

Centro Provincial de Información Ciencias Médicas Ciego de Ávila

COVID-19 y Embarazo

¿Qué debemos conocer sobre covid-19 y embarazo?



El brote del COVID-19 continúa expandiéndose a una velocidad preocupante, aumentando rápidamente el número de contagios y muertes en el ámbito mundial y convirtiéndose en una amenaza para todos los sistemas sanitarios mundiales.

“Millones de madres de todo el mundo iniciaron la aventura de la maternidad en el mundo que conocíamos. Ahora han de prepararse para traer una vida a un

mundo totalmente distinto: un mundo en el que las futuras madres temen ir a los centros de salud por miedo a infectarse y en el que no pueden recibir cuidados de emergencia debido a la sobrecarga de los servicios de la salud y los aislamientos”

El conocimiento actual de las infecciones por coronavirus durante la gestación es bastante limitado, y parte de los datos disponibles provienen de epidemias anteriores causadas por otros tipos de coronavirus; sin embargo, las recomendaciones del manejo del COVID-19 deben estar basadas en los datos de la epidemia actual, ya que las características clínicas y el desarrollo de la enfermedad parecen ser diferentes.

Esta situación ha obligado a los equipos clínicos a diseñar procedimientos y protocolos a contrarreloj para responder a una situación sin precedentes según los datos científicos que van emergiendo.

Sin embargo, todavía existen muchas lagunas de conocimiento sobre cómo el virus SARS-CoV-2 afecta al curso del embarazo y el recién nacido, qué factores clínicos u obstétricos modulan la enfermedad y cuáles son las recomendaciones para su manejo y prevención.

La mujer gestante, no es una persona inmunodeprimida en el concepto clásico, pero es bien sabido que las adaptaciones fisiológicas de la madre al embarazo predisponen a las mujeres embarazadas a una mayor “susceptibilidad” a patógenos intracelulares, especialmente virus, bacterias y parásitos, lo cual se traduce en una mayor morbilidad materna y fetal .

En una reciente revisión sistemática que incluyen a 79 mujeres de las cuales 41 (51,9%) estaban infectadas

por COVID-19, 12 (15,2%) por MERS y 26 (32,9%) por SARS. Los síntomas más comunes fueron fiebre (82,6%), tos (57,1%) y disnea el 27,0%. Las incidencias obstétricas en todas las infecciones por CoV, fueron: aborto espontáneo en el 32,1%, parto prematuro (< 37 semana) 24,3%, rotura de membranas 20,7%, PE 16,2%, y retraso de crecimiento fetal 11,7%. El 84% fueron partos por cesárea y la tasa de muerte perinatal fue el 11,1%. En las gestantes afectas de COVID-19, la complicación obstétrica más frecuente fue el parto prematuro (< 37 semanas) en el 41% de los casos y la tasa de muerte perinatal fue el 7%, y en ninguno de los 41 recién nacidos se demostró la transmisión vertical del virus.



El diagnóstico de infección y clasificación clínica, sigue las normas generales pero es preciso hacer algunas consideraciones espaciales en la mujer embarazada:

1º.- Cada gestante debe ser considerada de alto riesgo por la mayor susceptibilidad debido a una respuesta inmune alterada, especialmente en segundo trimestre.

Todas las mujeres embarazadas y para prevenir infecciones, deben tener amplias medidas preventivas como higiene de manos, desinfección de superficies con etanol 60% y adherirse estrictamente a las medidas de distanciamiento social.

2º.- Con la evidencia actual disponible, las mujeres embarazadas parecen tener un curso similar de la enfermedad, a la población general. Sin embargo, brotes anteriores con virus respiratorios similares (SARS, MERS) han demostrado que esta población, era más vulnerable en el segundo y tercer trimestre. Por lo tanto, hasta que se disponga de más datos, las embarazadas con edad

gestacional mayor de 24 semanas, deben estar estrictamente protegidas contra la infección.

3º.- El parto prematuro, la rotura prematura de membranas (PPROM) y el sufrimiento fetal intrauterino son las posibles complicaciones de la infección materna por COVID-19, posiblemente causadas por hipoxemia materna. Las tasas de cesáreas son mucho más altas que en la población gestante general, y por causas todavía no conocida.

4º.- El retraso del crecimiento intrauterino podría ser una posible complicación a largo plazo en pacientes que se recuperan de la infección por COVID-19. Por lo tanto, es necesario el seguimiento del crecimiento fetal en pacientes embarazadas infectadas con COVID-19, con evaluaciones periódicas en las semanas 24-28-32-36.

5º.- El momento del parto depende de las condiciones de la gestante, la edad gestacional y las condiciones fetales. La transmisión vertical a través del canal de parto es poco

probable, pero los datos son escasos. Por lo tanto, si la condición materna lo permite y se puede garantizar una buena vigilancia fetal, se prefiere el parto vaginal.

6º.- El diagnóstico al igual que en la población general, serán los métodos bioquímicos y test serológicos. La tasa de detección positiva aumentó significativamente (98,6%) al combinar el ensayo ELISA IgM con PCR, en comparación con una sola prueba PCR (51,9%).

No existe contraindicación para la realización de estudios radiológicos. La dosis de radiación para el feto en una Rx de torax es 0,0005-0,01 mGy y la de un TAC pulmonar o angiotac es 0,01-0,66 mGy. Los efectos secundarios graves fetales por irradiación, son con dosis > 610 mGy [142].

7º.- Hasta ahora, la transmisión vertical intrauterina no se ha demostrado con COVID-19, al menos cuando la infección ocurre entre las 25 y 39 semanas de embarazo. Las complicaciones del primer trimestre y

los datos sobre teratología aún no están documentados, pero basándose en el supuesto de que las células en la interfaz fetal-materna son menos susceptibles a la infección por COVID-19, se estima que el riesgo de complicaciones en el primer trimestre es bajo. Por lo tanto, se recomienda que a las embarazadas que se les informe sobre los riesgos bajos o inexistentes de infección intrauterina por el virus COVID-19.

8º.- La transmisión postnatal de los padres o cuidadores al neonato es posible, por lo tanto, se recomiendan medidas estrictas de higiene, incluidas máscaras, higiene de manos y distanciamiento social (en la medida de lo posible).

9º.- La transmisión vertical a través de la leche materna parece poco probable pero los recién nacidos podrían ser más vulnerables a desarrollar complicaciones (graves) de COVID-19 teniendo en cuenta su sistema inmune inmaduro y se han propuesto dos alternativas:

- las ventajas de la vinculación madre-hijo y la lactancia materna (con medidas preventivas como el uso de una máscara quirúrgica, la higiene de manos y la desinfección de los pezones antes de amamantar) superan el posible riesgo de infección neonatal (con los datos limitados actuales que sugieren un curso de la enfermedad bastante leve en neonatos).

- El recién nacido se aísla en una sala de neonatología durante 10-14 días para vigilancia, y permanecer separado de su madre hasta que la enfermedad clínica remita y se levanten las medidas de precaución. Dado que la transmisión a través de la leche materna parece poco probable, se puede extraer leche materna y alimentar con biberón. Es una alternativa basada en las experiencias adquiridas en las epidemias de SARS y MERS.

Dependiendo de la disponibilidad de evidencia adicional, los riesgos y beneficios de ambos enfoques deben ofrecerse y explicarse a los padres para una decisión conjunta.

10º.- Hospitalización: los criterios para la hospitalización de la mujer embarazada se basan en Modified Early Obstetric Warning Score (MEOWS).

a) No hospitalización

Gestantes con moderada enfermedad y sin comorbilidades esencialmente con ausencia de disnea y signos vitales estables, puede ser seguida en domicilio y la indicación de ingreso sería través de los criterios MEOWS.

b) Hospitalización en Obstetricia

La indicación sería en gestantes con moderada enfermedad o moderada enfermedad con comorbilidades

Neumonía aguda “adquirida en la comunidad” con necesidad de oxigenoterapia.

Desaturación < 96% con O₂ con aire ambiente o taquicardia > 21 respiraciones /min o evidencia clara de disnea.

Signos de infección respiratoria con comorbilidades.

c) Hospitalización en UCI .La indicación sería enfermedad severa con FR >30 /min, $P_{O_2}/F_{iO_2} < 300$ mmHg o enfermedad crítica : shock séptico, refractaria hipoxemia ...

11°.-Tratamiento: Como todavía no se ha establecido un tratamiento para COVID-19, todos los ensayos farmacológicos deben considerarse experimentales, y esto debe explicarse a los pacientes y a su pareja.

- Los corticosteroides solo tienen un lugar en la prevención de la hipoplasia pulmonar neonatal, la enterocolitis necrótica y la hemorragia interventricular debido a la prematuridad.

- Los antipalúdicos (hidroxicloroquina) tiene un perfil de seguridad razonable en el embarazo, pero se deben tomar precauciones generales. Las dosis son :

- Cloroquina 600 mg en el momento del diagnóstico y 300 mg/12 h 1° día y seguido de 300mg hasta el día 5, o fosfato de cloroquina 1000 mg al diagnóstico y 500 mg 12 h, el 1° día, seguido de 300 mg dos veces al día hasta el día 5.

- Hidroxicloroquina 400 mg en el momento del diagnóstico, y 400 mg c/12 h el 1° día y seguido de 200 mg cada/12 h hasta el día 5.

Los posibles efectos adversos de los antipalúdicos, son la prolongación del QT o la aparición de cataratas. La interacción con otras drogas se

pueden ver en <http://www.covid19-druginteractions.org>.

- Los antirretrovirales no tienen indicación terapéutica en el embarazo a menos que no existan otras opciones de tratamiento para la vida materna. La dosis de lopinavir/ritonavir 400/100 mg (200/50 mg) /12 h durante 14 días). No hay datos bibliográficos sobre el uso de Remdesivir y Tocilizumab en la gestante con COVID-19.

En la Guía ISIDOG aporta una amplia documentación sobre la organización, cuidados y medicación que se puede utilizar en el parto de la gestante con COVID-19.

Si bien aún se desconoce si el virus se transmite de las madres a los bebés durante el embarazo y el parto, se recomienda a todas las mujeres embarazadas:

Seguir las precauciones para protegerse de la exposición al virus, observarse atentamente para detectar posibles síntomas de la COVID-19 y buscar asesoramiento en el centro de salud designado más cercano si tienen alguna inquietud o presentan síntomas.

Tomar las mismas precauciones que el resto de las personas para evitar infectarse con la COVID-19: poner en práctica el distanciamiento físico, evitar las reuniones físicas y utilizar los servicios de la salud en internet.

Buscar asistencia médica cuanto antes si viven en zonas afectadas o

en riesgo y presentan fiebre, tos o dificultades para respirar.

Seguir amamantando a su bebé incluso si están infectadas o sospechan que podrían estarlo, ya que el virus no se ha encontrado en las muestras de leche materna. Las madres que padecen la COVID-19 deben ponerse mascarilla para amamantar a su bebé; lavarse las manos antes y después de tocarlo; y lavar y desinfectar las superficies con frecuencia.

Seguir sosteniendo en brazos a su recién nacido y mantener el contacto piel con piel.

Consultar a su médico cuál es, en su opinión, el lugar más seguro para dar a luz; disponer de un plan para el parto que las ayude a calmar su ansiedad y asegurarse de llegar con tiempo.

Seguir recibiendo atención médica, incluidas las inmunizaciones rutinarias, después del nacimiento del bebé.



Coronavirus (COVID-19): Preguntas más frecuentes relacionadas con el embarazo

¿Cómo pueden protegerse del coronavirus las mujeres embarazadas?

Para protegerse del coronavirus y otras infecciones, las mujeres embarazadas deben hacer lo siguiente:

- Lavarse las manos con frecuencia y de manera adecuada o usar un gel antiséptico para manos con un contenido mínimo de 60% de alcohol.

- Intentar no tocarse los ojos, la nariz o la boca.
- Mantenerse alejadas de las personas enfermas.
- Mantenerse alejadas de otras personas, en la mayor medida posible, quedándose en su casa. Si necesita salir, manténgase a una distancia de 6 pies (2 metros) de otras personas.
- Limpiar y desinfectar las cosas que las personas tocan con mucha frecuencia, como teléfonos, encimeras y pomos de puertas

¿El coronavirus es peor en las mujeres embarazadas?

No está claro si el coronavirus es más nocivo en las mujeres embarazadas. Pueden tener más problemas con otros virus respiratorios, como la gripe. Por este motivo, es especialmente importante seguir todas las precauciones recomendadas durante el embarazo.

¿El coronavirus puede causarle problemas a una mujer embarazada o a su bebé?

Todavía es muy pronto para saber de qué forma el coronavirus puede afectar el embarazo y al bebé por nacer. Algunas mujeres con coronavirus han tenido problemas, como nacimiento prematuro, pero no está claro si esto fue a causa del virus.

¿Si tengo coronavirus durante el embarazo, ¿puedo transmitirlo a mi bebé?

Todavía no hay suficientes investigaciones para saber si el coronavirus se puede transmitir a los bebés durante el embarazo o el parto. El virus no se ha encontrado en el líquido amniótico o en la leche materna, pero los análisis hechos a algunos bebés nacidos de madres con coronavirus han dado positivo. Los médicos recomiendan hacer pruebas a bebés sanos nacidos de madres con coronavirus, en caso de haber pruebas disponibles. Esto

ayudará con los planes para cuidar al bebé en el hospital y cuando el bebé regrese a su casa.

Los bebés recién nacidos pueden contraer el virus después del nacimiento. Esta es la razón por la cual los médicos podrían recomendar la separación temporal de una madre de su bebé si la madre se encuentra enferma en el momento del parto.

¿Qué debo hacer si estoy embarazada y me enfermo?

Los síntomas de coronavirus son similares a los de otros virus respiratorios, como los resfriados y la gripe. Por lo tanto, a menos que le hagan la prueba, no sabrá si tiene coronavirus. Si tiene algún síntoma, como tos, fiebre o dificultad para respirar, llame de inmediato al profesional del cuidado de la salud. Es posible que tenga otros síntomas como los siguientes:

- Dolor de garganta
- Escalofríos

- Temblores continuos con escalofríos
- Dolor muscular
- Dolor de cabeza
- Pérdida del sentido del gusto o del olfato

La mayoría de las personas que se enferman pueden ser atendidas en el hogar con líquidos y reposo. Pero si necesita ver a un profesional del cuidado de la salud, llame al consultorio o al hospital antes de ir.

¿Es seguro dar a luz a mi bebé en un hospital en este momento?

Sí. Los hospitales y los centros de maternidad están tomando todas las precauciones para asegurarse de que las mamás y sus bebés estén a salvo de los gérmenes. La mayoría de las instalaciones médicas mantienen a los pacientes con coronavirus, o síntomas del virus, alejados de otras personas y en unidades de aislamiento.

Algunos hospitales están limitando la cantidad de personas que pueden

entrar en la sala de parto. Cuando nazca su bebé, es posible que no se permitan las visitas en el hospital. Si se permite su entrada, es probable que se verifique que no tienen síntomas de coronavirus antes de entrar al edificio.

¿Puedo dejar que las visitas conozcan a mi bebé en casa?

Como el sistema inmunitario de los recién nacidos aún está en desarrollo, les cuesta más combatir las enfermedades. Por eso es importante continuar poniendo en práctica el distanciamiento social cuando el bebé llegue del hospital a su casa.

Para proteger a su bebé, debe hacer lo siguiente:

Mantenga al bebé en casa y alejado lo más posible de otras personas. Por el momento, no invite a familiares ni amigos a conocer al bebé. Tampoco lo lleve a las casas de otras personas.

Si debe sacar al bebé (por ejemplo, para visitar al médico), tanto usted

como el bebé deben mantenerse a una distancia de 6 pies (2 metros) de otras personas.

Si en su casa hay una persona enferma, tome todas las precauciones recomendadas. Mantenga al bebé lejos de las personas enfermas.

En casa, todas las personas que cuidan al bebé deben lavarse las manos antes y después de estar en contacto con él. Mantenga limpias todas las superficies.



Bibliografía.

1. Di Mascio D, Khalil A, Saccone G, et al. Outcome of Coronavirus spectrum infections (SARS, MERS, COVID-19) during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. Am J Obstet Gynecol MFM [Internet]. 2020 [citado 24 Jun 2020]; 2(2):100-107. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S25899333203003>

79

2. Donders F, Lonnee-Hoffmann R, Tsiakalos A, Mendling W, Martinez de Oliveira J, Judlin P, Fengxia X, Donders G, ISIDOG recommendations concerning COVID-19 and pregnancy. Diagnostics [Internet]. 2020 [citado 20 jun 2020], 10(4):243. Disponible en: https://www.sefertilidad.net/docs/covid19/ISIDOG_Recommendations_Concerning_COVID_19_and_Pregnancy.pdf

3. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) situation reports. Situation report- 83 [internet]. Ginebra: WHO; 2020. [citado 12 abril 2020].

Disponible en:

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/>

4. Ministerio de Sanidad. Documento técnico. Manejo de la mujer embarazada y el recién nacido con COVID-19 [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2020 [Actualizado 2 de mayo de 2020; citado 8 mayo 2020]. Disponible en:

https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Documento_manejo_embarazo_recien_nacido.pdf

5. Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO). Recomendaciones para la prevención de la infección y el

control de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-2019) en la paciente obstétrica. Madrid: SEGO; 2020. [Actualizado 10 de abr de 2020; citado 10 mayo 2020]. Disponible en: http://www.rhaprofesional.com/wp-content/uploads/2020/03/SEGO_Espa%C3%B1a.pdf