



Embarazo y COVID-19

Francisco Arancibia, Carlos Luna

Editores en Jefe, Respirar

Mail de contacto: respirar@alatorax.org

La pandemia por SARS-CoV-2, que se ha extendido por segundo año consecutivo, alcanza un total de 174 millones de casos a nivel mundial y 3,7 millones de fallecidos (letalidad de 2,1%).¹

En la pandemia del año 2009 por virus influenza A/H1N1, el embarazo se asoció con un mayor riesgo de hospitalización, ingreso a la unidad de cuidados intensivos (UCI) y muerte.² Sin embargo, en la pandemia por SARS-CoV-2, el subgrupo de pacientes embarazadas dispone de escasa información. El registro nacional de los Centros de Control de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos (EEUU), del periodo enero 2020 a junio 2021, muestra un total de 95,863 casos de embarazadas con COVID-19, lo que representa un 0,28% de los casos en EEUU. La mayoría de los casos son del grupo etario 25-34 años (56%), de raza hispánica/latina (35,3%) y del tercer trimestre del embarazo (63%).^{3,4} Un total de 16.332 casos (17%) requirieron hospitalización y 103 embarazadas (0,1%) fallecieron. Del registro de los pacientes que ingresaron a UCI (n=427), la CDC reportó un total de 93 embarazadas (21,7%) que requirió de ventilación mecánica.

Viruez-Soto et al.⁵ publican, en este número de Respirar, un interesante estudio en el que analizan una serie de 40 pacientes obstétricas ingresadas a la unidad de cuidados intensivos con diagnóstico de COVID-19 procedente de cuatro países de Latinoamérica. En este estudio, el 25% de los casos requirió ventilación mecánica, lo que es muy similar a lo reportado por el registro de los CDC.³ La mortalidad alcanzó el 15%, lo cual también es similar a la reportada por un estudio brasileño (12,7%)⁶ y otro del Reino Unido (12,1%).⁷

Es interesante que el 42,5% de los casos presentaba patología asociada al embarazo (pre-eclampsia, HELLP o hipertensión gestacional). Recientemente, un estudio encontró evidencia de que el COVID-19 puede estar asociado con un mayor riesgo de pre-eclampsia, parto prematuro y otros resultados adversos del embarazo.⁸

No existen evidencias de laboratorio que sugieran un posible paso de este virus desde la madre infectada al líquido amniótico,^{9,10} ni tampoco hay evidencia de transmisión del SARS-CoV-2 a través de la leche materna.¹¹ Sí hay evidencia de infección neonatal,¹² por ello los recién nacidos deben quedar aislados.

Con respecto al tratamiento, no existe ningún fármaco aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de EEUU para el tratamiento de la COVID-19 en pacientes embarazadas. Es conocido que las mujeres embarazadas y lactantes fueron excluidas de la mayoría de los ensayos clínicos. Sin embargo, hay evidencia de que los corticoides atraviesan la placenta y son usados de forma rutinaria para acelerar la maduración pulmonar del bebé por nacer, en embarazadas con amenaza de parto prematuro. Da-

do el potencial beneficio y el bajo riesgo de efectos adversos fetales, el Instituto Nacional de la Salud de EEUU (NIH) recomienda usar dexametasona en mujeres embarazadas hospitalizadas con COVID-19 que reciben ventilación mecánica o que requieren oxígeno suplementario.¹³ Remdesivir tampoco está autorizado en pacientes embarazadas, no obstante, se ha utilizado de forma compasiva en 86 pacientes hospitalizadas embarazadas y en posparto con COVID-19 grave. Las tasas de recuperación fueron altas, con una baja tasa de eventos adversos graves.¹⁴

Finalmente, ¿qué ocurre con la prevención? Los CDC,¹⁵ el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos¹⁶ y la Sociedad de Medicina Materno-Fetal¹⁷ han publicado guías que apoyan la oferta de la vacuna COVID-19 a las personas embarazadas. A medida que se disponga de información adicional de los ensayos clínicos y de los datos recopilados sobre personas embarazadas vacunadas, será fundamental que los obstetras se mantengan al día con esta información.¹⁸

Conflictos de interés:

los autores declaran no tener conflictos de intereses relacionados con el tema de esta publicación.

Referencias

1. Dong E, Du H, Gardner L. An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *Lancet Infect Dis* 2020;20:533-534. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30120-1. Epub 2020 Feb 19
2. Mosby LG, Rasmussen SA, Jamieson DJ. 2009 Pandemic influenza A (H1N1) in pregnancy: a systematic review of the literature. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 205:10-18. Doi: 10.1016/j.ajog.2010.12.033
3. Data on COVID-19 during Pregnancy: Severity of Maternal Illness. [Internet]. [Consultado 15 jun 2021]. Disponible en: <https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#pregnant-population>
4. Investigating the Impact of COVID-19 during Pregnancy. [Internet]. [Consultado 15 jun 2021]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/cases-updates/special-populations/pregnancy-data-on-covid-19/what-cdc-is-doing.html>
5. Viurez-Soto JA, Olaya-Garay SX, Quiñones-Quíñones E et al. COVID-19 y Obstetricia Crítica en 4 países de Latinoamérica. *Respirar* 2021;13:65-71
6. Takemoto MLS, Menezes MO, Andreucci CB et al. Brazilian Group for Studies of COVID-19 and Pregnancy. Clinical characteristics and risk factors for mortality in obstetric patients with severe COVID-19 in Brazil: a surveillance database analysis. *BJOG* 2020;127:1618-1626. Doi:10.1111/1471-0528.16470
7. Knight M, Bunch K, Vousden N et al. Characteristics and outcomes of pregnant women admitted to hospital with confirmed SARS-CoV-2 infection in UK: national population based cohort study. *BMJ* 2020;369:m2107. [Internet]. [Consultado 15 jun 2021]Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32513659>.
8. Wei SQ, Bilodeau-Bertrand M, Liu S, Auger N. The impact of COVID-19 on pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ* 2021;193:E540-E548. doi:10.1503/cmaj.202604
9. Hijona Elósegui JJ, Carballo García AL, Fernández Risquez AC et al. ¿Existe transmisión materno-fetal del SARS-CoV-2 durante la gestación? *Rev Clin Esp.* 2021;221: 93-96. doi: 10.1016/j.rce.2020.06.001
10. Tolu LB, Ezech A, Feyissa GT. Vertical transmission of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2: A scoping review. *PLoS ONE* 2021;16(4):e0250196. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250196>
11. Centeno-Tablante E, Medina-Rivera M, Finkelstein JL et al. Annals of the New York Academy of Sciences 2020;28; 1484(1): 32-54. doi: 10.1111/nyas.14477
12. Wang S, Guo L, Chen L, Liu W, Cao Y, Zhang J. A case report of neonatal COVID-19 infection in China. *Clin Infect Dis* 2020 doi: 10.1093/cid/ciaa225.
13. National Institutes of Health. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Treatment Guidelines. www.covid19treatmentguidelines.nih.gov
14. Burwick RM, Yawetz S, Stephenson KE et al. Compassionate use of remdesivir in pregnant women with severe covid-19. *Clin Infect Dis* 2020;8:ciaa1466. doi:10.1093/cid/ciaa1466.
15. Centers for Disease Control and Prevention. Interim clinical considerations for use of Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine. [Internet]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/clinical-considerations/covid-19-vaccines-us.html>
16. Society for Maternal-Fetal Medicine. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) statement: SARS-CoV-2 vaccination in pregnancy. [Internet]. Disponible en: <https://www.smfm.org/publications/339-society-for-maternal-fetal-medicine-smfm-statement-sars-cov-2-vaccination-in-pregnancy>
17. American College of Obstetricians and Gynecologists. Vaccinating pregnant and lactating patients against COVID-19: practice advisory—December 2020. [Internet]. Disponible en: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2020/12/covid-19-vaccination-considerations-for-obstetric-gynecologic-care>
18. Rasmussen SA, Kelley CF, Horton JP et al. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Vaccines and Pregnancy. What Obstetricians Need to Know. *Obstet Gynecol* 2021; 137: 408-414. Doi: 10.1097/AOG.0000000000004290