

## CASO CLÍNICO

1. Clínica Delgado – AUNA, Lima, Perú
2. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú
  - a. Médico Ginecólogo Obstetra
  - b. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6674-1045>
  - c. Profesor
  - d. Coordinadora del Departamento de Ginecología y Obstetricia

Financiamiento: propio de los autores

Conflictos de interés: ninguno con el presente artículo

Recibido: 4 mayo 2020

Aceptado: 8 mayo 2020

Publicación online: 8 junio 2020

Correspondencia:

Lorena Campodónico Olcese

Departamento de Ginecología y Obstetricia, Clínica Delgado Auna, Miraflores, Lima, Perú

✉ [lcampod@hotmail.com](mailto:lcampod@hotmail.com)

Citar como: Campodónico Olcese L, Paredes Salas JR, Campodónico Olcese D, Chang Vargas C, Acuña Barrueto L, Marchena Arias J. Atención de parto eutócico en gestante con COVID-19 en Lima – Perú. *Rev Peru Ginecol Obstet*: 2020;66(2) DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v66i2251>

# Atención de parto eutócico en gestante con COVID-19 en Lima - Perú

## Management of eutocic delivery in a patient with COVID-19 in Lima, Peru

Lorena Campodónico Olcese<sup>1,a,b</sup>, José Raúl Paredes Salas<sup>1,2,a,c</sup>, David Campodónico Olcese<sup>1,a</sup>, Carolina Chang Vargas<sup>1,a</sup>, Leopoldo Acuña Barrueto<sup>1,a</sup>, Jeannette Marchena Arias<sup>1,a,d</sup>

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v66i2251>

### RESUMEN

Se presenta un caso de atención de parto eutócico sin complicaciones en una paciente COVID-19 positivo. La mujer de 33 años, tercigesta de 39 semanas, controlada en una clínica privada, acudió en trabajo de parto presentando tos no asociada a otra sintomatología. Fue diagnosticada con COVID-19 por prueba rápida IgM (+) IgG (-). Se realizó el aislamiento y se proveyó de equipo de protección personal según protocolo de la clínica. El trabajo de parto fue manejado según condiciones obstétricas, con analgesia epidural en fase activa, y teniendo como resultado un recién nacido sin complicaciones. No se realizó contacto piel a piel ni clampaje tardío. Ambos fueron dados de alta sin complicaciones previo período de aislamiento del recién nacido con estudios negativos para COVID-19. Se les realizó seguimiento telefónico en casa. En el caso presentado, se cumplió con el protocolo recomendado para la atención del parto durante la pandemia de COVID-19.

**Palabras clave.** Infecciones por coronavirus, COVID-19, SARS-CoV-2, Parto normal, Entorno del parto, Salas de parto.

### ABSTRACT

We present the case of a eutocic, uncomplicated delivery in a patient positive for COVID-19. The patient, a 33-year-old woman, 39 weeks pregnant, who had received prenatal care in a private clinic, presented in labor, coughing, without any other symptoms. She was diagnosed with COVID-19 by rapid test, IgM (+) and IgG (-). We isolated the patient and provided personal protective equipment following our clinic's protocol. Delivery was managed according to obstetric conditions, applying epidural anesthesia in the active phase; the baby was born without complications. Nor skin-to-skin contact nor delayed umbilical cord clamping were performed. Mother and child were discharged without complications after the newborn completed the required isolation period, testing negative for COVID-19. Telephone follow-up was performed. The healthcare team followed the recommended protocol to manage delivery during the COVID-19 pandemic.

**Key words.** Coronavirus infections, COVID-19, SARS-CoV-2, Obstetric Delivery, Birth settings, Delivery rooms.

### INTRODUCCIÓN

En diciembre del 2019, se identificó en Wuhan, China, que un virus, miembro de la familia de los Coronaviridae nunca antes descrito en humanos, era el causante de una nueva forma de síndrome agudo respiratorio severo, siendo llamado SARS-CoV-2. Esta enfermedad sería luego conocida como COVID-19<sup>(1)</sup>.

Al 4 de mayo de 2020, en el Perú se han registrado 43 372 casos confirmados de COVID-19<sup>(2)</sup>. En este contexto, existe un importante número de mujeres embarazadas quienes se infectarán con SARS-CoV-2, independiente del grado de sintomatología que desarrollen. Por este motivo, mientras se entiende mejor el comportamiento de este patógeno, es importante mostrar la experiencia que se va obteniendo en el manejo de mujeres infectadas durante el parto.

Este caso describe el trabajo de parto, parto y puerperio no complicado en una paciente COVID-19 positivo, con adecuada evolución del binomio madre - niño y del personal de salud que intervino empleando las medidas de protección adecuadas.



## REPORTE DEL CASO

El día 13 de abril a las 10:00 horas, ingresó por la emergencia de la clínica una mujer de 33 años gesta 4 para 2012 en trabajo de parto, con antecedente de ser controlada en la institución, sin complicaciones.

La paciente comunicó historia de 4 semanas de evolución caracterizada por tos seca, no asociada a fiebre u otros síntomas.

En la sala de trabajo de parto, parto y recuperación (TPR), estuvo acompañada de su esposo, ambos protegidos con mascarilla quirúrgica. Se le tomó prueba rápida en sangre (prueba Cellex SARS - CoV - 2 IgG/IgM Rapid Test) y molecular por hisopado nasofaríngeo (RT-PCR SARS-CoV-2) para COVID-19.

A las 13:00 horas, se obtuvo el resultado de la prueba rápida: IgM (+) IgG (-). La paciente y su acompañante fueron informados que, de acuerdo al protocolo establecido, no estaba permitido el acompañamiento en este caso. La paciente fue trasladada a una sala de TPR acondicionada para aislamiento de pacientes COVID-19 (figura 1), protegida con una mascarilla N95, y el personal de salud fue provisto de equipo de protección personal (EPP) tipo 3 (figura 2).

Sus funciones vitales al ingreso fueron: pulso en 90 pulsaciones por minuto, presión arterial 100/52 mmHg, frecuencia respiratoria 20 por minuto, temperatura 36,5 °C, saturación de oxígeno 99%. Se obtuvo todas las pruebas de laboratorio recomendadas, las cuales resultaron sin alteraciones significativas (tabla1). Las funciones maternas se mantuvieron estables. El monitoreo fetal fue permanente y se mantuvo en categoría

I, con línea de base en 145 latidos por minuto, variabilidad moderada, ausencia de desaceleraciones y contracciones uterinas cada 3 minutos.

El anestesiólogo de turno colocó analgesia epidural en TPR a solicitud de la paciente, cuando se encontraba con 6 cm de dilatación, siguiendo las precauciones con EPP.

Se produjo el parto vaginal a las 18:30 horas sin mayores complicaciones, obteniendo recién nacido vivo, de sexo femenino, peso 3 020 g, talla 49 cm y Apgar 9 al minuto y a los 5 minutos. No se realizó episiotomía, clampaje tardío de cordón ni contacto piel a piel con la madre.

La recién nacida fue trasladada a sala de bebés en buenas condiciones. Le tomaron ambas pruebas para COVID-19 y se indicó alimentación con fórmula y aislamiento de la madre.

Durante el puerperio, la parturienta cursó asintomática y con evolución favorable desde el punto de vista obstétrico. Fue dada de alta a las 24 horas, previa evaluación por infectología, con las siguientes indicaciones: no uso de terapia antiviral, paracetamol 1 g vía oral condicional a dolor de garganta, n-acetilcisteína 600 mg vía oral cada 8 horas, estudio de contactos del entorno familiar, aislamiento domiciliario y educación sobre signos de alarma. Se realizó seguimiento telefónico diario con evidencia de mejoría de síntomas respiratorios y sin interurrencias.

Un día después del alta, se obtuvo el resultado negativo de la prueba molecular de la paciente.

El esposo se mantuvo en casa con medidas de precaución, realizándose las pruebas rápida y molecular a las 48 horas, con resultados negativos.

FIGURA 1. SALA DE PARTOS ACONDICIONADA PARA ATENCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO, PARTO Y RECUPERACIÓN.





FIGURA 2. EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) TIPO 3.



Una semana después del parto, se repitió la prueba rápida IgM (+) IgG (-) y molecular (negativa), además de tomografía axial computarizada de tórax, informada como normal.

De la misma manera, se realizó nueva prueba rápida y molecular al esposo, y pruebas rápidas al entorno familiar, con resultados negativos.

A los 8 días de nacimiento, la recién nacida fue dada de alta, con pruebas rápida y molecular negativas. La indicación fue lactancia materna por extracción de leche, y atención con medidas preventivas hasta completar los 14 días de aislamiento.

Tres semanas después del parto, la evolución de la madre y recién nacido han sido favorables. Asimismo, el personal de salud que intervino en el parto se encontraba asintomático.

## DISCUSIÓN

Este es un caso referente a la atención del parto vaginal en una gestante COVID-19 positiva diagnosticada por prueba rápida y atendida en sala TPR y EPP adecuado<sup>(3,4)</sup>.

TABLA 1. RESULTADOS DE LABORATORIO.

Variable	Rango de Referencia	Resultado 13/04/2020	
Proteína C reactiva (mg/dL)	0 a 0,5	0,43	
Dímero D (ug/mL)	0 a 0,5	3,33	*
Ferritina (ng/mL)	13 a 150	10,5	**
Troponina T hs (ng/mL)	0 a 0,05	0,003	
Sodio (mmol/L)	135 a 145	139,8	
Potasio (mmol/L)	3,5 a 4,5	4,24	
Cloro (mmol/L)	98 a 109	105,8	
Glucosa basal (mg/dL)	70 a 110	74	
Urea (mg/dL)	17 a 49	21	
Creatinina (mg/dL)	0,5 a 0,9	0,66	
Calcio iónico (mmol/L)	1,12 a 1,32	1,06	
Proteínas totales (g/dL)	6,4 a 8,3	6	**
Globulina (g/dL)	2,3 a 3,5	2,6	
Albumina (g/dL)	3,5 a 5,2	3,4	**
Transaminasa glutámico pirúvica - TGP/GTP (U/L)	0 a 33	11	
Transaminasa glutámico oxalacética - TGO/AST (U/L)	0 a 32	16	
Bilirrubina total (mg/dL)	0 a 1,1	0,34	
Bilirrubina directa (mg/dL)	0 a 0,3	0,13	
Bilirrubina indirecta (mg/dL)	0 a 0,7	0,21	
Fosfatasa alcalina (U/L)	35 a 104	132	*
Deshidrogenasa láctica - LDH (U/L)	135 a 214	154	
Magnesio (mg/dL)	1,6 a 2,6	1,9	
Lactato (mmol/L)	0,5 a 2,2	1,6	
pH	7,35 a 7,45	7,4	
pCO <sub>2</sub> (mmHg)	35 a 45	35,1	
pO <sub>2</sub> (mmHg)	80 a 97	95,7	
Bicarbonato - HCO <sub>3</sub> (mmol/L)	22 a 26	21,2	**
Exceso de bases - BE (mmol/L)	0 a 1	3,6	*
Contenido total de CO <sub>2</sub> - CT CO <sub>2</sub> (mmol/L)	26 a 28	19	**
Saturación de oxígeno - O <sub>2</sub> SAT (%)	95 a 100	97,3	
Hemoglobina (g/dL)	12 a 16	12,9	
Hematocrito (%)	36 a 46	38,3	
Leucocitos (cel/uL)	4 500 a 11 000	8 200	
Recuento de plaquetas (cel/uL)	150 000 a 475 000	219 000	
Segmentados (cel/uL)	1 400 a 6 600	5 641	
Linfocitos (cel/uL)	1 300 a 3 500	1 927	
Monocitos (cel/uL)	0 a 600	533	

\* El valor en la paciente se encontraba por encima del rango normal.

\*\* El valor en la paciente se encontraba por debajo del rango normal.



La paciente ingresó en trabajo de parto y se le realizó tamizaje con prueba rápida para COVID-19; además, por presentar síntomas, se complementó con la prueba molecular. El tamizaje universal en pacientes que ingresan a hospitalización debe ser considerado cuando se tengan los medios necesarios, ya que existe un porcentaje de portadoras asintomáticas<sup>(5,6)</sup>. Esta es la razón por la cual en la clínica se realiza el tamizaje universal con ambas pruebas a todas las pacientes que ingresan para parto vaginal o cesárea. La solicitud de los dos tipos de prueba beneficia el diagnóstico de pacientes en las que la prueba molecular RT-PCR (reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa) pueda ser imperceptible por la carga viral, lo cual sucede aproximadamente dos semanas después del inicio de los síntomas. Por otro lado, los anticuerpos IgM e IgG alcanzan o inician sus picos a la segunda o tercera semana del inicio de los síntomas y declinan alrededor de la quinta a séptima semana<sup>(7)</sup>(figura 3).

Se utilizó una sala de TPR aislada y acondicionada para la atención de pacientes COVID-19, así como estuvo un personal de salud exclusivo para la atención del trabajo de parto, provistos de EPP adecuado, tal como lo recomiendan las guías actuales<sup>(6)</sup>.

La sala de TPR asignada para paciente COVID-19 cuenta con la misma área y equipamiento que las otras cinco de la institución, lo cual permite brindar el espacio necesario para el manejo adecuado del trabajo de parto según condiciones obstétricas, tales como, deambulación, ejercicio, alimentación, monitoreo electrónico fetal inalámbrico, baño, ducha caliente, acompañamiento, analgesia de parto, atención de parto y recién nacido, así como, del puerperio inmediato.

El manejo del primer estadio del trabajo de parto no debe ser alterado, excepto en condiciones de inestabilidad materna. No se contraindica el uso de oxitocina y amniorrexis para acelerar el trabajo de parto y así disminuir el tiempo de exposición<sup>(6)</sup>.

La analgesia epidural fue conducida con regularidad, no solo por necesidad, sino por recomendación de uso temprano ante la eventualidad de cesárea de emergencia que pudiera requerir anestesia general, con el riesgo que esto conlleva en pacientes con coronavirus<sup>(6,8)</sup>.

A pesar del aislamiento, el esposo acompañó virtualmente a la paciente durante todo el proceso de parto, situación que hoy se considera en las guías de manejo en este tipo de pacientes<sup>(6)</sup>.

Se decidió dar chance vaginal, porque la infección por COVID-19 *per se* no es una indicación de cesárea. La vía del parto debe ser determinada por indicaciones obstétricas<sup>(6,9-11)</sup>.

No se realizó contacto piel a piel ni clampaje tardío de cordón umbilical. Ante la duda aún existente de transmisión vertical, estas prácticas no se recomiendan en pacientes sospechosas o positivas para COVID-19<sup>(6)</sup>.

La paciente y la recién nacida fueron aisladas hasta el momento de sus respectivas altas. Sus contactos (esposo e hijos) fueron examinados con prueba rápida y molecular que resultaron negativas antes del alta de la recién nacida. El estudio de contactos es recomendado en todo paciente COVID-19 positivo<sup>(12)</sup>.

Se realizó el seguimiento telefónico respectivo, tanto de síntomas respiratorios como monitoreo puerperal<sup>(12,13)</sup>.

La atención de parto vaginal en pacientes COVID-19 positivo, según recomendaciones actuales requiere de acceso a pruebas de tamizaje universal, sala de TPR aislada y adecuadamente implementada y el uso apropiado de EPP.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Coronavirus Disease (COVID 19) outbreak. <https://www.who.int>
2. Ministerio de Salud. Sala Situacional Covid-19 Perú. <https://covid19.minsa.gob.pe>
3. World Health Organization. Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19) and considerations during severe shortages: interim guidance, 6 April 2020. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331498>
4. Centers for Disease Control and Prevention. Coronavirus disease 2019 (COVID-19). Considerations for inpatient obstetric healthcare settings. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/inpatient-obstetric-healthcare-guidance.html>
5. Vintzileos WS, Muscat J, Hoffmann E, Vo D, John NS, Vertichio R, Vintzileos AM. Screening all pregnant women admitted to Labor and Delivery for the virus responsible for COVID-19 [published online ahead of print, 2020 Apr 26]. *Am J Obstet Gynecol.* 2020;S0002-9378(20)30472-5. doi:10.1016/j.ajog.2020.04.024



6. Boelig RC, Manuck T, Oliver EA, Di Mascio D, Saccone G, Bellussi F, Berghella V. Labor and delivery guidance for COVID-19. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 25 March 2020. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100110>
7. Sethuraman N, Jeremiah SS, Ryo A. Interpreting diagnostic tests for SARS-CoV-2. *JAMA*. Published online May 06, 2020. doi:10.1001/jama.2020.8259
8. The Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology. Interim considerations for obstetric anesthesia care related to COVID19. March 23, 2020. <https://soap.org/education/provider-education/expert-summaries/interim-considerations-for-obstetric-anesthesia-care-related-to-covid19/>
9. Chen D, Yang H, Cao Y, Cheng W, Duan T, Fan C, et al. Expert consensus for managing pregnant women and neonates born to mothers with suspected or confirmed novel coronavirus (COVID-19) infection. *Int J Gynecol Obstet*. 2020;149(2):130–6. doi:10.1002/ijgo.13146
10. Yang Z, Wang M, Zhu Z, Liu Y. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and pregnancy: a systematic review. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2020;1-4. doi:10.1080/14767058.2020.1759541
11. Della Gatta AN, Rizzo R, Pilu G, Simonazzi G. COVID19 during pregnancy: a systematic review of reported cases [published online ahead of print, 2020 Apr 17]. *Am J Obstet Gynecol*. 2020;S0002-9378(20)30438-5. doi:10.1016/j.ajog.2020.04.013
12. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. Coronavirus (COVID-19) infection and pregnancy. Information for healthcare professionals. Version 4. March 23, 2020.
13. Centers for Disease Control and Prevention. Coronavirus disease 2019 (COVID-19). Pregnancy, breastfeeding, and caring for young children. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/pregnancy-breastfeeding.html>

