

Editorial

Preeclampsia, embarazo y COVID-19

Preeclampsia, pregnancy and COVID-19

Además de las poblaciones que ya se identifican como en riesgo, hay que incluir a las mujeres embarazadas. Como indica la literatura, un embarazo normal presenta factores que pueden favorecer la infección por el SARS-CoV-2 y acompañarse de complicaciones como la preeclampsia. Seguir las indicaciones del empleo del cubrebocas y la vacunación junto con el control prenatal, ayudarán a disminuir desenlaces negativos, que pudieron prevenirse.

Si además del embarazo, la persona se enfrenta a una de sus complicaciones: la preeclampsia, y le sumamos el SARS-CoV-2, los desenlaces se prevén difíciles. De acuerdo con lo que nos reportan Varsha y cols.,¹ la preeclampsia en México tiene una incidencia del 47.3 por cada 1000 nacimientos y es la primera causa de ingreso de mujeres embarazadas a las unidades de terapia intensiva, con una elevada mortalidad. Recordemos que, durante este período, el sistema inmunitario de la persona embarazada se modifica para permitir el desarrollo del producto².

Durante el embarazo ocurren cambios en el sistema inmune tales como: un viraje en la respuesta hacia Th2, disminución de las células *natural killer* NK, disminución en las células dendríticas plasmacitoides, así como alteración en los receptores TLR^{2,3}. Por otro lado, el SARS-CoV-2 exacerba estos eventos que normalmente ocurren durante la gestación, incrementando el riesgo de complicaciones durante esta etapa fisiológica de la vida de las personas embarazadas.

Algunos cambios importantes ocurren en el sistema respiratorio, ya que se alteran los volúmenes respiratorios; otra modificación es un estado de hipercoagulabilidad e inflamación y se reporta mayor frecuencia de preeclampsia en mujeres hospitalizadas con COVID-19, y en especial en mujeres con ascendencia hispánica^{4,5}. Es de suma importancia tomar en consideración que el embarazo normalmente ocurre con un estado de procoagulabilidad, ya que a partir de esta evaluación se implementará la mejor conducta trombotoprolifáctica en las personas infectadas con SARS-CoV-2^{2,6}.

Por otro lado, series de casos de embarazadas con COVID-19 reportan síntomas de leves a moderados y parece que los factores de riesgo en este grupo en particular son semejantes a los presentados en la población en general. La leche materna tiene un conocido efecto protector con relación a las enfermedades infecciosas y dado



que no existen estudios suficientes para aseverar que el virus se transmita por la leche, no existe contraindicación de la lactancia, pero se aconseja que la madre que amamanta tome precauciones para evitar transmitirle el virus al bebé a través de aerosoles durante el amamantamiento, y las mismas precauciones para prevenir el contagio del resto de la familia, utilizando cubrebocas.

Estas conductas podrían extenderse a todas las mujeres embarazadas sin aparente infección ya que en un estudio realizado a mujeres gestantes ingresadas para la atención del parto y a las que se les realizó estudio de proteína C reactiva (PCR), en el 88% de los casos resultaron positivas para el SARS-CoV-2. Esto sugería que la mayoría eran asintomáticas.

El virus se transmite de la madre al producto por la vía placentaria, ya que se cuenta con reportes que han encontrado la presencia del virus en las diversas estructuras de la placenta. El receptor para la entrada del virus (ACE-2) es un componente importante en la cascada de péptidos vasoactivos que controla la angiogénesis, la presión sanguínea y el desarrollo fetal al regular la inflamación⁷. La expresión del ACE-2 en la placenta depende de la edad gestacional ya que su presencia es mayor durante el primer trimestre, que parece ser la etapa gestacional más vulnerable para infectarse con el virus⁵.

Elsaddig y Khalil en una revisión sobre COVID-19 y desenlaces del embarazo reportan datos que concurren con los de otros autores y que resumimos a continuación^{6,8}.

Las características de la enfermedad COVID-19 sintomática en mujeres embarazadas y no embarazadas son muy similares. Las mujeres gestantes y aquellas en período de puerperio presentan síntomas como fiebre (40%) y tos (39%). El motivo más frecuente de ingreso hospitalario fue la neumonía, aunque al ingreso no había síntomas, y a diferencia de las mujeres no embarazadas, las que lo estaban presentaban derrame pleural con más frecuencia. De igual manera, aquellas mujeres pertenecientes a grupos minoritarios, presentaban más comorbilidades y,

por lo tanto, más posibilidad de complicaciones. También se reporta una mayor frecuencia de cesáreas en las personas embarazadas con COVID-19, y la indicación principal para este procedimiento, fue por los problemas respiratorios que ocasiona. Otro dato de interés es la mayor frecuencia de partos pretérmino, que no necesariamente debieron ocurrir, en las enfermas y más aún en las mujeres de grupos minoritarios^{3,9}.

Independientemente de la enfermedad, otro problema que enfrentan las personas embarazadas durante esta pandemia es el temor a la exposición al virus al asistir a sus consultas de control, y más en aquellos casos en los que ya había afecciones médicas subyacentes y que se sabe elevan el riesgo para adquirir el virus o desarrollar mayores complicaciones por la enfermedad^{3,9}. Esto, no solo ocurrió en el caso de control del embarazo, sino también en el control de enfermedades en la población general, por ejemplo las personas con condiciones crónico-degenerativas, tales como: cáncer, hipertensión, obesidad o diabetes.

Por último, pero no menos importante, recordar siempre que el tomar medidas para reducir el riesgo de infección ya debe ser un estilo de vida. Va la misma recomendación a las personas embarazadas, e igualmente para el resto de la población: hay que vacunarse y ante la duda, recurrir al personal de salud para solucionar cualquier inquietud^{5,10,11}. ●

Por mi raza hablará el espíritu

Teresa I. Fortoul van der Goes

EDITORA

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3507-1365>

REFERENCIAS

1. Varsha V, Durán-Cárdenas C, Hernández-Gutiérrez L. Preeclampsia: una mirada a una enfermedad mortal. *Rev Fac Med (UNAM)*. 2021;64(5):7-18.
2. Carrillo-Mora P, García-Franco A, Soto-Lara M, Rodríguez-Vasquez G, Pérez-Villalobos J, Martínez-Torres D. Cambios fisiológicos del embarazo. *Rev Fac Med (UNAM)*. 2021; 64(1):39-48.
3. Wastnedge EAN, Reynolds RM, van Boeckel SR, Stock SJ, Denison FC, Maybin JA, et al. Pregnancy and COVID-19. *Physiol Rev*. 2021;101(1):303-18.
4. Rolnik DL. Can COVID-19 in pregnancy cause pre-eclampsia? *BJOG*. 2020;127(11):1381.
5. Roncati L, Gianotti G, Ambrogi E, Attolini G. COVID-19 in pregnancy. *Clin Exp Gynecol*. 2021;48(4):778-80.
6. Elsaddig M, Khalil A. Effects of the COVID pandemic on pregnancy outcomes. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2021;73:125-36.
7. Verma S, Joshi CS, Silverstein RB, He M, Carter EB, Mysorekar IU. SARS-CoV-2 colonization of maternal and fetal cells of the human placenta promotes alteration of local renin-angiotensin system. *Med (N Y)*. 2021; 2(5):575-90 e5.
8. Relph S, Thangaratinam S. Maternal medicine in the COVID era. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2021;73:113-24.
9. Wenling Y, Junchao Q, Xiao Z, Ouyang S. Pregnancy and COVID-19: management and challenges. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*. 2020;62:e62.
10. Satin A, Sheffield J. The COVID-19 vaccine and pregnancy. *Johns Hopkins Medicine*.
11. Shimabukuro TT, Kim SY, Myers TR, Moro PL, Oduyebo T, Panagiotakopoulos L, et al. Preliminary Findings of mRNA Covid-19 Vaccine Safety in Pregnant Persons. *N Engl J Med*. 2021;384(24):2273-82.