

Estudios y resultados de la vigilancia de COVID-19 publicados recientemente indicaron un mayor riesgo de la mujer embarazada de presentar formas graves de COVID-19 y por ende de ser hospitalizadas y admitidas a Unidades de Cuidados Intensivos. La Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) solicita a los Estados Miembros a redoblar esfuerzos para asegurar el acceso a los servicios de atención prenatal, así como también a implementar medidas preventivas para reducir la morbilidad y mortalidad asociada a la COVID-19 en todos los niveles del sistema de salud, manteniendo los logros y el compromiso de reducir la mortalidad materna y perinatal.

### Introducción

Además de los desafíos propios de la respuesta a la pandemia de COVID-19 los países y territorios en la Región han tenido que enfrentar el reto de mantener los logros alcanzados en el ámbito de la salud pública y al mismo tiempo de seguir ofreciendo, sin interrupciones, los servicios de atención que requieren las mujeres en edad fértil y en particular las embarazadas.

La implementación de medidas restrictivas en la movilidad de las personas, o el cierre de algunos centros de atención de salud, han dificultado que las embarazadas reciban el número de controles prenatales adecuados a su edad gestacional. Esto podría implicar la detección tardía de problemas en el embarazo (como por ejemplo diabetes gestacional o estados hipertensivos) o en el feto (como por ejemplo las restricciones en el crecimiento intrauterino) y por lo tanto poner en riesgo la vida de ambos.

A ello, habrá que sumar la escasa información científica disponible sobre el efecto del virus SARS-CoV-2 en el embarazo y en el feto, lo cual dificulta la adopción oportuna de medidas correctivas.

Aunque el perfil de las embarazadas en la Región de las Américas podría ser diferente al perfil de las embarazadas en Europa, se sugiere tener en cuenta algunos estudios realizados en mujeres embarazadas en Europa a la hora de detectar factores de riesgo, de manera tal de mitigar el potencial impacto de la COVID-19 en el embarazo y el feto.

Un estudio realizado en una cohorte de 427 mujeres embarazadas ingresadas en el hospital con infección confirmada por SARS-CoV-2 entre el 1 de marzo de 2020 y el 14 de abril de 2020 en el Reino Unido, encontró que la mayoría de las ingresadas en el hospital se encontraban a finales del segundo o tercer trimestre de embarazo; 233 eran de raza negra o de otros grupos étnicos minoritarios, 281 tenían sobrepeso u obesidad, 175 tenían 35 años o más y 145 tenían comorbilidades preexistentes. Cuarenta y una mujeres ingresadas en el hospital necesitaron asistencia respiratoria y cinco fallecieron.

Con relación al término del embarazo, el estudio indicó que 266 mujeres tuvieron un parto o perdieron el embarazo; 196 tuvieron un parto a término. Doce de 265 recién nacidos dieron positivo al RNA del SARS-CoV-2, seis de ellos dentro de las primeras 12 horas después del nacimiento<sup>1</sup>.

En otro estudio realizado en España, se realizaron pruebas de anticuerpos para el SARS-CoV-2 en 874 mujeres embarazadas que asistieron consecutivamente a la detección del embarazo en el primer trimestre (entre las 10-16 semanas de gestación, 372 mujeres) o al parto (502 mujeres) entre el 14 de abril y el 5 de mayo de 2020, en tres hospitales universitarios<sup>2</sup> en Barcelona. La seroprevalencia fue similar entre las mujeres en el primer trimestre del embarazo y las mujeres en el tercer trimestre, lo que sugiere un riesgo similar de infección, pero la proporción de mujeres con síntomas y la proporción de mujeres que requirieron hospitalización fue mayor en el grupo del tercer trimestre que en el grupo del primer trimestre<sup>3</sup>.

A continuación, se presenta un resumen de la situación de mujeres embarazadas y mortalidad materna en el contexto de COVID-19, en los países de la Región de las Américas, para los cuales se dispone de información.

Lista de países que han notificado casos y defunciones de embarazadas con COVID-19 .

**Tabla 1.** Casos y defunciones de embarazadas con COVID-19, según país. Región de las Américas. 1 de enero de 2020 al 11 de agosto de 2020.

Embarazadas con COVID-19		
País	Vivas	Fallecidas
Argentina	155	1
Bolivia	50	5
Brasil	2.256	135
Colombia	571	2
Ecuador	849	20
Estados Unidos de América	15.735	37
Haití	39	2
México*	3.916	106
Perú	4.782	36
República Dominicana	304	12

\*México notifica embarazadas y puérperas.

**Fuentes:** Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer, y Reproductiva (CLAP/SMR)

Información publicada en los sitios web de los Ministerios de Salud, Agencias de Salud o similares y reproducidos por la OPS/OMS.

<sup>1</sup> Marian Knight 1, Kathryn Bunch 2, Nicola Vousden 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 Jun 8;369:m2107. doi: 10.1136/bmj.m2107.

<sup>2</sup> Hospital Sant Joan de Déu, Hospital Clínic y Hospital Sant Pau

<sup>3</sup> Francesca Crovetto, Fátima Crispi, Elisa Llurba et al. Seroprevalence and presentation of SARS-CoV-2 in pregnancy. The Lancet. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31714-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31714-1)

En **Brasil**, entre 1 de enero y el 1 de agosto de 2020 fueron hospitalizadas 5.174 embarazadas, lo que corresponde a 0.9% del total de hospitalizaciones por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG). Del total de embarazadas hospitalizadas por IRAG, 2.256 (44%) fueron confirmadas para COVID-19 y de ellas, 135<sup>4</sup> fallecieron.

La distribución geográfica de las embarazadas hospitalizadas por IRAG confirmadas para COVID-19, en orden decreciente, según región de residencia es la siguiente: Sudeste (885 casos), Nordeste (744 casos), Norte (312 casos), Centro-Oeste (163 casos) y Sur (152 casos). Mientras que las defunciones fueron notificadas en las regiones Nordeste (52 defunciones), Sudeste (49 defunciones), Norte (23 defunciones), Centro-Oeste (10 defunciones) y Sur (1 defunción).

Con relación a las características de las embarazadas fallecidas, el grupo etario con más casos fue el de 30 a 39 años, seguido por el grupo de 20 a 29 años; 56,3% de las embarazadas con COVID-19 fallecieron en el tercer trimestre, 33,3% en el segundo trimestre y 4,4% en el primer trimestre (**Tabla 2**).

Las comorbilidades más frecuentes entre las fallecidas fueron: diabetes (16,3%), cardiopatía (13,3%), obesidad (11,9%), e hipertensión (5,9%).

**Tabla 2.** Distribución de embarazadas con COVID-19, según grupo etario y edad gestacional. Brasil, 1 de enero al 1 de agosto de 2020.

Embarazadas con COVID-19		
Características	Vivas	Fallecidas
Grupo etario	# Casos	# Casos
10-19	203	6
20-29	941	51
30-39	956	64
40-49	156	14
Total	2.256	135
Edad Gestacional	# Casos	# Casos
1° Trimestre	177	6
2° Trimestre	523	45
3° Trimestre	1.450	76
E.G. desconocida	106	8
Total	2.256	135

**Fuente:** Datos publicados por el Ministerio de Salud de Brasil y reproducidos por la OPS/OMS.

En los **Estados Unidos de América**, un estudio publicado por los Centros para el Control y Prevención de enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés)<sup>5</sup> informó que entre el 22 de enero

<sup>4</sup> Datos preliminares, sujetos a revisión.

<sup>5</sup> Sascha Ellington; Penelope Strid; Van T. Tong; et al. Characteristics of Women of Reproductive Age with Laboratory-Confirmed SARS-CoV-2 Infection by Pregnancy Status — United States, January 22–June 7, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2020;69: [769-775].

y el 7 de junio de 2020, como parte de la vigilancia de COVID-19, fueron notificados 326.335 casos positivos de infección por SARS-CoV-2 en mujeres en edad reproductiva<sup>6</sup>. De éstas, 9% (8.207 de un total de 91.412<sup>7</sup>) estaban embarazadas.

Si bien el estudio encontró que la frecuencia de enfermedad pulmonar crónica, diabetes mellitus y enfermedad cardiovascular fue mayor entre las mujeres embarazadas en comparación con las mujeres no embarazadas, la proporción de hospitalizadas fue mayor entre las embarazadas que las mujeres no embarazadas (31,5% vs 5,8%).

Después de ajustar los datos por edad, presencia de condiciones subyacentes y raza / etnia, se observó que las mujeres embarazadas presentaron 5.4 veces más probabilidades de ser hospitalizadas (IC 95% = 5,1–5,6), 1,5 veces más de probabilidades de ser admitidas en la UCI (IC 95% = 1,2–1,8) y 1,7 veces más probabilidades de recibir ventilación mecánica (IC 95% = 1,2–2,4) que las no embarazadas.

Adicionalmente se observó que la admisión a la UCI fue notificada con mayor frecuencia entre mujeres embarazadas asiáticas no hispanas (3,5%) que entre todas las mujeres embarazadas (1,5%).

Con relación a las defunciones, se notificaron 16 relacionadas con COVID-19 (0,2%) entre mujeres embarazadas y 208 (0,2%) entre mujeres no embarazadas (aRR = 0,9, IC 95% = 0,5–1,5).

Estos hallazgos sugieren que entre las mujeres en edad reproductiva con COVID-19, las mujeres embarazadas tienen más probabilidades de ser hospitalizadas y tienen un mayor riesgo de ingreso en la UCI y de recibir ventilación mecánica.

Si bien es cierto, este estudio tiene limitaciones que deben ser consideradas, lo que destaca es la necesidad de que las embarazadas estén conscientes de su potencial riesgo de desarrollar enfermedad grave por COVID-19.

De acuerdo con la información publicada por los CDC, entre el 22 de enero y el 4 de agosto de 2020, en los Estados Unidos de América, fueron notificados 15.735 casos de mujeres embarazadas con COVID-19, incluidas 37 defunciones. Del total de mujeres embarazadas, 4.086 fueron hospitalizadas (26%)<sup>8</sup>, 183 fueron admitidas a la UCI y 66 requirieron ventilación mecánica<sup>9</sup>.

En **México**, desde la confirmación de los primeros casos de COVID-19 en el país<sup>10</sup> y hasta el 9 de agosto de 2020, se notificaron 3.916 mujeres embarazadas y en puerperio en seguimiento incluidas 106 defunciones (2,7%) en las que se confirmó la infección por SAR-CoV-2.

---

<sup>6</sup> 15 a 44 años

<sup>7</sup> Para las cuales el dato sobre el estado del embarazo estaba disponible.

<sup>8</sup> No hubo datos disponibles para distinguir la hospitalización por indicaciones relacionadas con COVID-19 (como por ejemplo el empeoramiento del estado respiratorio), de la hospitalización por indicaciones relacionadas con el embarazo, como el parto.

<sup>9</sup> Se recopilaban datos de 15.735 mujeres, pero los datos de ingreso a la UCI solo estaban disponibles para 4.319 (27,4%) mujeres y los datos de ventilación mecánica sólo estaban disponibles para 3.533 (22,5%) mujeres.

<sup>10</sup> 27 de febrero de 2020

Las entidades federativas, con más casos de embarazadas y las puérperas con COVID-19 son: la Ciudad de México (480 casos, 13 defunciones) y los Estados de Tabasco (307 casos, 11 defunciones), México (293 casos, 13 defunciones), Sonora (202 casos, 5 defunciones), Nuevo León (199 casos, 3 defunciones), Veracruz (189 casos, 6 defunciones) y Guanajuato (182 casos, 3 defunciones).

Con relación a las características de las embarazadas y puérperas fallecidas, la mediana de edad fue 30 años (rango 19 a 42), el 43,3% fallecieron en el tercer trimestre de embarazo, el 34% en el puerperio, 16% en el segundo trimestre y 5,6% en el primer trimestre (**Tabla 3**). En este grupo, 33 estuvieron intubadas (31%) y 35 en la Unidad de Cuidados Intensivos (33%). Las comorbilidades más frecuentes entre las fallecidas fueron: obesidad (17,9%), diabetes (10,4%), hipertensión (7,6%) y asma (4,7%).

**Tabla 3.** Distribución de embarazadas y puérperas fallecidas con COVID-19, según grupo etario y edad gestacional. México 27 de febrero al 9 de agosto de 2020.

Embarazadas y puérperas fallecidas con COVID-19	
Grupo etario	# Casos
15-19	2
20-24	21
25-29	24
30-34	31
35-39	20
40-44	8
Total	106
Edad Gestacional	# Casos
1° Trimestre	6
2° Trimestre	17
3° Trimestre	47
Puerperio	36
Total	106

**Fuente:** Datos publicados por la Secretaría de Salud de México y reproducidos por la OPS/OMS.

La razón de mortalidad materna (RMM) para COVID-19 a la semana epidemiológica (SE) 31 de 2020<sup>11</sup> en México es 8,1 muertes maternas por 100.000 recién nacidos vivos.

Hasta el 9 de agosto de 2020, fueron notificados en plataforma de SISVER<sup>12</sup> 4.066 recién nacidos, de los cuales 832 (20,5 %) fueron positivos a SARS-CoV-2. Respecto de la condición de sus madres, 130 son hijos de madres positivas a SARS-CoV-2, 4 hijos de madres sospechosas a COVID-19, 66 hijos de madres negativas y para los 632 restantes no hubo registro de sus madres en SISVER.<sup>13</sup>

<sup>11</sup> SE 31 de 2020 finalizó el 1 de agosto.

<sup>12</sup> Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Respiratorias de México

<sup>13</sup> Secretaría de Salud de México. Informe epidemiológico semanal de embarazadas y puérperas estudiadas, ante sospecha de COVID-19. Semana epidemiológica 33 de 2020. Disponible en: <https://bit.ly/33z4x4Q> accedido el 12 de agosto de 2020.

## Orientaciones para las autoridades nacionales

Los datos disponibles hasta el momento sugieren que las mujeres embarazadas están en mayor riesgo de desarrollar una forma grave de COVID-19 y, en algunos casos, podrían evolucionar a la muerte. En este contexto, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) recomienda a los Estados Miembros abordar los riesgos y vulnerabilidades específicas que enfrenta este grupo de la población, asegurar la continuidad de los servicios de atención prenatales y la oportuna atención a los signos y síntomas de gravedad por COVID-19 en las embarazadas. Asimismo, se recomienda procurar mantener la comunicación con las embarazadas, para que sepan dónde consultar en caso de emergencia y coordinar los controles virtuales o presenciales o incluso domiciliarios si lo amerita.

A continuación, se presenta una serie de recomendaciones en relación con la vigilancia epidemiológica, laboratorio y manejo clínico de la embarazada en el contexto de la pandemia de COVID-19.

### Vigilancia

Como se ha enfatizado en Alertas y Actualizaciones Epidemiológicas anteriores<sup>14</sup>, para interrumpir la transmisión de COVID-19 deben realizarse las actividades listadas abajo, las cuales también se aplican a mujeres embarazadas:

- Detección temprana de casos sospechosos
- Confirmación por laboratorio
- Aislamiento
- Rastreo y cuarentena de contactos

Para la detección temprana de casos sospechosos se propone utilizar la definición de caso actualizada de la OPS/OMS disponible en: <https://bit.ly/3kOk9YC>

### Laboratorio

La confirmación de la circulación de COVID-19 en una población requiere de pruebas de laboratorio. La OPS/OMS recomienda que todos los casos sospechosos se analicen para detectar COVID-19 mediante ensayos virológicos, de acuerdo con las definiciones de casos.

Es importante asegurar el acceso a pruebas para la confirmación del diagnóstico; sin embargo, en áreas con alta incidencia y/o de limitada capacidad o acceso a pruebas de laboratorio, es importante establecer un criterio de priorización para la realización de las pruebas con el fin de implementar medidas que puedan reducir la propagación. En esta

---

<sup>14</sup> Disponibles en: <https://www.paho.org/es/alertas-actualizaciones-epidemiologicas>

situación, la priorización de ensayos para casos sospechosos en embarazadas debe ser considerada, teniendo en cuenta que:

- Son personas a riesgo de desarrollar formas graves de la enfermedad.
- En algún momento durante el tiempo de embarazo, requerirán hospitalización.

Toda embarazada sospechosa de COVID-19, a la cual no fuera posible confirmar por pruebas de laboratorio por cualquier razón, debe ser consideradas como caso de COVID-19.

### **Manejo clínico**

Toda embarazada y puérpera debe ser manejada de acuerdo con las directrices y normativas establecidas y vigentes en cada país y territorio de las Américas.

Debido a que la mujer embarazada en la cual se sospeche o se haya confirmado la infección por SARS-CoV-2, requerirá medidas adicionales para la atención específica debido a la COVID-19, se recomienda considerar los siguientes documentos a la hora de la toma de decisiones:

- Guía para el cuidado de pacientes adultos críticos con COVID-19 en las Américas. Versión 2, 29 de julio del 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3it5AHK>
- Algoritmo de manejo de pacientes con sospecha de infección por COVID-19 en el primer nivel de atención y en zonas remotas de la región de las Américas, julio del 2020 Disponible en: <https://bit.ly/33SzCk2>
- Atención inicial de personas con infección respiratoria aguda (IRA) en el contexto de la infección por coronavirus (COVID-19) en establecimientos de salud: evaluar el riesgo, aislar, referir. Recomendaciones provisionales, versión 1 (12 de abril de 2020. Disponible en: <https://bit.ly/2DHEWwb>
- Manejo clínico de la COVID. Recomendaciones provisionales, 27 de mayo de 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3gRScMR>

## Referencias

1. Informe epidemiológico semanal de embarazadas y puérperas estudiadas, ante la sospecha de COVID-19. Disponible en: <https://bit.ly/33z4x4Q>, accedido el 6 de agosto de 2020.
2. Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer, y Reproductiva (CLAP/SMR). Disponible en: <https://bit.ly/2XPmuZt>
3. Ministerio de Salud de Brasil. Boletín epidemiológico especial. Enfermedad por coronavirus COVID-19. Semana epidemiológica 31 (26 de julio al 1 de agosto). Disponible en: <https://bit.ly/2DGukO7>, accedido el 10 de agosto 2020.
4. Centros para el control y la prevención de enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés). Datos sobre COVID-19 durante el embarazo. Disponible en: <https://bit.ly/3ipe6ri>, accedido el 10 de agosto de 2020.
5. Secretaria de Salud de México. Informes epidemiológicos de embarazadas y puérperas estudiadas, ante sospecha de COVID-19. Disponible en: <https://bit.ly/2Cq5DY1>
6. Marian Knight 1, Kathryn Bunch 2, Nicola Vousden 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 Jun 8;369:m2107. doi: 10.1136/bmj.m2107.
7. Francesca Crovetto, Fátima Crispi, Elisa Llurba et al. Seroprevalence and presentation of SARS-CoV-2 in pregnancy. *The Lancet*. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31714-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31714-1)
8. Sascha Ellington; Penelope Strid; Van T. Tong; et al. Characteristics of Women of Reproductive Age with Laboratory-Confirmed SARS-CoV-2 Infection by Pregnancy Status — United States, January 22–June 7, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69: [769-775].
9. OMS. Vigilancia de salud pública para COVID-19: Guía provisional. Disponible en inglés en: <https://bit.ly/2CqiQQA>