



## CASOS CLÍNICOS

## Caso clínico: Insuficiencia Respiratoria Aguda en el Postoperatorio de una Cesárea Urgente

Cuevas P, Romero MJ, Maldonado J.

*Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada.*

### Resumen

Paciente de 31 años de edad, gestante gemelar mediante FIV con feto muerto a la 21 semana. Sin antecedentes personales ni familiares, no consumo de fármacos, no hábitos tóxicos, sin alergias medicamentosas conocidas. ASA I.

Ingresa por amenaza de parto prematuro, realizándosele cesárea urgente por situación transversa del feto. Intraoperatorio sin incidentes. Recién nacido prematuro.

Al segundo día del postoperatorio comienza con cuadro de abdomen agudo compatible con íleo paralítico, que empeora al día siguiente precisando laparotomía exploradora. Se aprecia peritonitis secundaria a endometritis. Se realizan lavados de cavidad abdominal y se instaura tratamiento antibiótico.

Ingresa en la Unidad de Reanimación extubada, consciente, orientada, hemodinámicamente estable con bajas dosis de vasoactivos, y con función respiratoria y renal conservada. Evolución ligeramente favorable en los días posteriores permitiendo retirar vasoactivos; auscultación cardio-respiratoria normal; radiografía de tórax con pinzamiento del ángulo costodiafrágico izquierdo, sin otros hallazgos. Sin embargo, la paciente presenta una discreta taquicardia (100-105 lpm), abdomen distendido, doloroso y sin peristaltismo, leucocitosis (entorno a los  $11.000 \times 10^9 L^{-1}$ ) y hemoglobina de 9 mg dl<sup>-1</sup> (resto de la analítica compatible con la normalidad).

En el tercer día de estancia en la Unidad presenta un importante deterioro del estado general, con clínica de insuficiencia respiratoria aguda severa (disnea, taquipnea, uso de la musculatura accesoria, descoordinación tóraco-abdominal, obnubilación), reagudización del dolor abdominal con distensión, fiebre de 38,5°C y descenso de la hemoglobina de un punto sin sangrado aparente por drenajes.

### Introducción

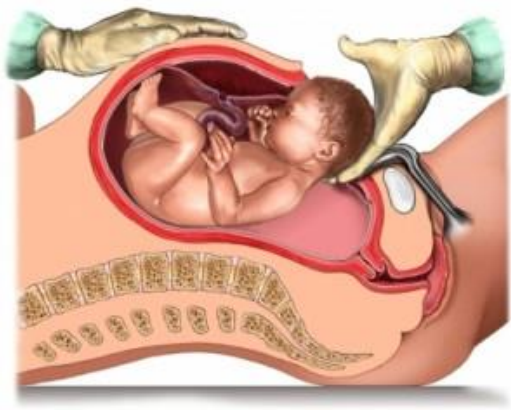
Paciente de 31 años de edad, gestante gemelar mediante FIV con feto muerto a la 21 semana. Sin antecedentes personales ni familiares, no consumo de fármacos, no hábitos tóxicos, sin alergias medicamentosas conocidas. ASA I.

Ingresa por amenaza de parto prematuro, realizándosele cesárea urgente por situación transversa del feto. Intraoperatorio sin incidentes. Recién nacido prematuro.

Al segundo día del postoperatorio comienza con cuadro de abdomen agudo compatible con íleo paralítico, que empeora al día siguiente precisando laparotomía exploradora. Se aprecia peritonitis secundaria a endometritis. Se realizan lavados de cavidad abdominal y se instaura tratamiento antibiótico.

Ingresa en la Unidad de Reanimación extubada, consciente, orientada, hemodinámicamente estable con bajas dosis de vasoactivos, y con función respiratoria y renal conservada. Evolución ligeramente favorable en los días posteriores permitiendo retirar vasoactivos; auscultación cardio-respiratoria normal; radiografía de tórax con pinzamiento del ángulo

costodiafrágico izquierdo, sin otros hallazgos. Sin embargo, la paciente presenta una discreta taquicardia (100-105 lpm), abdomen distendido, doloroso y sin peristaltismo, leucocitosis (entorno a los  $11.000 \times 10^9 \text{ L}^{-1}$ ) y hemoglobina de 9 mg dl<sup>-1</sup> (resto de la analítica compatible con la normalidad).



En el tercer día de estancia en la Unidad presenta un importante deterioro del estado general, con clínica de insuficiencia respiratoria aguda severa (disnea, taquipnea, uso de la musculatura accesoria, descoordinación tóraco-abdominal, obnubilación), reagudización del dolor abdominal con distensión, fiebre de 38,5°C y descenso de la hemoglobina de un punto sin sangrado aparente por drenajes.

### Cuestiones

Diagnóstico diferencial del cuadro actual  
Posibles hallazgos en la exploración física  
Pruebas complementarias a realizar  
Actitud clínica a tomar

### Continuación del caso

Ante el importante deterioro clínico, se administró Oxígeno a altos flujos con mascarilla, morfina, diuréticos y dos concentrados de hematíes, con escasa respuesta clínica. En ese momento no se intuba a la paciente. Se realiza radiografía de tórax en la que se aprecia

infiltrado alveolo intersticial bilateral con derrame pleural derecho y TAC tóraco-abdominal que confirma el infiltrado alveolo-intersticial y el derrame. A nivel abdominal: imagen de alta densidad intrauterina.

Diagnosticamos **shock séptico de origen abdominal con SDRA** como causa de la insuficiencia respiratoria aguda.

Se avisa a ginecología que reintervienen a la paciente encontrando peritonitis secundaria a endometritis y realizan histerectomía subtotal.

Tras ello, ingresa en reanimación intubada, dependiente de altas cifras de FiO<sub>2</sub> y PEEP para mantener oxigenación. Hemodinámicamente inestable con necesidad de noradrenalina para mantener presión arterial. Analítica al ingreso:  $20000 \times 10^9 \text{ L}^{-1}$  leucocitos, hemoglobina de 11,3 mg dl<sup>-1</sup>, coagulación normal y función renal normal. Se realiza manejo del shock séptico según los protocolos de Surviving Sepsis Campaign y ajustes de fluidoterapia guiadas por la variación del volumen sistólico del Vigileo®. Varios días después se obtienen resultados de cultivos con *E. faecalis* y *E. coli* sensible a vancomicina y meropenem, antibióticos que ya estábamos usando de forma empírica.

La paciente en los días sucesivos presenta evolución favorable:

- Permite la retirada total de noradrenalina tres días después.
- El SDRA mejora progresivamente permitiendo la reducción progresiva de FiO<sub>2</sub> y PEEP y la extubación cinco días después.
- Mejoría analítica ( $13000 \times 10^9 \text{ L}^{-1}$  leucocitos al alta, cuando llegó a alcanzar cifras de 35000).
- Recupera peristaltismo intestinal con deposiciones.
- En la radiología, disminuye el

infiltrado alveolo-intersticial.  
- Ocho días después de su ingreso, la paciente se encuentra consciente y orientada, apirética y parece resuelto el síndrome confusional de días previos. Auscultación: murmullo vesicular conservado, satO<sub>2</sub> 98% con oxigenoterapia en cánulas nasales a 1 L min<sup>-1</sup>. Gasometría arterial con leve alcalosis respiratoria.

En este momento se decide su traslado a planta hospitalaria para continuar postoperatorio, que transcurre sin

incidentes. Se le da el alta al domicilio diez días después.

---

**Correspondencia al autor**

*Pedro Cuevas Valenzuela*  
[pedrocuevas81@hotmail.com](mailto:pedrocuevas81@hotmail.com)  
*MIR4. Servicio de Anestesiología y Reanimación.*  
*Hospital Clínico Universitario San Cecilio.*  
*Granada.*

---

[Publicado en AnestesiaR el 3 de marzo de 2010](#)