

SCREENING ALL PREGNANT WOMEN ADMITTED TO LABOR AND DELIVERY FOR THE VIRUS RESPONSIBLE FOR COVID-19

William S. Vintzileos, MD, Jolene Muscat, MD, Eva Hoffmann, MD, Duc Vo, MD, Nicole S. John, MD, Rosanne Vertichio, MSN, RN, Anthony M. Vintzileos, MD

American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2020

<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.04.024>

The coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic sharply escalated in the United States in March and April of 2020. General medical and obstetrical guidelines for managing suspected or confirmed COVID-19 cases mostly rely on maternal symptoms or close proximity to positive contacts to trigger testing and subsequently diagnose COVID-19. However, it has become apparent that most cases of COVID-19 are the result of viral dissemination from asymptomatic individuals. Persons who may unknowingly spread COVID-19 are often young and healthy, which fits the demographic of many obstetrical patients. Because medical staff have been urged to conserve limited personal protective equipment (PPE) for suspected or confirmed cases, the risk of COVID-19 transmission to frontline healthcare workers from asymptomatic carriers has increased. Similarly, the risk of COVID-19 transmission from mother to her infant or to other obstetrical patients on a shared antepartum or postpartum unit has also increased. Therefore, we proposed that routine testing for COVID-19 should be performed in all obstetrical patients admitted to labor and delivery (L&D) unit, regardless of maternal symptomatology, allowing for appropriate triage, adequate obstetrical and neonatal management, and safe patient transport within overcrowded hospitals.

At the time of this writing, COVID-19 testing has been recommended only for patients presenting with symptoms and those in close proximity to laboratory-confirmed positive patients.⁴ The Society for Maternal-Fetal Medicine in conjunction with the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) have advised not to prioritize testing of asymptomatic patients.⁵ This may lead to unrecognized viral transmission and incorrect use of PPE.

The primary objective of this study was to determine the accuracy of maternal symptomatology in predicting COVID-19 as confirmed by rapid laboratory testing. Secondary objectives were the rate of neonatal COVID-19 and the effect of routine maternal testing on the use of PPE compared with its use based on symptom-driven testing.



AJOG 2020
Vintzileos et al

Comentario

Este artículo valora la determinación sistemática de un test de infección por SARS-CoV-19 a todas las gestantes que ingresan en una Unidad de Partos, independientemente de la existencia de sintomatología sospechosa o del riesgo de contagio por haber estado en zonas de alta prevalencia o en contacto con individuos enfermos o portadores.

Con una muestra de 161 mujeres residentes en Nueva York a las que se les realizó determinación por PCR de SARS-CoV-19 en muestras nasofaríngeas, el 32 (19,9%) fueron positivas para Covid-19. De estas, 11 mujeres (34%) presentaban alguna sintomatología (fiebre, tos o disnea) y estaban asintomáticas (66%). 5 mujeres tenían sintomatología sin infección por SARS-CoV-19. En otro estudio realizado en la misma ciudad, se comunicó que un 15% eran positivas para Covid-19 y un 87,9% de las positivas eran asintomáticas. Por tanto, **las manifestaciones clínicas se han mostrado claramente insuficientes para detectar la infección y, como sucede en la población general, alrededor del 80% de las mujeres embarazadas infectadas pueden no tener síntomas.**

Aunque en nuestro medio, la prevalencia de mujeres Covid-19 positivo en trabajo de parto posiblemente es menor que el comunicado en estos estudios, **el conocimiento del estado Covid en el momento del parto permite, por un lado, la utilización racional de medios para evitar la transmisión horizontal de la enfermedad y por otro el seguimiento específico de estas pacientes y de los recién nacidos.**

Así, una gestante Covid-19 positivo se traslada a zonas especiales del paritorio impidiendo el contacto con otras parturientas y se puede realizar el parto en paritorios destinados a esta población. La utilización de EP's (Equipos de Protección individual) en las salas de dilatación y parto, siguiendo los protocolos de cada centro hospitalario, evita la transmisión del virus al personal sanitario que se relaciona con la parturienta (matronas, ginecólogos, auxiliares, anestésistas, celadores), permite la restricción de visitas tanto en el paritorio como en la planta de puerperio y adoptar medidas para impedir la transmisión horizontal a su acompañante y al recién nacido. Además, se solicitará el ingreso de la puerpera en plantas y habitaciones preparadas, con presión negativa, donde deben permanecer aislados de otras pacientes y se les instruirá en las medidas higiénicas y se administrará heparina profiláctica por ser la infección por Covid-19 un factor de riesgo predisponente a trombosis venosa profunda.

A las pacientes infectadas se les puede realizar una monitorización de los síntomas que permite la petición de estudios complementarios si desarrolla sintomatología respiratoria (pruebas de imagen, analítica), realizar interconsultas con otros servicios y utilización de oxigenoterapia. Alas que no desarrollan síntomas, se les seguirá por personal adecuado en su domicilio hasta la negativización.

Se tomarán y explicarán a la paciente y sus familiares las medidas para evitar la transmisión de la infección al neonato se informará al Servicio de Neonatología que aplicará sus protocolos. Es recomendable tomar muestras virológicas y determinación de inmunoglobulinas en el recién nacido para descartar infección.

Por tanto, se concluye que **el triage de Covid-19 a todas las mujeres que ingresan de trabajo de parto es útil y rentable desde el punto de vista sanitario, social y económico.**