

REVISIÓN

LA INFECCIÓN POR COVID-19 EN EL EMBARAZO. CUIDADOS ASISTENCIALES

COVID-19 INFECTION IN PREGNANCY. ASSISTANCE CARE

José Antonio Clavero Núñez

Académico Electo de la Real Academia Nacional de Medicina de España - Obstetricia
Catedrático Emérito de Obstetricia y Ginecología de la Universidad Complutense

Palabras clave:

SARS-2;
Mujeres embarazadas;
Parto;
Asistencia al recién nacido.

Resumen

En el presente trabajo se hace una revisión de las medidas asistenciales a seguir en la atención a las mujeres embarazadas que se infectan por el SARS-2, a fin de llevar a buen término el embarazo, el parto y la asistencia posterior al recién nacido. Se recogen los protocolos propuestos por el Ministerio de Sanidad, la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología y otras Sociedades científicas relacionadas con los síntomas propios de la COVID-19.

Keywords:

SARS-CoV-2;
Pregnant women;
Pregnancy;
Delivery;
New born.

Abstract

In this work, we reviewed the care measures towards pregnant women who are infected by SARS-CoV-2, in order to provide assistance during the pregnancy, the delivery and to the new born. The protocols proposed by the Ministry of Health, the Spanish Society of Obstetrics and Gynecology and others Cientific Societies in relation to the symptoms of COVID-19 are collected.

INTRODUCCIÓN

El objeto de este artículo es realizar una propuesta de actuación asistencial en el embarazo, parto y postparto en mujeres embarazadas e infectadas por el virus. Una revisión para dar a conocer los efectos de la pandemia del virus SARS-CoV-2, cuya enfermedad se ha denominado COVID-19 por acuerdo internacional. Así mismo recogemos los protocolos que **actualmente** aconseja el Ministerio de Sanidad de España y otras Sociedades científicas, involucradas en la asistencia obstétrica. Algunos datos contenidos en este artículo los recogimos en una revisión anterior (1).

Hay evidencia de que la mayoría de las personas se infectan, en algún momento de su vida, con cualquiera de los coronavirus conocidos y bien descritos (2), sin mostrar síntoma alguno (3).

En resumen, el COVID-19 puede manifestarse en la clínica como casos críticos (incluso mortales), casos graves, casos leves, o paradójicamente asintomáticos. El criterio para definir esta gravedad se establece en *Leve* cuando hay síntomas pero con signos vitales estables. *Severa* cuando la frecuencia respiratoria es menor de 30/min., la saturación de O² menor del 93%, y el cociente entre la presión parcial de O² en sangre arterial y la concentración de O² es menor de 300 mm/Hg. Su incidencia y la frecuencia de los síntomas ha sido calculada por Wu Zunyou y cols. (4) estudiando la casi totalidad de pacientes infectados en China,

desde el comienzo de la epidemia, hasta febrero de 2020 (72.213 casos). En esta estadística se incluyen todas las edades, sexos y ocupaciones, por lo que nos puede servir de comparación con los hallazgos encontrados en el embarazo.

Las medidas para la asistencia durante el embarazo y el momento del parto, también las recogimos en la revisión citada. Igualmente hacíamos referencia a la afectación de las membranas fetales y otros aspectos del contagio del virus vía vertical. Una precaución a tener en cuenta en la asistencia a las mujeres embarazadas es la presencia de morbilidades que puedan favorecer la aplicación de complicaciones, así sucede con la diabetes; esta eventualidad, debe ser prevenida (5).

LA ASISTENCIA OBSTÉTRICA

En todos los países desarrollados donde se ha difundido la pandemia, se han ido publicando guías para la atención de la embarazada, el parto y el recién nacido, que han ido evolucionando a medida que se adquiría una mayor experiencia. En España la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, comenzó a difundir desde un principio, a través de internet, normas de asesoramiento, y una actitud similar adoptaron otras Sociedades científicas vinculadas con el problema. El Ministerio de Sanidad creó una comisión donde se integran todas las Sociedades relacionadas con la reproducción,

Autor para la correspondencia

José Antonio Clavero Núñez
Real Academia Nacional de Medicina de España
C/ Arrieta, 12 · 28013 Madrid

Tlf.: +34 91 159 47 34 | E-Mail: jclavero1935@gmail.com

estas han ido elaborando Documentos Técnicos para el manejo de la mujer embarazada y el recién nacido con COVID-19. Cuando redactamos esta revisión, el último documento al que hemos tenido acceso es del 17 de Junio de 2020 (6).

En principio los casos sospechosos no confirmados, así como los asintomáticos o los casos leves, pueden permanecer en su domicilio siempre que esté asegurado el aislamiento y la asistencia obstétrica que según los protocolos precisan las embarazadas. Una excepción es la existencia de otra comorbilidad, como hipertensión crónica, EPOC, diabetes crónica, inmunosupresión o tratamiento prolongado con corticoides, que deberán acogerse a régimen hospitalario. Las demás, y dado que no hay tratamiento específico del COVID-19, seguirán en casa hasta que aparezcan síntomas que aconsejen su ingreso, estos son: amenaza de parto pretérmino, fiebre que no cede al paracetamol; Radiografía de tórax con signos de neumonía. y una gravedad CURB-65 de un punto o más.

Siguiendo una opinión personal, pero adoptando las medidas dictadas por el Ministerio de Sanidad, vamos a describir por separado los cuidados del binomio madre-feto, de otros que son exclusivos del neonato. Iremos analizando los que se aplican durante la gestación, donde hay medidas comunes con el resto de los infectados, y otras medidas que son propias de estos. Veremos como y cuando hay que terminar el embarazo, eligiendo entonces el parto normal o la cesárea. Por último las medidas a tomar por la madre y el neonato en el puerperio, incluyendo la lactancia materna, a la que ya hemos hecho alusión.

1. MANEJO DEL BINOMIO MADRE-FETO TRAS SU INGRESO HOSPITALARIO:

Su manejo debe correr a cargo de un equipo multidisciplinar que establecerá cual es el servicio médico más adecuado para el correcto tratamiento de este binomio. Allí se mantendrá su control, y sobre todo, se podrá actuar con rapidez en los casos en que se observe deterioro de la salud de la madre, del feto, o también síntomas de inicio de parto.

Una vez elegido el emplazamiento, se iniciará el manejo de ambos, que, como es lógico constará de unas normas que, como hemos dicho, unas serán comunes con las del resto de la población afectada, y otras que serán específicas de la mujer gestante.

1.1 NORMAS COMUNES: para el Ministerio de Sanidad en pacientes hospitalizadas son las siguientes:

a. Aislamiento precoz. Lo cual representa un serio problema hospitalario, porque hay que disponer de estancias adecuadas para todos los días que dure el embarazo, para asistir el parto y permanecer después durante el puerperio hasta ser dada de alta. Por este motivo algunas Sociedades aconsejan el parto a domicilio de los casos leves, aunque los riesgos son evidentes. El manejo del neonato lo expondremos más adelante.

- b. Control de la infección. A través de la temperatura, oxigenación, constantes vitales y de la carga viral si es posible.
- c. Toma de muestras para la confirmación de la infección por COVID-19 y detección de otros virus respiratorios.
- d. Oxigenoterapia si es necesario.
- e. Evitar la sobrecarga de fluidos
- f. Terapia antibiótica empírica si se sospecha coinfección bacteriana.
- g. Monitorización de la dinámica uterina para diagnosticar amenaza de parto pretérmino, y del bienestar fetal. Por la experiencia adquirida en la infección de COVID-19 en las embarazadas, sabemos que el deterioro del bienestar fetal puede ser el primer síntoma del deterioro materno.
- h. Ventilación mecánica precoz en caso de disminución de la función respiratoria. Aquella puede no ser suficiente, y en los centros con experiencia, puede plantearse la ventilación por membrana extracorpórea (ECMO).
- i. Individualizar el momento más oportuno para el parto. La técnica de elección la veremos más adelante.

Esta Guía no incluye tratamiento farmacológico con antibióticos, ni con cloroquina e hidroxicloroquina, ni con antivirales como el lopinavir/ritonavir, ni con otros productos incluyendo el interferón, el cual figura en la guía asistencial de Wuhan. Sí menciona el uso de corticoides, tanto en beneficio materno como fetal, como vamos a exponer.

1.3 MEDIDAS PROPIAS DEL BINOMIO MADRE-FETO:

El Ministerio de Sanidad expone dos grupos de medidas, unas para el feto y otras para la madre, como mostramos en la Fig.1. La primera se refiere a la administración de corticoides a través de la embarazada, para acelerar la maduración pulmonar. Con respecto a la gestante, propone también corticoides para mitigar la infección del COVID-19, y de otra parte administrar una profilaxis antitrombótica.

- a. ADMINISTRACION DE CORTICOIDES EN BENEFICIO MATERNO: Aunque no existe unanimidad de criterio, parece ser que el uso de pulsos elevados y a dosis elevadas iniciales, pueden ayudar a reprimir la respuesta inflamatoria descontrolada, que el virus provoca en algunos individuos. Por eso muchos expertos aconsejan su uso cuando en la clínica predomina la inflamación pulmonar, a pesar de que en estos pacientes aumenta la viremia y retrasa el aclaramiento de virus. Donde sí se ha comprobado su eficacia, es en los casos de distrés respiratorio agudo, donde los bolos de metil-prednisolona redujeron significativamente los riesgos de muerte (HR 0,38, p<0,003).

Durante la gestación = Manejo del binomio Madre - Feto

Medidas comunes con el resto de los infectados.

Medidas propias del binomio.

En el parto: Cómo y cuándo terminar el embarazo

Elección del parto vaginal. Medidas a tomar.

Elección de la cesárea. Medidas a tomar.

En el puerperio

Medidas para la madre. Lactancia.

Medidas para el neonato que competen al obstetra.

Figura 1. Manejo de la embarazada y del recién nacido. Casos leves o asintomáticos

- b. **EN BENEFICIO FETAL: MADURACIÓN PULMONAR CON CORTICOIDES:** Su empleo esta aconsejado para prevenir la inmadurez pulmonar en el parto pretérmino. Para el National Institute for Health and Care Excellence deben proponerse siempre en embarazos con una duración entre 24 y 33 semanas, más 6 días. Antes de las 24 semanas el feto es inmaduro, previsible, y es prácticamente incompatible con la vida extrauterina pese a los cuidados neonatológicos. A partir de la 24 semanas ya es un *feto prematuro* que podrá sobrevivir con los cuidados antedichos, pero donde la inmadurez pulmonar es acaso la más grave patología, y aquí es donde la prednisona se muestra eficaz. A partir de la semana 34 y hasta la 35 más 6 días, deben hacerse al feto otras pruebas para comprobar el grado de madurez, porque puede haber alcanzado ya el grado suficiente para sobrevivir. Una simple ecografía puede detectar un peso fetal adecuado para la vida extrauterina.
- c. **PROFILAXIS MATERNA ANTITROMBÓTICA:** Las mujeres embarazadas tienen cambios en la sangre que las hace tener más riesgo tromboembólico que fuera de la gestación. En la pandemia con COVID-19 estos accidentes han aumentado drásticamente, por lo que el Ministerio de Sanidad aconseja un tratamiento con heparina de bajo peso molecular (HBPM) a toda gestante infectada por el SARS-2. Es importante saber que una aparición brusca de disnea, o una agravación de la existente, son sospechosas de accidente trombótico, y debe ser estudiado y tratado.

La Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia (SETH) ha propuesto recientemente el siguiente esquema: Pacientes asintomáticas o leves: Deambulando en su domicilio, administrar HBPM (1,5 mg/Kg durante 2 semanas. Pacientes con infección moderada: permanecer en cama en domicilio inyectando la dosis antedicha hasta 7 días después de la resolución del cuadro. Casos graves por neumonía: Ingreso hospitalario. Administrar dosis antedicha hasta 6 semanas después del parto.

2. COMO Y CUANDO TERMINAR EL EMBARAZO

El momento y la vía de terminar la gestación deben ser evaluados de forma individual por el equipo multidisciplinar del que hemos hablado.

3. ELECCIÓN DEL PARTO POR VÍA VAGINAL, MEDIDAS A ADOPTAR

Para la elección de la vía vaginal se tendrá en cuenta la posible evolución favorable a través de dicho canal, tras confirmar el buen estado de salud de la madre, la paridad, el tamaño y presentación fetales, así como sus diámetros cefálicos, además del bienestar fetal. Al neonatólogo compete evaluar su madurez, para decidir si se induce el parto o es posible esperar. Si las condiciones son favorables, debe intentarse el parto normal, tomando las medidas siguientes: 1º) La dilatación y la expulsión se realizarán en la misma habitación. 2º) Se realizarán las menos exploraciones posibles. 3º) Se hará monitorización fetal durante todo

el parto. 4º Se investigará el riesgo de cada persona que atiende el parto para dotarle del equipo de protección adecuado. Como vemos es importante que todo el parto se atienda en la misma habitación donde ingresó la madre, para evitar desplazamientos que van en contra de su aislamiento. En algunas maternidades modernas, como la del Hospital Gregorio Marañón, cada habitación individual destinada a la dilatación de la paciente, es a su vez la de expulsión y también de la exploración y reanimación del neonato, reuniendo por lo tanto unas condiciones inmejorables de aislamiento.

4. ELECCIÓN DE LA CESÁREA, MEDIDAS A ADOPTAR

De no cumplirse los requisitos necesarios para contemplar la vía vaginal, o por tratarse de un caso grave, se optará por la cesárea. Estos casos graves pueden serlo, bien por una patología del embarazo, como es la preeclampsia, o bien por la gravedad de la infección del virus. Pero hay que tener en cuenta que algunos de estos últimos casos, pueden simular una preeclampsia, cursando con hipertensión arterial, transaminasas elevadas, plaquetopenia e incremento de lacto-dehidrogenasa, que se normalizarán cuando pase la fase aguda de la infección.

Confirmada la gravedad del proceso y puesto de acuerdo el equipo multidisciplinar, se optará por la extracción del feto por vía abdominal. Se tomarán las siguientes medidas: anestesia raquídea, tiempo quirúrgico lo más breve posible, evitar cuanto se pueda el contacto del feto con la sangre materna y el líquido peritoneal, y tomar muestras de dicho líquido para descartar riesgos de contaminación fetal a su través.

La forma de terminar el embarazo suele ser, según las estadísticas actuales, mayoritariamente mediante cesárea, oscilando entre el 60 y 90% de los casos. La asfixia materna junto con la fiebre alta, y pérdida de bienestar fetal, suelen ser las indicaciones más frecuentes. Queremos recordar que esta última causa, lo es también de las cesáreas realizadas a las parturientas sin coronavirus.

El Ministerio de Sanidad aconseja tomar una muestra de líquido peritoneal en todas las cesáreas, porque hay evidencia de la presencia del virus en ese líquido, por lo que es conveniente acortar el tiempo quirúrgico y "minimizar el contacto entre el feto y la sangre materna, así como con sus fluidos corporales".

5. EL PUERPERIO: MEDIDAS PARA LA MADRE

No hay medidas específicas que adoptar después del parto, pero hay que ser muy rigurosos con las medidas generales que se adoptan ante la infección del COVID-19. Solamente se practicará la profilaxis para evitar las trombosis que veremos enseguida. Independientemente, el primer asunto que se plantea es de la lactancia, que se aconseja siempre porque no existe ninguna evidencia del paso de gérmenes COVID-19 a

la leche materna. Pero *deben* extremarse las medidas para evitar la transmisión horizontal porque con mucha facilidad las madres pueden contagiar al recién nacido.

Una vez terminado el parto, las pacientes que son asintomáticas o cursan con sintomatología leve, cohabitarán con el neonato, pero éste siempre en su propia cuna, a la cual solo tendrá acceso la madre para darle el pecho. Entonces se tomarán las medidas de protección que se proponen por la Sociedad española de Neonatología (7). Como allí se indica, el resto de atenciones que precisa el niño los realizará un familiar adiestrado o el personal del centro asistencial.

En los casos de pacientes que padecen una infección grave, el neonato será aislado de la madre, quien recibirá los cuidados pertinentes a su estado, como ya hemos sistematizado. Pero, insistimos en que aquel puede recibir la leche extraída de su madre.

Esta recibirá el alta hospitalaria cuando lo crea adecuado el equipo sanitario, preferentemente si los test al COVID-19 son negativos. Si no lo son, los casos asintomáticos o leves podrían trasladarse a su casa, siempre que esta reúna las condiciones adecuadas de aislamiento y cuidados sanitarios. Tras el alta definitiva seguirá los consejos que son comunes a los de los pacientes con riesgo.

Las normas que propone la Sociedad Española de Trombosis y Hemorragia en el puerperio son las siguientes: en los casos asintomáticos o *leves* dados de alta hospitalaria, se debe administrar HBPM a la dosis ya establecida, durante 2 semanas, siempre que no haya otras enfermedades asociadas, en cuyo caso se prolongara el tratamiento a 6 semanas. En las infecciones catalogadas como moderadas, que hayan recibido el alta hospitalaria provisional por reunir las mismas condiciones que las anteriores, permanecerán en cama bajo la vigilancia extrahospitalaria, y también recibirán heparina durante 2 semanas, que puede prolongarse otra más, si tardaron en negativizarse los test. Por último, *los casos graves* que permanecen hospitalizados, el tratamiento con HBPM se administrará durante 6 semanas.

6. MEDIDAS PARA EL NEONATO QUE COMPETEN AL OBSTETRA

El comportamiento del obstetra poco o nada se diferencia del que se adopta con las parturientas que están libres del COVID-19. Lo único estriba en evitar la transmisión horizontal madre-hijo, para lo que aquella debe portar mascarilla y, llegado el momento de tomar contacto con el neonato, lavarse bien las manos, o lo que es más sencillo, ponerse unos guantes de plástico. Por lo demás, en el parto se actuará de la misma manera, es decir, pinzando el cordón umbilical cuando este deje de latir, poner entonces al recién nacido en contacto físico con su madre, para lo cual, una práctica recomendable es depositar al niño sobre el pecho limpio de aquella, para estimular el reflejo de succión. Como es habitual, no se recomienda su baño para eliminar la grasa epidérmica, y se procurará que en lo posible permanezcan siempre cerca uno del

otro, aunque en lechos separados. Como es lógico se tomarán muestras para detectar si el feto es portador o no del virus, y a partir de entonces se seguirán las normas que recomiende el Neonatólogo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Clavero JA. Efecto de la infección por coronavirus en la gestante y en el recién nacido. *An RANM*. 2020; 137(02): 174-178. <http://dx.doi.org/10.32440/ar.2020.137.02.rev09>.
2. Fehr AR, Perlman S. Coronaviruses: an overview of their replication and pathogenesis. En: Maier H, Bickerton E, Britton P (eds). *Coronaviruses: methods in molecular biology*. v. 1282. New York: Humana Press; 2015. p.1-23. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-2438-7_1.
3. Breslin N, Baptiste C, Gyamfi-Bannerman C, et al. Coronavirus disease 2019 infection among asymptomatic and symptomatic pregnant women: two weeks of confirmed presentations to an affiliated pair of New York City hospitals. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2020; 2(2): 100-118. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmk.2020.100118>.
4. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72,314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. 2020; 323(13):1239-1242. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2648>.
5. Bornstein SR, Rubino F, Khunti K, et al. Recomendaciones prácticas para el manejo de la diabetes en pacientes con COVID-19. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2020; 8(6): 546-550. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(20\)30152-2](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(20)30152-2). Epub 2020 23 abril.
6. Ministerio de Sanidad (MNSCBS) Documentos técnicos: Manejo de la mujer embarazada y el recién nacido con COVID-19. Versión 12 junio 2020.
7. Sociedad Española de Neonatología. Recomendaciones para el manejo del recién nacido en relación con la infección del SARS-CoV-2. Versión 1.0, 6 Marzo 2020.

DECLARACIÓN DE TRANSPARENCIA

El autor/a de este artículo declara no tener ningún tipo de conflicto de intereses respecto a lo expuesto en el presente trabajo.

Si desea citar nuestro artículo:

Clavero-Núñez J.A.

La infección por COVID-19 en el embarazo

ANALES RANM [Internet]. Real Academia Nacional de Medicina de España;

An RANM · Año 2020 · número 137 (03) · páginas 265–269

DOI: 10.32440/ar.2020.137.03.rev01