



COVID- 19 y embarazo

PUNTOS CLAVE

- Existe limitada información sobre COVID-19 y mujeres embarazadas.
- Comparado con SARS-CoV1 y MERS, la infección en el embarazo por SARS-CoV-2: COVID-19 presenta menor morbimortalidad materna y neonatal; sin embargo, los estudios han sido realizados en tiempos limitados y en su mayoría durante el tercer trimestre del embarazo.
- En embarazadas con infección confirmada por COVID -19; la elección de vía de parto, vaginal o cesárea, así como el momento de llevarla a cabo debe ser individualizada tomando en cuenta las semanas de gestación y condición materna-fetal.
- Al momento no se ha demostrado la existencia de transmisión vertical en COVID-19.

ANTECEDENTES

Las mujeres embarazadas también son susceptibles de adquirir la infección y desarrollar la enfermedad por SARS-CoV2, presentando desde un cuadro clínico asintomático hasta uno severo, al igual que otros pacientes¹. Sin embargo, en la actualidad, la información sobre la epidemiología, características clínicas y resultados en el embarazo causada por COVID-19 es limitada².

En las mujeres embarazadas afectadas por el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS) y el Síndrome Respiratorio del Medio Oriente (MERS) la tasa de letalidad es alta, por lo cual es importante evaluar si los resultados en este grupo son similares en la infección por COVID-19³.

Al momento existen pocos casos reportados de embarazos e infección confirmada por COVID-19, por lo que es importante que durante la atención de estas pacientes se identifique si existen complicaciones de la enfermedad y los factores relacionados que pueden influir en los desenlaces finales en este grupo de pacientes.

EDITORIAL

La Facultad de Medicina de la PUCE a fin de mejorar la calidad de la atención y la eficiencia de los recursos sanitarios en la pandemia del Covid-19, proporcionará documentos técnicos resumidos de la evidencia, con el objetivo de que el personal de salud se informe rápidamente y las autoridades sanitarias cuenten con recursos técnicos que faciliten la toma de decisiones en salud pública.

*Equipo de Evaluación de
Tecnologías Sanitarias PUCE*

PREGUNTA

¿Cómo afecta el COVID-19 a las mujeres embarazadas?

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda de literatura científica en las siguientes bases de datos: MEDLINE a través de PubMed, TripDatabase y publicaciones de sociedades científicas, a través de la siguiente estrategia de búsqueda: (COVID-19) AND pregnant Sort by: Best Match Filters: published in the last 5 years; Humans

RESULTADOS

En un estudio realizado en China¹ con 13 pacientes embarazadas sin antecedentes de enfermedades, de edades comprendidas entre los 22 y 36 años, 2 de las pacientes cursando menos de 28 semanas de gestación y las otras 11 se encontraban en el tercer trimestre de embarazo.

Tres de las pacientes (23%) recibieron el alta estando aún embarazadas sin presentar complicaciones en posteriores controles. A las otras 10 pacientes (77%) se les realizó cesárea, cinco de las cuales fueron de emergencia debido a estrés fetal (3 casos), ruptura prematura de membranas (1 caso) y mortinato (1 caso). Una de las pacientes requirió ingreso a unidad de cuidados intensivos (UCI) debido a shock séptico. Las otras 12 pacientes recibieron el alta hospitalaria sin complicaciones. Seis pacientes (46%) presentaron labor prematura entre las 32 -36 semanas de gestación.

Excepto por el caso del mortinato, el APGAR neonatal al primer minuto fue de 10 y no se encontró evidencia clínica ni serológica de transmisión vertical, los investigadores concluyeron que las complicaciones materno fetales observadas en este estudio pueden deberse tanto a la infección viral, así como a los cambios fisiológicos del embarazo que disminuyen la tolerancia a hipoxia durante el tercer trimestre de gestación.

En un hospital de Wuhan, China, se llevó a cabo un estudio retrospectivo entre el 1 de enero al 8 de febrero del 2020, con siete embarazadas con edades comprendidas entre los 29 y 34 años; tres pacientes eran primigestas y cuatro multíparas. Las edades gestacionales estuvieron comprendidas entre las 37 – 42.2 semanas. A todas las pacientes se les realizó cesárea dentro de las primeras 72 horas de admisión, tres neonatos fueron sometidos a prueba de hisopado faríngeo y uno dio positivo, los otros dos fueron negativos. Los tres casos fueron dados de alta luego de dos semanas, los resultados maternos, fetales y neonatales fueron buenos después de un seguimiento intensivo².

En otro estudio se reportó una paciente con 31 semanas de gestación quien permaneció hospitalizada por 21 días sin requerir terapia intensiva y al final se obtuvo un neonato femenino por parto vaginal⁴.

Con el objetivo de identificar características clínicas y patológicas de la placenta de pacientes con infección confirmada por COVID-19 se llevó a cabo un estudio en la placenta de 3 pacientes chinas en el último trimestre de embarazo y cuya finalización de embarazo fue por cesárea en todos los casos. Clínicamente las pacientes se encontraban estables, presentaron leucopenia y linfopenia leve. Ninguno de los 3 casos desarrolló neumonía severa, ni requirió terapia intensiva y todas sobrevivieron. A los tres recién nacidos se les realizó hisopado faríngeo y pruebas de RT-PCR que resultaron negativas, las muestras de placenta sometidas a RT-PCR para COVID -19 también fueron negativas. En cuanto al estudio patológico de las placentas, no se encontraron cambios morfológicos fuera de lo común que sugirieran relación con la infección viral de novo. La conclusión de este estudio fue que en la muestra limitada de casos no se encontró evidencia de transmisión vertical. El resumen de la investigación no indica los criterios para haber realizado cesárea en las pacientes y el artículo original se encuentra en el idioma Mandarín⁵.

Un estudio retrospectivo⁶ realizado en un hospital de Wuhan del 20 al 31 de enero del 2020, incluyó 9 pacientes embarazadas cursando el último trimestre (36 a 39.4 semanas de gestación) y con neumonía por COVID -19, con edades entre los 26 a 40 años sin comorbilidades como diabetes o inmunodepresión. En los antecedentes obstétricos una de las pacientes tuvo hipertensión gestacional

desde la semana 27 y otra paciente desarrolló preeclampsia a la semana 31. Al momento del ingreso una de las pacientes presentó comorbilidad por virus influenza; todas las pacientes se encontraban estables. En los hallazgos de laboratorio, cinco pacientes presentaban linfopenia, tres presentaban ALT y AST elevadas. Ninguna de las pacientes presentaba leucopenia. Los hallazgos de la revisión de estos casos identificaron como complicaciones obstétricas el estrés fetal en dos casos, ruptura prematura de membranas en dos pacientes, cuatro pacientes con trabajo de parto prematuro sobre las 36 semanas debido a preeclampsia severa, historia previa de dos mortinatos, contracciones irregulares y ruptura prematura de membranas de 12 horas.

Todas las pacientes del estudio recibieron tratamiento con oxígeno por cánula nasal y antibióticos, sólo a seis pacientes se les administró antivirales. A las nueve pacientes de este estudio se les realizó cesárea, cuyas indicaciones fueron preeclampsia severa, cesárea previa y estrés fetal. La incertidumbre sobre el riesgo de transmisión vertical durante el parto vaginal fue otra de las razones para llevar a cabo cesárea en este estudio, dos de los neonatos prematuros (36.2 semanas) tuvieron un peso inferior a 2500 gr, el tercer neonato tuvo un peso de 1880 gr (madre con preeclampsia), el último prematuro tuvo un peso de 2460 gr. Todos los recién nacidos presentaron APGAR al minuto de 8 - 9 y a los 5 minutos de 9 - 10. Las pruebas RT-PCR para SARS-CoV2 en líquido amniótico, sangre del cordón umbilical, leche materna e hisopado nasofaríngeo neonatal de seis casos fueron negativas. Sin embargo, no se analizaron muestras del canal vaginal, las limitaciones del estudio incluyen la muestra pequeña, el que todas las pacientes cursaban el último trimestre de gestación y que no se tomaron muestras del canal vaginal para pruebas de RT-PCR para COVID-19.

Tras la revisión de 23 estudios en PubMed, se encontró que de 32 embarazadas infectadas por COVID-19, en 27 casos se realizó cesárea y dos casos fueron parto vaginal, no se indica la vía de terminación de los otros tres casos. En la muestra se reportó un mortinato y una muerte neonatal. El 47% de las pacientes (15) tuvieron parto prematuro³.

CONCLUSIONES

Los síntomas de pacientes embarazadas y que cursan con infección por SARS-CoV2 son similares y diversos al igual que en pacientes no gestantes, los síntomas más frecuentes son fiebre y tos⁵. En el año 2003 durante la infección por SARS-CoV se determinaron complicaciones durante el embarazo tanto para la madre como para el feto/neonato; como aborto espontáneo, parto prematuro, restricción de crecimiento intrauterino, muerte intrauterina, falla renal y coagulopatía intravascular diseminada. Sin embargo, en la infección por SARS-CoV2 existen pocos estudios, la mayoría con pacientes cursando el tercer trimestre de gestación y por lo tanto se requiere más información con respecto a sus efectos durante el primer y segundo trimestre, así como las consecuencias a largo plazo en los neonatos^{3,7}.

La labor de parto prematuro reportados en los estudios no se relacionó con la infección por SARS-CoV2 sino con enfermedades ginecológicas como preeclampsia, mortinatos previos y ruptura prematura de membranas⁵. De ser posible, la inducción del parto por vía vaginal debe ser preferida para evitar complicaciones quirúrgicas innecesarias en pacientes infectadas por SARS-CoV2⁸. Una cesárea de emergencia es de primera elección en caso de estrés fetal, shock séptico y/o falla orgánica materna⁸.

Se necesitan más estudios acerca de la posibilidad de que las contracciones uterinas y la vía de parto vaginal incrementen la posibilidad de transmisión del SARSCoV-2⁵.

REFERENCIAS

1. Liu Y, Chen H, Tang K, Guo Y. *Clinical manifestations and outcome of SARS-CoV-2 infection during pregnancy*. J Infect. March 2020. doi:10.1016/j.jinf.2020.02.028
2. Yu N, Li W, Kang Q, et al. *Clinical features and obstetric and neonatal outcomes of pregnant patients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective, single-centre, descriptive study*. Lancet Infect Dis. 2020;0(0). doi:10.1016/s1473-3099(20)30176-6
3. Mullins E, Evans D, Viner RM, O'Brien P, Morris E. *Coronavirus in pregnancy and delivery: rapid review*. Ultrasound Obstet Gynecol. March 2020. doi:10.1002/uog.22014
4. Luo Y, Yin K. *Management of pregnant women infected with COVID-19*. Lancet Infect Dis. 2020;0(0). doi:10.1016/s1473-3099(20)30191-2
5. Chen S, Huang B, Luo DJ, et al. *[Pregnant women with new coronavirus infection: a clinical characteristics and placental pathological analysis of three cases]*. Zhonghua bing li xue za zhi = Chinese J Pathol. 2020;49(0):E005. doi:10.3760/cma.j.cn112151-20200225-00138
6. Chen H, Guo J, Wang C, et al. *Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records*. Lancet. 2020; 395(10226): 809-815. doi:10.1016/S0140-6736(20)30360-3

ELABORACIÓN

Dra. Gabriela Armijos. Especialista en Medicina Familiar, Dr. Julio Salazar. Especialista en Medicina Familiar.

REVISIÓN

Dra. Mónica García. Especialista en Ginecología y Obstetricia, Dra. Ruth Jimbo. Especialista en Medicina Familiar, Máster en Economía de la Salud y del Medicamento, Dr. Xavier Sánchez Choez. Especialista en Medicina Familiar, Máster en Economía de la Salud y del Medicamento.

CONTACTO

Dra. Gabriela Armijos
garmijos902@puce.edu.ec
crisruilova@gmail.com