

# Journal Pre-proof

Pronóstico perinatal y de la paciente embarazada con infección por COVID-19

D González Romero J Ocampo Pérez L González Bautista L  
Santana-Cabrera



PII: S0014-2565(20)30112-0

DOI: <https://doi.org/doi:10.1016/j.rce.2020.04.006>

Reference: RCE 1834

To appear in: *Revista clinica espanola*

Received Date: 9 April 2020

Please cite this article as: González Romero D, Ocampo Pérez J, González Bautista L, Santana-Cabrera L, Pronóstico perinatal y de la paciente embarazada con infección por COVID-19, *Revista clinica espanola* (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.04.006>

This is a PDF file of an article that has undergone enhancements after acceptance, such as the addition of a cover page and metadata, and formatting for readability, but it is not yet the definitive version of record. This version will undergo additional copyediting, typesetting and review before it is published in its final form, but we are providing this version to give early visibility of the article. Please note that, during the production process, errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

© 2020 Published by Elsevier.

**Sección: Correspondencia****Pronóstico perinatal y de la paciente embarazada con infección por COVID-19****Pregnancy and perinatal outcome of a woman with COVID-19 infection**

Autores: D González Romero, J Ocampo Pérez, L González Bautista, L Santana-Cabrera

Servicio de Medicina Intensiva del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Las Palmas de Gran Canaria

Autor para correspondencia:

Luciano Santana-Cabrera,

E-mail: lsancabx@gobiernodecanarias.org

**Sr. Director:**

La infección por el coronavirus COVID-19, identificada inicialmente en diciembre de 2019 en Wuhan (China), es una enfermedad emergente con un rápido aumento en el número de pacientes infectados en todo el mundo. No se dispone de muchos datos sobre cómo afecta durante el embarazo; sin embargo, sí que existe información de infección por otros coronavirus altamente patógenos como son el SARS (Síndrome Respiratorio Agudo Severo) o el MERS (Síndrome Respiratorio de Oriente Medio) durante el embarazo<sup>1</sup>. Así se sabe que la tasa de mortalidad de la infección por SARS era del 10% en la población general y hasta el 25% en mujeres embarazadas, sin demostrar transmisión intrauterina<sup>2</sup>.

Nuestra paciente de 44 años, gestante de 29 + 2 semanas, sin antecedentes patológicos de interés, sin viajes recientes ni contacto con pacientes infectados conocidos, acudió al centro por cuadro de 12 días de evolución que consistía en odinofagia, tos seca y, en los últimos días, fiebre de 39,5 °C.

Exploración obstétrica normal. Se le realizó PCR de COVID-19 que resultó ser positiva. En la analítica destacaba: 20.900 Leucos (98% de PMN), Linfopenia 200, Dímero D 578ngr/ml, PCR 28 mg/dl, LDH 223 U/L, Procalcitonina 5.33 ngr/ml. Desde el punto de vista respiratorio con unas cánulas nasales a 3 litros tenía una p02 de 140 mmHg. En la radiografía de tórax se apreciaban infiltrados pulmonares bilaterales multilobares con patrón intersticio-alveolar, con consolidaciones alveolares en el lóbulo superior izquierdo, pinzamiento de senos costofrénicos y engrosamiento cisural derecho por derrame pleural de leve cuantía (Figura 1).

Se comienza tratamiento con Liponavir/Ritonavir, Cloroquina, Ceftriaxona y Azitromicina. A las 48 horas la paciente se encuentra más taquipnéica y, en pocas horas,

empeora su mecánica respiratoria con acidosis respiratoria e hipoxemia severa y precisa intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica.

En vista del empeoramiento clínico se contacta con Ginecología que decide comenzar la maduración pulmonar del feto mediante dos dosis, separadas por 12 horas, de 12 mg de Betametasona. A las 24 horas se lleva a cabo la cesárea dentro del box de la UCI sin complicaciones para la madre ni para el hijo, descartándose en este la infección por COVID-19. En días sucesivos hay una mejoría progresiva de la oxigenación, comenzando proceso de *weaning*.

Esta paciente tuvo una evolución satisfactoria, lo que también corroboran varios estudios publicados durante esta pandemia sobre COVID-19. Un estudio con 38 mujeres embarazadas e infectadas con este virus demostró que el pronóstico materno era mucho mejor que con coronavirus anteriores, ya que ninguna murió ni se produjeron casos de transmisión intrauterina al feto<sup>3</sup>. En otro, con 9 pacientes gestantes con neumonía por COVID-19, los autores describen la similitud clínica con las reportadas para pacientes adultas no embarazadas, no encontrando, en ningún caso, transmisión vertical<sup>4</sup>.

En otra investigación con 15 pacientes se observó que el embarazo y el parto no agravaron el curso de la sintomatología que, en todos los casos, fue leve con una recuperación satisfactoria<sup>5</sup>. Por último, otro estudio con 16 gestantes recomienda que, si hay una indicación de cirugía obstétrica, o la propia enfermedad crítica de COVID-19, la interrupción oportuna del embarazo no aumentará el riesgo de nacimiento prematuro y anoxia del recién nacido, siendo beneficioso para el tratamiento de la neumonía materna. En ningún caso, al igual que los autores anteriores, no encontraron en los neonatos el COVID-19<sup>6</sup>.

Por tanto, hasta ahora, no hay evidencia de que este coronavirus tenga un comportamiento diferente en mujeres embarazadas a la de la población normal, ni de que exista transmisión materno-fetal. Con todos estos estudios, el 5 de febrero del 2020, se llevó a cabo una reunión de expertos, chinos y norteamericanos, que elaboraron una serie de recomendaciones específicas para el manejo de mujeres embarazadas y neonatos nacidos de madres con infección sospechada o confirmada por coronavirus (COVID-19)<sup>7</sup>. De este encuentro se publicaron una serie de recomendaciones, con mayor o menor grado de evidencia clínica, entre las cuales podemos destacar:

- Las mujeres embarazadas con sospecha de infección por COVID-19 podrían someterse a exámenes de imagen pulmonar (Rx, CT) y prueba diagnóstica de COVID-19 lo antes posible.

- Se debe hospitalizar e ingresar, a ser posible en habitaciones con presión negativa, a mujeres embarazadas que tienen un COVID-19 sospechoso o confirmado.
- El momento del parto debe ser individualizado, basándose en el bienestar materno-fetal, la edad gestacional y otras condiciones concomitantes, no solo porque la paciente embarazada esté infectada. Además, se debe permitir el parto vaginal cuando sea posible y reservar la cesárea para cuando sea obstétricamente necesario.
- Es razonable considerar la analgesia regional en las mujeres embarazadas con infección por COVID-19 que necesitan una cesárea, siempre y cuando la función respiratoria lo permita. Si no, la anestesia general es mucho más segura.
- Actualmente no se puede afirmar si hay transmisión vertical desde la madre al feto, aunque haya algunos casos publicados que no han mostrado evidencia de transmisión vertical en pacientes con infección por COVID-19 en el último trimestre del embarazo. De todas formas, se recomienda mantener a los recién nacidos aislados durante al menos 14 días, y, durante este período, no se recomienda la lactancia materna directa.

Es probable que estas recomendaciones evolucionen como el curso de esta nueva enfermedad.

Figura 1. Radiografía de tórax al ingreso hospitalario.

## Referencias

- 1- Rasmussen SA, Smulian JC, Lednicky JA, Wen TS, Jamieson DJ. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Pregnancy: What obstetricians need to Know. *Am J Obstet Gynecol.* 2020 Feb 24:S0002-9378(20)30197-6. doi:10.1016/j.ajog.2020.02.017. Online ahead of print.
- 2- Wong SF, Chow KM, Leung TN, et al. Pregnancy and perinatal outcomes of women with severe acute respiratory syndrome. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;191:292-297. DOI: 10.1016/j.ajog.2003.11.019.
- 3- Schwartz DA. An Analysis of 38 Pregnant Women with COVID-19, Their Newborn Infants, and Maternal-Fetal Transmission of SARS-CoV-2: Maternal Coronavirus Infections and Pregnancy Outcomes. *Arch Pathol Lab Med.* 2020 Mar 17. doi: 10.5858/arpa.2020-0901-SA. Online ahead of print.
- 4- Chen H, Guo J, Wang C, Luo F, Yu X, Zhang W, Li J, Zhao D, Xu D, Gong Q, Liao J, Yang H, Hou W, Zhang Y. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *Lancet.* 2020 Mar 7;395(10226):809-815. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30360-3. Epub 2020 Feb 12.
- 5- Liu D, Li L, Wu X, Zheng D, Wang J, Yang L, Zheng C. Pregnancy and Perinatal Outcomes of Women With Coronavirus Disease (COVID-19) Pneumonia: A Preliminary Analysis. *AJR Am J Roentgenol.* 2020 Mar 18:1-6. doi: 10.2214/AJR.20.23072. Online ahead of print.
- 6- Zhang L, Jiang Y, Wei M, Cheng BH, Zhou XC, Li J, Tian JH, Dong L, Hu RH. Analysis of the pregnancy outcomes in pregnant women with COVID-19 in Hubei Province. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.* 2020 Mar 7;55(0):E009. doi: 10.3760/cma.j.cn112141-20200218-00111. Online ahead of print.
- 7- Chen D, Yang H, Cao Y, et al. Expert consensus for managing pregnant women and neonates born to mothers with suspected or confirmed novel coronavirus (COVID-19) infection [published online ahead of print, 2020 Mar 20]. *Int J Gynaecol Obstet.* 2020;10.1002/ijgo.13146. doi:10.1002/ijgo.13146

Figr-1

