

CASO CLÍNICO

Cólera en una embarazada de procedencia rural

Cholera in a pregnant woman of rural origin

MsC. Juan Carlos González Blanco, MsC. Iván Alexei Pérez Fuentes, MsC. Daimarelis Rodríguez Yero y MsC. Vicia Mercedes Sánchez Abalos

Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se describe el caso clínico de una embarazada de 21 años de edad, con 28 semanas de gestación, de procedencia rural y aparente buen estado de salud, quien fue remitida desde su área de salud (municipio Songo- La Maya) hacia el Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba, por presentar vómitos y diarreas, con signos de deshidratación moderada, de manera que se le realizó test rápido de cólera cuyos resultados fueron positivos. La paciente fue ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos bajo tratamiento médico y epidemiológico, con lo cual evolucionó favorablemente y egresó de la institución 5 días después.

Palabras clave: mujer, embarazo, cólera, Unidad de Cuidados Intensivos.

ABSTRACT

The case report of a 21 years pregnant woman, with 28 weeks of pregnancy, of rural origin and apparent good health condition, who was transferred from her health area (Songo - La Maya municipality) to "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" Teaching General Hospital in Santiago de Cuba, for presenting vomits and diarrheas, with signs of moderate dehydration is described, so that a quick test of cholera was carried out, with positive results. The patient was admitted in the Intensive Care Unit under medical and epidemiological treatment, with which she had a favorable clinical course and she was discharged from the institution 5 days later.

Key words: woman, pregnancy, cholera, Intensive Care Unit.

INTRODUCCIÓN

El cólera es una afección infectocontagiosa grave, específica de la especie humana, producida por la bacteria *Vibrio cholerae*, coma o vibrión colérico y hoy día está agrupada entre las enfermedades reemergentes.¹

Como bien se conoce, en el orden clínico se caracteriza por síntomas y signos de deshidratación severa, condicionada por diarreas con aspecto de agua de arroz (blanquecina) y vómitos profusos, acompañada de calambres intensos en los miembros inferiores, hipotermia, caquexia y estado de choque; asimismo, evoluciona de forma aguda, por lo general en forma de brotes epidémicos más o menos extensos e, incluso, de pandemias.²⁻⁴

En muchos estudios se señala a la India como país de origen y endémico durante siglos, específicamente en la región del delta del Ganges, aunque se ha extendido por toda Asia, Europa hasta llegar a las Américas.⁵

El vibrión del cólera es un microorganismo gramnegativo que crece en condiciones aerobias a 37 °C y es fácilmente observable en un frotis con tinción de Gram en las excreciones de pacientes enfermos de cólera.⁶

Además del sufrimiento humano y las muertes que provoca la enfermedad, los brotes causan reacciones de pánico, desorganizan la estructura social y económica de cualquier país y pueden dificultar notablemente el desarrollo de las comunidades afectadas.^{7,8} Particularmente las gestantes constituyen un grupo de riesgo, debido a la alta incidencia de mortalidad fetal y materna, razón por la cual los autores decidieron compartir este hallazgo con la comunidad científica en general.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso clínico de una embarazada de 21 años de edad, con 28 semanas de gestación, de procedencia rural, aparente buen estado de salud y antecedente obstétrico de 3 gestaciones, ningún parto y 2 abortos provocados, quien fue remitida desde su área de salud (municipio Songo- La Maya) hacia el Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba por presentar cuadro gastroentérico, dado por 4 vómitos biliosos aproximadamente, de 5 a 7 diarreas líquidas, con aspecto de agua de arroz, con gradiente térmico distal, mucha sed y según refería, había orinado poco en las últimas 6 horas.

Se le realizó test rápido de cólera cuyo resultado fue positivo, por lo cual fue evaluada en el Servicio de Obstetricia, donde se valoró que la vitalidad fetal se mantenía sin alteraciones en ese momento. Fue ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos con el diagnóstico de enfermedad diarreica aguda por cólera y deshidratación moderada.

• Examen físico

- Mucosas: normocoloreadas y secas.
- Aparato respiratorio: frecuencia cardíaca: 22 respiraciones por minuto, expansibilidad torácica normal, murmullo vesicular normal, sin estertores y saturación de O₂ de 95%.
- Aparato cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, audibles, sin soplos. Tensión arterial: 110/70 mm de Hg, gradiente térmico distal. Frecuencia cardíaca: 118 latidos por minuto.
- Abdomen: globuloso, propio de su edad estacional, depresible, que seguía los movimientos respiratorios, ruidos hidroaéreos aumentados en intensidad y frecuencia, movimiento fetal presente y foco fetal de 144 latidos por minuto.

• Exámenes complementarios

- Hemograma completo: hemoglobina: 110g/L; leucocitos: 11,4 x10⁹/L; segmentados: 91,0 x10⁹/L; linfocitos: 9,0 x10⁹/L; eritrosedimentación: 30 mm/hora
- Creatinina: 143 mmol/L
- Test de cólera: positivo
- Agar Cary-Blair modificado: positivo
- Coagulograma: normal

- Gasometría arterial: patrón de acidemia metabólica ligera
- Potasio: 2,6 mmol/L
- Sodio: 132 mmol/L
- Cloro: 91,1 mmol/L
- Calcio: 1,9 mmol/L
- Glucemia: 4,2 mmol/L
- Proteínas totales: 56 g/L
- Albúmina: 35 g/L
- Globulinas: 21 g/L
- Transaminasa glutámico pirúvica: 13 U
- Transaminasa glutámico oxalacética: 14 U
- Fosfatasa: 1,4 mmol/L
- Bilirrubina directa: 2,6 mmol/L; indirecta: 1,8 mmol/L; total: 4,4 mmol/L
- Ecografía abdominal: no se pudo visualizar el páncreas por interposición gaseosa. Hígado, vías biliares y bazo: normales; buena vitalidad fetal.
- Electrocardiograma: taquicardia sinusal, eje normal, frecuencia cardíaca: 122 latidos por minuto

- Tratamiento farmacológico

No se pudo administrar azitromicina a causa de los vómitos persistentes, por lo que se inició con ciprofloxacina de 200 mg (el contenido de 2 frascos por vía intravenosa cada 12 horas, hasta completar 1 gramo). Por otra parte, se corrigió el desequilibrio hidroelectrolítico y hemogasométrico mediante el tratamiento convencional establecido a los efectos.

- Tratamiento no farmacológico

- Se aisló a la paciente y se tomaron las medidas higienoepidemiológicas establecidas.
- Se cuantificaron las deposiciones diarreicas y se favoreció la reposición de líquidos con sales de rehidratación oral, así como también se calcularon los golpes de agua en caso de vómitos.
- Se estimaron diariamente el balance hidromineral y el ritmo diurético hasta que desaparecieron las diarreas, luego cada 4 horas.
- Se midió la presión venosa central cada 4 horas.
- Se tomaron los signos vitales, se cuantificaron los movimientos fetales y se auscultó el foco fetal según horario hasta que desaparecieron los signos de deshidratación.
- Se hizo monitorización cardíaca continua y oximetría del pulso.
- Se brindó apoyo psicológico a la paciente.

- Planteamiento sindrómico:

- Síndrome obstétrico
- Síndrome gastroentérico
- Síndrome de desequilibrio hidromineral

- Diagnóstico definitivo:

- Gestación de 28,5 semanas.
- Enfermedad diarreica aguda por cólera y deshidratación moderada.

COMENTARIOS

La evolución clínica de la paciente fue favorable, al segundo día desaparecieron los vómitos y las deposiciones diarreicas fueron disminuyendo en intensidad y frecuencia, de manera que mejoraron las manifestaciones de deshidratación y la oliguria. Al cuarto día la diarrea había cesado, por lo cual al quinto día egresó de la institución con mejoría total de los síntomas y buena vitalidad fetal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Roca Goderich R, Smith Smith VV, Paz Presilla E, Losada Gómez J, Bertha Serret Rodríguez, Llamas Sierra N. Insuficiencia cardíaca. En: Temas de Medicina Interna. 4 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p. 400.
2. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud. La Habana: MINSAP; 2006.
3. Departamento de Medicina Preventiva. Nociones de Higiene y Epidemiología. Santiago de Chile: Libro del año de Medicina; 2007.
4. Cuba. Departamento de Asistencia Médica. Manejo del cólera en gestantes y púerperas. La Habana: MINSAP; 2011.
5. Betancourt Doimeadios JE. Propuesta de acciones para prevenir y enfrentar al cólera. Correo Científico Médico de Holguín. 2011 [citado 3 Nov 2013]; 15(2).
6. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Indicaciones para el muestreo en la vigilancia del *Vibrio cholerae* en agua potable y residual. La Habana: INHEM; 2011.
7. Aspectos básicos a conocer sobre el cólera. Bol Esp Cólera. 2010 [citado 3 Nov 2013]; 1(1).
8. Organización Mundial de la Salud. Epidemias mundiales e impacto del cólera. Ginebra: OMS [citado 3 Nov 2013].

Recibido: 2 de diciembre de 2013.

Aprobado: 15 de diciembre de 2013.

Juan Carlos González Blanco. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", avenida Cebreco, km 1½, reparto Pastorita, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: jgonzalez@hospclin.scu.sld.cu