

Casos Clínicos

Reporte de caso: Manejo multidisciplinario en gestante con embarazo de 31 semanas y COVID-19 positivo con evolución grave.

Case report: multidisciplinary management in case of 31 weeks pregnant woman and COVID 19 infection with severe disease presentation.

Ana Orostizaga A.¹ Francisca Apablaza R.¹ Bárbara Garrido L.^{2,3} Paulina Zúñiga F.^{2,3} Italo Vaccarezza P.^{2,3} Doreen Wittkopf⁴.

¹ Interna de Medicina Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe.

² Especialista en Obstetricia y Ginecología, Hospital San Camilo, San Felipe

³ Docente Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe.

⁴ Becada de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Valparaíso.

Correspondencia: Bárbara Garrido Leiva

Email del autor: glbarbararocio@gmail.com

RESUMEN

Introducción: En diciembre de 2019 se reporta un brote de neumonía atípica causada por un nuevo coronavirus: SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome-Coronavirus-2), cuya enfermedad se denomina COVID-19 (Coronavirus Disease 2019). Desde entonces su distribución se ha ampliado mundialmente causando una emergencia en los sistemas de salud.

Método: Corresponde al reporte de caso clínico. Este estudio es descriptivo y se basa en el manejo realizado a paciente embarazada con COVID-19 confirmado. Esta publicación cuenta con la autorización del comité de ética local para la revisión de ficha clínica.

Caso: Mujer de 40 años con un embarazo de 31 semanas, se le diagnostica COVID-19 tras contacto estrecho con caso confirmado. Evoluciona con disnea y por posibilidad de interrupción del embarazo se traslada a centro de mayor complejidad. Allí se pesquisa compromiso de función pulmonar, uso de musculatura accesorias y alteración sensorial, requiriendo oxigenoterapia. Se evalúa interdisciplinariamente decidiendo intubar y realizando manejo en unidad de cuidados intensivos (UCI). Se realiza cesárea de urgencia a las 31+4 semanas debiendo realizarse histerectomía total por inercia uterina. Tras el procedimiento evoluciona tórpidamente con deterioro de función pulmonar, describiéndose un pronóstico catastrófico con probabilidad de fallecer por insuficiencia respiratoria. Un mes después despierta con una mejoría en su función pulmonar, sin otra falla orgánica. Actualmente se encuentra en buenas condiciones y es tratada multidisciplinariamente para lograr una rehabilitación integral.

Discusión: En epidemias pasadas, las embarazadas mostraron altas tasas de letalidad y riesgo de ingreso a UCI. Basados en una revisión de reportes de casos, parece ser que COVID-19 durante el embarazo se asocia a morbilidad materna severa, riesgo que aumenta en mujeres con comorbilidades, lo cual hace cuestionarnos si la infección por COVID-19 intensifica el riesgo materno o estos casos ya eran embarazos de riesgo. Se necesitan futuras investigaciones al respecto.

Palabras claves: Pandemia, SARS-CoV-2, COVID-19, Embarazo, Morbi mortalidad materna.

ABSTRACT

Introduction: The coronavirus disease 2019, caused by severe acute respiratory syndrome coronavirus 2, was first reported in december 2019 in China as an atypical pneumonia. Since then its distribution has globally expanded causing a public health emergency.

Method: Corresponds to a case report. A descriptive study about the management of a pregnant woman with COVID-19.

Case: A 40 year old pregnant woman, 31 weeks gestational age, was admitted with a diagnosis of COVID-19. She developed dyspnea and preterm birth risk that needed a more complex hospital level. Thereafter, the patient developed respiratory distress, use of accessory breathing muscles and neurological alteration, requiring oxygen therapy. An interdisciplinary medical team evaluation decided to manage her condition at intensive care unit (ICU). Cesarean delivery was performed at 31+4 weeks. After the procedure, the pulmonary function declined to a life threatening condition. A month later, the patient woke up with improved pulmonary function, without any organ failure. Currently the patient is in a good general condition with a multidisciplinary rehabilitation treatment ongoing.

Discussion: In previous epidemic outbreaks, pregnant women presented high fatality rates and intensive care treatment risk. Based on a case report review, COVID-19 in pregnancy is associated with severe maternal morbidity, specially in women with associated comorbidities. This situation raises the question whether the COVID-19 infection intensifies the maternal risk or whether these cases were already a high risk pregnancies. Additional studies are needed to answer this issue.

Keywords: pandemia, SARS-CoV-2, COVID-19, pregnancy, maternal morbidity mortality.

INTRODUCCIÓN

Los coronavirus son históricamente conocidos por causar en forma endémica cuadros de resfrío común, sin embargo, en las últimas décadas han emergido dos betacoronavirus de importancia epidemiológica, el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS-CoV-1) y el Síndrome Respiratorio del Medio Oriente (MERS-CoV), los cuales pueden causar neumonía grave, insuficiencia respiratoria y muerte.¹

A fines de 2019, se informó la infección por un nuevo betacoronavirus, posteriormente denominado como SARS-CoV-2, el cual ha destacado por su eficiente transmisión y diseminación, cuya enfermedad llamada COVID-19 ha puesto a prueba los sistemas sanitarios del mundo, provocando efectos devastadores.²

Las distintas series asocian como principales factores de riesgo de mortalidad, a la edad y las comorbilidades. Los últimos datos sobre COVID-19 en los Estados Unidos indica que la mortalidad fue más alta en las personas ≥ 85 , entre el 10% al 27%, seguido del 3% al 11% entre las personas de 65 a 84 años. 1%

a 3% entre personas de 55 a 64 años, <1% entre personas de 20 a 54 años, y no hubo muertes entre personas de ≤ 19 años.³

En todas estas epidemias, embarazadas mostraron tasas de letalidad elevadas, mayor riesgo de ingreso a unidades de cuidados intensivos, mayor riesgo de ventilación mecánica y de otras complicaciones infecciosas.⁴

En población gestante, la información específica en relación al impacto del COVID-19 sobre el embarazo y resultados perinatales es escasa, también lo es en relación a los dos brotes por coronavirus anteriores. Sin embargo, respecto a la experiencia con SARS, MERS, virus influenza y reportes tempranos de COVID-19, sugieren que la infección por SARS-Cov 2 podría tener un curso grave en embarazadas.⁵⁻⁶

El objetivo de esta publicación es presentar un caso clínico de una embarazada de 31 semanas que se confirma con COVID -19, que es manejado de forma interdisciplinaria entre el equipo de UCI, Neonatología y Ginecología y Obstetricia del Hospital

San Camilo, San Felipe, Valparaíso, Chile. Esta publicación cuenta con la autorización del comité de ética local para la revisión de ficha clínica.

Presentación de caso

Mujer de 40 años, multipara de 3 partos vaginales de término, sin complicaciones en dichos embarazos. Sin otros antecedentes mórbidos o quirúrgicos relevantes. Cursando embarazo de 31 semanas en control en alto riesgo obstétrico por hipotiroidismo gestacional, mantiene contacto estrecho con caso confirmado COVID -19. Se realiza prueba PCR-RT SARS-CoV-2 el 21/05 que resulta positiva. El día 25/06 es hospitalizada en Hospital de Los Andes en Sala de Ginecología y Obstetricia por disnea, recibiendo maduración corticoidal con betametasona 12 mg intramuscular los días 25 y 26 de mayo, sulfato de magnesio y tratamiento antibiótico con ceftriaxona.

El 27/05 evoluciona con requerimientos de oxígeno hasta 3 lt/min y taquipnea. Con buena mecánica respiratoria y frecuencia 23-26 respiraciones por minuto, saturando 95-96%, gasometría con PAFI 288. En evaluaciones posteriores se describe a paciente tranquila y sin indicación de intubación. Sin embargo, por alto riesgo de interrupción de embarazo se administra maduración corticoidal y se traslada a Hospital San Camilo.

En Servicio de Urgencia se evalúa paciente con disnea, taquipnea de 28 respiraciones por minuto, uso de musculatura accesoria, alteración del sensorio con desorientación intermitente, ante lo cual se indica ventilación mecánica invasiva (VMI), se intuba en urgencia por anestesista según protocolo y posteriormente se traslada a UCI donde se administra sedantes (fentanilo, midazolam, atracurio, Propofol) y apoyo con drogas vasoactivas (noradrenalina) con lo cual evoluciona de manera estable.

Durante hospitalización se discute caso de manera interdisciplinaria con ginecobstetras, UCI adulto, neonatólogos y anestesista, dado deterioro materno y necesidad de uso de fármacos sedantes contraindicados en el embarazo se decide interrupción del embarazo. El día 28/05 se realiza cesárea de urgencias, durante intervención se evidencia tumor ovárico derecho de 20 cm, se realiza anexectomía derecha e histerectomía total obstétrica

por inercia uterina que no respondió a uterotónicos. Recién nacido nace en malas condiciones, hipotónico, bradicárdico, requiriendo ventilación a presión positiva con tubo endotraqueal, masaje cardiaco y 2 dosis de adrenalina, dado antecedentes se administra naloxona, evoluciona recuperando rápidamente esfuerzo respiratorio, se traslada a UCI Neonatal. Recibe 2 dosis de Surfactante. Se realiza PCR-RT SARS-CoV-2 al recién nacido en dos oportunidades las cuales resultaron negativas. Recién nacido evoluciona de forma favorable, es dado de alta a los 39 días de vida en buenas condiciones generales con los diagnósticos de enfermedad de membrana hialina, hipoxia perinatal, hemorragia intracraneal grado I y síndrome convulsivo con indicaciones de anticonvulsivante y control con equipo de fisiatría al alta por persistir hipotonía axial.

Las piezas anatómicas se envían a anatomía patológica para estudio, los que informaron; quiste ovario derecho compatible con cistoadenoma mucinoso, trompa uterina de histología conservada y útero grávido de histología conservada, con leves cambios celulares debido a hipoperfusión.

Posterior a la cesárea, paciente evoluciona tópidamente, con caída de hematocrito de 30 a 19% debiendo ser transfundida con 6 unidades de glóbulos rojos y con estado general de aspecto grave. Se realiza TAC de tórax, abdomen y pelvis en busca de colección abdominal, sin embargo, se descartó pérdidas en relación a procedimiento quirúrgico. Después de la transfusión paciente se encontraba estable, pero al día después comienza con falla respiratoria severa con PAFI <150 y parámetros inflamatorios al alza.

En busca de otras causas que explicaran el rápido deterioro de su condición se solicita Angiotac de tórax y TAC cerebral, descartando procesos patológicos en ambos exámenes. Además, cursa con falla renal aguda e infección urinaria por enterococcus faecalis, iniciando tratamiento antibiótico con ampicilina.

Ante el escenario de una extubación lejana, se decide realizar traqueostomía quirúrgica. Procedimiento realizado por otorrinolaringólogos sin incidentes.

El compromiso respiratorio de la paciente indicaba una condición crítica, con el potencial de afectar incluso su vida, esto debido al tiempo que ha sido sometida a VM, con driving pressure fuera de rango de

seguridad y mantención de PAFI <200. Sin embargo, el día 18/06 presenta lenta recuperación de falla respiratoria, PAFI 170, se disminuye aporte de oxígeno y de sedación, y no requiere uso de drogas vasoactivas. El 21/06 luego de estar 25 días en VM la paciente se despierta con episodios de delirium mixto, mantiene PAFI cercano 200, lo que permitió bajar soporte ventilatorio.

Con fines terapéuticos en términos psicológicos los equipos de UCI y neonatología deciden realizar videollamada, logrando que la paciente conociera a su hijo, lo que provocó un impacto positivo en ella.

Luego de objetivar falla respiratoria en regresión, con más de 36 horas de desconexión de VM y sin falla de otros órganos, se decide traslado a Sala de medicina interna, donde permaneció en buenas condiciones generales. Se toma nueva PCR SARS-CoV-2 el 30/06 la que resultó negativa.

Es evaluada por equipo multidisciplinario que contempla médicos internistas, fonoaudióloga, kinesiólogos, otorrinolaringólogos, ginecobstetras y fisiatra, encaminados a rehabilitación integral. Paciente es dada de alta luego de 39 días de estar hospitalizada.

Es evaluada de forma ambulatoria dos semanas posteriores al alta, paciente evoluciona sin complicaciones.

CONCLUSIONES

Basados en revisiones y en reportes de casos a nivel mundial, parece ser que COVID-19 durante el embarazo puede asociarse a morbilidad materna severa, riesgo que es mayor en mujeres embarazos obesas (índice de masa corporal >35) y con comorbilidades, lo cual hace cuestionarse si la infección por SARS-CoV-2 aumenta el riesgo materno o estos casos ya eran embarazos de alto riesgo, pregunta que aún no está dilucidada.

El presente caso evidencia un embarazo con infección por SARS-COV2 durante el tercer trimestre de gestación, de evolución grave que se manejó de manera interdisciplinaria, en donde fue fundamental el traslado oportuno a un centro de mayor complejidad por riesgo de deterioro respiratorio materno y consecuente interrupción del embarazo, permitiendo un adecuado aporte respiratorio y manejo materno fetal.

Es conocido el riesgo asociado al uso de anestesia general, debido a que las drogas anestésicas inhalatorias y drogas inductoras como el Propofol que inhiben la contracción uterina de manera dosis dependiente⁷, motivo que puede contribuir a la presencia de inercia uterina presentada por nuestra paciente, que no respondió al uso de uterotónicos. Y que requirió la realización de una histerectomía obstétrica total.

Respecto a la transmisión vertical no se ha evidenciado casos claramente identificados como transmitidos por este mecanismo, ya sea por placenta, parto o lactancia.⁴ Sin embargo, una revisión sistemática reporta 3 casos de neonatos que probablemente adquirieron la infección por esta vía, pero se requiere más estudios para confirmarlo como una vía de transmisión probable.⁸

REFERENCIAS

1. Velavan TP, Meyer CG. The COVID-19 epidemic. *Trop Med Int Health*. 2020;25(3):278-280.
2. Novel Coronavirus(2019-nCoV) Situation Report – 10. Data as reported by 30 January 202
3. Pilišvili T, Razzaghi H, Reed N, Ritchey M, Sauber-Schatz E, Severe outcome among patients with coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Morbidity and Mortality Weekly Report*. February 12- March 16, 2020.
4. Rasmussen SA, Smulian JC, Lednický JA, Wen TS, Jamieson DJ. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and pregnancy: what obstetricians need to know. *Am J Obstet Gynecol*. 2020;222(5):415-426.
5. Special Expert Group for Control of the Epidemic of Novel Coronavirus Pneumonia of the Chinese Preventive Medicine Association. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*. 2020;41(2):139-144.
6. Goodnight WH, Soper DE. Pneumonia in pregnancy. *Crit Care Med*. 2005;33(10 Suppl):S390-S397.
7. Hiroiyiki S, Hidetomo N, Masaki S. Rethinking general anesthesia for cesarean section. *J Anesth* (2016) 30:268–273.
8. Gordon M, Kagalwala T, Rezk K, Rawlingson C, Ahmed MI, Guleri A. Rapid systematic review of neonatal COVID-19 including a case of presumed vertical transmission. *BMJ Paediatr Open*. 2020;4(1): e00