS Y SÍNTOMAS

Se presentan de la siguiente manera:

- Cianosis
- Cefalea
- Irritabilidad
- Astenia
- Taquicardia
- Oliguria

- Somnolencia
- Bradipsiquia
- Incoordinación motora
- Hipertensión arterial
- Ansiedad
- Desorientación termoespacial
- Disminución de capacidad intelectual
- Estupor (8)

2.1.8. FACTORES DE RIESGO

Hipercapnia:

Con gradiente estándar

- Depresión central respiratoria: medicamentos, Accidente Cerebrovascular, lesiones en el cráneo encefálico, infecciones del Sistema Nervioso Central.
- Neuromusculares: botulismo, síndrome de Guillain–Barré, tétanos, difteria, poliomielitis, miositis, miastenia severa, síndrome de Eaton-Lambert, medicamentos, inhibidores tóxicos, desnutrición, problemas metabólicas severas y electrolíticas.
- Obstrucción de la vía respiratoria superior: inhalación de objeto inusual, espasmo de las glándulas, epiglotis, angioedema, parálisis de cuerdas vocales, absceso retrofaríngeo, enema después de la intubación, quemaduras, lesiones por cáusticos. (8).

Con gradiente elevado

- Cualquier razón de Insuficiencia Respiratoria que no sea hipercápnica lo provoca y lo suficientemente severa o extendida para causar cansancio muscular o problemas relacionados con los pulmones. (8)

2.1.9. FISIOPATOLOGÍA

Hay 4 distintos procesos:

- **Disminución de la fracción de oxígeno inspiratoria**

Cuando el oxígeno disminuye en el entorno, la presión alveolar de oxígeno (PAO₂) también se reduce, lo que resulta en una reducción en la presión arterial de oxígeno (PaO₂) tales como: áreas elevadas o sucesos provocados por gases que alteran el oxígeno de la hemoglobina. A veces, hacen relación con la hiperventilación resarcida, podría provocar hipocapnia durante estas situaciones, la membrana alveolo-capilar está intacta, por lo que la gradiente se mantiene estable. (9)

- **Hipoventilación alveolar**

Se reduce la ventilación ocasionando una menor cantidad de oxígeno, a la vez disminuye la PaO₂. Ésta ventilación alveolar tiene una conexión opuesta correspondiente a la PaCO₂. Por lo tanto, al igual que el mecanismo previo, la gradiente permanece estable. La siguiente hipoxemia puede ser corregida mediante

oxigenoterapia, mientras que la hipercapnia potencia la ventilación. (9)

- **Alteración de la ventilación/perfusión**

Este es el proceso más habitual de fallo respiratorio en el que el coeficiente disminuye y aumenta cuando la ventilación alveolar es óptima, pero la perfusión alveolar es deficiente. En estos casos se aumenta el gradiente y se optimiza la PaO₂ mediante la gestión de O₂. (9)

- **Shunt o cortocircuito derecha – izquierda**

El nexo V/Q se inclina hacia cero cuando existen áreas alveolares con una correcta irrigación con una ventilación insuficiente. Estos trastornos producen un incremento en el gradiente A-a O₂, pero en contraposición al mecanismo de modificación de ventilación/perfusión, éste no se rectifica mediante la administración de oxígeno. (9)

En circunstancias comunes, se puede observar un shunt fisiológico que consiste en la parte del flujo sanguíneo que fluye por las venas de tebesio y las arterias bronquiales (menos del 5% del consumo vital). Este proceso es habitual en el ámbito clínico en circunstancias como el foramen oval permeable, las conexiones interauriculares o interventriculares, en anomalías vasculares pulmonares o en la saturación de contenido alveolar como sangrados, neumonías o inflamación aguda del pulmón. (10).

2.1.10. DIAGNÓSTICO

Lo crucial es llevar a cabo una correcta historia clínica de los antecedentes familiares del paciente, además de sus características particulares principales del cuadro, durante el completo análisis físico se pueden identificar cambios en el proceso respiratorio del paciente,

como modificaciones en el tono de la piel, exámenes patológicos, entre otros. Otras investigaciones de diagnóstico indispensables son la pulsometría o la gasometría arterial que facilitan la medición de la tensión que permiten efectuar el diagnóstico definitivo, junto con otras evaluaciones adicionales como el electrocardiograma (EKG), estudios de imagen y muestras de microorganismos para determinar con mayor precisión de la posible causa. (10)

- **Historia clínica y exploración física en paciente con Insuficiencia respiratoria**

En el historial personal del paciente, es crucial prestar atención a las enfermedades neurológicas y cardiológicas que puedan ser causales si tuviera antecedentes de dichas enfermedades, además de detallar los distintos factores de riesgo, ya sean cardiovasculares, afecciones neuromusculares, alergias u otras afecciones que pueden interferir con la oxigenación, por ello es importante realizar el examen físico a cada paciente que ingresa por dicha patología. (10)

- **Gasometría arterial y pulsioximetría**

La pulsometría resulta ser el procedimiento que emplea la fotografía espectral así realizar estudios relacionados, cuantificar de manera

rápida y no intrusiva la SatO₂, las concentraciones de oxígeno, las restricciones de este procedimiento comprenden la hipoperfusión y la hipotensión.

Por lo tanto, es más conveniente emplear la gasometría arterial, considerada el estándar de oro, debido a que no solo mide la PaO₂ de manera imparcial, sino que a la par posibilita detectar cambios en su balance ácido-base, Incluso permite determinar el tiempo de configuración del cuadro al calcular el tiempo de puesta en marcha del mismo. (10)

- **Radiografía de tórax**

Es el primer exámen de imagen que se efectúa, concretamente en la proyección postero anterior y lateral es sencilla y asequible, a pesar de que a veces la placa puede no mostrar ninguna anomalía, como obstrucciones respiratorias, es beneficioso identificar varios patrones e imágenes que expliquen una posible ocupación alveolar, patrones intersticiales, nódulos o masas, entre otras patologías extra pulmonares. Se vuelve beneficioso para identificar diversos patrones. (10)

- **Electrocardiograma y otras pruebas complementarias**

Fomenta la identificación de ciertos patrones distintivos de patologías cardíacas, tales como arritmias, cardiopatía isquémica o la presencia de determinadas enfermedades pulmonares. El patrón S1Q3T3 es una situación habitual que señala la presencia de un trombo embolismo en los pulmones, o la obstrucción de la rama derecha y la hipertrofia de las cavidades derechas que podría sugerir la presencia de hipertensión pulmonar. La experimentación de laboratorio incluye el dímero D. (10)

2.1.11. COMPLICACIONES

El pronóstico y el progreso del paciente con Insuficiencia respiratoria están vinculados con la manifestación y manejo de posibles complicaciones derivadas de la enfermedad o el tratamiento efectuado. (11)

Las arritmias supra ventriculares y ventriculares son comunes y multifactoriales originadas por la hipoxemia y acidosis a menudo se relacionan con cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca derecha provocando dilatación de las cavidades y cambios en la hidroelectrolisis. El embolismo en los pulmones puede ser una complicación en el progreso de la insuficiencia respiratoria, las infecciones intrahospitalarias en particular la neumonía representa la complicación más severa detectada en este conjunto de pacientes, poniendo en riesgo su pronóstico de vida. El íleo y la distensión gástrica pueden provocar un mayor deterioro funcional del diafragma y predisponer a la bronco-aspiración. El Ministerio de Salud del Perú (2013) propuso algunas de las complicaciones: desnutrición, hemorragia digestiva alta, intoxicación por oxígeno, drogas por PaCO₂, coma metabólico y desequilibrio hemodinámico. Relacionadas con la ventilación mecánica: barotrauma, volutrauma, neumonía asociada. (11)

2.1.12. TRATAMIENTO

EL objetivo de la terapéutica para la IRA es garantizar que el paciente reciba oxígeno, asegurar la vía respiratoria, abordar la causa y los factores provocadores de la Insuficiencia Respiratoria Aguda y evitar complicaciones. (12)

- **Tratamiento etiológico**

Es el resultado final de una serie de procesos por lo que es esencial regular estos procesos para lograr la normalización de la gasometría. Por lo tanto, al comenzar las acciones generales es necesario investigar la causa de Insuficiencia respiratoria aguda, ya detectada comenzar un tratamiento específico (anticoagulación, antibióticos, broncodilatadores, antídotos, diuréticos, anticoagulación, entre otros). (12)

- **Oxigenoterapia**

Son acciones cruciales en el tratamiento que implica la administración de O₂ por medio de inhalación en niveles superiores a los que se hallan en el aire circundante. La meta es alcanzar una PaO₂ que supere los 60 mm Hg o una SaO₂ que supere el 90%, con el fin de prevenir o contrarrestar las repercusiones de la hipoxia, optimizando finalmente la oxigenación de los tejidos. Es imprescindible proporcionar oxígeno a ingresos con enfermedades respiratorias de base EPOC, ya que la dosificación de niveles extremadamente elevados de oxígeno suele obstaculizar la ventilación, reducir la propulsión respiratoria y fomentar la hipercapnia. (12)

La gestión de oxígeno se segmenta en 2 sistemas principales:

- Bajo flujo

Frecuentemente se emplean tres sistemas: las cánulas binasales, las mascarillas básicas y las mascarillas con reservorio. Usualmente, se emplean gafas nasales cuando se precisa un flujo de oxígeno de 1 a 3 l/min, facilitando una FiO₂ que varía del 24 al 36%. Al utilizar una mascarilla simple facilita compensar niveles de O₂ del 40% con

flujos de 5-6 l/min. Por último, la mascarilla con reservorio posee una bolsa que almacena oxígeno de forma adecuada y proporciona el flujo inspiratorio requerido a la necesidad de ventilación del paciente, posibilitando una contribución de FiO₂ que supere el 60% con flujos de 6 a 15 l/minuto. (12)

- Alto flujo

Hace diferencia al proporcionar cierta acumulación de oxígeno sin importar el patrón de ventilación los sistemas de flujo elevado más utilizados incluyen: mascarillas venturi y cánulas de alto flujo nasal. En la mascarilla venturi, el flujo de aire y el tamaño de la apertura de la válvula determinan la entrada de aire. De acuerdo a este tamaño, se logran diferentes concentraciones de O₂, oscilando entre el 24 y el 50%. Las cánulas de alto flujo de aire calientan y humidifican el flujo de aire para su administración, permitiendo administrar flujos de hasta 60 l/minuto. (12)

- **Ventilación mecánica no invasora (VMNI)**

Se trata de un dispositivo de ventilación que actúa mediante la vía respiratoria superior en la interfase exterior dicha técnica se diferencia de aquellos que emplean dispositivos que penetran la vía respiratoria superior, como el tubo endotraqueal, la máscara laríngea o la traqueotomía, los cuales son considerados como invasivos. En las últimas décadas, la VMNI ha ganado relevancia como una opción eficaz para el soporte respiratorio en ciertos casos de IRA. La evidencia científica respalda ampliamente el empleo de VMNI en pacientes con exacerbaciones graves con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) que presenta acidosis respiratoria, edema agudo de pulmón que mantengan la hipoxemia pese a la atención clínica más rigurosa. (1)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Historia Clínica

Nombres y Apellidos: S.O.R

N° de historia clínica: CI: 0000625104

3.1.1. Anamnesis

05/11/2023 11:00 horas

Paciente mujer de 43 años de edad, de raza mestiza, estado civil conviviente, de ocupación ama de casa, procedente del distrito de Cono Norte –Yura, con lugar de nacimiento Cusco y grado de instrucción primaria incompleta, referida del Centro de Salud Ciudad de Dios I-3, acude por el servicio de emergencia del Hospital Honorio Delgado Espinoza.

- P/A: 80/40 mmHg,
- T°: 36.3 °C
- FR: 20 lpm
- FC: 117 lpm
- AU: 27 cm
- FCF: 115 – 119 latidos

Lo cual es referida de emergencia al Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

- **IMPRESIÓN DIAGNOSTICA**
 - Gestación de 34 semanas 6 días por biometría fetal actual.
 - Anemia
 - Insuficiencia respiratoria.
 - Sufrimiento fetal.

3.1.2. Enfermedad actual:

Ingreso a Tópico de emergencia del Hospital Regional Honorio

Delgado Espinoza 05/11/2023 - 13:05 horas:

Recibida por Triage de Emergencia en donde la catalogan como prioridad II y enviada a Tópico de emergencia de Ginecología y Obstetricia.

Paciente refiere que empezó sintomatología hace 2 días con cefalea, odinofagia, tos productiva, un día atrás se agrega dificultad respiratoria y disnea acompañado de un episodio de desvanecimiento; paciente se auto medica con sintomáticos; el día de hoy empeora disnea, ya no tolera el decúbito por lo que acude a su Centro de Salud "Ciudad de Dios I-3", donde llega con mal estado general, taquicárdica, polipnéica, con saturación de 84 %.

3.1.3. Antecedentes

- a) Patológicos: Niega cirugías, alergias, accidentes de importancia y enfermedades crónicas.
- b) Gineco Obstétricos: no refiere abortos, ni inicio de relaciones sexuales, ni menarquia, fecha de última regla: No recuerda, fecha probable de parto: No indica, ganancia de peso: No refiere y número de partos 5.
- c) Embarazo actual: Paciente sin controles prenatales. Refiere no contar con vacunas, tampoco COVID 19.
- d) Antecedentes familiares: no refiere
- e) Antecedentes económicos: no refiere

3.2. Exámen físico

3.2.1. Exámen físico general

Presión arterial (P/A.): 88/50 mmHg, frecuencia cardíaca 119 latidos por minuto (lpm), frecuencia respiratoria 30 respiraciones por minuto (rpm) y temperatura corporal 37.8 grados centígrado (°C), saturación (Sat): 84 %.

En mal estado general, mal estado de nutrición, regular estado de hidratación, facies compuesta, piel caliente al tacto, mucosas orales semi húmedas, conjuntivas pálidas, No tolera el decúbito dorsal, álgida, poco colaboradora con el exámen físico.

Cardiovascular: ruidos cardíacos regulares, taquicárdicos. Tórax y pulmones: murmullo vesicular disminuido en base, crepitantes bilaterales.

Abdomen: Ocupado por útero grávido.

3.2.2. Exámen físico Gineco Obstétrico

Abdomen ocupado por útero grávido con feto único vivo, altura uterina de 28 cm, latidos cardíacos fetales de 130 latidos por minuto (lpm) con feto en posición longitudinal cefálica izquierda. Por ecografía obstétrica actual del 05/11/2023 indica una gestación de 36 semanas por biometría actual, ponderado fetal de 2831 gramos, placenta fúndica II/III y líquido amniótico de 0.

Genitales: al tacto vaginal presenta dilatación dehiscente dos dedos, borramiento 70 %, altura de presentación -3, membranas ovulares integras y pelvis ginecoide.

- **IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:**
 - Gestación de 36 semanas 1 día por biometría fetal actual.
 - Gran multigesta múltipara
 - Insuficiencia respiratoria aguda: D/C Neumonía adquirida en la comunidad VS neumonía por coronavirus 2019 (COVID-19).
 - Sepsis de foco respiratorio.
 - Anhidramnios.
 - No controles prenatales.

- **INDICACIONES:**
 - Oxígeno por máscara de reservorio a 6 litros.
 - Exámenes de laboratorio.
 - Pasa a Trauma Shock.

- **Servicio De Trauma Shock:**

05/11/2023 13:30 horas

Paciente ingresa con P/A: 99/55 mmHg, FC: 120 X", FR: 27 X", Sat: 92% (Fio 0.32), Hemoglucotes (HGT): 85 MG.

Al examen físico: REG. (Regular estado general), aparente alopecia, piel gruesa, tórax móvil, murmullo vesicular disminuido en bases, respiración ruda, algunos estertores, usa algunos músculos accesorios.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos en dos tiempos taquicárdicos, abdomen con útero grávido, miembros inferiores con edemas en ambos pies moviliza cuatro extremidades.

- IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:
 - Insuficiencia respiratoria aguda
 - D/C Trombo embolismo pulmonar
 - D/C Derrame pleural
 - D/C Neumonía adquirida en la comunidad
 - Gestación de 36 semanas 1 día por biometría fetal actual.

- INDICACIONES:
 - Electrocardiograma (EKG)
 - Evaluación por cardiología.
 - Hemograma completo.
 - Exámen de orina.
 - Radiografía de tórax con protección.

- TRATAMIENTO: Hora: 14:20 horas
 - Nada por vía Oral + Sonda vesical
 - Cloruro de sodio 9% 1000 cc a chorro, luego a 45 gotas vía endovenosa.
 - Oxígeno por máscara de reservorio para Sat >93%
 - Balance hídrico y diuresis.
 - Glicemia capilar cada 6 horas
 - Noradrenalina 4 mg (4 ampollas) endovenoso
 - Dextrosa 5% Solución acuosa 1000 cc endovenoso lento, presión arterial media >65
 - Ceftriaxona 2gr endovenoso STAT

- **Interconsulta con el Servicio de Cardiología**

05/11/2023 14:50 horas

P/A 90/60 mmHg – FR 30 – FC 120; Al exámen no signos de falla cardíaca, ruidos cardíacos regulares, taquicárdicos, no se auscultan soplos.

EKG: taquicardia sinusal, no signos de sobrecarga de ventrículo derecho.

- **IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA**

- Insuficiencia Respiratoria Aguda
- D/C Trombo embolismo pulmonar
- Riesgo quirúrgico cardiovascular II-III/IV

- **SUGERENCIAS**

- Oxigenación adecuada, interconsulta con Cardiología en el postoperatorio para valorar la anticoagulación.

- **Servicio de Shock Trauma**

05/11/2023 15:26 horas

Paciente con P/A 89/54 mmHg – FC: 123 – FR. 38 – SAT O2 93%, máscara de reservorio (MR) 10 litros.

Paciente en mal estado general, hemodinámicamente inestable con signos de hipoperfusión distal, murmullo vesicular disminuido en ambos campos pulmonares, con uso de musculatura accesoria, presión arterial de oxígeno

sobre la fracción inspirada de oxígeno (PAFI) <150, tolera y mejora con soporte oxigenatorio.

Pendiente exámenes de laboratorio, análisis de gases arteriales (AGA), acidosis metabólica leve.

Cardiología estable con riesgo quirúrgico cardiovascular estable de II/IV, en espera de reevaluación por ginecología para posibilidad de cesárea, pronóstico reservado.

- PLAN
 - Inicio de vasopresores
 - Reevaluación con exámenes auxiliares.
 - I/C Anestesiología.

- **Interconsulta con el Servicio de Anestesiología**

05/11/2023 16:05 horas

- Pendiente examen de laboratorio.
- Solicitar kit de anestesia general inhalatoria.
- Evaluación por Unidad de cuidados intensivos para manejo postoperatorio.
- Coordinar con anesthesiólogo de turno cuando tenga pre-quirúrgicos completos.
- Solicitar Catéter venoso central 7 French 3 Lúmenes.
- Noradrenalina dosis 0.05 ug / kg / min hasta 0.25 ug /kg/min endovenoso
- Equipo de bomba Hospira.
- Tubo endotraqueal N°7.

- **Servicio De Laboratorio 05/11/2024 16: 05 horas**

Hb	8.8
LEUCOCITOS	4.400
LINFOCITOS	68 %
PLAQUETAS	162000
INR	1.08
GLUCOSA	64
CREATININA	0.73
GRUPO Y FACTOR	O POSITIVO
DIMERO D	2043
EXAMEN DE ORINA	LEUCOCITO 1-2 XC
	BACTERIAS <5
AGA (Sat 83%)	PH 7.3
	PCO2 19
	PO2 50
	NA 140
	K 3.5

- Paciente con indicación quirúrgica (tramitar 2 paquetes globulares)

- **Servicio de Shock Trauma**

05/11/2023 17:20 horas

- P/A 92/62 mmHg, FR 28 X", FC 120 X", SATO2 95%, máscara de reservorio de 10 litros.

- Paciente que cuenta con radiografía de tórax: se evidencia consolidados bilaterales bibasales.
- En espera de entrar a sala de operaciones.

- **PLAN**

- Inmunifluorescencia indirecta (IFI) Respiratoria
- Se solicita valoración de bienestar fetal a personal de ginecología.
- I/C Unidad de cuidados intensivos
- Iniciar antibióticos

NOTA:
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Sala de operaciones del tercer piso ocupada por cirugía de emergencia: Desde las 16:00 hasta las 17:30 horas por abdomen agudo quirúrgico ginecológico:
Quiste anexial izquierdo complicado con torsión y necrosis.

- **Servicio de Shock Trauma**

05/11/2023 17:40 horas

- Hemoglucotes 130 mg
- Pasa a Sala de operaciones
- En post operatorio pasara a Unidad de ventilación intensiva (UVI)

05/11/2023 17:52 horas

- LCF 130, paciente de Shock Trauma con exámenes pre quirúrgicos y Riesgo Cardiovascular sube a Sala de Operaciones.

- **INDICACIONES**

- Cesárea segmentaria de urgencia

Informe Operatorio	
Diagnóstico Preoperatorio	Insuficiencia respiratoria aguda, D/C Trombo embolismo pulmonar, D/C Neumonía adquirida en la comunidad, D/C Derrame pleural, Anhidramnios (O41.0).
Diagnóstico Postoperatorio	Los mismos + Sufrimiento Fetal + Atonía uterina
Cirugía Realizada	Cesárea segmentaria + Sutura B Lynch + Histerectomía Subtotal
Anestesia	General inhalatoria
Fecha	05/11/2023
Hora	Inicio:18:13 horas Termino:19:48 horas
Hallazgos	<p>Cavidad uterina abdominal abierta, se evidencia útero grávido con segmento inferior conformado, no se evidencia líquido amniótico, se encuentra feto en situación longitudinal cefálica posición izquierda, que al ser extraído corresponde a recién nacido de sexo femenino de 2765 gramos, APGAR de 0 al minuto, 3 a los cinco minutos y 4 a los 10 minutos, que corresponde a 36 semanas por examen físico. Placenta ovoide de 22 x 15 cm, 650 gramos de peso, cordón umbilical 50 x 1 centímetros. Trompas y ovarios normales. Se evidencia atonía uterina, por lo que se administra uterotónicos endovenosos, se realiza sutura comprensiva sin embargo persiste atonía uterina por lo que se decide Histerectomía subtotal. Se evidencia hígado de consistencia aumentada y superficie lisa que llega hasta flanco derecho.</p>
Procedimiento	<p>El habitual</p> <p>Sangrado Intra SOP: 900cc</p> <p>Se transfunde 1 paquete globular intrasop</p> <p>Paciente tolera acto quirúrgico y se coordina con la Unidad de Ventilación Intensiva (UVI) para su transferencia, paciente es portadora de tubo oro traqueal, catéter venoso central, Animas.</p> <p>Paciente hemodinámicamente inestable, tolera acto quirúrgico en espera de transferencia Unidad de Ventilación Intensiva / Unidad de Cuidados Intensivos, portadora de Tubo oro traqueal, catéter venoso central, Aminas.</p>

- **Sala de Operaciones de Ginecología y Obstetricia**

05/11/2023 20:27 horas

Paciente en su post operatorio inmediato de cesárea segmentaria + Histerectomía Subtotal al momento se encuentra hemodinámicamente inestable, catéter venoso central, tubo endotraqueal, portadora de sonda Foley permeable; P/A 30/20 mmHg, FC: 120 – 140 X", FR: 22 – 24 X"; Al exámen físico: abdomen blando depresible, herida operatoria en buenas condiciones, dren tubular con gasto de 2 cc serosanguinolento, genitales externos de puérpera, no sangrado transvaginal, sonda con orinas claras 300cc.

Paciente hace paro cardíaco se activa CLAVE O, se realiza reanimación básica y avanzada. A las 20:30 horas Acude a CLAVE O: Anestesiología, Cardiología, Unidad de cuidados intensivos, Médicos Ginecólogos de turno, paciente sale de paro cardíaco a las 20:45 horas.

- **Sala de Operaciones de Ginecología y Obstetricia: Servicio de Cardiología**

05/11/2023 20:47 horas

Se acude al llamado de CLAVE O en sala de operaciones del tercer piso, paciente de 43 años en manejo de RCP básico y avanzado por paro cardio respiratorio, electrocardiograma de control con ritmo sinusual con FC 100, con patrón de bloqueo completo de rama derecha, eje izquierdo.

Se realiza ecocardiograma Doppler dando como diagnóstico:

- Insuficiencia tricúspide moderada
- No signo de Trombo embolismo pulmonar.

- INDICACIONES
 - Iniciar dobutamina en infusión

- **Sala de Operaciones de Ginecología y Obstetricia: Unidad de Cuidados Intensivos**

05/11/2023 21:15 horas

Paciente de 43 años de edad en muy mal estado general, con doble soporte de vasopresores, noradrenalina y vasopresina; Cardiología realiza ecocardiograma con fracción eyectora del ventrículo izquierdo (FEVI) 35 – 40 %; dependiendo de ventilación mecánica, abdomen no distendido.

Paciente con paro cardiorrespiratorio en 2 oportunidades realizándose masaje cardíaco.

- IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
 - Shock refractario
 - Insuficiencia Respiratoria Aguda
 - Disfunción Cardíaca
 - Anemia
 - Post operatorio en su 1 hora de Histerectomía
 - Síndrome post RCP

- INDICACIONES
 - Se titulan vasoactivos: Noradrenalina, vasopresina
 - Se setea Ventilación mecánica

- Control de AGA y E: PH 7.37, Po2 53, LACTATO 12.3, no hay electrolitos
 - Se administró bicarbonato 60 ml al 20 % vía ev 6 ampollas
 - Se administró gluconato de calcio 10 % vía ev 1 ampolla
 - Protector gástrico omeprazol 20 mg vía ev 1 ampolla
- **Sala de Operaciones de Ginecología y Obstetricia:**

05/11/2023 21:27 horas

Paciente en muy mal estado general, hace paro cardiorrespiratorio por tercera oportunidad, se realiza reanimación básica y avanzada no logra salir del mismo lo que se declara FALLECIDA a las 21:47 horas se llama a patología para traslado.

Se trata de comunicar con familiar el cual no contesta.

NECROPSIA

DIAGNÓSTICO DE MUERTE

- Insuficiencia respiratoria aguda
- Falla multiorgánica

DATOS PRELIMINARES:

Se realizó la necropsia de ley a una mujer adulta, con signos de gestación reciente, mamas con secreción láctea pigmentación de areolas, pezones y pared abdominal, herida quirúrgica suprapúbica indicativa de cesárea reciente al exámen externo se evidencia equimosis en venopunciones y zonas de presión de brazo, ligero tinte ictérico, aperturadas cavidades sangrado en tejidos musculares serosas y parénquima de cerebro, corazón, hígado, mucosa gástrica, edema visceral, colecciones líquidas en cavidades virtuales (pleurales pericárdica, peritoneal) que a la macroscopía indica que la función de vísceras estaba alterada constituyendo un cuadro de Falla multiorgánica, así mismo los pulmones se encuentran congestivos con intenso edema, bronquios ocupados por líquido edematoso al igual que alvéolos lo que se evidencia al corte este líquido dificulta el intercambio gaseoso ocasionando una Insuficiencia Respiratoria con escasa disponibilidad de oxígeno por parte de los tejidos lo que lo llevó a la muerte, se evidencia signos de cirugía reciente con ablación de cuerpo uterino, relacionándose estos hallazgos con el proceso de gestación y parto por cesárea, se toma muestras para exámenes auxiliares y determinar la causa básica del fallecimiento. Se considera como otro estado que pudo influir en la causa de muerte estado gestacional.

Fecha y hora en que culmina la Necropsia: 06/11/2023 08:51:20 PM

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

Durante la gestación hay cambios anatómicos, fisiológicos y en la dinámica ventilatoria, a veces estos embarazos producen complicaciones maternas neonatales por lo que una de ellas puede ser es el síndrome de dificultad respiratoria que pueden complicarse y llevarlos así a la muerte, la insuficiencia respiratoria que a pesar de las distintas terapias para el manejo de dicha enfermedad la morbilidad y mortalidad materna siguen dándose en la Unidad de cuidados intensivos.

En el presente caso clínico se observa que la paciente S.O.R. es una gestante de 36 semanas por FUM hizo su primer ingreso a un centro de salud de nivel I-2 en la que refería sintomatología y dificultad respiratoria y disnea acompañado de un episodio de desvanecimiento hace dos días, paciente se automedica con sintomáticos, el día del ingreso empeora es en ese entonces que recién acude al centro de salud donde llega en mal estado general es por ello que se hace la referencia al Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, donde hace su ingreso pero la consideran mala informante por no dar datos precisos y erróneos pero el personal de salud da indicaciones como: exámenes de laboratorio respectivos, evaluación por cardiología, EKG y radiografía de tórax con protección, habiendo una demora en laboratorio y después de las evaluaciones que corresponden, se llega a la conclusión de una cesárea segmentaria de emergencia, no procede como tal debido a que en sala de tercer piso estuvo ocupada por una cirugía de emergencia de abdomen agudo quirúrgico ginecológico: quiste anexial izquierdo complicado con torsión y necrosis durante una hora y media de espera.

Se realiza cesárea de emergencia más histerectomía total con un recién nacido vivo paciente hemodinámicamente inestable, tolera acto quirúrgico y está en espera a la unidad de ventilación intensiva, paciente en su post operatorio inmediato hace paro cardiaco el cual se activa la clave cero y se realiza reanimación básica y avanzada, acude anestesiología, cardiología, unidad de

cuidados intensivos, médicos ginecólogos de turno indicando que paciente sale del paro, paciente en unidad de cuidados intensivos ingresa en muy mal estado general dependiendo de ventilación mecánica paciente hace paro respiratorio por tercera oportunidad en donde se realiza la reanimación básica y avanzada por consiguiente se declara fallecida y se destina a anatomía patológica, se trata de comunicar con familiar el cual no contesta. Según Stone, S y Nelson ,C. (2015) en un artículo titulado “Enfermedad respiratoria durante el embarazo de Obstetricia, Ginecología y Medicina Reproductiva” Si la vida de la madre está en peligro, el manejo de ésta condición requiere una evaluación clínica exhaustiva, terapia adecuada y, en algunos casos, la consideración de la interrupción del embarazo. Para garantizar el mejor resultado posible tanto para la madre como para el feto, es necesaria una atención multidisciplinaria y una comunicación efectiva entre obstetras y especialistas en cuidados intensivos.

Los estudios clínicos y la sintomatología tuvieron como diagnóstico principal insuficiencia respiratoria aguda desde su evaluación en el centro de salud, mientras que algunas veces no llegan las pacientes con este diagnóstico desde el principio y demora la atención de la gestante.

En el presente caso clínico se encontraron 4 demoras siendo la primera: Reconocer el problema; el paciente desconoce la severidad de su enfermedad y complicaciones de ella misma. Como segunda demora fue la decisión de buscar atención aquí el paciente no busca oportunamente la atención de salud ya que en una oportunidad se automedica sin acudir a ningún establecimiento de salud, como tercera demora fue llegar al establecimiento de salud por parte del personal de salud en su primera atención no identifica la severidad del cuadro de la paciente no derivando de inmediato al hospital y por último la cuarta demora el recibir el tratamiento adecuado, fue inadecuada la identificación de la severidad del cuadro de la paciente por parte del servicio de triaje que al ser prioridad 1 debió ser derivada al servicio de shock trauma, en shock trauma paciente debió ser intubada, manejo de ventilación mecánica, colocación de catéter venoso central y

línea arterial, laboratorio demora más de dos horas en entregar resultados cuando debió de ser de forma más rápida, anestesiología pide como requisito para ingresar a sala de operaciones exámenes pre quirúrgicos, Gineco obstetricia debió indicar cesárea de urgencia ante evolución tórpida de paciente y posibilidad de óbito fetal.

En otras instancias, los autores Cabello y Manieu, 2014; en Chile el estudio “Enfermedades respiratorias en el Embarazo” comentan que con respecto a la neumonía durante el embarazo se dice que su presencia puede llevar a un menor peso al nacer y al parto prematuro, lo que enfatiza la necesidad de un diagnóstico y tratamiento tempranos. En resumen, el control adecuado de las enfermedades respiratorias durante el embarazo es esencial para prevenir complicaciones maternas y fetales, y aunque existen desafíos en la elección de medicamentos, se prioriza la salud de ambos, como evidenció con anterioridad la falta de controles prenatales hizo que no se identificara a tiempo los factores de riesgo de la paciente por tanto no hubo un seguimiento exhaustivo.

CONCLUSIONES

- La insuficiencia respiratoria en la gestación es una condición rara pero altamente letal caracterizada por un inicio leve hasta impredecible pero con una alta tasa de mortalidad; paciente llega en un estado avanzado de la enfermedad agravando su situación, al no contar con ningún control prenatal, ninguna vacuna y siendo un factor de riesgo su edad y paridad, hizo que cause dificultad en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad para así poder resolver el problema y también se hicieron presente las demoras pasando por diferentes especialidades lo que fue un obstáculo ya que se debió realizar una cesárea de urgencia e hizo que sea uno más de los agravantes y condicionantes a una difícil decisión, el factor tiempo fue determinante para salvar la vida de la paciente quien acudió después de 2 días de presentar un cuadro clínico leve a complejo, sin embargo terminó en una muerte materna.
- El cuadro clínico que presentó la gestante fue una sintomatología de 2 días con odinofagia, cefalea y tos productiva con el transcurrir del día empezó a presentar dificultad respiratoria y disnea acompañado de un episodio de desvanecimiento, termina de acudir al establecimiento de salud por no presentar mejorías con los sintomáticos que se automedica, en el centro de salud ciudad de Dios llega en mal estado general, taquicárdica, polipnéica y desaturando, por lo cual es referida a un hospital de mayor complejidad para lo cual el diagnóstico se basa en los signos y síntomas del paciente y hacen referencia a algo presuntivo, la Insuficiencia Respiratoria es compleja y confusa debido a que en ocasiones se presenta en corto periodo y de la misma manera desaparecer y agravarse al concurrir el tiempo.

- El manejo clínico que se llevó no fue el adecuado desde su ingreso al C.S Ciudad de Dios ya que no se le administró ningún tratamiento, fue así referida al hospital Honorio Delgado donde no fue lo adecuado en ciertas instancias: cuando la paciente debió ser prioridad I colocándola como prioridad II, así también como agilizar exámenes de laboratorio el cual debió ser prioridad, por ultimo no estar a la espera para dicha intervención como es la cesárea de urgencia, respecto a las instalaciones cuidados intensivos se quedó aun en espera.
- Las demoras se dieron de la siguiente forma: Primera demora; En reconocer el problema, paciente desconoce la severidad de su enfermedad y complicaciones de la misma. Segunda demora; Decisión de buscar atención: Paciente no busca oportunamente atención de salud. Tercera demora; Llegar al Establecimiento de Salud: personal de salud en su primera atención no identifica la severidad del cuadro de la paciente no derivando de inmediato al Hospital. Cuarta demora; Recibir tratamiento: Inadecuada identificación de la severidad del cuadro de la paciente por parte del servicio de triaje, al ser prioridad 1 se debió derivar al servicio de Trauma Shock en dicho servicio la paciente debió ser intubada, dar manejo de ventilación mecánica, colocar catéter venoso central y línea arterial. En el servicio de laboratorio demora más de 2 horas en entrega de resultados, el servicio de anestesiología pide como requisito para ingresar a sala de operaciones exámenes pre-quirúrgicos, Gineco-Obstetricia debió indicar cesárea de urgencia ante evolución tórpida de paciente y posibilidad de óbito fetal.

RECOMENDACIONES

- A los profesionales de salud incentivar a realizar estudios de gestantes y puérperas en Insuficiencia Respiratoria y afines, para poder lograr un mejor diagnóstico, tratamiento y mejorar la atención intra y extra hospitalaria de dicha enfermedad.
- A las obstetras a través de las actividades de promoción y prevención concientizar a la población, a realizar actividades extramurales para la captación temprana y oportuna de gestantes así prevenir sobre posibles complicaciones durante la gestación dando a conocer la importancia del inicio y completar todos sus controles prenatales y su esquema de vacunas e informar a tiempo y acudir a los establecimientos de salud.
- A la red de salud debe capacitar al personal de salud para realizar una adecuada categorización y derivación de pacientes de acuerdo a la complejidad en que se presenten, así como capacitar sobre patologías urgentes no obstétricas en gestantes con el propósito de fortalecer sus criterios diagnósticos y abordajes clínicos, y obtener un diagnóstico apropiado y de manera temprana.
- Al director del hospital Honorio Delgado Espinoza y jefatura del departamento de Gineco obstetricia debe trabajar en conjunto y coordinar con el servicio de UCI la disposición inmediata de camas para pacientes obstétricas de alta complejidad, y a la par mejorar el manejo de diferentes especialidades como anestesiología y laboratorio respecto a la entrega oportuna de dichos exámenes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. La organización mundial de la salud OMS
<https://www.who.int/es/news/item/11-10-2023-who-issues-global-plan-to-tackle-leading-cause-of-death-in>
2. Karen P, Ernesto T, Perez O, Miranda A, Gonzales L, Díaz M, García M, Zamarrón E, Guerrero M, Soriano R, Caso Clínico: Síndrome de dificultad respiratoria aguda severo en el embarazo. Revisión de la literatura y reporte de dos casos. Med. crít. (Colegio Mexicano de Medicina Crítica) vol.33 no.4
3. Ciudad de México jul./ago. 2019.Epub 30-Jul-2021
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092019000400209
4. Aguirre A, Vallejos M, Factores Asociados a la Insuficiencia Respiratoria como causa de muerte directa en el Perú durante los años 2017 – 2019, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC).
<http://hdl.handle.net/10757/672253>
5. Demiri S, Demoule A, Insuficiencia respiratoria aguda, - EMC - Tratado de Medicina, Volume 24, Issue 2, 2020, Pages 1-9, ISSN 1636-5410,
[https://doi.org/10.1016/S1636-5410\(20\)43749-3](https://doi.org/10.1016/S1636-5410(20)43749-3).
6. Eiros J., Zamoraa, E., Martínez, E & Rodríguez, D.A. (2022). Insuficiencia respiratoria aguda. Medicine, 13(63), 3713-20.
7. Gutiérrez F. – 2010, Insuficiencia Respiratoria - Acta Med Per 27(4) .
<file:///G:/caso%20clinico/insuficiencia%20mas%20clasificacion.pdf>
8. Dueñas C, Mejía J, Coronel C, Ortiz G. Insuficiencia respiratoria aguda, Acta Colombiana de Cuidado Intensivo, Volume 16, Supplement 1, 2016, Pages 1-24, ISSN 0122-7262, <https://doi.org/10.1016/j.acci.2016.05.001>.
9. Streslla J, Tornero A, Leon M, artículo de Insuficiencia Respiratoria
CAPITULO 36 PAGINA 364 – 366 UNIVERSIDAD EL BOSQUE
COLOMBIA 2022-2023

- <https://www.studocu.com/co/document/universidad-el-bosque/semiologia-2/articulo-de-insuficiencia-respiratoria/23712498>
10. Eiros, J., Zamora, E., Martínez, E. y Rodríguez, D.A. (2022). Insuficiencia Respiratoria Crónica. *Medicine*, 13(63), 3721-9.
 11. Quesada D, Lin E, Quesada A, Navarro M. Insuficiencia Respiratoria: tipos, fisiopatología y tratamiento: Acute Respiratory Failure: causes, pathophysiology and treatment. *LATAM* [Internet]. 20 de julio de 2023 [citado 8 de agosto de 2024];4(2):3526–3536. Disponible en: <https://latam.redilat.org/index.php/lt/article/view/853>
 12. Cruz V,. Complicaciones en paciente de sexo masculino de 30 años de edad con diagnóstico de insuficiencia respiratoria aguda. 2020. Tesis de Licenciatura. Babahoyo: UTB-FCS, 2020. <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/8694>
 13. González-Pozo, G., Santiago, A., Lerín, M., & Iglesias, A. (2018). Insuficiencia respiratoria aguda. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(66), 3862–3869. doi:10.1016/j.med.2018.10.020 10.1016/j.med.2018.10.020.
 14. National Heart, Lung, and Blood Institute: The Respiratory System. <https://www.hhs.gov/>
 15. Ministerio de salud: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades: Muerte Materna. <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/vigilancia-epidemiologica/muerte-materna/#:~:text=Es%20la%20muerte%20que%20no,por%20causas%20accidentales%20o%20incidentales.>
 16. Instituto Nacional del Cáncer: de los Institutos Nacionales de Salud. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/embarazo.>

ANEXO N° 2

HOSPITAL GENERAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES SERVICIO DE EMERGENCIAS CALLE RAMBONA 1100 - TEL. 4300-1111			TRIAJE EMERGENCIA		
APELLIDOS		NOMBRES		EDAD	
DNI		CELULAR		43	
DX:		Gentamic 3445 ATRA. PIC STA			
TOPICO DE DESTINO					
<input type="checkbox"/> MEDICINA		<input type="checkbox"/> PEDIATRIA		<input type="checkbox"/> CIRUGIA	
<input checked="" type="checkbox"/> GYO		<input type="checkbox"/> PSIQUIATRIA		<input type="checkbox"/> OTRO	
PRIORIDAD		I -> INMEDIATA		II -> 30 MINUTOS	
SAT: 85% (0.28)		FC: 120		PA: 90/60	
FR: 36 x'		Tº: -			
SELLO Y FIRMA					
SOLICITAR					
1. ADMISION -> HOJA DE EMERGENCIA 2. SERVICIO DE ADMISION -> FICHA FUA SIS					

ANEXO N° 3

257-42

Fecha de nacimiento: 08/11/23	Hora Ingreso: 12:20:51	Sexo: F
Domicilio: 30/07/80	Edad: [REDACTED]	43 AÑOS CON 3 MESES Y 6 DÍAS
Distrito: YURA	Provincia: AREQUIPA	
Estado que llega: LEVE	Forma en que llega: SILLA DE RUEDAS	
Traído por: OTROS	Nombre/Dir: [REDACTED]	
Sistema: SIS	Atención: GINECO OBST	

13:05

TE: 2 días

Paciente refiere que empezó sintomatología hace 2 días con cefalea, odinofagia, tos productiva, el día de ayer se agrega dificultad respiratoria y disnea acompañada de un episodio de desvanecimiento; paciente se automedica con sintomáticos; el día de hoy empeora disnea, ya no tolera el decubito por lo que acude a su centro de salud, a donde llega en mal estado general, taquicárdico, polipneico, con Sat: 84%.

Al examen: MEG, MEN, REG, piel caliente al tacto, MO semihumedas CP palidos. No tolera el decubito dorsal, algida, poco colaboradora con el examen físico.

CV: RC jugulares, taquicárdico

TyP: MV disminuido en base, crepitanes bilaterales.

Abdomen: Ocupado por útero gravido;

AV: 28 cm SPP: LCI LCF: 130x'

Al tacto: D: dzd
B: 70%
AD: -3
MO: íntegros
P: ginecoide

Imp Dx: ① Gestación de 36 semanas 1 día x biometría
② Gran multigesto multipara

ARO: ① Insuficiencia respiratoria aguda: D/c Neumonía adquirida en la comunidad vs Neumonía por COVID 19.
② Sepsis poco respiratorio
③ Anhidramnios
④ No controles prenatales

[REDACTED]

[REDACTED]

DNI: [REDACTED] NHC: [REDACTED]

CATEGORIA: SIS COD.INTER: 0000625104

USUARIO CREADOR: amparo

ANEXO N° 4

INFORME OPERATORIO	
SALA DE OPERACIONES N° 01 - 3ER. PISO SERVICIO: OBSTETRICIA	
Diagnóstico preoperatorio	: Insuficiencia respiratoria aguda, D/C TEP, D/C Neumonía adquirida en la comunidad, D/C Derrame Pleural, Anhidramnios (O41.0).
Diagnóstico postoperatorio	: Los mismos + Sufrimiento fetal+ Atonía uterina
Cirujanos	: [REDACTED]
Cirugía realizada	: Cesárea segmentaria + Sutura B Lynch + Histerectomía Subtotal
Anestesia	: General Inhalatoria.
Anestesiólogo	: [REDACTED]
Fecha y hora	: 05/11/2023 Hora inicio: 18:13 - Hora término: 19:48

HALLAZGOS:
Abierta cavidad abdominal se evidencia útero grávido con segmento inferior conformado. Al abrir cavidad uterina, no se evidencia líquido amniótico. Se encuentra feto en situación longitudinal, presentación cefálica posición izquierda impregnado de meconio, que al ser extraído corresponde a recién nacido de sexo femenino, de 2765 g. de peso, APGAR de 0 al minuto y 3 a los 5 minutos, 4 a los 10 minutos, edad gestacional para 36 semanas por examen físico. Placenta de forma ovoide de 22 x 15 cm. de peso 650gr, cordón umbilical 50 x 1 cm. Trompas y ovarios de características normales. Se evidencia atonía uterina, por lo que se administra uterotónicos endovenosos, Se realiza sutura compresiva sin embargo persiste atonía uterina por lo que se decide Histerectomía subtotal. Se evidencia hígado de consistencia aumentada y superficie lisa que llega hasta flanco derecho.

PROCEDIMIENTO:
Paciente en decúbito dorsal, bajo efectos de anestesia, asepsia y antisepsia de zona operatoria, colocación de campos estériles. Incisión tipo Pfannenstiel; disección por planos hasta llegar a cavidad abdominal. Incisión arciforme en segmento uterino. Se extrae feto en cefálica; Pinzamiento y sección de cordón umbilical. Extracción de placenta por tracción continua. Escobillonaje con 2 compresas secas. Histerorrafia en dos planos, el primer plano con catgut crómico 1 en surget continuo cruzado, segundo plano en surget continuo invaginante abarcando miometrio y peritoneo visceral. Se evidencia atonía uterina, por lo que se administra uterotónicos endovenosos, Se realiza sutura B Lynch con vycril 1, sin embargo, persiste atonía uterina, por lo que se decide Histerectomía subtotal.
Se individualiza y expone útero. Pinzamiento, sección y ligadura de ligamentos redondos con lino 1, disección de hoja anterior de ligamento ancho hasta repliegue vesicouterino con electro fulguración. Se abre ventana en hoja posterior de ligamento ancho. Pinzamiento y disección ligadura de ligamentos uteroováricos con ácido poliglicólico 1. Se disecciona hoja posterior de ligamento ancho hasta base de ligamentos úterosacros. Pinzamiento sección y ligadura de arterias uterinas con ácido poliglicólico 1 a nivel de orificio cervical interno. Se disecciona fascia pubovesical cervical y se expone ligamento cardinal con tracción de pedículo de las uterinas. Se extrae útero mediante sección horizontal proximal a orificio cervical interno. Revisión de hemostasia. Traquelorrafia con catgut crómico 1 en dos planos, el primer plano en surget cruzado y el segundo en surget simple. Se realiza salpinguectomía bilateral con ácido poliglicólico 2/0. Revisión de hemostasia, Colocación de dren tubular contrabertura izquierda localizado en fondo de saco Douglas.
Cierre de pared por planos: Sutura de peritoneo parietal con catgut crómico 2/0 en surget continuo. Revisión de hemostasia. Puntos simples de catgut crómico 2/0 para afrontar músculos rectos. Sutura de aponeurosis con ácido poliglicólico 1 en surget continuo, se realiza hemostasia, sutura de tejido celular subcutáneo con puntos simples de catgut crómico 2/0 y piel con sutura intradérmica de ácido poliglicólico 3/0.
Sangrado IntraSOP: 900cc
Se transfunde 1 paquete globular intrasop.
Paciente tolera acto quirúrgico y es coordinada para transferencia con UVI, portadora de TOT, CVC, AMINAS. Enfermería reporta conteo de gasas y compresas completo.
Se envía muestra para anatomía patológica
Paciente hemodinámicamente inestable, tolera acto quirúrgico en espera de transferencia UVI/UCI, portadora de TOT, CVC, AMINAS.

ANEXO N° 5

Hospital Regional "Honorio Delgado"
Departamento de Ginecología y Obstetricia

FORMA DE ECOGRAFÍA OBSTETRICA II Y III TRIMESTRE
(Código SIS 76805)

Nombre de la paciente:		Edad:	43 años
Fecha de última menstruación:	?	Edad gestacional actual:	?

Situación:	Longitudinal	Movimientos:	
Presentación:	Cefálica	Respiratorios:	
Posición:	Postero	Corporales:	
Actividad cardíaca:	130	Extremidades:	

Biometría fetal:

Diámetro biparietal	:	87.6 mm	35ss	3d
Circunferencia cefálica	:	318 mm	35ss	5d
Circunferencia abdominal	:	328 mm	36ss	6d
Longitud del fémur	:	67.7	34ss	6d
Ponderado fetal ecográfico	:	2831g		

Observaciones:

Placenta y líquido amniótico:

Posición:	Fundica	Índice de líquido amniótico:	0.1
Grado de madurez:	II / III	Pozo máximo-vertical	

Impresión diagnóstica:

- Biometría para 36 semanas 1 días
- Feto único vivo
- Anhidramnios

FECHA: 05/11/2023

Realizado por:
Ginecóloga Obstetra

GINECOLOGA OBSTETRA

ANEXO N° 6

Edad	43		
Fecha	05/11/2023		
Acto Médico	2564616		
Apellido y Nombre	F. SIS		
Área: INMUNOBIOQUIMICA			
Examen	Resultado	Unidades	Valor de Referencia
TRIA DIMERO - D	2043	ng FEU/ml	0 - 500
Procesado por: [Redacted]			

Edad	43			
Fecha	05/11/2023			
Acto Médico	2564583			
Área: BIOQUIMICA				
Examen	Resultado	Unidades	Valor de Referencia	
Suero GLUCOSA	84	mg/dl	70-110	
CREATININA	0.73	mg/dL	0.4-1.5	
UREA	40	mg%	15.00-40.00	
Procesado por: [Redacted]				
Área: COAGULACION				
Muestra	Examen	Resultado	Unidades	Valor de Referencia
PERFIL COAG				
Plasma	TIEMPO DE PROTROMBINA	14.1	s	10 - 14
	TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA	39.2	s	26 - 47
	INR	1.08	INR	1 - 3.5
Procesado por: [Redacted]				
Área: HEMATOLOGIA				
Muestra	Examen	Resultado	Unidades	Valor de Referencia
DOSAJE HEMO				
Sangre Total	HEMOGLOBINA	8.8	g/dL	11.0 - 16.0
PERFIL HEMO				
Sangre Total	LINOCITOS ATIPICOS	20%		
	LEUCOCITOS	4.44	10 ⁹ /L	4.00 - 10.00
	LINOCITOS %	69	%	20.00 - 40.00
	MONOCITOS %	12	%	3.00 - 10.00
	NEUTROFILOS %	20	%	50.00 - 70.00
	EOSINOFILOS %	0	%	0.50 - 5.00
	BASOFILOS %	0	%	0.00 - 1.00
	LINOCITOS #	3.665	10 ⁹ /L	0.800 - 4.000
	MONOCITOS #	0.007	10 ⁹ /L	0.120 - 1.200
	NEUTROFILOS #	0.728	10 ⁹ /L	2.000 - 7.000
	EOSINOFILOS #	0.020	10 ⁹ /L	0.020 - 0.600

ANEXO N° 7

