

## Estudio de caso

# Un caso de insuficiencia respiratoria por COVID-19, en paciente con miocardiopatía dilatada, en lista de trasplante

Leonila Ferreira<sup>1</sup>, Pabla Horta<sup>1\*</sup>, Alejandra Ortega<sup>1</sup>, Pablo Muñoz<sup>1</sup>.

1. Clínica Biobío, Concepción, Chile.

\*Correspondencia: pablahorta@gmail.com

**Introducción:** Los pacientes con insuficiencia cardíaca, hospitalizados por COVID-19, tienen más riesgo de un resultado adverso. Nosotros describimos el caso de un paciente que fue admitido por un síndrome respiratorio agudo severo por coronavirus (SARS-COV-2), asociada a la descompensación de una falla cardíaca con fracción de eyección reducida (HFrFE), en lista para trasplante. **Método:** Se trata la revisión retrospectiva y análisis de la historia clínica del paciente citado, durante la pandemia por COVID-19, en mayo 2020. **Caso clínico:** El caso corresponde a un hombre de 48 años y antecedente de miocardiopatía dilatada (MCD) de causa no precisada, portador de resincronizador cardíaco, en lista de espera para trasplante que evoluciona con falla respiratoria aguda severa secundario a COVID-19, ingresado a UCI posterior a 5 días de realizado el diagnóstico. Por falta de cama en UCI, en centro inicial, fue trasladado por vía aérea. Sus signos vitales pre traslado fueron: frecuencia respiratoria: 24 por min; presión arterial 106/60; saturación 98%, PAFI: 180. Al momento de ingreso a UPC, presenta frecuencia respiratoria de 44 por min, frecuencia cardíaca 112 por min; presión 107/78. Con mala mecánica respiratoria por uso de musculatura accesoria, se conecta a ventilación mecánica a su ingreso a UCI y se realiza ecocardiograma que demuestra severa dilatación de las cavidades cardíacas izquierdas, con función sistólica muy deprimida (30%), vena cava inferior 2,1 cm, no colapsable. Inicia dobutamina y noradrenalina. Los parámetros ventilatorios iniciales fueron: Plateau 24, compliance 36, driving pressure: 12, Peep: 12, Volumen tidal: 420. Pafi: 307. TAC de tórax reveló opacidades multifocales en vidrio esmerilado compatible con neumonía y cardiomegalia. Al día 9 de evolución se inicia destete con PaFi 317, manteniendo noradrenalina y milrinona. Se realiza prueba de ventilación espontánea diariamente, que no supera, por lo que al día 11 se realiza traqueostomía percutánea. Requiere ventilación no invasiva por TQT. Con Pafi 386, se desconecta definitivamente al día 16. Bajo entrenamiento y protocolo, se retira cánula de traqueostomía al día 17, logrando deambular al día 19 y darse de alta al día 20 tras su ingreso. **Discusión:** Los antecedentes de insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida pueden conferir un riesgo especialmente alto de mortalidad hospitalaria entre adultos hospitalizados con COVID-19. Según se describe en la literatura, casi 1 de cada 4 pacientes con antecedentes de insuficiencia cardíaca, muere durante la hospitalización por infección aguda por COVID-19, lo que es atribuible a condiciones sociodemográficas y comórbidas. **Conclusión:** Lo interesante del presente caso evidencia el manejo oportuno y precoz en un paciente con HFrFE y COVID 19 que requirió ventilación mecánica, realizando un trabajo multidisciplinario minucioso y priorizando en metas de protección pulmonar para obtener un resultado exitoso.