



---

## ARTÍCULO ESPECIAL

# Nacer en los tiempos del COVID-19

## *Born in the time of COVID-19*

María Antonia López Rubio

*Ginecóloga. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (SESCAM). España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [doclopezrubio@gmail.com](mailto:doclopezrubio@gmail.com) (María Antonia López Rubio).

Recibido el 10 de abril de 2020; aceptado el 16 de abril de 2020.

---

### Cómo citar este artículo:

López Rubio MA. Nacer en los tiempos del COVID-19. JONNPR. 2020;5(6):597-602. DOI: 10.19230/jonnpr.3681

### How to cite this paper:

López Rubio MA. Born in the time of COVID-19. JONNPR. 2020;5(6):597-602. DOI: 10.19230/jonnpr.3681



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License  
La revista no cobra tasas por el envío de trabajos,  
ni tampoco cuotas por la publicación de sus artículos.

### Resumen

Nos hallamos ante una situación epidemiológica causada por un coronavirus del cual todavía desconocemos muchos datos. Pese a esa carencia de información, los sistemas sanitarios están implantando protocolos para intentar proteger no sólo a los pacientes, si no a los sanitarios que en ellos trabajan. Además, tampoco sabemos demasiado del impacto del COVID-19 sobre poblaciones teóricamente más vulnerables, como las gestantes, en las cual se hace más necesario si cabe adoptar protocolos de actuación lo más basados en la evidencia posible para no caer en una deshumanización en su atención.

### Palabras clave

*COVID-19; coronavirus; embarazo; control prenatal; humanización; pandemia*

### Abstract

We are facing a epidemiological situation caused by a coronavirus for which we still don't know much data. Despite this lack of information, health systems are implementing protocols to try to protect the patients, and also its health workers. Furthermore, we also don't know too much about the theoric impact



of COVID-19 on vulnerable populations, such pregnant women, in which it becomes more necessary if it possible to adopt evidence-based protocols and not to fall into dehumanized treatment.

#### Keywords

*COVID-19; coronavirus; pregnancy; prenatal care; humanization; pandemic*

Vivimos una situación epidemiológica excepcional a nivel mundial, que nos está llevando a adaptar nuestras prácticas asistenciales a la nueva situación. Estamos ante un panorama cambiante, en el que tenemos que adecuar el conocimiento que nos llega, en muchas ocasiones sin mucha evidencia, para dar la mejor asistencia a nuestros pacientes y disminuir un potencial contagio recíproco.

Hay condiciones médicas especiales en las que todavía tenemos que hacer más esfuerzo por las peculiaridades asistenciales y sociales que comportan, intentar indagar en el poco conocimiento científico que tenemos e implementarlo en nuestra práctica. Una de esas circunstancias es el embarazo.

## ¿Qué sabemos a día de hoy sobre la susceptibilidad de las embarazadas al COVID-19?

Como ya se ha demostrado con otras infecciones víricas como la gripe, debido a los cambios en los sistemas inmunitarios y cardiopulmonar, el embarazo es un estado fisiológico que predispone a que éstas se manifiesten con mayor gravedad.

Las pautas de manejo de gestantes deben basarse en datos de la actual epidemia, ya que pueden diferir en la experiencia con otros brotes de coronavirus anteriores en cuanto a epidemiología, curso clínico y respuesta al tratamiento.<sup>(1)</sup> De hecho, actualmente no hay evidencia de que las embarazadas sean más susceptibles a infección por COVID-19 o que tengan un curso más severo de la enfermedad.

La revisión más amplia de casos confirmados mediante test específicos de SARS-Cov2 es de 108 gestantes y muestra una tasa de ingreso en UCI de 3%, sin muertes confirmadas.<sup>(2)</sup> Las pacientes que ingresaron en este tipo de unidades presentaban un IMC elevado (>35) y patología previa, lo que podría poner de manifiesto que la infección por COVID-19 tendría peor evolución en embarazos con factores de alto riesgo.<sup>(3)</sup>

Cuando la enfermedad se manifiesta en las primeras fases del embarazo, las gestantes suelen poder darse de alta sin complicaciones, pero todavía no hay datos acerca de posibles consecuencias perinatales.<sup>(2)</sup> De hecho, uno de los síntomas más comunes como la fiebre es



frecuente en infectadas y está documentada como factor de riesgo, sobre todo en primer trimestre, para defectos estructurales congénitos (defectos del tubo neural, renales y cardíacos), con lo cual habrá que ver las consecuencias a largo plazo.<sup>(4)</sup>

Las neumonías víricas son causa de parto prematuro, crecimiento intrauterino restringido, bajo peso neonatal, peores puntuaciones de APGAR y mayor mortalidad perinatal, existiendo en las series de casos documentados una muerte neonatal y una muerte fetal intrauterina.<sup>(2)</sup>

Por otro lado, no hay evidencia de transmisión vertical de la enfermedad al recién nacido.<sup>(5)</sup>

## **¿Qué consideraciones se deberían tener en cuanto a las consultas de control de embarazo?<sup>(6,7)</sup>**

Hay que limitar las visitas presenciales a las necesarias, pudiendo recurrir a consultas telefónicas o videollamadas para controles que no requieran exploraciones o realización de pruebas complementarias. Previamente a su asistencia, se debería realizar un triage para confirmar la ausencia de sintomatología respiratoria, fiebre, ocupación y posible contacto con personas afectas.

Si la visita es prioritaria y presentan síntomas o se consideran de riesgo, la consulta debe realizarse en un circuito asistencial aislado del resto de gestantes. Las pacientes tienen que usar mascarilla quirúrgica y el personal que les atiende debe estar protegido con un equipo adecuado. Ante casos sospechosos, hay que realizar los test correspondientes para confirmar que padecen la enfermedad. A la espera de dichos resultados, deberían cumplir aislamiento domiciliario.<sup>(7)</sup>

En las salas de espera y exploración es importante respetar los tiempos de las visitas programadas y prolongar los intervalos entre citas, para evitar situaciones de hacinamiento, considerando que se recomiendan al menos 2 metros de distancia entre personas. Por este motivo, en la medida de lo posible, se debe pedir a las mujeres que acudan solas. Ningún niño o adulto mayor de 60 años debería acudir a la cita.

Las mujeres y sus posibles acompañantes se deberían lavar las manos con jabón antes de la exploración durante un tiempo mínimo de 20 segundos o utilizar soluciones hidroalcohólicas en su defecto.



## ¿Cómo debería ser el manejo del parto y postparto en la situación actual? <sup>(8)</sup>

Las pacientes que no presentan sintomatología o factores de riesgo deben ser triadas a su llegada al hospital, realizándose los cuidados de rutina y limitando, que no suprimiendo, los acompañantes.

En pacientes sintomáticas o que acuden con diagnóstico de COVID-19:

- El manejo de las mujeres embarazadas infectadas debe ser realizado por un equipo multidisciplinario (obstetras, intensivistas, anestesistas, medicina interna, neonatólogos, etc).
- La infección por si misma no es indicación de finalizar el embarazo, a menos que haya compromiso respiratorio materno.
- En caso de parto en curso, las sospechosas o confirmadas, deben ser manejadas en una habitación con presión negativa y llevar mascarilla. Los acompañantes no deberían estar permitidos (por la probabilidad de que también estén infectados) y el número de sanitarios que le atiende debería ser el mínimo imprescindible.
- El momento y vía de parto debe ser individualizado, no estando contraindicado el parto vaginal y pudiendo indicarse una finalización mediante cesárea en casos de deterioro materno o fetal. <sup>(9)</sup>
- Si se realiza cesárea debería ser en un quirófano con presión negativa.
- No es planteable el parto o dilatación, por la incapacidad del equipo sanitario de protegerse adecuadamente y la posibilidad de la presencia del virus en heces.
- La anestesia regional es preferible a la general, extremando las precauciones de protección individual si se van a realizar procesos en los que se puedan producir aerosoles, como la intubación. <sup>(10)</sup>
- Se recomienda un clampaje precoz del cordón umbilical, aunque no hay evidencia de que realizarlo de forma tardía aumente la infección por contacto directo en el recién nacido. <sup>(11)</sup>
- No hay evidencia en cuanto a la separación de recién nacido/ madre o lactancia materna en este tipo de pacientes. De hecho es uno de los aspectos que más controversia ha generado en los últimos tiempos. Parece que lo más recomendado si la paciente está gravemente enferma es separar a madre y recién nacido, pudiendo estimular la lactancia para mantener la producción de leche.

Si la paciente está asintomática o levemente afectada, se puede estudiar el ingreso junto con el recién nacido, en función de las posibilidades de cada centro. La principal



preocupación a este respecto es que el virus puede transmitirse por gotitas respiratorias, con lo cual las madres deben asegurarse de lavarse las manos y usar mascarilla antes de tocar al bebé. Cuando madre y recién nacido comparten habitación, la cuna del bebé debe mantenerse al menos a dos metros de la madre o pueden usarse una barreras físicas como cortinas. Se podría pedir que otra persona alimente al bebé con la leche materna obtenida por extracción.<sup>(12,13)</sup>

A modo de conclusión podemos afirmar que, ante la situación epidemiológica actual los sistemas sanitarios están intentando adaptar sus recursos a nivel general y local para la asistencia de sus pacientes. Son alarmantes las cifras de ingresos y fallecimientos que se nos notifican, así como las circunstancias en las que muchos de ellos están sucediendo, muy alejadas del concepto de “humanización” de la medicina que había cobrado fuerza en los últimos tiempos y que trataba de abordar las dimensiones psicológica, espiritual y social de los pacientes. La gestación y el nacimiento son situaciones que por sus características requieren un sobreesfuerzo mayor para adaptar nuestra práctica sin perder esa dimensión humana. En la situación actual debemos ser, mucho más críticos con la información científica que nos llega, para no caer en protocolos asistenciales no justificados en detrimento de los pacientes. No obstante, a veces nuestras infraestructuras o las medidas de precaución recomendadas para evitar contagios mutuos o hacia otros pacientes hacen que a veces no sea posible continuar con determinadas prácticas, sobre todo en pacientes con diagnóstico o sospecha de COVID-19.

## Referencias

1. Liang H, Acharya G. Novel corona virus disease (COVID-19) in pregnancy: What clinical recommendations to follow? *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2020;99:439-442.
2. Zaigham M, Andersson O. Maternal and Perinatal Outcomes with COVID-19: a systematic review of 108 pregnancies. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2020: 0–3. <https://doi.org/10.1111/aogs.13867>.
3. Breslin N, Baptiste C, Miller R et al. COVID-19 in pregnancy: early lessons. *Am J Obstet Gynecol MFM.* 2020 Mar 27. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.10111>.
4. Sass L, Urhoj SK, Kjærgaard J, Dreier JW, Strandberg-Larsen K et al. Fever in pregnancy and the risk of congenital malformations: a cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017;17:413.



5. 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. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine* [In-Press] <https://doi:10.5858/arpa.2020-0901-SA>
6. Bourne T, Leonardi M, Kyriacou C et al. ISUOG Consensus Statement on rationalization of gynecological ultrasound services in context of SARS-CoV-2. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2020 Apr 8. doi: 10.1002/uog.22047.
7. Ferrazi EM, Frigerio L, Cetin I, Vergani P, Spinillo A et al. COVID-19 Obstetrics Task Force, Lombardy, Italy: executive management summary and short report of outcome. *Int J Gynaecol Obst.* 2020/ Apr 8. doi: 10.1002/ijgo.13162.
8. Poon LC, Yang H, Kapur A et al. Global interim guidance on coronavirus disease 2019 (COVID-19) during pregnancy and puerperium from FIGO and allied partners: Information for healthcare professionals. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics* 2020. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13156>
9. H, Chen D, Feng L, Zou L, Li J. Obstetric considerations on delivery issues for pregnant women with COVID-19 infection. *Chin J Obstet Gynecol* 2020;55: E001-E001.
10. Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology. Interim Considerations for Obstetric Anesthesia Care Related to COVID-19. <https://soap.org/education/provider-education/expert-summaries/interim-considerations-for-obstetric-anesthesia-care-related-to-covid19/>.
11. Yang H, Wang C, Poon LC. Novel coronavirus infection and pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2020.
12. Centers for Disease Control and Prevention. Interim Considerations for Infection Prevention and Control of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Inpatient Obstetric Healthcare Settings. [https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/inpatient-obstetric-healthcare-guidance.html#anchor\\_1582067966715](https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/inpatient-obstetric-healthcare-guidance.html#anchor_1582067966715).
13. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Advisory: Novel Coronavirus 2019 (COVID-19). <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Practice-Advisories/Practice-Advisory-Novel-Coronavirus2019?IsMobileSet=false>.