

Estudio de caso

Embarazo y soporte con membrana de oxigenación extracorpórea veno-venosa: Reporte de tres casos

Paula Fernández Andrade^{1,2*}, Nicolás Pavéz Paredes^{1,2}, Mónica Silva Pantoja^{1,3}, Paula Torres García¹, Matías Saavedra Espina¹, Juan Jeréz Delgado¹, Jaime Lastra Salcedo², Patricio Sánchez Silva², Leonila Ferreira Cabrera².

1. Universidad de Concepción, Concepción, Chile. 2. Unidad Cuidados Intensivos, Hospital Regional Concepción, Concepción, Chile. 3. Unidad Cuidados Intensivos, Hospital Base Los Angeles, Chile.

*Correspondencia: fernandezandrade@gmail.com

Introducción: el embarazo condiciona un desafío adicional al manejo de patologías graves en unidades cuidados intensivos. El soporte con membrana de oxigenación extracorpórea veno-venosa (ECMO-VV) es un recurso excepcional que no está exento de complicaciones. Existen acotados reportes de mujeres embarazadas conectadas a ECMO. Presentamos reporte de 3 casos locales. **Metodología:** Estudio descriptivo, retrospectivo, reporte de casos. Pacientes embarazadas conectadas a ECMO-VV en UCI Hospital Regional Concepción entre marzo y junio 2021. Datos de ficha clínica y base datos ECMO. Consentimiento verbal de paciente o familia. **Resultados:** Se trata de 3 pacientes con insuficiencia respiratoria catastrófica por neumonía grave SARS-CoV-2. Paciente 1: 36 años, embarazo 27 sem, APACHE II 14, SOFA 8, IMC 31, Murray 4, Respiratory Score 7. Conectada a ECMO 1er día ventilación mecánica (VM), Compliance estática (Cest) 30 mL/cmH₂O, Driving pressure (DP) 14 cmH₂O, paO₂/fiO₂ 85. 14 días ECMO-VV. Complicaciones: epistaxis, neumonía asociada a VM e infección tracto sanguíneo (ITS) por catéter venoso central (CVC). Controles obstétricos clínicos y ecográficos objetivan feto vivo. VM post ECMO-VV 24 días. A las 29+4 sem (18 días UCI, 4° día post decanulación ECMO) se objetiva taquicardia fetal, se interrumpe embarazo sin incidentes. Se realiza traqueostomía (TQT) percutánea el día 22 desde intubación. Decanulada de TQT tras 16 días. Días de UCI: 42. A los 18 meses de seguimiento, paciente e hijo vivos y en buenas condiciones. Paciente 2: 32 años, embarazo 8 sem, APACHE II 10, SOFA 6, IMC 33, Murray 4, Respiratory Score 4. Conectada a ECMO día 13 de VM, Cest 30, DP 12, paO₂/fiO₂ 82. 7 días ECMO-VV. Complicaciones: hemoperitoneo por rotura capsular hepática. ITS por CVC. Control obstétrico semanal, embrión con latidos +, sin metrorragia. VM post ECMO-VV 17 días. Se realiza TQT percutánea día 27 desde intubación. Decanulada de TQT tras 9 días. Días de UCI: 34. Ecografía fetal demuestra venticulomegalia severa. Alta a domicilio con 16+5 sem de embarazo. Cesárea a las 37 sem, RN con malformaciones severas, fallece a los 7 días. A los 18 meses paciente viva y cursando segundo embarazo normal. Paciente 3: 34 años, embarazo 21+5 sem, APACHE II 16, SOFA 8, IMC 29, Murray 3, Respiratory Score 5. Conectada a ECMO día 5 de VM, Cest 25, DP 15, paO₂/fiO₂ 97. 30 días ECMO-VV. Complicaciones: hemorragia digestiva alta, NAVM. A los 12 días ECMO con 23+3 sem embarazo se constata óbito fetal por lo que se interrumpe embarazo. A los 30 días de ECMO-VV evoluciona con midriasis, TAC cerebro hipodensidades hemisféricas bilaterales y de tronco encefálico, fallece a los 35 días de UCI. **Conclusiones:** El embarazo no es una contraindicación para el inicio de soporte en ECMO-VV, aunque ciertos resguardos deben ser tomados para evitar complicaciones graves. La evolución tanto de la madre como del feto puede tener diferentes desenlaces y el manejo debe ser personalizado y multidisciplinario.