

EDITORIAL

1. Docente Extraordinario Experto, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú
2. Académico Honorario, Academia Peruana de Cirugía
3. Editor, Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3168-6717>

Scopus Author ID: 34971781600

Financiamiento: el autor no recibió financiamiento específico para este artículo

Conflicto de interés: el autor declara que no existe conflicto de interés

Recibido: 20 setiembre 2020

Aceptado: 29 setiembre 2020

Correspondencia:

José Pacheco-Romero

✉ jpachecoperu@yahoo.com

Citar como: Pacheco-Romero J. Pasos adelante y hacia atrás en la pandemia COVID-19. Rev Peru Ginecol Obstet. 2020;66(3). DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v66i2272>

Pasos adelante y hacia atrás en la pandemia COVID-19

Steps forward and backward in the COVID-19 pandemic

José Pacheco-Romero^{1,2,3}, MD, PhD, MSc, FACOG

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v66i2272>

Han pasado 9 meses -tiempo como el que dura una gestación-, cuando tuvimos la comunicación proveniente de Wuhan, China, sobre una enfermedad viral ocasionada por el SARS-CoV-2, el día 31 de diciembre de 2019. Desde entonces, el virus ha invadido prácticamente todo el globo terráqueo. Se conoce ahora su morfología, genoma y su asidero selectivo al receptor de la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE2), abundante en el endotelio de arterias y venas, pero también en el epitelio del tracto respiratorio⁽¹⁾. Al ingresar al cuerpo humano y multiplicarse, ocasiona un síndrome de insuficiencia respiratoria aguda, seguido por *shock* cardiogénico, eventos tromboembólicos, afectación de bronquios, pulmones, sistema nervioso⁽²⁾, riñones⁽³⁾, sistema gastrointestinal⁽⁴⁾, la mente⁽⁵⁾, piel⁽⁶⁾, entre otros. El niño parece infectarse poco, frecuentemente de manera asintomática, pero su carga viral puede contagiar a los adultos⁽⁷⁾. El menor desarrollo de COVID-19 en los niños se asociaría a una menor cantidad de receptores ACE2 en su tracto respiratorio, alguna protección dada por los resfríos comunes, menores niveles de citoquinas inflamatorias, entre otros⁽⁸⁾.

Pero, en estos meses aún no hemos aprendido cómo vencer al virus, cómo curar la enfermedad COVID-19 que ocasiona, ni tenemos una vacuna.

Perú es considerado actualmente como el país con mayor tasa de muertes por cien mil habitantes en el mundo y, aunque las cifras de contagiados y muertes está disminuyendo, el crecimiento de una nueva ola de contagios y muertes en países europeos y asiáticos que estaban en franco descenso, está llevando a nuevos confinamientos y preparación sanitaria para lo que pudiera venir.

Con relación a la mujer, es un alivio conocer que el virus le causa menos estragos que al hombre. Sus cromosomas, inmunidad innata, sus hormonas⁽⁹⁾ y posiblemente su diferente endotelio cardiovascular y vascular pulmonar, entre otros, la protegerían.

Pero, nos preocupa la gestante. Inicialmente, considerada como poco comprometida por el virus, a pesar de su vulnerabilidad. Las noticias indicaban que ellas cursaban su embarazo sin mayores contratiempos, aunque se observaba casos de prematuridad y pocas gestantes requerían apoyo ventilatorio y ser admitidas a UCI por complicaciones graves. Esto resultaba similar a lo que acontecía con las mujeres no gestantes de su edad. Las investigaciones en los primeros meses de la pandemia no mostraban transmisión vertical y poca infección neonatal.

En el manejo de la gestante, se restringió las visitas y controles prenatales, las ecografías de rutina, las intervenciones quirúrgicas, salvo las de urgencia. Pero, gradualmente, las comunicaciones de China, Italia, España y otros países indicaron que las complicaciones materno perinatales no serían tan pocas ni superfluas.



En el Perú, el primer caso de COVID-19 en la población fue comunicado el 6 de marzo de 2020, y se declaró obligatoriedad de medidas de prevención personal, distanciamiento social, cuarentena y toque de queda nocturna y dominical. El sistema de salud peruano -con similitud a la mayor parte del mundo- no estaba preparado para una crisis sanitaria de la envergadura del COVID-19. Los hospitales nacionales no se dieron abasto para atender la ola de infectados graves que se presentaron de súbito, y el gobierno no estableció medidas preventivas de detección masiva de los contagiados mediante pruebas moleculares, sino que lo hicieron con pruebas rápidas y sin búsqueda de los contactos de los infectados. Hubo congestiones en mercados, bancos, el transporte, lo que permitió el contagio de muchas otras personas.

Los primeros casos de COVID-19 en la gestante peruana aparecieron en abril, habiendo la Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia publicado de manera anticipada sobre la atención de parturientas diagnosticadas por pruebas rápidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal⁽¹⁰⁾ y el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Essalud⁽¹¹⁾, así como el inicio de la atención especializada del parto en instituciones privadas durante la pandemia⁽¹²⁾.

En el presente número de la RPGO estamos publicando experiencias peruanas en gestantes con COVID-19 en cuatro hospitales de referencia importantes de Lima y uno de Cajamarca (a 2 750 msnm), así como una revisión sistemática sobre la transmisión vertical del COVID-19.

En los artículos de los cinco hospitales, que agrupan a 3 603 gestantes, se observa que la edad promedio fue alrededor de 27 años a más de 30 años, el control prenatal fue mayormente no adecuado, con aumento gradual de la positividad a SARS-CoV-2, que prácticamente convirtió a los hospitales en 'hospitales COVID', por atender casos infectados hasta en un 100%. El parto prematuro ocurrió en 15% promedio, y hubo presencia de preeclampsia hasta en 15%, óbito fetal hasta 3%, parto por cesárea en 30% en dos de los hospitales y 60% en los otros tres, hemorragia posparto en el hospital en la altura, una muerte materna y pocos neonatos infectados.

En los artículos publicados se observa cómo la infección por COVID-19 en la gestante fue en au-

mento conforme la pandemia avanzó en Lima y el Perú. Hubo solo una muerte materna. Sin embargo, en presentaciones virtuales sobre la experiencia peruana en gestantes y parturientas, han ocurrido muchas más muertes maternas, asociadas a hospitales de menor nivel, con infraestructura, equipamiento y protocolos no óptimos y recursos humanos disminuidos por protección a la edad y/o presentar comorbilidades o por infección con COVID-19, con el desafortunado fallecimiento de algunos de ellos (ha habido un total de 193 médicos fallecidos en el Perú hasta el 29 de setiembre). A todo esto, se agregó el cierre del primer nivel de atención, la ausencia de atención prenatal, restricción en la movilidad de personas, insuficiente material de protección personal para los profesionales de la salud, falta de pruebas moleculares, de camas UCI, respiradores y oxígeno, protocolos variables y experimentales de atención al paciente crítico. Y, pobreza, malnutrición, anemia, promiscuidad, falta de empleo, y un largo etcétera. Se calcula que al momento habría alrededor de 40 muertes maternas.

No se ha confirmado la transmisión vertical del SARS-CoV-2. Sin embargo, y a pesar que se comunica que los hijos de madres infectadas por SARS-CoV-2 raramente sufren los efectos de los virus⁽¹³⁾, los resultados publicados de ciertos países encuentran mayor prematuridad, óbitos fetales y lesiones placentarias, como se menciona en el artículo de revisión presentado en este número. Consideramos que estos niños nacidos durante la pandemia requieren seguimiento.

Más de un millón de personas han fallecido en el mundo debido al COVID-19. Y las cifras siguen aumentando, con un posible rebrote ya en curso. Mientras tanto, la vacuna -en fase III-, parece recién podrá ser aplicada en la población el próximo año 2021.

Necesitamos seguir cuidándonos para, al final del túnel, poder ver qué mundo nos espera.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bonow RO, O'Gara PT, Yancy CW. Cardiology and COVID-19. JAMA. 2020;324(12):1131-1132. doi:10.1001/jama.2020.15088
2. Josephson SA, Kamel H. Neurology and COVID-19. JAMA. 2020;324(12):1139-1140. doi:10.1001/jama.2020.14254
3. Redberg RF, Katz M, Steinbrook R. Internal Medicine and COVID-19. JAMA. 2020;324(12):1135-1136.



- doi:10.1001/jama.2020.15145
4. El Moheb M, Naar L, Christensen MA, Kapoen C, Maurer LR, Farhat M, Kaafarani HMA. Gastrointestinal complications in critically ill patients with and without COVID-19. *JAMA*. Published online September 24, 2020. doi:10.1001/jama.2020.19400
 5. World Health Organization. Mental health & COVID-19. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/covid-19>
 6. Shinkai K, Bruckner AL. Dermatology and COVID-19. *JAMA*. 2020;324(12):1133–1134. doi:10.1001/jama.2020.15276
 7. Heald-Sargent T, Muller WJ, Zheng X, Rippe J, Patel AB, Kocielek LK. Age-related differences in nasopharyngeal severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) levels in patients with mild to moderate coronavirus disease 2019 (COVID-19). *JAMA Pediatr*. 2020;174(9):902–3. doi:10.1001/jamapediatrics.2020.3651
 8. Steinman JB, Lum FM, Pui-Kay Ho P, Kaminski N, Steinman L. Reduced development of COVID-19 in children reveals molecular checkpoints gating pathogenesis illuminating potential therapeutics. *Proc Nat Acad Sci*. Sep 2020, 202012358; DOI: 10.1073/pnas.2012358117
 9. Conti P, Younes A. Coronavirus COV-19/SARS-CoV-2 affects women less than men: clinical response to viral infection. *J Biol Regul Homeost Agents*. 2020 March-April;34(2):339-343. doi: 10.23812/Editorial-Conti-3
 10. Guevara-Ríos E, Espinola-Sánchez M, Carranza-Asmat C, Ayala-Peralta F, Álvarez-Carrasco R, Luna-Figueroa A, Meza-Santibáñez L, Pérez-Aliaga C, Zevallos-Espinoza K, Racchumi-Vela A, Segundo-Paredes J, Arango-Ochante P. Anticuerpos anti-SARS-COV-2 en gestantes en un hospital nivel III de Perú. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2020;66(3). DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v66i2259>
 11. Huerta Saenz IH, Elías Estrada JC, Campos Del Castillo K, Muñoz Taya R, Coronado JC. Características materno perinatales de gestantes COVID-19 en un hospital nacional de Lima, Perú. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2020;66(2). DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v66i2245>
 12. Campodónico Olcese L, Paredes Salas JR, Campodónico Olcese D, Chang Vargas C, Acuña Barrueto L, Marchena Arias J. Atención de parto eutócico en gestante con COVID-19 en Lima – Perú. *Rev Peru Ginecol Obstet*: 2020;66(2) DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v66i2251>
 13. Flaherman VJ, Afshar Y, Boscardin J, Keller RL, Mardy A, Pahl MK, et al. Infant outcomes following maternal infection with SARS-CoV-2: First report from the PRIORITY Study. *Clin Infectious Dis*. ciaa1411, <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1411>