

Gestante con COVID 19 moderado y proceso de atención en el recién nacido

Pregnant woman with moderate COVID 19 and care process in the newborn

Ricardo Ayala^{1,a}, Loyda Miranda^{1,b}, Tania Solís^{1,c}, Norma Valencia^{1,d}, Liliana Cieza^{1,e}, José Amado^{1,f}

¹ Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Seguro Social de Salud, EsSalud. Lima, Perú.

^a Médico residente de la especialidad de emergencias y desastres, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7913-8728>

^b Médico residente de la especialidad de emergencias y desastres, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0912-3598>

^c Médico pediatra neonatólogo, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4525-6785>

^d Médico pediatra neonatólogo, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3867-0280>

^e Médico pediatra, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7038-8261>

^f Médico internista, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3286-4650>

An Fac med. 2020;81(2):245-7. / DOI: <https://doi.org/10.15381/anales.v81i2.17694>

Correspondencia:

José Amado Tineo
jpamadot@gmail.com

Recibido: 15 de mayo 2020

Aprobado: 23 de mayo 2020

Publicación en línea: 27 de mayo 2020

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés

Fuente de financiamiento:
Autofinanciado

Citar como: Ayala R, Miranda L, Solís T, Valencia N, Cieza L, Amado J. Gestante con COVID 19 moderado y proceso de atención en el recién nacido. An Fac med. 2020;81(2):245-7. DOI: <https://doi.org/10.15381/anales.v81i2.17694>

Sr. Editor,

La pandemia causada por COVID-19 (Coronavirus Disease 2019), viene produciendo un número exponencial de infectados y muertes en diversos países del mundo, poniendo a prueba el sistema de salud de las mayores potencias mundiales y también en países como en Perú⁽¹⁾. Numerosos reportes ponen en evidencia la susceptibilidad de aquellos pacientes con comorbilidades y algún grado de compromiso inmunológico. Asimismo, en varios países del mundo ha generado preocupación la población de mujeres gestantes que debido a sus cambios fisiológicos e inmunología alterada sugieren un mayor impacto en el binomio madre - hijo⁽²⁾.

Reportes previos en Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS), relacionaron la gestación con un mayor riesgo de aborto espontáneo, parto prematuro y restricción del crecimiento intrauterino. En la actualidad, los estudios que involucran pequeño número de gestantes con COVID-19 indican pocas complicaciones maternas y neonatales, por lo que la Organización Mundial de la Salud y el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades han publicado directrices provisionales para la atención de estas pacientes^(2,3).

Presentamos uno de los primeros casos ocurridos en gestantes en nuestro país. Una paciente de 30 años con 32 semanas de gestación que ingresó a la emergencia obstétrica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, del Seguro Social de Salud del Perú, por 7 días de fiebre, disnea, tos, y que refiere que un familiar cercano tenía síntomas respiratorios. Sin alteraciones del embarazo fue derivada al área de triaje respiratorio de emergencia general. Se tomó muestra para hisopado nasofaríngeo y quedó en sala de observación con temperatura de 38,5°C, frecuencia respiratoria 24 por minuto y saturación capilar de oxígeno de 90%. Al examen físico se encontró congestión de orofaringe y crepitantes en bases de ambos hemitórax. Los exámenes auxiliares mostraron hipoxemia, proteína C reactiva elevada, anemia y linfopenia (Tabla 1). La radiografía de tórax, con protección fetal, evidenció consolidado en base de hemitórax derecho (Figura 1). El hisopado fue positivo para SARS-CoV-2 mediante análisis de reacción en cadena de polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR). Se inició tratamiento antibiótico con ceftriaxona endovenosa, oxígeno por cánula binasal a 5 litros por minuto (alcanzando 97% de saturación) y paracetamol vía oral. También se evidenció en la tomografía de tórax, opacidades en vidrio esmerilado y consolidaciones predominantes en lóbulos inferiores.

Dos días después del ingreso, la paciente presentó dificultad respiratoria (frecuencia respiratoria: 28 por minuto), saturación de oxígeno 91%, dolor abdominal tipo contracción y se planteó la posibilidad de ventilación mecánica invasiva, colocándose oxígeno por máscara de reservorio con leve mejoría. Se administró dexametasona 8 mg intramuscular para maduración fetal y 12 horas después se realizó cesárea de emergencia con anestesia raquídea, encontrando líquido amniótico claro y placenta normoinserta. En el posoperatorio presentó

Tabla 1. Resultados de gases arteriales y analítica sanguínea de gestante de 32 semanas con COVID-19 moderado.

Gases arteriales	Día 1	Día 3	Día 4	Día 5	Día 7	Día 10
PH	7,43		7,37			7,4
pO ₂ (mmHg)	67,3		96,6			80,1
pCO ₂ (mmHg)	29,4		30,7			34,1
SaO ₂ (%)	92,2		96,6			96
Lactato (mmol/L)	1		1,8			1,4
Bicarbonato (mmol/L)	19,4		17,4			21,6
PaFiO ₂	223		121			381
G (A – a)	251		315,9			29,1
PCR (mg/dL)	11,52		13,59	9	6,28	4,84
Leucocitos (K/uL)	7,43	13,28	15,77	10,75	11,91	9,99
Linfocitos (K/uL)	0,89	0,89	1,34	2,34	1,92	1,98
Hemoglobina (g/dL)	9,1	9,7	7,8	6,3	8,4	9,5
Plaquetas (K/uL)	176	217	232	283	431	643
DimeroD (ug/mL)					1,39	3,09
DHL (U/L)			256		321	306
Fibrinógeno (mg/dL)	409,25	596,83	347,83	377,89	621,01	590,22

dolor pélvico moderado, escaso sangrado vaginal y saturación de oxígeno 92%; fue derivada a UCI donde recibió oxigenoterapia por cánula de alto flujo, no requiriendo ventilación mecánica. Presentó anemia post cesárea y mejora con transfusión de dos unidades de glóbulos rojos. Su evolución fue favorable, trasladándola a hospitalización general donde completó tratamiento antibiótico sin suplemento de oxígeno. Al séptimo día pasó a centro de aislamiento comunitario.

El recién nacido pesó 1780 g, con APGAR 8 y 9 puntos a uno y cinco minutos,



Figura 1. Estudio radiológico que muestra infiltrado alveolo intersticial basal bilateral, en gestante de 32 semanas con COVID-19 moderado.

respectivamente. No se realizó clampaje tardío ni apego a madre, pasando a aérea de aislamiento COVID-19. Se le realizaron dos pruebas de RT-PCR en hisopado nasofaríngeo (17 horas y 10 días de nacido) que resultaron negativas. Fue alimentado con fórmula para prematuro y leche donada pasteurizada, presentó hiperbilirrubinemia al segundo día de vida que mejoró con fototerapia. La ganancia ponderal fue según lo esperado y quedó en observación hasta el término de la cuarentena de los padres.

Durante el embarazo ocurre un estado de supresión inmune parcial con vulnerabilidad a las infecciones. Se pensaba que COVID-19 podría tener graves consecuencias para las gestantes⁽³⁾; sin embargo, se ha reportado que no existen diferencias en la severidad en mujeres gestantes y no gestantes, así como tampoco produce alteraciones genéticas en el recién nacido⁽⁴⁾. Por otro lado, la pandemia ha creado estrés y ansiedad en diferentes partes del mundo; estas condiciones, en gestantes, se asocian con efectos secundarios como depresión, náuseas, vómitos, parto prematuro, y mayor riesgo de preeclampsia⁽⁵⁾.

Si bien los hallazgos tomográficos fueron opacidades en vidrio esmerilado

y consolidaciones predominantes en lóbulos inferiores, las radiografías de tórax pueden ser negativas en etapas precoces de la enfermedad, similar a lo que ocurre en las mujeres no gestantes. Una alternativa es la evaluación pulmonar con ultrasonido, que puede identificar compromiso pulmonar precoz en las salas de emergencias, evitando la exposición a la radiación⁽⁶⁾.

La infección por el nuevo coronavirus no es una indicación de interrupción del embarazo. La indicación depende del estado de la enfermedad, edad gestacional y bienestar fetal⁽⁴⁾, aunque no se determina aún cuál es más seguro, si el parto vaginal o por cesárea. En el presente caso, la paciente cursó con deterioro clínico e inició trabajo de parto, por lo que se decidió finalizar la gestación mediante parto por cesárea, este último se recomienda en embarazos pretérmino⁽⁷⁾. El uso de corticoides es una parte importante del tratamiento de la prematuridad por los beneficios que proporciona al feto, pero algunos reportes relacionan uso de corticoides con una mayor morbilidad y mortalidad en COVID-19; en esta pandemia es necesario valorar los riesgos y beneficios por cada caso⁽⁸⁾.

Pese al compromiso oxigenatorio de la paciente, se optó por usar anestesia raquídea en lugar de general; probablemente debido a falta de planificación y evitar la exposición al personal de salud. La recuperación post parto y post anestesia debe realizarse bajo las mismas condiciones de aislamiento. Según reportes de recién nacidos con COVID 19, estos adquirieron la enfermedad por el entorno infectado, presentando síntomas entre 5 a 17 días^(3,9); la evidencia actual menciona que el riesgo de transmisión vertical (transplacentaria, intraparto o a través de la lactancia materna) es muy bajo⁽¹⁰⁾. Las recomendaciones de la mayoría de sociedades científicas indican que si el estado materno y neonatal lo permiten, se debe promover la lactancia materna durante el periodo de riesgo infeccioso, con medidas estrictas de aislamiento, higiene de las mamas, lavado correcto de manos y uso de mascarilla por la madre⁽⁷⁾

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acosta G, Escobar G, Bernaola G, Alfaro J, Taype W, Marcos C, et al. Caracterización de pacientes con COVID-19 grave atendidos en un hospital de referencia nacional del Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2020;37(2). DOI: 10.17843/rpmesp.2020.372.5437
2. Liang H, Acharya G. Novel corona virus disease (COVID-19) in pregnancy: What clinical recommendations to follow? *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2020;99(4):439-42. DOI: 10.1111/aogs.13836
3. Panahi L, Amiri M, Pouy S. Risks of Novel Coronavirus Disease (COVID-19) in Pregnancy; a Narrative Review. *Arch Acad Emerg Med.* 2020;8(1):e34.
4. Zhang L, Jiang Y, Wei M, Cheng BH, Zhou XC, Li J, et al. Analysis of the pregnancy outcomes in pregnant women with COVID-19 in Hubei Province. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.* 2020;55(3):166-171. DOI: 10.3760/cma.j.cn112141-20200218-00111.
5. Dashraath P, Jing Lin Jeslyn W, Mei Xian Karen L, Li Min L, Sarah L, Biswas A, et al. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic and Pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2020: pii: S0002-9378(20)30343-4. DOI:https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.03.021
6. Liu H, Liu F, Li J, Zhang T, Wang D, Lan W. Clinical and CT imaging features of the COVID-19 pneumonia: Focus on pregnant women and children. *J Infect.* 2020;80(5):e7-e13. DOI: 10.1016/j.jinf.2020.03.007
7. Mimouni F, Lakshminrusimha S, Pearlman SA, Raju T, Gallagher PG, Mendlovic J. Perinatal aspects on the covid-19 pandemic: a practical resource for perinatal-neonatal specialists. *J Perinatol.* 2020;40(5):820-826. DOI: 10.1038/s41372-020-0665-6
8. McIntosh JJ. Corticosteroid Guidance for Pregnancy during COVID-19 Pandemic. *Am J Perinatol.* 2020 Apr 9. DOI: 10.1055/s-0040-1709684
9. Qiao J. What are the risks of COVID-19 infection in pregnant women? *Lancet.* 2020;395(10226):760-762. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30365-2
10. Chen H, Guo J, Wang C, Luo F, Yu X, Zhang W, et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *Lancet.* 2020;395(10226):809-815. DOI: 10.1016/S01406736(20)30360-3