

COVID-19 y Pacientes Embarazadas

10 de octubre de 2025

- la recomendación formal del Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) de septiembre de 2025 reafirma que la vacunación contra la COVID-19 se recomienda a todas las personas elegibles, como embarazadas y lactantes, y a todas aquellas que puedan considerar un futuro embarazo ([ACOG 2020 Dec, last updated 2025 Sep](#)).

19 de septiembre de 2025

- es posible que la vacunación contra la COVID-19 durante el embarazo no aumente el aborto espontáneo en pacientes de 16 a 49 años con 1 solo embarazo ([Obstet Gynecol 2025 May 2](#))

Descripción General y Recomendaciones

Las pacientes embarazadas pueden ser más susceptibles a la COVID-19 y pueden experimentar una enfermedad más grave.

Evaluación

- La COVID-19 puede variar desde una enfermedad leve hasta una enfermedad grave.
- Entre los síntomas más frecuentes en pacientes no embarazadas se encuentran:
 - Fiebre o escalofríos
 - Tos
 - Dificultad para respirar o falta de aire
 - Fatiga
 - Dolores musculares o corporales
 - Dolor de cabeza
 - Nueva pérdida del gusto o del olfato
 - Dolor de garganta
 - Congestión o secreción nasal
 - Náuseas o vómitos
 - Diarrea
- Las pacientes embarazadas que tienen o desarrollan síntomas asociados con la COVID-19 deben someterse a las pruebas de detección del SARS-CoV-2. Realice pruebas de amplificación de ácidos nucleicos (PAAN) para detectar el SARS-CoV-2 en personas sintomáticas con sospecha de COVID-19 (Fuerte recomendación).

Tratamiento

- Se debe advertir a las pacientes embarazadas de que están en mayor riesgo de enfermedad grave por COVID-19.
- Siga las recomendaciones generales para la prevención de infecciones en el manejo de pacientes embarazadas con sospecha o confirmación de COVID-19.
- Tratamiento de la COVID-19 en pacientes embarazadas:
 - La elección del tratamiento ambulatorio, hospitalario o de cuidados intensivos de la COVID-19 en pacientes embarazadas se basa en la gravedad de los síntomas y la presencia de complicaciones obstétricas de alto riesgo, como contracciones prematuras, sangrado vaginal o disminución del movimiento fetal.
 - No le niegue el tratamiento de la COVID-19 a las pacientes embarazadas. Trate a las pacientes embarazadas con COVID-19 de la misma manera que a las pacientes no embarazadas. Sin embargo, no utilice el molnupiravir para tratar la COVID-19 en pacientes embarazadas a menos que no haya otras opciones y la terapia esté indicada.
- Consideraciones sobre el tratamiento antes del parto, durante el parto y después del parto en pacientes que tienen COVID-19:
 - Consideraciones antes del parto:
 - Vigilancia fetal prenatal:

- Durante la enfermedad aguda, el tratamiento fetal debe ser similar al que se brinda a cualquier embarazada en estado crítico.
- Valorar la realización de un examen de ultrasonido de anatomía detallado en el segundo trimestre después de la infección materna por COVID-19 en el primer trimestre. La evaluación ecográfica del crecimiento fetal está indicada en pacientes embarazadas que tienen o han tenido COVID-19 debido a un mayor riesgo de restricción del crecimiento fetal.
- Todas las pacientes embarazadas hospitalizadas con sospecha o confirmación de COVID-19 deben recibir heparina profiláctica de bajo peso molecular al momento del ingreso para reducir el riesgo de tromboembolismo venoso.
- Se deben administrar corticosteroides prenatales para la maduración fetal y sulfato de magnesio para la neuroprotección fetal según esté indicado.
- Trabajo de parto y parto:
 - El momento del parto no debe verse afectado por la COVID-19. Para las pacientes en estado crítico, el momento del parto debe individualizarse.
 - El parto por cesárea debe basarse en indicaciones obstétricas (fetales o maternas) y no en sospechas o confirmaciones de COVID-19.
 - Continúe la vigilancia materno-fetal según la práctica estándar con algunas consideraciones adicionales para las pacientes con sospecha o confirmación de COVID-19, según la gravedad de los síntomas.
- Tratamiento posparto:
 - Las díadas progenitora-bebé donde la progenitora tiene sospecha o confirmación de COVID-19 idealmente deberían compartir habitación según la política habitual del centro.
 - Todas las pacientes con COVID-19 confirmada deben recibir heparina profiláctica de bajo peso molecular durante ≥ 10 días al alta hospitalaria, independientemente del modo de parto.
 - Lactancia materna en pacientes con sospecha o confirmación de COVID-19:
 - Las progenitoras con sospecha o confirmación de COVID-19 que están amamantando deben usar una máscara y una higiene de manos adecuada.
 - En las parejas de progenitora/bebé que están separadas temporalmente, se debe alentar a las progenitoras que deseen amamantar a que se extraigan leche materna para establecer y mantener el suministro de leche, y la leche extraída debe ser administrada al recién nacido por alguien que no tenga sospecha o confirmación de infección por COVID-19.
- Ofrezca la vacunación contra la COVID-19 a todas las embarazadas y lactantes

que cumplan los requisitos, y a aquellos que puedan considerar un futuro embarazo.

Información Básica

Descripción

- La COVID-19 es una enfermedad respiratoria aguda causada por el SARS-CoV-2, un nuevo coronavirus estrechamente relacionado con el SARS-CoV ([Centers for Disease Control and Prevention \[CDC\] 2024 Jun 13](#)).
- Los pacientes con condiciones preexistentes, como el embarazo, pueden ser más susceptibles al COVID-19 y pueden experimentar una enfermedad más grave, incluidas las embarazadas ([Am J Obstet Gynecol 2020 Jun;222\(6\):521](#)).

Incidencia y Prevalencia

- Casos de COVID-19 entre las pacientes embarazadas en los Estados Unidos entre el 22 de enero de 2020 y el 25 de julio de 2022 de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC)
 - Cantidad total de casos 225 656
 - Cantidad total de fallecidos 306 (0,14%)
 - Cantidad total de hospitalizaciones 34 693 (datos disponibles de 179 254 pacientes)
 - Cantidad total de admisiones en la unidad de cuidados intensivos 673 (datos disponibles para 18 694 pacientes)
 - Cantidad total que requirió ventilación invasiva 148 (datos disponibles para 13 484 pacientes)
 - Cantidad total que requirió oxigenación por membrana extracorpórea 42 (datos disponibles para 12 569 pacientes)
 - Cantidad de pacientes embarazadas con COVID-19 por edad (datos disponibles de 225 656 pacientes)
 - 510 adolescentes < 15 años
 - 11 233 adolescentes y adultos de 15 a 19 años
 - 44 373 pacientes de 20 a 24 años
 - 65 732 pacientes de 25 a 29 años
 - 61 443 pacientes de 30-34 años
 - 31 899 pacientes de 35 a 39 años
 - 8166 pacientes de 40-44 años
 - 1475 pacientes de 45 a 49 años
 - 825 pacientes de 50 a 54 años
 - Cantidad de pacientes embarazadas con COVID-19 por raza/etnia (datos disponibles para 193 363 pacientes):
 - 77 871 pacientes blancos no hispanos
 - 71 082 pacientes hispanas o latinas
 - 28 301 pacientes negros no hispanos

- 9442 pacientes múltiples o de otra raza no blanca (como indios americanos de origen no hispano o nativos de Alaska o nativos de Hawái de origen no hispano u otros pobladores de las islas del Pacífico)
- 6667 pacientes asiáticos no hispanos
- Referencia - [CDC 2022 Jul 25](#)

Cambios Fisiológicos durante el Embarazo que Aumentan la Susceptibilidad al COVID-19

- Muchos cambios fisiológicos y anatómicos del embarazo afectan el sistema respiratorio y aumentan la susceptibilidad a infecciones en general, lo que puede complicar el diagnóstico de COVID-19 y/o el ciclo clínico de la enfermedad en pacientes embarazadas infectadas
 - El diagnóstico de COVID-19 puede retrasarse en pacientes embarazadas debido a la rinitis asociada al embarazo y la disnea fisiológica ([Breathe \(Sheff\) 2015 Dec;11\(4\):297](#)).
 - Las pacientes embarazadas tienen una capacidad residual funcional pulmonar disminuida y tienen una incapacidad relativa para eliminar las secreciones respiratorias ([Breathe \(Sheff\) 2015 Dec;11\(4\):297](#)).
 - **Se cree** que el SARS-CoV-2 interactúa con el sistema renina-angiotensina-aldosterona (RAAS) a través de la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE2), una enzima que contrarresta fisiológicamente la activación del RAAS pero también actúa como receptor del SARS-CoV-2 ([N Engl J Med 2020 23 de abril; 382 \(17\):1653](#))
 - Durante el embarazo normal, el estrógeno y la progesterona aumentan los niveles de angiotensinógeno y renina, lo que conlleva a un aumento de los niveles de ACE2 ([Braz J Med Biol Res 2004 Aug;37\(8\):1255](#)).
 - Una mayor expresión de ACE2 puede facilitar la infección con COVID-19 ([Lancet Respir Med 2020 Apr;8\(4\):e21](#)).

Factores Asociados con la Infección por SARS-CoV-2, COVID-19 u Hospitalización durante el Embarazo

- Características maternas y del embarazo entre las pacientes con infección por SARS-CoV-2:
 - Cohorte de 4442 pacientes embarazadas con infección por SARS-CoV-2 confirmada por laboratorio entre el 29 de marzo de 2020 y el 14 de octubre de 2020 en 16 estados de los Estados Unidos
 - Raza/etnia:
 - Hispana o latina en 46 %
 - Blanco no hispano en 25,9 %
 - Negro no hispano en 21 %
 - Asiático no hispano en 3,5 %
 - Múltiples razas u otra en 3,5 %

- Síntomas de COVID-19 en 2315 pacientes, sin síntomas de COVID-19 en 376 pacientes y estado de síntomas desconocido en 1751 pacientes
- Comparación de los síntomas de COVID-19 frente a ningún síntoma de COVID-19 (no se informaron valores p):
 - Trimestre del embarazo:
 - Primer trimestre en el 0,5 % frente al 0,3 %
 - Segundo trimestre en el 17,1 % frente al 8,1 %
 - Tercer trimestre en el 82,4 % frente al 91,5 %
 - Condiciones médicas subyacentes
 - Asma en el 11% frente al 5,8 %
 - Enfermedad cardiovascular en el 1,6 % frente al 0,9 %
 - Enfermedad pulmonar crónica en el 4,3 % frente al 3,1 %
 - Diabetes mellitus en 2,8 % vs. 2,2 %
 - Hipertensión crónica en 1,5 % vs. 3,1 %
 - Inmunosupresión en 0,8 % vs. 1,2 %
 - Obesidad (índice de masa corporal [IMC] $\geq 30 \text{ kg/m}^2$) en el 34,2 % frente al 30,1 %
 - Complicaciones relacionadas con el embarazo:
 - Hipertensión inducida por el embarazo en el 7,4 % frente al 8,9 %
 - Diabetes mellitus gestacional en 8,4 % frente al 7,8 %
- Referencia - [MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2020 Nov 6;69\(44\):1635](#)

METAANÁLISIS DE DATOS DE PACIENTES INDIVIDUALES □ [Am J Obstet Gynecol 2022 Aug 23 early online](#)

La diabetes, la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares se asocian cada una con un mayor riesgo de muerte relacionada con el embarazo, el ingreso a la unidad de cuidados intensivos (UCI) y la ventilación en pacientes con sospechas o confirmación de infección por SARS-CoV-2 durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores al parto

[Detalles del Estudio](#)

ESTUDIO ANIDADO DE CASOS Y CONTROLES □ [Am J Obstet Gynecol 2021 Dec 20 early online](#)

La diabetes preexistente, la diabetes gestacional y el sobrepeso u obesidad se asocian cada uno con una mayor infección por SARS-CoV-2 o COVID-19 durante el embarazo

[Detalles del Estudio](#)

- En [BMC Pregnancy Childbirth 2021 Aug 21;21\(1\):573](#) se puede encontrar una revisión sistemática de alcance que analiza las características, la detección, el tratamiento y los resultados clínicos en pacientes embarazadas con diabetes e infección por SARS-CoV-2.

Complicaciones de la Infección por COVID-19 en el Embarazo y Transmisión Vertical del SARS-CoV-2

Complicaciones de la Infección por COVID-19 durante el Embarazo

PUNTO DE LA PRÁCTICA MÉDICA

El embarazo es un claro factor de riesgo para la manifestación más grave de la enfermedad por infección del SARS-CoV-2, pero la gravedad de los resultados puede diferir entre las diferentes variantes del virus, con una enfermedad más grave asociada con la variante delta (2021) en comparación con otras variantes que aparecieron antes y después de esta. Los primeros datos de muchos estudios observacionales realizados desde aproximadamente marzo de 2020 hasta principios de 2022 indicaron un mayor riesgo de ingreso en la unidad de cuidados intensivos en las embarazadas y las que recientemente han parido con COVID-19; los datos eran contradictorios para otros resultados, como un mayor riesgo de muerte, necesidad de ventilación mecánica y necesidad de oxigenación por membrana extracorpórea, todo ello en comparación con pacientes no embarazadas con COVID-19. Más tarde, a medida que más personas se vacunaron y la pandemia se ralentizó, los casos de COVID-19 grave se hicieron mucho menos frecuentes y la publicación de datos sobre los resultados en pacientes embarazadas con COVID-19 comenzó a centrarse en las diferencias en la gravedad de la enfermedad de las diferentes variantes del SARS-CoV-2. La variante delta, que surgió en 2021, se asoció con un mayor riesgo de enfermedad grave y disfunción placentaria en pacientes embarazadas en comparación con las variantes alfa y beta de 2020 que la precedieron. Sin embargo, desde 2021, la variante ómicron y sus subvariantes han sido las variantes predominantes y, a pesar de la evidencia de una mayor transmisibilidad, el riesgo de enfermedad grave en pacientes embarazadas es menor que con la variante delta, pero aún parece conllevar un mayor riesgo de ingreso en la UCI en embarazadas en comparación con pacientes no embarazadas. El riesgo asociado al embarazo de otros resultados graves es menos claro. Además, los resultados neonatales parecen no verse afectados en su mayoría por la infección por SARS-CoV-2 en el progenitor gestacional, a menos que un estado de enfermedad crítica (como la hipotensión) afecte al feto.

- Es posible que las embarazadas y las recién paridas (≥ 6 semanas de posparto) estén en mayor riesgo de enfermedad grave de la infección por SARS-CoV-2, como la enfermedad que provoca ingreso hospitalario, ingreso a unidad de cuidados intensivos (UCI), ventilación mecánica invasiva y oxigenación por membrana extracorpórea, si se compara con las no embarazadas ([Centers for Disease Control and Prevention \[CDC\] 2024 Jun 13](#))
- En sentido general, las enfermedades respiratorias durante el embarazo pueden estar asociadas con una mayor morbilidad infecciosa y altas tasas de mortalidad materna ([Am J Obstet Gynecol 2020 Jun;222\(6\):521](#)).

SINOPSIS DE LAS PRUEBAS

En comparación con las personas en edad fértil de la población general con infección por SARS-CoV-2, la infección por SARS-CoV-2 durante el embarazo puede estar asociada con un mayor riesgo de hospitalización relacionada con COVID-19 y

admisión en la unidad de cuidados intensivos o críticos. Los resultados del embarazo asociados con la infección por SARS-CoV-2 pueden diferir según la cepa circulante predominante. La variante Delta surgió en los Estados Unidos en 2021 y, en comparación con las cepas anteriores, la variante Delta se ha asociado con una mayor gravedad de la enfermedad, disfunción placentaria y tasas más altas de parto prematuro. Varios estudios han demostrado tasas de parto prematuro de aproximadamente el 12% con la variante Delta, aunque existe inconsistencia entre los estudios en las tasas de mortalidad.

ESTUDIO DE COHORTE □ [JAMA 2022 May 24;327\(20\):1983](#)

Durante el período de marzo de 2020 a octubre de 2021, el embarazo se asoció con un mayor riesgo de hospitalización relacionada con la COVID-19 y de ingreso en unidades de cuidados intensivos o críticos en comparación con personas en edad fértil de la población general con infección por SARS-CoV-2

[Detalles del Estudio](#)

ESTUDIO DE COHORTE □ [Am J Obstet Gynecol MFM 2024 Feb;6\(2\):101265](#)

El predominio de la variante Delta se asocia con una mayor prevalencia de mortinatos y partos prematuros en comparación con el período anterior a la Delta en los Estados Unidos

[Detalles del Estudio](#)

ESTUDIO DE COHORTE □ [Obstet Gynecol 2022 Oct 27 early online](#)

Durante el período de marzo de 2020 a febrero de 2022, es posible que la infección por SARS-CoV-2 durante el embarazo no haya estado asociada con un mayor riesgo de parto prematuro o bajo peso al nacer, pero las tasas de parto prematuro en pacientes con infección por SARS-CoV-2 oscilaron entre el 9,9% al 20% y bajo peso al nacer del 10,5% al 18% según variante predominante

[Detalles del Estudio](#)

Transmisión Vertical del SARS-CoV-2

- Se cree que la mayor parte de la transmisión del SARS-CoV-2 ocurre entre contactos cercanos (dentro de 6 pies) a través de gotitas respiratorias producidas cuando una persona infectada habla, tose o estornuda ([JAMA 2020 Aug 25;324\(8\):782](#)).
- Consulte [COVID-19](#) para obtener más información sobre la transmisión de la infección por SARS-CoV-2.
- Transmisión vertical:
 - Se cree que la COVID-19 materna está asociada con un bajo riesgo de transmisión vertical, pero la mayoría de los estudios incluyen pacientes infectadas por SARS-CoV-2 en el tercer trimestre; los resultados de la infección por SARS-CoV-2 en la transmisión intrauterina en el primer y segundo trimestre no están claros ([JAMA 2020 Aug 25;324\(8\):782](#))
 - Características de la posible transmisión vertical de la infección por SARS-CoV-2:

REVISIÓN SISTEMÁTICA □ [Am J Obstet Gynecol 2023 Jan 24 early online](#)

Se informó que hubo una positividad al SARS-CoV-2 en el 12 % de los fetos y el 88 % de las placas de mortinatos o abortos espontáneos tardíos de personas infectadas por el SARS-CoV-2 durante el embarazo

[Detalles del Estudio](#)

REVISIÓN SISTEMÁTICA □ [BMJ 2022 Mar 16;376:e067696](#)

Se informó que hubo una positividad al SARS-CoV-2 que se determinó mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) en el 1,8 % de los recién nacidos de madres con infección confirmada por SARS-CoV-2

[Detalles del Estudio](#)

REVISIÓN SISTEMÁTICA □ [BMJ 2022 Mar 16;376:e067696](#)

La gravedad de la COVID-19 materna se asocia con un mayor riesgo de positividad al SARS-CoV-2 en recién nacidos de madres con infección confirmada por el SARS-CoV-2

[Detalles del Estudio](#)

INFORME DE CASO □ [Lancet 2020 Mar 7;395\(10226\):809](#)

No se ha informado infección intrauterina por transmisión vertical en el parto por cesárea en pacientes con COVID-19 al final del embarazo

[Detalles del Estudio](#)

Evaluación y Diagnóstico

Presentación clínica

- La COVID-19 puede variar de una enfermedad leve a una enfermedad grave ([Centers for Disease Control and Prevention \[CDC\] 2024 Jun 25](#)).
- Los síntomas comunes en pacientes no embarazadas son:
 - Fiebre o escalofríos
 - Tos
 - Falta de aliento o dificultad para respirar
 - Fatiga
 - Dolores musculares o corporales
 - Dolor de cabeza
 - Nueva pérdida del gusto o del olfato
 - Dolor de garganta
 - Congestión o secreción nasal
 - Náuseas o vómitos
 - Diarrea
 - Referencia - [Centers for Disease Control and Prevention \[CDC\] 2024 Jun 25](#)
- Véase también [COVID-19](#).

- La presentación clínica de COVID-19 se describió en una serie de casos de 43 pacientes embarazadas (mediana de edad gestacional 37 semanas) en la ciudad de Nueva York, Nueva York entre el 13 de marzo de 2020 y el 27 de marzo de 2020.
 - No se halló ningún síntoma específico de COVID-19 en 14 pacientes (32,6%).
 - Se identificaron 10 de los 14 pacientes (71,4%) positivos de COVID-19 después de desarrollar síntomas durante el ingreso por motivos obstétricos o poco después del alta posparto.
 - Se identificaron 4 de 14 pacientes (28,6 %) positivos de COVID-19 después de la implementación de pruebas universales para todas las admisiones obstétricas.
 - Se halló una infección sintomática en 29 pacientes (67,4%).
 - Tos seca en 19 pacientes (65,5%)
 - Fiebre en 14 pacientes (48,3%)
 - Mialgia en 11 pacientes (37,9%)
 - Cefalea en 8 pacientes (27,6%)
 - Dificultad para respirar en 7 pacientes (24,1%)
 - Dolor torácico en 5 pacientes (17,2%)
 - Cualquier combinación de los síntomas anteriores en 26 pacientes (89,7%)
 - Referencia - [Am J Obstet Gynecol MFM 2020 May;2\(2\):100118](#)
- Se describió una presentación clínica de neumonía covídica en una serie de casos de 9 pacientes embarazadas en Wuhan, China.
 - Fiebre en 7 pacientes (77,8%)
 - Tos en 4 pacientes (44,4%)
 - Mialgia en 3 pacientes (33,3%)
 - Dolor de garganta en 2 pacientes (22,2%)
 - Malestar general en 2 pacientes (22,2%)
 - Referencia - [Lancet 2020 Mar 7;395\(10226\):809](#)

REVISIÓN SISTEMÁTICA □ [Sci Rep 2020 Oct 22;10\(1\):18126](#)

La fatiga, la tos y la fiebre son los síntomas de presentación más frecuentes en pacientes embarazadas con COVID-19

[Detalles del Estudio](#)

REVISIÓN SISTEMÁTICA □ [Clin Infect Dis 2021 Feb 1;72\(3\):521](#)

La fiebre, la tos y el dolor de garganta son los síntomas más frecuentes en pacientes embarazadas con COVID-19

[Detalles del Estudio](#)

REVISIÓN SISTEMÁTICA □ [Int J Environ Res Public Health 2021 May 24;18\(11\):5613](#)

Es posible que el embarazo se asocie con un menor riesgo de algunos síntomas clínicos de infección por COVID-19

[Detalles del Estudio](#)

VIGILANCIA BASADA EN LA POBLACIÓN □ [MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2020 Jun 26;69\(25\):769](#)

Es posible que las pacientes embarazadas con COVID-19 tengan tasas más bajas de fiebre, dolor de cabeza, dolores musculares, escalofríos y diarrea que las pacientes no embarazadas con COVID-19 en los Estados Unidos, pero tasas similares de tos, dificultad para respirar, nueva pérdida del gusto o del olfato y otros síntomas

[Detalles del Estudio](#)

ESTUDIO DE COHORTE □ [Open Forum Infect Dis 2020 Aug;7\(8\):ofaa294](#)

Es posible que las pacientes embarazadas con COVID-19 tengan una enfermedad más leve pero una respuesta inflamatoria más pronunciada en comparación con las pacientes no embarazadas con COVID-19 en China

[Detalles del Estudio](#)

ESTUDIO DE COHORTE □ [BJOG 2020 Oct;127\(11\):1374](#)

Se informa la aparición de un síndrome similar a la preeclampsia en pacientes embarazadas con neumonía grave por COVID-19

[Detalles del Estudio](#)

ESTUDIO DE COHORTE □ [MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2020 Sep 25;69\(38\):1347](#)

Es posible que las pacientes embarazadas con síntomas de COVID-19 al ingreso presenten tasas más altas de infiltrado/consolidación, bronconeumonía/neumonía, pero tasas más bajas de derrame pleural en las imágenes de tórax en comparación con las pacientes embarazadas con infección asintomática por COVID-19

[Detalles del Estudio](#)

Evaluación Inicial y Tratamiento

- Las pacientes embarazadas que ingresan en el hospital para trabajo de parto y parto y tienen sospecha de infección por COVID-19 o desarrollan síntomas asociados con la infección por COVID-19 durante el ingreso deben someterse a pruebas de detección del SARS-CoV-2 (¹, [SMFM/SOAP 2020 Oct 9 PDF](#)). La prueba de amplificación de ácidos nucleicos (PAAN) es la modalidad de prueba que se recomienda en personas sintomáticas con sospecha de COVID-19, según la Sociedad Estadounidense de Enfermedades Infecciosas (IDSA) ([IDSA 2023 Sep 5](#)). Véase también [COVID-19](#).
- Asimismo, se puede valorar la realización de las pruebas universales, particularmente en áreas de alta prevalencia, debido a la posibilidad de que las pacientes embarazadas asintomáticas se presenten en la unidad de parto y trabajo de parto (¹, [SMFM/SOAP 2020 Oct 9 PDF](#)).
- Los CDC afirman que las pruebas de diagnóstico y detección de la infección por COVID-19 son independientes del estado de vacunación de una persona y se le recomienda realizar pruebas **si se desarrollan signos o síntomas de COVID-19 y después de la exposición a alguien con sospechas o confirmación de COVID-19** ([CDC 2024 Jun 24](#)).
- Escala de gravedad de la SMFM para la COVID-19:

- Cuando se habla de enfermedad asintomática o presintomática o presunta infección se refiere a un resultado positivo de la prueba de COVID-19 sin síntomas.
 - Cuando se habla de enfermedad leve de la COVID-19 se refiere a síntomas similares a los de la gripe, como fiebre, tos, mialgias y anosmia sin disnea, dificultad para respirar o imágenes torácicas anormales.
 - **Se define como enfermedad moderada de la COVID-19 cuando existen dos de los síntomas siguientes:**
 - Pruebas de la enfermedad del tracto respiratorio inferior con evaluación clínica, como:
 - Disnea
 - Neumonía en imágenes
 - Resultados anormales de gases en sangre
 - Fiebre \geq 102,2 grados F (39 grados C) refractaria al paracetamol
 - Mantenimiento de la saturación de oxígeno \geq 94 % a temperatura ambiente al nivel del mar
 - **Se define como enfermedad grave de la COVID-19 cuando está presente** cualquiera de los elementos siguientes:
 - Frecuencia respiratoria $>$ 30 respiraciones/minuto
 - Hipoxia con saturación de oxígeno $<$ 94 %
 - Relación entre la presión arterial parcial de oxígeno y la fracción de oxígeno inspirado $<$ 300
 - $>$ 50 % de afectación pulmonar en las imágenes
 - **Se define como enfermedad crítica cuando hay** insuficiencia o disfunción multiorgánica, shock o insuficiencia respiratoria que requiere ventilación mecánica o cánula nasal de alto flujo.
 - **Se define como hipoxemia refractaria cuando existe** oxigenación y/o ventilación persistentes e inadecuadas a pesar de las medidas más importantes y adecuadas para optimizarlas (representa una mayor escalada de la gravedad de la enfermedad).
 - Referencia - [SMFM 2021 Feb 2 PDF](#)
- Recomendaciones de la ACOG y la SMFM para la evaluación ambulatoria de las pacientes embarazadas con sospecha o confirmación de COVID-19:
 - Evaluar los síntomas y las exposiciones, que generalmente incluyen fiebre \geq 38 grados C (100.4 grados F) o \geq 1 de los síntomas siguientes:
 - Tos
 - Dificultad para respirar o falta de aire
 - Escalofríos
 - Temblores repetidos con escalofríos
 - Dolor de cabeza
 - Dolor de garganta
 - Nueva pérdida del gusto o del olfato
 - Fatiga
 - Dolores musculares o corporales
 - Congestión o secreción nasal

- Síntomas gastrointestinales, que incluyen náuseas, vómitos y/o diarrea
- Exposición sin protección a una persona con positividad conocida de COVID-19
- Si **los síntomas están ausentes**, proceder con la atención prenatal de rutina
- Si **los síntomas están presentes**, recomendar la prueba de detección de la infección por SARS-CoV-2 y realizar una evaluación de la gravedad de la enfermedad, que incluye la presencia de cualquiera **de los síntomas siguientes:**
 - Dificultad para respirar o sensación de falta de aire
 - Dificultad para completar una oración sin jadear o sin necesidad de detenerse para recuperar el aliento con frecuencia al caminar distancias cortas
 - Tos con ≥ 1 cucharadita de sangre
 - Nuevo dolor o presión en el pecho que no sea dolor al toser
 - Incapacidad para retener líquidos
 - Signos de deshidratación, como mareos al estar de pie
 - Confusión o disminución de la capacidad de respuesta
- Si responde sí a cualquiera de las preguntas de [la evaluación de la gravedad de la enfermedad](#) (antes mencionada), se considera que el paciente tiene un riesgo elevado de enfermedad grave.
 - Recomendar atención inmediata en la sala de urgencias o unidad equivalente que atiende a las embarazadas, preferiblemente en un entorno donde la paciente pueda estar aislada.
 - Notificar al centro que se remite una persona en estudio para minimizar la posibilidad de que se propague la infección.
 - Cumplir con las medidas locales de control de infecciones, incluyendo el equipo de protección personal.
- Si responde no a todos los síntomas y signos en [la evaluación de la gravedad de la enfermedad](#) (arriba), evalúe los riesgos clínicos y sociales de la infección por COVID-19, como:
 - Comorbilidades, como hipertensión, diabetes, asma, VIH, enfermedad cardíaca crónica, enfermedad hepática crónica, enfermedad pulmonar crónica, enfermedad renal crónica, discrasia sanguínea y terapia inmunosupresora
 - Complicaciones obstétricas, como trabajo de parto prematuro
 - Una incapacidad para cuidarse a sí mismo u organizar un seguimiento si es necesario
- Si responde sí a cualquier pregunta de [la evaluación del riesgo clínico o social](#)
 - Examinar a la paciente lo antes posible en un entorno ambulatorio con recursos para determinar la gravedad de la enfermedad, preferiblemente en un entorno donde la paciente pueda estar aislada
 - La evaluación clínica del daño respiratorio incluye:
 - Examen físico
 - Oximetría de pulso
 - Radiografía de tórax
 - Gases en sangre arterial según indicación clínica

- Tomografía computarizada de tórax con protección abdominal si se recomienda clínicamente
- Si se determina que el paciente presenta daño o complicaciones respiratorias, ingresar para evaluar y realizar pruebas adicionales y revisar las políticas sobre aislamiento, presión negativa y otras medidas de control de infecciones para minimizar la exposición del paciente y del proveedor.
- Si el paciente no tiene ningún riesgo clínico o social identificado o si se determina que el paciente no tiene daño o complicaciones respiratorias
 - Derivar para atención sintomática en el hogar, incluyendo hidratación y descanso.
 - Monitorizar el desarrollo de cualquier síntoma nuevo y revisar el algoritmo si se presentan síntomas nuevos
 - Tomar precauciones obstétricas de rutina
- Referencia - [ACOG/SMFM 2020 Jul 14 PDF](#)

Tratamiento de la Infección por COVID-19 en Pacientes Embarazadas

Descripción general

- Cuidados ambulatorios, hospitalarios o intensivos para el tratamiento de la infección por COVID-19 en pacientes embarazadas:
 - Los Institutos Nacionales de Salud (NIH) recomiendan que no se les debe negar los tratamientos potencialmente efectivos de la COVID-19 a las pacientes embarazadas, debido a preocupaciones teóricas relacionadas con la seguridad de los agentes terapéuticos en el embarazo.
 - Valorar la terapia antibiótica empírica contra la neumonía bacteriana superpuesta en pacientes con infección confirmada por COVID-19 o enfermedad respiratoria grave; los antibióticos de primera línea son amoxicilina oral para pacientes estables y ceftriaxona para enfermedad grave, según las recomendaciones generales para el tratamiento de la neumonía ³ Consulte también [Neumonía por *Streptococcus pneumoniae*](#)
 - La determinación del tratamiento ambulatorio, hospitalario o de cuidados intensivos de la infección por COVID-19 en pacientes embarazadas se basa en la gravedad de los síntomas, la presencia de complicaciones obstétricas de alto riesgo y los factores de riesgo clínicos y/o sociales para la infección por COVID-19
 - Protocolos para el seguimiento ambulatorio y hospitalario de la infección por COVID-19 en pacientes embarazadas:
 - El seguimiento ambulatorio incluye:
 - Autocontrol de los síntomas y seguimiento con el proveedor de atención médica si los síntomas empeoran
 - Seguimiento con el proveedor de atención médica al menos una vez dentro de las 2 semanas posteriores al diagnóstico de COVID-19

- El control y tratamiento de pacientes hospitalizados incluye:
 - Evaluación frecuente de los signos vitales
 - Consideraciones para la intubación, alternativas a la intubación para el suministro seguro de oxígeno y posicionamiento del paciente
- Se recomienda la vacunación contra la COVID-19 en todas las embarazadas y lactantes elegibles, y en aquellas que puedan valorar un futuro embarazo.

Medidas generales de prevención de infecciones

- Para las recomendaciones generales de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos con respecto a la prevención de infecciones en el tratamiento de COVID-19, consulte Control y Prevención de la Infección por COVID-19.

Determinación del tratamiento ambulatorio, hospitalario o de cuidados intensivos de la infección por COVID-19 en pacientes embarazadas

- Se puede valorar el monitoreo ambulatorio en pacientes embarazadas con COVID-19 que tienen síntomas leves o son asintomáticas (SMFM 2021 Feb 2 PDF). Consulte Monitoreo y tratamiento de pacientes ambulatorios y hospitalizados de la infección por COVID-19 en pacientes embarazadas para protocolos de atención ambulatoria. Se recomienda el aislamiento de las personas con cualquier infección viral respiratoria, como la COVID-19. Regrese a sus actividades normales cuando los síntomas mejoren y no tenga fiebre durante ≥ 24 horas. Considere tomar precauciones adicionales durante 5 días. Consulte Control y Prevención de la Infección por COVID-19 para obtener detalles sobre las medidas de aislamiento.
- Se indica la monitorización hospitalaria a las pacientes embarazadas que tienen un riesgo elevado debido a la presencia de síntomas de COVID-19 grave o si existen factores de riesgo clínicos o sociales de infección por COVID-19 y pruebas de la afección o complicaciones respiratorias en un entorno ambulatorio, o si existen hallazgos clínicos que justifiquen tratamientos farmacológicos (SMFM 2021 Feb 2 PDF).
- Debe considerarse la monitorización hospitalaria en pacientes con comorbilidades obstétricas de alto riesgo, como contracciones prematuras, sangrado vaginal o disminución de los movimientos fetales y/o incapacidad para tolerar la ingesta oral (SMFM 2021 Feb 2 PDF).
- Criterios de ingreso en una unidad de cuidados intensivos (UCI) para la paciente embarazada hospitalizada con COVID-19:
 - Consulte a un médico intensivista o de cuidados intensivos si se presenta alguno de los siguientes síntomas:
 - Incapacidad para mantener la saturación de oxígeno ≥ 95 % (oximetría de pulso) con oxígeno suplementario o si aumenta rápidamente la necesidad de oxígeno suplementario

- Hipotensión (presión arterial media ≤ 65) a pesar de la reanimación adecuada con líquidos (alrededor de 500-1000 mL en bolo de líquidos cristaloides)
 - En pacientes con COVID-19 en reanimación aguda, considere una estrategia conservadora de líquidos para evitar la sobrecarga de líquidos concomitante y el empeoramiento del edema pulmonar.
 - En caso de hipovolemia clara y estado de nada por la boca, se recomienda la administración conservadora de líquidos y la administración de líquidos por vía intravenosa.
- Evidencia de nueva disfunción de órganos diana, como alteración del estado mental, insuficiencia renal, insuficiencia hepática y/o disfunción cardíaca
- Si ninguno de los signos y síntomas anteriores está presente, continuar con la atención hospitalaria actual con reevaluación frecuente. Ingresar en la UCI si se presenta cualquiera de las circunstancias siguientes:
 - Persistencia de los síntomas anteriores a pesar de las intervenciones
 - Incapacidad para aumentar la frecuencia de las evaluaciones, como la necesidad de transferir a un nivel superior de atención
 - Intubación o ventilación mecánica
 - Necesidad de otro soporte de órgano final
- Si ninguno de los anteriores, continuar con el tratamiento avanzado en un entorno de agudeza intermedia con un umbral bajo para un mayor nivel de atención según sea necesario
- Referencia - [SMFM 2021 Feb 2 PDF](#)

Monitoreo y Tratamiento Ambulatorio y Hospitalario de la Infección por COVID-19 en Pacientes Embarazadas

- Tratamiento ambulatorio de la infección leve o asintomática por COVID-19 en pacientes embarazadas:
 - Las pacientes deben ser monitoreadas de cerca por el proveedor de atención obstétrica por si empeoran los síntomas.
 - Las pacientes deben realizar autoevaluaciones diarias y deben comunicarse con el proveedor de atención médica para cualquiera de los síntomas siguientes:
 - Empeoramiento de la dificultad para respirar
 - Taquipnea
 - Fiebre persistente ≥ 39 grados C (102,2 grados F) a pesar del uso apropiado del paracetamol
 - Incapacidad para tolerar la hidratación oral o los medicamentos necesarios
 - Saturación de oxígeno ≤ 95% ya sea en reposo o en esfuerzo mediante pulsioximetría domiciliaria, si está disponible
 - Dolor torácico pleurítico persistente

- Confusión o letargo de nueva aparición
 - Labios, cara o puntas de los dedos cianóticos
 - Quejas obstétricas, como contracciones prematuras, sangrado vaginal o disminución del movimiento fetal
 - Valorar la realización de visitas de seguimiento al menos una vez dentro de las 2 semanas posteriores al diagnóstico de COVID-19, ya sea a través de telesalud o en una clínica especializada en COVID-19 donde esté disponible.
 - Referencia - [SMFM 2021 Feb 2 PDF](#)
- Tratamiento hospitalario de la infección por COVID-19 en pacientes embarazadas:
 - La frecuencia de la evaluación de los signos vitales depende de la gravedad de la enfermedad y el nivel correspondiente de atención de enfermería necesaria.
 - Para la enfermedad leve, los signos vitales deben controlarse cada 4 a 8 horas según sea necesario y deben incluir:
 - Temperatura
 - Ritmo cardíaco
 - Frecuencia respiratoria
 - Presión arterial
 - Oxímetría de pulso
 - En la enfermedad grave, los signos vitales deben controlarse cada 2 a 4 horas. Valore la posibilidad de realizar una oxímetría de pulso continua y/o una telemetría para disminuir el contacto con el paciente y el riesgo de exposición.
 - Para enfermedad crítica:
 - Se debe utilizar oxímetría de pulso continua y telemetría
 - Se puede valorar la monitorización cardiovascular no invasiva e invasiva según sea necesario.
 - Los signos vitales, incluyendo la asistencia respiratoria, deben controlarse cada 1-2 horas.
 - Tiempo de intubación en paciente embarazada hospitalizada con infección por COVID-19:
 - El momento de la intubación debe ser individualizado. Las consideraciones para colocar una vía aérea definitiva incluyen:
 - Estado de la madre
 - Comorbilidades preexistentes
 - Presencia de disfunción multiorgánica
 - Suplemento de oxígeno requerido
 - Necesidad de transporte a un centro con un mayor nivel de atención
 - La intubación generalmente se considera
 - Con cualquiera de los siguientes requisitos de oxígeno
 - ≥ 15 L/minuto por cánula nasal común o mascarilla
 - $\geq 40-50$ L/minuto por cánula nasal de alto flujo

- ≥ 60% de fracción de oxígeno inspirado (fio_2) mediante mascarilla Venturi para mantener la saturación de oxígeno > 95% por oxímetro de pulso transcutáneo
- Si el paciente no puede proteger las vías respiratorias debido a un estado mental alterado (escala de coma de Glasgow < 8)
- Alternativas a la intubación para el suministro seguro de oxígeno **para mantener la saturación de > 95 % por oxímetro de pulso transcutáneo:**
 - Cánula nasal común (máximo de 15 L/minuto entregable)
 - Mascarilla (tipo sin reinhalación, máximo en dependencia de la fuente, por lo general hasta 15 l/minuto desde el suministro de la pared, pero se puede aumentar hasta unos 50 L/minuto con una fuente adicional)
 - Mascarilla Venturi, que proporciona soporte a través de FiO_2 con un máximo de 60 % de suministro de oxígeno
 - Ventilación no invasiva con presión positiva, que es polémica debido a la preocupación por la aerosolización de partículas infecciosas
- Se puede valorar la posición boca abajo en pacientes embarazadas y postparto (incluidas aquellas que dieron a luz recientemente).
 - Es posible que se necesiten almohadillas o dispositivos de apoyo para colocar correctamente a la paciente embarazada
 - Asegúrese de que el tubo endotraqueal permanezca en su lugar durante la rotación y el posicionamiento y que permanezca asegurado
 - La posición prona pasiva en la que el paciente no está intubado y se coloca en decúbito lateral o en posición totalmente prona (durante aproximadamente 2 horas en cada posición) puede ser más cómoda para el paciente y puede ayudar a evitar la intubación
- Consideraciones adicionales de tratamiento en pacientes embarazadas con ventilación mecánica con COVID-19 e hipoxemia refractaria:
 - Se debe realizar esfuerzos para optimizar la presión positiva al final de la espiración (PEEP), incluyendo el decúbito prono y el bloqueo neuromuscular continuo o intermitente (parálisis) según esté indicado, **para lo cual** el momento y la duración deben seguir los protocolos institucionales.
 - Se puede valorar el uso de vasodilatadores pulmonares inhalados en pacientes embarazadas con COVID-19 e hipoxemia refractaria en evolución (incapacidad para mantener la presión parcial de oxígeno arterial $[\text{PaO}_2] > 70 \text{ mmHg}$ con FiO_2 máxima a pesar de los vasodilatadores inhalados y el bloqueo neuromuscular).
 - **Este tratamiento** puede darle al personal médico el tiempo necesario para realizar otras intervenciones, como:
 - Transferencia a una institución terciaria
 - Uso de otros modos de estrategias de ventilación de rescate
 - Circulación mecánica
 - Parto si ≥ 32 semanas de gestación

- No se requiere monitoreo fetal para determinar el momento del parto en neonatos viables, pero debe discutirse con un equipo multidisciplinario.
- Consideraciones para agentes específicos:
 - El óxido nítrico inhalado no se considera una terapia estándar en el síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA), pero a menudo se considera una terapia de rescate en la hipoxemia refractaria. Los efectos del óxido nítrico inhalado en el embarazo son limitados, pero no está contraindicado. Los niveles de metahemoglobina deben evaluarse diariamente.
 - Las prostaciclinas inhaladas no son una terapia habitual en el SDRA.
 - Puede mejorar la oxigenación, pero no muestra mejoras en la morbilidad y mortalidad graves, ni en los días sin ventilación.
 - El uso de prostaciclinas inhaladas no requiere equipo especial.
 - Se asocia frecuentemente con la hipotensión sistémica (que se reporta en el 20% de los pacientes).
 - Otros efectos adversos son poco frecuentes y se observa un perfil de seguridad similar en el embarazo.
 - Si la paciente presenta una mejoría sustancial en la oxigenación y la mecánica pulmonar, se recomienda un tratamiento expectante hasta la recuperación.
 - Si las pacientes no tienen una mejoría sustancial en la oxigenación y la mecánica pulmonar y tienen ≥ 32 semanas de gestación, valorar parto controlado. Si tienen < 32 semanas de gestación, tenga en cuenta la oxigenación por membrana extracorpórea (OMEC).
 - OMEC:
 - La OMEC se utiliza para realizar de forma artificial la función de los pulmones (venovenosa [OMEC VV]) o del corazón y los pulmones (venoarterial [OMEC VA]) en pacientes con SDRA grave refractario a otras medidas (anteriores) con o sin disfunción cardíaca concomitante.
 - La canulación para la OMEC requiere la colocación de un gran acceso vascular venoso central o venoso y arterial.
 - Indicaciones de OMEC en pacientes con SDRA en el contexto de COVID-19:
 - Insuficiencia respiratoria hipoxica a pesar de las estrategias de ventilación óptimas
 - Hipercapnia grave ($pH < 7,2$ y presión parcial de dióxido de carbono arterial [$PaCO_2$] > 80 mmHg durante > 6 horas)

- Ventilación prolongada > 7 días
- Shock cardiogénico refractario a la terapia convencional con índice cardíaco < 2 L/minuto/m² y saturación venosa central de oxígeno (ScvO₂) < 65 %
- Puntuación de Murray > 3; componentes que cuenta con lo siguiente:
 - Relación de PaO₂/FiO₂
 - PEEP
 - Distensibilidad pulmonar
 - Radiografía de tórax
- Insuficiencia de un solo órgano con comorbilidades mínimas o nulas
- Embolia pulmonar masiva
- Puente al trasplante cardíaco o pulmonar
- Paro cardíaco
- La OMEC no está contraindicada en el embarazo, pero puede estar asociada con desafíos logísticos relacionados con la colocación adecuada del catéter, el flujo del circuito, los obstáculos institucionales y/o de la unidad y la planificación general de la atención.
 - **El tratamiento** debe realizarse en un centro con una experiencia significativa en su uso.
 - El momento del parto para la paciente que tiene OMEC durante el embarazo o para quien lo esté considerando debe discutirse con un equipo multidisciplinario.
 - Consideraciones para el parto:
 - Una indicación o uso actual de OMEC no es necesariamente una indicación de entrega. Sin embargo, la canulación para la OMEC puede provocar la consideración de un parto programado.
 - El parto puede estar indicado por preocupaciones obstétricas inmediatas que amenazan la vida de la madre y/o el feto.
 - No se debe postergar la OMEC para efectuar un parto si no existen tales indicaciones obstétricas inmediatas.
 - Ver también [COVID-19](#).
- Referencia - [SMFM 2021 Feb 2 PDF](#)

Tratamiento de la Enfermedad de la COVID-19 en Pacientes Embarazadas y No Embarazadas

Consideraciones Generales

- El tratamiento potencialmente efectivo para la COVID-19 no debe negarse a las pacientes embarazadas debido a preocupaciones teóricas relacionadas con la seguridad de los agentes terapéuticos en el embarazo (¹, [CDC 2025 Jan 30, NIH 2021 Apr 21](#)).
- En sentido general, el tratamiento terapéutico de las embarazadas con COVID-19 es el mismo que el tratamiento de las que no están embarazadas, con algunas excepciones. Entre las principales excepciones se encuentran:
 - El molnupiravir no debe usarse para tratar la infección por COVID-19 en pacientes embarazadas a menos que no haya otras opciones y la terapia esté indicada.
 - No hay pruebas suficientes para recomendar o no el uso de la anticoagulación terapéutica en pacientes embarazadas con infección por COVID-19 que no tengan evidencia de tromboembolismo venoso.
 - Referencias - [CDC 2025 Jan 30, NIH 2021 Apr 21](#)
- Consulte [Tratamiento de COVID-19](#) para las recomendaciones de los NIH sobre el tratamiento farmacológico de pacientes no embarazadas con COVID-19 en función de la gravedad de la enfermedad.

Remdesivir

- La FDA aprueba el uso del remdesivir (Veklury) para el tratamiento de la COVID-19 en pacientes ≥ 12 años de edad con un peso ≥ 40 kg que están o no hospitalizados y tienen una COVID-19 leve a moderada y están en alto riesgo de progresión hacia una COVID-19 grave, incluyendo hospitalización y muerte. Consulte [Tratamiento de la COVID-19 para dosificación y otras consideraciones](#).
- Consideraciones para el uso de remdesivir para el tratamiento de COVID-19 durante el embarazo o durante la lactancia materna:
 - El uso de remdesivir parece seguro en embarazos humanos ([Am J Obstet Gynecol 2020 Jun;222\(6\):521](#))
 - Recomendaciones de organizaciones profesionales sobre el uso del remdesivir durante el embarazo o la lactancia materna:
 - Los Institutos Nacionales de la Salud (NIH) recomiendan el remdesivir en pacientes embarazadas con COVID-19 si está indicado. El remdesivir se puede administrar a pacientes que están amamantando si está indicado y la lactancia materna puede continuar mientras la paciente recibe remdesivir ([NIH 2021 Apr 21](#)).
 - La Sociedad de Medicina Materno Fetal (SMFM) recomienda que se ofrezca remdesivir a pacientes embarazadas con COVID-19 que cumplen los criterios de uso compasivo ([SMFM 2021 Feb 2 PDF](#))
 - El Grupo de Trabajo Australiano sobre Evidencia Clínica Nacional de la COVID-19 establece que el remdesivir puede considerarse en pacientes embarazadas o en período de lactancia hospitalizadas con COVID-19 que requieren oxígeno, pero no requieren ventilación no invasiva o invasiva.⁴
 - El Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos (RCOG) afirma que se debe evitar el remdesivir durante el embarazo y la lactancia, a menos

que se determine que los beneficios del tratamiento superan los riesgos.²

- La seguridad del remdesivir durante el embarazo es en su mayoría desconocida y debe considerarse de forma individualizada en pacientes que están estables pero que no mejoran y en aquellos cuyo estado se está deteriorando.
- Al considerar el uso de remdesivir en pacientes con COVID-19 que están amamantando, se deben considerar los beneficios y riesgos del tratamiento. Su uso solo debe considerarse en pacientes hospitalizados por COVID-19 que requieran oxigenoterapia. No debe usarse en pacientes con ventilación mecánica.

ESTUDIO DE COHORTE □ Obstet Gynecol 2022 Feb 8 early online

El tratamiento con remdesivir dentro de los < 7 días posteriores al reporte de síntomas se asocia con menos riesgo de ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI), progresión hacia la enfermedad crítica y ventilación mecánica en comparación con el tratamiento posterior con remdesivir en pacientes embarazadas hospitalizadas por COVID-19 [Nivel 2 de DynaMed]

Detalles del Estudio

Inhibidores de la Proteína Espicular del SARS-CoV-2 con Anticuerpos Monoclonales

- Los anticuerpos monoclonales se transportan activamente a través de la placenta, siendo la mayor transferencia durante el tercer trimestre, y pueden afectar las respuestas inmunitarias fetales (NIH 2021 Apr 21).
- Los anticuerpos monoclonales antivirales habían recibido previamente la Autorización de Uso de Emergencia de la FDA de los Estados Unidos para el tratamiento de pacientes con COVID-19 de leve a moderado que tienen un alto riesgo de progresar a COVID-19 grave y/o hospitalización.
 - Debido a que las subvariantes de ómicron son resistentes a la neutralización por los anticuerpos monoclonales desarrollados, la terapia con anticuerpos monoclonales no se recomienda actualmente para el tratamiento o la preventión de COVID-19 en los Estados Unidos.
 - La FDA ha retirado las Autorizaciones de Uso de Emergencia para todos los anticuerpos neutralizantes desarrollados, sin dejar ninguno disponible en los Estados Unidos para la profilaxis o el tratamiento de COVID-19.
 - Los anticuerpos monoclonales antivirales que han sido autorizados previamente para la terapia incluyen:
 - Combinación de bamlanivimab más etesevimab
 - Combinación de casirivimab más imdevimab
 - Sotrovimab

- Bebtelovimab
 - Referencia – Directrices de los Institutos Nacionales de Salud (NIH) para el tratamiento de la COVID-19 ([NIH 2021 Apr 21](#))
- Consulte [Tratamiento de la COVID-19](#) para obtener las recomendaciones sobre el uso de los inhibidores de la proteína espicular del SARS-CoV-2 con anticuerpos monoclonales en pacientes no embarazadas.
- La evidencia que respalda el uso de la terapia con anticuerpos monoclonales se obtuvo principalmente antes del predominio de las variantes resistentes de ómicron.

ESTUDIO DE COHORTE □ [Ann Intern Med 2022 Nov 15 early online](#)

Es posible que el tratamiento ambulatorio con anticuerpos monoclonales no reduzca el riesgo de resultados relacionados con la COVID-19 a los 28 días en personas ≥ 12 años con infección por SARS-CoV-2 de leve a moderada durante el embarazo desde abril de 2021 hasta enero de 2022 [Nivel 2 de DynaMed]

[Detalles del Estudio](#)

ESTUDIO DE COHORTE □ [Obstet Gynecol 2022 Jul 1;140\(1\):74](#)

La infusión de anticuerpos monoclonales para pacientes ambulatorios dentro de los 10 días posteriores al inicio de los síntomas se asocia con un riesgo reducido de hospitalización relacionada con COVID-19 entre pacientes embarazadas no vacunadas con COVID-19 de leve a moderada desde noviembre de 2020 hasta diciembre de 2021 [Nivel 2 de DynaMed]

[Detalles del Estudio](#)

Tocilizumab y otros inhibidores de la interleucina-6 (IL-6)

- Los anticuerpos monoclonales se transportan de forma activa a través de la placenta, donde la mayor transferencia se produce durante el tercer trimestre y puede afectar las respuestas inmunitarias del feto. ([NIH 2021 Apr 21](#)).
- Tocilizumab:
 - El Colegio Estadounidense de Reumatología recomienda no usar el tocilizumab durante el embarazo ([Arthritis Rheumatol 2020 Apr;72\(4\):529](#))
 - **Institutos Nacionales de Salud (NIH):**
 - Se recomienda utilizar tocilizumab en pacientes embarazadas que están hospitalizadas por infección por COVID-19 si está indicado. La decisión de usar tocilizumab debe tomarse mediante la toma de decisiones compartida después de una discusión sobre los potenciales riesgos y beneficios de su uso.
 - Si una paciente embarazada recibe tocilizumab > 20 semanas de gestación, retrase la administración de vacunas virales vivas al bebé durante ≥ 6 meses.
 - El tocilizumab es seguro durante la lactancia.
 - Referencia - [NIH 2021 Apr 21](#)

- El Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos (RCOG) declara que se debe tener en cuenta el uso del sarilumab en pacientes embarazadas hospitalizadas con hipoxia (saturación de oxígeno < 92% en aire ambiente o que requieran oxigenoterapia) y evidencia de inflamación sistémica (proteína C reactiva > 75 mg/L), particularmente cuando el tocilizumab no está disponible o no se puede usar.² Consulte el [Tratamiento de COVID-19](#) para obtener recomendaciones sobre el uso de sarilumab en pacientes no embarazadas.

Agentes Antivirales Orales

Molnupiravir

- Recomendaciones de las organizaciones profesionales sobre el uso del molnupiravir durante el embarazo y la lactancia:
 - La Organización Mundial de la Salud (OMS) argumenta que no se debe administrar molnupiravir a pacientes embarazadas o lactantes ([WHO 2023 Nov 10](#)).
 - La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) emitió una autorización de uso de emergencia (AUE) que establece que no se recomienda el uso de molnupiravir en pacientes embarazadas porque se ha informado toxicidad fetal en estudios con animales de molnupiravir ([NIH 2021 Apr 21](#))
 - Institutos Nacionales de Salud (NIH):
 - Los NIH recomiendan no usar el molnupiravir para el tratamiento de COVID-19 en pacientes embarazadas a menos que no haya otras opciones y la terapia esté claramente indicada.
 - No se recomienda la lactancia materna durante el tratamiento con molnupiravir y durante ≥ 4 días después de la última dosis.
 - Referencia - [NIH 2021 Apr 21](#)
- En las personas que piensan en un posible embarazo, confirmar que la paciente no estuvo embarazada antes del tratamiento y aconsejarle el uso de métodos anticonceptivos seguros durante ≥ 3 meses después de la última dosis ([NIH 2021 Apr 21](#)).
- Consulte la sección [Tratamiento de la COVID-19](#) para obtener las recomendaciones para el uso del molnupiravir (Lagevrio) en pacientes no embarazadas.

Nirmatrelvir/Ritonavir (Paxlovid)

- Recomendaciones de las organizaciones profesionales sobre el uso de nirmatrelvir/ritonavir (Paxlovid) durante el embarazo y la lactancia:
 - La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que nirmatrelvir/ritonavir puede considerarse como una opción de tratamiento en pacientes embarazadas o en período de lactancia con infección no grave por COVID-19 con alto riesgo de hospitalización, pero que esta decisión debe tomarse de forma totalmente informada mediante la toma de decisiones compartida. ([WHO 2023 Nov 10](#)).

- Los Institutos Nacionales de la Salud (NIH) alegan que se recomienda el uso de nirmatrelvir/ritonavir a pacientes embarazadas y que amamantan con COVID-19 si está indicado, según una evaluación de riesgo-beneficio, que puede incluir factores como comorbilidades médicas, índice de masa corporal, estado de vacunación y el número y la gravedad de los factores de riesgo de enfermedad grave. La lactancia materna puede continuar mientras la paciente recibe nirmatrelvir/ritonavir ([NIH 2021 Apr 21](#)).
- El Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) afirma que el nirmatrelvir/ritonavir es el tratamiento preferido para pacientes embarazadas y que amamantan no hospitalizadas con infección por COVID-19.¹
- La Sociedad de Medicina Materna y Fetal (SMFM) apoya el uso de nirmatrelvir/ritonavir para el tratamiento de pacientes embarazadas con COVID-19 que cumplen con los requisitos clínicos ([SMFM 2021 Dec 22 PDF](#)).
- Consulte la sección [Tratamiento de la COVID-19](#) para obtener las recomendaciones sobre el uso del nirmatrelvir/ritonavir (Paxlovid) en pacientes no embarazadas.

ESTUDIO DE COHORTE □ [Obstet Gynecol 2023 Nov 14 early online](#)

Es posible que la combinación de nirmatrelvir/ritonavir esté asociada con un mayor riesgo de preeclampsia, pero no con un parto pretérmino o una corioamnionitis en pacientes embarazadas con COVID-19 leve a moderada [[Nivel 2 de DynaMed](#)]

[Detalles del Estudio](#)

ESTUDIO DE COHORTE □ [Obstet Gynecol 2023 Mar 16 early online](#)

Se informa que el retorno de los síntomas de COVID-19 en el 33,3 % de las pacientes embarazadas vacunadas que completaron un ciclo completo de 5 días de nirmatrelvir/ritonavir para la infección leve por SARS-CoV-2 [[Nivel 3 de DynaMed](#)]

[Detalles del Estudio](#)

Lopinavir-Ritonavir

- No se recomiendan el uso de lopinavir/ritonavir ni de otros inhibidores de la proteasa del VIH para el tratamiento de la COVID-19 en pacientes hospitalizados ([Grado A1 de los NIH](#)) o en pacientes no hospitalizados ([NIH 2021 Apr 21](#)). Consulte también la sección [Tratamiento de la COVID-19](#).
- Se cree que la combinación de lopinavir/ritonavir es segura durante el embarazo según los datos de las poblaciones expuestas al lopinavir/ritonavir en embarazos con VIH ([Am J Obstet Gynecol 2020 Jun;222\(6\):521](#)).

Hidroxicloroquina o cloroquina (con o sin azitromicina)

- La FDA revoca la autorización de uso de emergencia (AUE) que permite el uso de hidroxicloroquina y cloroquina de la Reserva Nacional Estratégica para tratar a pacientes hospitalizados con COVID-19 cuando los ensayos clínicos no están disponibles o la participación en ensayos clínicos no es factible ([FDA 2020 Jun 15](#))
- No se recomienda el uso de hidroxicloroquina o cloroquina con o sin azitromicina para el tratamiento de la COVID-19 en pacientes hospitalizados ([NIH 2021 Apr 21](#),

[ISDA 2020 Dec 23, WHO 2023 Nov 10]. Consulte también la sección Tratamiento de la COVID-19.

Corticosteroides

- Recomendaciones de las organizaciones profesionales sobre el uso de corticosteroides para tratar la infección por COVID-19 en pacientes embarazadas y que amamantan:
 - Recomendaciones de los Institutos Nacionales de Salud (NIH):
 - Se recomienda la administración de 6 mg de dexametasona por vía IV u oral una vez al día a pacientes embarazadas hospitalizadas con COVID-19 que requieran ventilación mecánica y puede considerarse en pacientes embarazadas que requieran oxígeno suplementario, pero no ventilación mecánica.
 - Si la dexametasona no está disponible, se puede usar glucocorticoides alternativos, como:
 - 32 mg de metilprednisolona por vía IV u oral una vez al día o en 2 dosis divididas
 - 40 mg de prednisona por vía IV u oral una vez al día o en 2 dosis divididas
 - 160 mg de hidrocortisona por vía IV u oral al día en 2-4 dosis divididas
 - Referencia - [NIH 2021 Apr 21](#)
 - La Sociedad de Medicina Materno Fetal (SMFM) recomienda que se le ofrezca el tratamiento con dexametasona a pacientes embarazadas con COVID-19 que requieran oxígeno o ventilación mecánica.
 - Si se indica el uso de corticosteroides por la madurez pulmonar fetal, administre 6 mg de dexametasona por vía intramuscular cada 12 horas durante 48 horas (4 dosis) seguido de hasta un total de 10 días de 6 mg/día de dexametasona por vía oral/IV.
 - Si no se indica el uso de corticosteroides por la madurez pulmonar fetal, administrar 6 mg/día de dexametasona por vía oral/IV durante 10 días como máximo.
 - Referencia - [SMFM 2021 Feb 2 PDF](#)
 - El Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos (RCOG) recomienda la terapia con corticosteroides en pacientes que no se encuentran bien con COVID-19 y requieren suplementos de oxígeno o soporte ventilatorio. ²
 - Si no se indica el uso de corticosteroides por la madurez pulmonar fetal, considere cualquiera de los siguientes durante 10 días o hasta el alta, lo que ocurra primero:
 - 40 mg de prednisolona por vía oral una vez al día o 32 mg de metilprednisolona por vía oral todos los días
 - 80 mg de hidrocortisona por vía IV dos veces al día

- Si se indica el uso de corticosteroides por la madurez pulmonar fetal, considere cualquiera de los siguientes para completar un total de 10 días o hasta el alta hospitalaria, lo que ocurra primero:
 - 6 mg de dexametasona por vía intramuscular cada 12 horas por 4 dosis, luego 40 mg de prednisolona por vía oral una vez al día
 - 80 mg de hidrocortisona por vía IV dos veces al día
- Consulte también la sección [Tratamiento de la COVID-19](#) para obtener las recomendaciones sobre el uso de corticosteroides en las pacientes no embarazadas.

Otras terapias en investigación

- El plasma de convaleciente de COVID-19 no debe negarse a las pacientes debido al embarazo si se indica lo contrario ([NIH 2022 Apr 29](#)). Consulte también la sección [Tratamiento de la COVID-19](#).
- Consulte la sección [Tratamiento de COVID-19](#) para conocer las recomendaciones sobre el uso de terapias en investigación en pacientes no embarazadas, que incluye pero no se limita a lo siguiente:
 - Interferones
 - Ivermectina
 - Fluvoxamina
 - Inhibidores de IL-1
 - Vitamina C
 - Vitamina D
 - Zinc

ESTUDIO DE COHORTE □ [Obstet Gynecol 2022 Aug 1;140\(2\):195](#)

La adición de la terapia de óxido nítrico inhalado a la atención estándar se asocia con una menor necesidad de suplementos de oxígeno y una estancia hospitalaria más corta en pacientes embarazadas hospitalizadas por neumonía bilateral grave por COVID-19 [[Nivel 2 de DynaMed](#)]

[Detalles del Estudio](#)

Tratamiento de las Pacientes con Infección por COVID-19 durante el Embarazo

Descripción general

- Seguir las [recomendaciones generales para la prevención de la infección](#) durante el tratamiento de las pacientes embarazadas con sospechas o confirmación de COVID-19.
- [Consideraciones antes del parto](#)
 - [Vigilancia fetal prenatal](#)
 - Durante la enfermedad aguda, el tratamiento fetal debe ser similar al que se le brinda a cualquier embarazada en estado crítico.

- Se puede valorar una ecografía detallada de la anatomía del segundo trimestre después de la infección materna por COVID-19 en el primer trimestre. La evaluación por ultrasonido del crecimiento fetal está indicada en pacientes embarazadas con infección por COVID-19 debido al riesgo de restricción del crecimiento fetal.
- Todas las pacientes embarazadas hospitalizadas con sospecha o confirmación de infección por COVID-19 deben recibir profilaxis con heparina de bajo peso molecular al ingreso para reducir el riesgo de tromboembolismo venoso.
- Si bien la aspirina puede ser beneficiosa para los adultos con COVID-19 grave, se debe evaluar los posibles beneficios frente al riesgo de eventos de sangrado significativo. Para las pacientes que han estado tomando aspirina profiláctica durante el embarazo, considere continuar el tratamiento. Sin embargo, se debe suspender la aspirina en pacientes con trombocitopenia (plaquetas < 50 x 10⁹/L). ²
- Se debe administrar corticosteroides prenatales para la maduración fetal y sulfato de magnesio para la neuroprotección fetal tal como se le indica a cualquier embarazada.
- Trabajo de parto y parto:
 - Lugar y tipo del parto
 - En la mayoría de los casos, el momento del parto no debería verse afectado por la infección por COVID-19.
 - El parto por cesárea debe basarse en indicaciones obstétricas (fetales o maternas) y no en la sospecha o confirmación de infección por COVID-19.
 - No se ha informado la presencia de ninguna infección intrauterina por transmisión vertical en pacientes con COVID-19 en la última etapa del embarazo.
 - El monitoreo materno y fetal debe continuarse según la práctica estándar con algunas consideraciones adicionales en pacientes con sospecha o confirmación de COVID-19, según la gravedad de los síntomas.
- Tratamiento posparto:
 - Lo ideal sería que las diádas madre-bebé en las que la madre tiene sospecha o confirmación de infección por COVID-19 compartieran habitación de acuerdo con la política habitual del centro. En las parejas madre-bebé que comparten habitación, se puede considerar la lactancia materna con el uso adecuado de lavado de manos y otras medidas preventivas para disminuir el riesgo de exposición para el bebé.
 - A todas las pacientes con una COVID-19 confirmada se les debe administrar heparina profiláctica de bajo peso molecular durante ≥ 10 días después del alta hospitalaria, independientemente del tipo de parto. ²

Consideraciones antes del parto

Vigilancia prenatal

- Durante una enfermedad aguda de la madre, el tratamiento fetal debe ser similar al que se brinda a cualquier embarazada con una enfermedad crítica. ¹

- Tras una infección materna por COVID-19 en el periparto o en el primer trimestre, puede considerarse la realización de una ecografía anatómica detallada a mitad del trimestre. Las evaluaciones de crecimiento a intervalos podrían considerarse en función del momento y la gravedad de la infección, con un calendario y una frecuencia informados por otros factores de riesgo materno (^{1,2}, [SMFM 2022 Jun 21 PDF](#)).
- El monitoreo fetal continuo en el contexto de una enfermedad grave debe valorarse solo después de la viabilidad fetal, cuando el parto no comprometa la salud materna o como otra medida no invasiva del estado materno ([SMFM 2022 Jun 21 PDF](#)).

Medicamentos

Profilaxis y Tratamiento de la Tromboembolia Venosa (TEV)

- Profilaxis y tratamiento de la TEV:
 - Recomendaciones de los Institutos Nacionales de Salud (NIH):
 - Esta terapia debe continuar en los pacientes que recibían terapia anti-trombótica antes del diagnóstico de COVID-19.
 - Se recomienda una dosis profiláctica de anticoagulación en las pacientes embarazadas hospitalizadas por COVID-19 grave, a menos que esté contraindicada.
 - No se recomienda la profilaxis de la TEV después del alta hospitalaria en pacientes embarazadas y la decisión de continuar la profilaxis de la TEV en pacientes embarazadas o en el posparto debe individualizarse en función de los factores concomitantes de riesgo de TEV.
 - La terapia de anticoagulación durante el trabajo de parto y el parto debe administrarse en pacientes embarazadas con COVID-19 de manera similar a las pacientes embarazadas con otras afecciones que requieren anticoagulación en el embarazo.
 - Los anticoagulantes orales de acción directa durante el embarazo no se recomiendan de forma rutinaria.
 - Referencia - [NIH 2021 Apr 21](#)
 - Recomendaciones del RCOG: ²
 - Consideraciones generales para la prevención de TEV:
 - Las pacientes embarazadas que se aíslan voluntariamente durante la pandemia deben mantenerse bien hidratadas y en movimiento.
 - Las pacientes embarazadas que ya reciben tromboprofilaxis deben continuar recibiéndola.
 - Durante el embarazo debe realizarse una evaluación clínica del riesgo de TEV. La infección por SARS-CoV-2 debe considerarse un factor de riesgo transitorio y debe motivar una nueva evaluación.
 - La tromboprofilaxis iniciada en pacientes embarazadas que dan positivo en COVID-19 debe continuarse hasta que se hayan recuperado de la enfermedad aguda (entre 7 y 14 días). Busque la

remisión con un médico especializado en TEV para pacientes con morbilidad continua y movilidad limitada.

- Todas las pacientes embarazadas con sospecha o confirmación de infección por COVID-19 deben recibir tromboprofilaxis al ingresar y durante 10 días después del alta hospitalaria. Considere la terapia de duración extendida en pacientes con morbilidad persistente.
- Consideraciones para la profilaxis y el tratamiento de TEV en pacientes con sospecha o confirmación de COVID-19 que se están deteriorando clínicamente:
 - Todas las pacientes embarazadas con sospecha o confirmación de COVID-19 deben tener una evaluación de TEV.
 - Se debe prescribir una dosis profiláctica de tromboprofilaxis a menos que haya una sospecha de TEV, en cuyo caso se debe administrar una dosis terapéutica de tromboprofilaxis.
 - En las pacientes con trombocitopenia (plaquetas < 50 × 10⁹/L), suspenda la aspirina y la tromboprofilaxis y busque consejo de hematología.
- Las directrices australianas recomiendan administrar dosis profilácticas de anticoagulantes, preferiblemente heparina de bajo peso molecular, a las embarazadas que ingresan en el hospital por cualquier indicación y que tienen infección por COVID-19, a menos que esté contraindicado. Administre anticoagulantes profilácticos durante ≥ 14 días después del alta o hasta que se resuelva la morbilidad relacionada con COVID-19.⁴

Corticosteroides Prenatales para la Maduración Fetal

- Los corticosteroides prenatales para la maduración fetal en pacientes con sospecha o confirmación de infección por COVID-19 deben administrarse según lo indicado para cualquier paciente embarazada, de acuerdo con varias organizaciones profesionales, entre ellas:
 - Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) ¹
 - Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos (RCOG) ²
 - Sociedad de Obstetras y Ginecólogos de Canadá (SOGC) ³
 - Directrices australianas ⁴
- Consulte [Trabajo de Parto Prematuro](#) para más información.

Sulfato de Magnesio para la Neuroprotección Fetal

- El sulfato de magnesio para la neuroprotección fetal en pacientes con sospecha o confirmación de infección por COVID-19 debe administrarse según lo indicado para cualquier paciente embarazada, de acuerdo con las directrices del Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos (RCOG) y las directrices australianas. ^{2,4}
- Consulte la sección [Trabajo de Parto Prematuro](#) para más información.

Trabajo de Parto y Parto

Consideraciones Generales

Analgesia y Anestesia durante el Trabajo de Parto

- Consideraciones sobre la analgesia y/o la anestesia durante el trabajo de parto:
 - Se debe considerar la iniciación temprana de la anestesia epidural para minimizar la potencia de la anestesia general, que puede estar asociada con un mayor riesgo de infección, ya que la intubación se considera un procedimiento de aerosolización ([SMFM/Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology \[SOAP\] 2020 Oct 9 PDF](#)).
 - Consideraciones para el uso de óxido nitroso en el contexto de la COVID-19:
 - Existe poca información acerca de la limpieza, el filtrado y la posible aerosolización con el uso de sistemas de analgesia con óxido nitroso en el contexto de COVID-19 ([SMFM/SOAP 2020 Oct 9 PDF](#)).
 - Con respecto a las unidades de trabajo de parto y parto en concreto, se debe analizar los riesgos y beneficios relativos en pacientes con sospechas o confirmación de COVID-19 o en individuos con un estado negativo no confirmado de COVID-19 y valorar la suspensión del uso de óxido nitroso ([SMFM/SOAP 2020 Oct 9 PDF](#)).

Pinzamiento Tardío del Cordón Umbilical

- **El pinzamiento tardío del cordón umbilical está respaldado como parte de la atención de rutina en el contexto de infección materna según varias organizaciones profesionales:**
 - La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que **el pinzamiento tardío del cordón umbilical (no antes de 1 minuto después del nacimiento) es recomendable para mejorar la salud materna e infantil y los resultados nutricionales.** Es poco probable que el pinzamiento tardío del cordón umbilical aumente el riesgo de transmisión vertical de patógenos en caso de infección materna ([OMS 2014 PDF](#)).
 - La Academia Estadounidense de Pediatría (AAP) establece que las prácticas de pinzamiento tardío del cordón umbilical deben continuar según la práctica habitual, pero las madres con COVID-19 deben usar una mascarilla mientras sostienen a su bebé durante el pinzamiento tardío del cordón ([AAP 2022 Nov 10](#)).
 - La Sociedad Internacional de Ultrasonido en Obstetricia y Ginecología (ISUOG) recomienda el pinzamiento inmediato del cordón umbilical y el traslado inmediato del recién nacido a un área de evaluación ([Ultrasound Obstet Gynecol 2020 May;55\(5\):700](#)).
 - La Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Canadá (SOGC) recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical en el contexto de una infección materna por COVID-19. ³

- Las guías australianas establecen que el pinzamiento tardío del cordón umbilical está respaldado como parte de la atención de rutina, ya que no hay evidencia de que el pinzamiento tardío del cordón umbilical aumente el riesgo de infección para el recién nacido. ⁴

Lugar, Momento y Forma de Parto

Lugar del Trabajo de Parto y el Parto

- Lo ideal sería que el trabajo de parto y el parto en pacientes con sospecha o confirmación de infección por COVID-19 tengan lugar en una habitación de aislamiento. Se pueden utilizar habitaciones de aislamiento de infecciones transmitidas por aire (habitaciones de presión negativa para un solo paciente con un mínimo de 6 cambios de aire/hora) si se anticipa la realización de los procedimientos de generación de aerosoles ([SMFM/SOAP 2020 Oct 9 PDF](#)).
- Se prefiere el parto hospitalario al parto en casa en las pacientes que se han sometido o se están sometiendo a pruebas de detección de la COVID-19. ³
- El parto en el agua no está contraindicado en pacientes asintomáticas con COVID-19. No se recomienda el parto en el agua en pacientes con infección sintomática por COVID-19. ²

Momento del parto

- Momento del parto en función de la gravedad de la COVID-19:
 - Para las pacientes embarazadas con hipoxemia refractaria, el parto puede considerarse ≥ 32 semanas de gestación si permite una mayor optimización de la atención ([SMFM 2021 Feb 2 PDF](#)).
 - Para las pacientes en estado crítico, el momento del parto debe ser individualizado.
 - La ventilación mecánica por sí sola no es una indicación para el parto.
 - Las decisiones deben basarse en lo siguiente:
 - Estado de la madre
 - Enfermedad pulmonar concurrente
 - Enfermedad crítica
 - Capacidad para retirar el respirador y mecánica del respirador
 - Edad gestacional en el momento del parto
 - Toma de decisiones compartida con la paciente o el representante sanitario
 - Sopesar cuidadosamente los riesgos y beneficios para la madre y el feto.
 - Considerar el parto en caso de empeoramiento de la enfermedad crítica.
 - Los equipos de medicina materno-fetal y de cuidados críticos deben discutir los criterios individualizados de parto [en caso de empeoramiento del estado materno y/o fetal o de mejoría limitada o nula del estado materno](#).

- Si se está considerando el parto por hipoxemia grave, considerar la posición prona, la oxigenación por membrana extracorpórea y/o el uso de otros métodos ventilatorios avanzados, especialmente si la gestación es \leq 30-32 semanas, **antes de proceder al parto**.
- Referencia - [SMFM 2021 Feb 2 PDF](#)
- En pacientes asintomáticas o levemente sintomáticas:
 - Los partos médicaamente indicados no deben retrasarse únicamente debido al estado COVID-19-positivo ([SMFM 2021 Feb 2 PDF](#)).
 - A las 37-38 semanas de gestación, se puede considerar la conducta expectante **hasta \geq 24 horas después de la resolución de los síntomas y sin fiebre**. Sin embargo, considere tomar precauciones adicionales durante 5 días ([SMFM 2021 Feb 2 PDF](#)). Consulte COVID-19 Control y prevención de infecciones para obtener información adicional sobre los plazos de aislamiento.
 - Se puede considerar el parto en \geq 39 semanas de gestación para disminuir el riesgo de empeoramiento del estado materno ([SMFM 2021 Feb 2 PDF](#)).

Forma de parto

- **La forma de parto debe determinarse según las indicaciones obstétricas habituales en pacientes con infección por COVID-19.** ^{3,4}
- Inducción electiva y parto por cesárea electiva:
 - La inducción electiva se asocia con un mayor tiempo de hospitalización y, por lo tanto, puede no ser aconsejable en pacientes con infección confirmada por COVID-19 debido a un mayor riesgo de transmisión.
 - La solicitud materna de **parto por cesárea** debido a preocupaciones por la COVID-19 debe manejarse como en épocas no pandémicas según la Opinión del Comité 761 de la ACOG sobre el Parto por Cesárea a petición materna ([Obstet Gynecol 2019 Jan;133\(1\):e73](#)).

ESTUDIO DE COHORTE [Int J Gynaecol Obstet 2020 Jul;150\(1\):53](#)

El **parto vaginal** no parece aumentar el riesgo de complicaciones obstétricas o neonatales o infección por SARS-CoV-2 en recién nacidos de pacientes con infección por COVID-19

[Detalles del Estudio](#)

REVISIÓN SISTEMÁTICA [BJOG 2020 Oct;127\(11\):1324](#)

Se informa que las tasas de detección del SARS-CoV-2 en recién nacidos **de madres con COVID-19** son del 5,3 % después del parto por cesárea y del 2,7 % después del **parto vaginal**

[Detalles del Estudio](#)

INFORME DE CASO [Lancet 2020 Mar 7;395\(10226\):809](#)

No se ha informado infección intrauterina por transmisión vertical en el **parto por cesárea** en pacientes con COVID-19 en la etapa final del embarazo

Detalles del Estudio

Monitorización Materna y Fetal

- Monitorización materna:
 - Para pacientes con COVID-19 confirmado o sospechado y síntomas moderados/graves: ²
 - Realizar evaluaciones de la saturación de oxígeno cada hora.
 - Realizar evaluaciones de la frecuencia respiratoria cada hora.
 - Realizar investigaciones radiográficas como se indica para pacientes no embarazadas, incluyendo radiografía de tórax y tomografía computarizada con uso de blindaje abdominal para proteger al feto según los protocolos normales.
 - Un equipo multidisciplinario debe realizar una evaluación individualizada del bienestar materno para decidir si el parto electivo está indicado para ayudar a la reanimación materna o por problemas fetales graves.
 - Oxígeno intraparto:
 - Debe considerarse el uso de oxígeno intraparto en caso de hipoxia materna ([SMFM/SOAP 2020 Oct 9 PDF](#)).
 - Consulte COVID-19 para obtener recomendaciones sobre el uso de oxígeno suplementario en pacientes con dificultad respiratoria y sospecha o confirmación de COVID-19.
 - Debe considerarse el diagnóstico de [embolia pulmonar](#) o insuficiencia cardíaca en pacientes con dolor torácico, empeoramiento de la hipoxia (especialmente si se produce un aumento repentino de las necesidades de oxígeno) o en pacientes cuya disnea persiste o empeora tras la recuperación esperada de COVID-19. ²
- Monitorización fetal:
 - **Debe considerarse la monitorización fetal electrónica continua (MEFC) mediante cardiotocografía en pacientes con sospecha o confirmación sintomática de infección por COVID-19.** ^{2,3}
 - La Sociedad de Medicina Materno Fetal/Sociedad de Anestesia Obstétrica y Perinatología (SMFM/SOAP) recomienda que los monitores internos, como el catéter de presión intrauterina o el electrodo de cuero cabelludo fetal, son seguros y pueden ser necesarios para optimizar la monitorización fetal ([SMFM/SOAP 2020 9 Oct PDF](#)).
 - No se recomienda el uso sistemático de oxígeno intraparto para indicaciones fetales ([SMFM/SOAP 2020 9 Oct PDF](#)).
- La amniotomía es segura y puede considerarse para el manejo del parto según esté clínicamente indicado ([SMFM/SOAP 2020 9 Oct PDF](#)).

Evaluación y Tratamiento Neonatal Inicial

- Considerar que todos los neonatos nacidos de padres con COVID-19 confirmada o sospechada tienen sospecha de COVID-19 cuando no se disponga de los resultados de las pruebas.

- Consulte la sección [COVID-19 y Pacientes Pediátricos](#) para obtener información sobre el tratamiento de los recién nacidos de madres con COVID-19.

Tratamiento Posparto

Consideraciones Generales

- Profilaxis del tromboembolismo venoso (TEV):
 - Administre dosis profilácticas de anticoagulantes, preferiblemente heparina de bajo peso molecular, a las mujeres en el posparto que ingresen en el hospital por cualquier indicación y que presenten infección por COVID-19, a menos que esté contraindicado. Administrar anticoagulantes profilácticos durante \geq 14 días tras el alta o hasta que se resuelva la morbilidad relacionada con la COVID-19.⁴
 - Recomendaciones del Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos (RCOG):²
 - Todas las pacientes con sospecha o confirmación de COVID-19 deben ser dadas de alta con un suministro de 10 días de heparina profiláctica de bajo peso molecular.
 - Para las pacientes ingresadas en el hospital con sospecha o confirmación de COVID-19 en las 6 semanas posteriores al parto, debe administrarse tromboprofilaxis durante su ingreso y durante \geq 10 días después del alta hospitalaria. Considere la posibilidad de ampliar la tromboprofilaxis hasta las 6 semanas posparto para pacientes con morbilidad significativa y persistente.
 - Recomendaciones de los Institutos Nacionales de Salud (NIH):
 - En pacientes que toman terapia antitrombótica antes del diagnóstico de COVID-19, continúe el tratamiento después del diagnóstico de infección por COVID-19.
 - No se recomienda la profilaxis de TEV después del alta hospitalaria de forma rutinaria para pacientes embarazadas y la decisión de continuar la profilaxis de TEV en pacientes embarazadas o en el posparto debe ser individualizada en función de los factores de riesgo de TEV concomitantes.
 - La heparina no fraccionada, la heparina de bajo peso molecular y la warfarina pueden ser utilizadas por individuos lactantes con o sin COVID-19 que requieran profilaxis o tratamiento de TEV.
 - Referencia - [NIH 2021 Apr 21](#)

Contacto Materno/Infantil al Nacer

- Recomendaciones para el contacto materno/infantil posparto inmediato cuando hay sospechas o confirmación de COVID-19 materno en la madre:
 - El Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) afirma que lo ideal sería, de acuerdo con la política habitual del centro, que la madre y el bebé al nacer permanezcan juntos en la misma habitación aunque la madre tenga sospechas o confirmación de una infección por COVID-19.¹

- Recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría (AAP) para el cuidado de la madre con sospechas o confirmación de COVID-19 y su recién nacido sano:
 - Si asiste a un parto de una madre con COVID-19, utilice equipo de protección personal (EPP) que incluya bata, guantes y una mascarilla respiratoria N95 más protección para los ojos (gafas o protector facial) o un respirador purificador de aire con protección para los ojos.
 - Continúe con el contacto piel con piel, según la práctica habitual. La madre debe usar una mascarilla mientras sostiene al bebé.
 - Las madres y los recién nacidos sanos pueden permanecer juntos en la misma habitación durante la hospitalización posterior al parto, de acuerdo con el protocolo habitual del centro.
 - Si la madre está gravemente enferma y no puede cuidar al bebé de manera segura, puede ser apropiada la separación temporal de la madre y el recién nacido o que un cuidador no infectado brinde atención en la habitación de la madre.
 - Si es posible durante la hospitalización, la madre debe mantener una distancia razonable del bebé, incluido el uso de mascarilla y la higiene de manos cada vez que brinde atención práctica.
 - Al brindar atención al bebé, los trabajadores de la salud deben usar batas, guantes, respiradores N95 y protección para los ojos (o respiradores purificadores de aire). Si no hay suministros disponibles, los trabajadores de la salud pueden usar mascarillas quirúrgicas estándar para cuidar a los bebés sanos.
 - Los familiares no infectados presentes durante la hospitalización posterior al parto deben usar mascarillas y lavarse las manos cuando cuiden directamente al bebé.

- Referencia - [AAP 2022 Nov 10](#)

- El Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos (RCOG) declara que, en el contexto de una infección materna sospechada o confirmada por COVID-19, las madres y los recién nacidos sanos que no requieren atención neonatal adicional por otras indicaciones, deben permanecer juntos en el período posparto inmediato y se les debe permitir practicar el contacto piel con piel/cuidado canguro. ²
- Recomendaciones de la Sociedad de Obstetras y Ginecólogos de Canadá (SOGC) sobre la atención posparto y del recién nacido: ³
 - No se recomienda el aislamiento universal del bebé nacido de una madre con sospecha o confirmación de infección por COVID-19.
 - Se recomienda el contacto piel con piel y otros cuidados del bebé con la madre usando una máscara y después de practicar un buen lavado de manos.
- Las directrices australianas recomiendan la ubicación conjunta y el contacto piel con piel de una madre sana con sospechas o confirmación de COVID-19 y un bebé sano. Las madres con infección por COVID-19 deben utilizar medidas de prevención y control de infecciones. ⁴

Lactancia Materna

- El riesgo de transmisión de la COVID-19 **de la madre al hijo** no se produce a través de la leche materna porque el virus no se encuentra en la leche materna. El riesgo de transmisión al bebé está asociado con la exposición al virus a través de gotitas respiratorias mientras está en contacto cercano con la madre u otro cuidador con sospecha o confirmación de COVID-19 durante la alimentación.
- Recomendaciones del Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) sobre la lactancia materna en el contexto de una infección materna por COVID-19 sospechada o confirmada:¹
 - Si se requiere la separación temporal de la diáda **madre-bebé**, se debe apoyar y alentar a las madres que decidan amamantar a extraer su leche materna para establecer y mantener su suministro de leche y, si es posible, se debe proporcionar un extractor de leche exclusivo.
 - Consideraciones para las personas que extraen leche materna con un extractor de leche manual o eléctrico:
 - Lávese las manos correctamente antes de tocar cualquier pieza del extractor o biberón y siga las recomendaciones para la limpieza adecuada del extractor después de cada uso.
 - Si es posible, las madres deben considerar que alguien que no tenga sospechas o confirmación de infección por COVID-19 y que no esté enfermo alimente al bebé con la leche materna extraída.
 - Para las madres con infección por COVID-19 sospechada o confirmada que estén amamantando, se recomienda el uso de una mascarilla o cubierta facial de tela y una higiene de manos adecuada.
- Recomendaciones de la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP) sobre la lactancia materna entre personas con COVID-19 sospechada o confirmada:
 - **Se recomienda la lactancia materna directa basándose en la evidencia actual.**
 - **Aunque se ha detectado ácido nucleico del SARS-CoV-2 en la leche materna, no se ha detectado virus infeccioso en dicha leche.**
 - **Si la madre elige amamantar a su bebé**, debe seguir todas las medidas preventivas, como el uso de una mascarilla y la higiene de manos **antes de amamantar**.
 - La leche materna extraída después de una higiene adecuada de los senos y las manos puede ser administrada al bebé por un **cuidador no infectado**.
 - Las madres de bebés **ingresados en** la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) pueden **proporcionar leche extraída para sus bebés cuando no puedan ingresar a la UCIN** debido a su estado de infección.
 - Referencia - [AAP 2022 Nov 10](#)
- El Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos (RCOG) recomienda que las pacientes con sospechas, probabilidad o confirmación de COVID-19 puedan y reciban apoyo para amamantar si así lo desean. ²
 - La infección por COVID-19 no es una contraindicación para la lactancia materna.

- Aconseje a las pacientes sobre los riesgos y beneficios de la lactancia materna, incluido el riesgo de mantener al bebé cerca de **la madre** u otro cuidador con sospechas o confirmación de COVID-19.
- Se deben tomar las precauciones adecuadas para limitar la propagación viral al bebé:
 - Lávese las manos antes de tener contacto con el bebé, el extractor de leche o los biberones.
 - Evite toser o estornudar sobre el bebé mientras lo alimenta. Use una mascarilla si está disponible mientras cuida o alimenta al bebé.
 - Siga las recomendaciones para la limpieza del extractor de leche.
 - Pídale a alguien que esté bien que alimente al bebé.
- Recomendaciones de la Sociedad de Obstetras y Ginecólogos de Canadá (SOGC) para la lactancia materna: ³
 - Se recomienda el uso de mascarilla y técnicas adecuadas de lavado de manos para las madres que elijan amamantar.
 - Se podría considerar la limpieza del pecho/seno.
 - Se debe enfatizar la hidratación, particularmente en el caso de fiebre materna.
 - **Si la madre** no se encuentra lo suficientemente bien como para brindar atención al bebé, se debe ofrecer apoyo con la extracción, la leche de donante o la nutrición basada en fórmula según los deseos de la paciente.
- **Las directrices australianas establecen que la lactancia materna está respaldada independientemente del estado de COVID-19. Las pacientes con COVID-19 que estén amamantando deben utilizar medidas de prevención y control de infecciones mientras estén infectadas.** ⁴
- Se informó que el 33% de las muestras de leche materna (1 de 3 muestras) contenían el virus SARS-CoV-2 entre 5 pacientes con infección por COVID-19 que dieron a luz en Wuhan, China ([BJOG 2020 Aug;127\(9\):1109](#)).
- Se puede encontrar un estudio de cohorte prospectivo que evalúa los patrones temporales de la actividad IgA e IgG de unión al receptor anti-SARS-CoV-2 de la leche humana para 47 adultos lactantes con infección por SARS-CoV-2 y 30 adultos lactantes con vacunación con ARN mensajero (ARNm) (Moderna [mRNA-1273] o Pfizer-BioNTech [BNT162b2]) en [JAMA Pediatr 2021 Nov 10 early online](#).

Seguimiento posparto

- Ofrecer citas presenciales en el hogar o en la clínica para permitir una evaluación general de la salud física y psicológica y el bienestar de la madre y su bebé. ²
- Es posible que algunos cuidados posnatales deban realizarse por teléfono o video, pero se deben tener en cuenta las circunstancias individuales. ²
- Aconsejar a los pacientes sobre la higiene personal y ambiental adecuada antes de cualquier cuidado infantil. ³

Prevención y Detección

Inmunización

Descripción general de las vacunas anticovidicas autorizadas

- Se han aprobado, autorizado, licenciado, otorgado uso de emergencia o puesto a disposición 50 vacunas para uso fuera del marco de un ensayo clínico en 201 países de todo el mundo (hasta el 3 de mayo de 2023) ([McGill University COVID19 Vaccine Tracker](#); consultado el 9 de enero de 2025).
- Consulte Vacunas Anticovidicas Autorizadas y Aprobadas en la sección [Control y Prevención de la Infección por COVID-19](#) para más información.

Recomendaciones de las Organizaciones Profesionales

- La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda 1 dosis de la vacuna contra la COVID-19 para las mujeres embarazadas durante cada embarazo ([WHO 2023 Nov 10](#)).
- Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) recomiendan la toma de decisiones compartidas con respecto a la vacunación contra la COVID-19 para todas las embarazadas, lactantes, que actualmente intentan concebir y aquellas que puedan quedar embarazadas en el futuro ([CDC 2025 Oct 7](#), [CDC 2024 Sep 10](#)).
- La Recomendación Práctica de Septiembre de 2025 del Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG, por sus siglas en inglés) reafirma que la vacunación contra la COVID-19 es recomendable para todas las personas elegibles, como embarazadas y lactantes, y todas aquellas que puedan considerar un futuro embarazo.
 - Las afirmaciones que vinculan las vacunas anticovidicas con la infertilidad han sido científicamente refutadas. Por lo tanto, se recomienda la vacunación de todas las personas elegibles que puedan considerar un futuro embarazo.
 - La vacunación de embarazadas con una vacuna anticovidica puede ocurrir en cualquier entorno autorizado para administrar la vacuna, como los sitios clínicos y no clínicos de vacunación en la comunidad. No se debe exigir una prueba de embarazo antes de recibir cualquier vacuna contra la COVID-19 autorizada por la AUE o aprobada por la FDA.
 - Se debe proporcionar acceso a la información disponible sobre la seguridad y eficacia de la vacuna a todas las personas que estén considerando la vacunación contra la COVID-19. Considere discutir lo siguiente con cualquier persona embarazada que esté considerando la vacunación contra la COVID-19, aunque una conversación con un médico no es un requisito previo a la vacunación:
 - Riesgo de no vacunarse en función del estado de salud actual del paciente individual y el riesgo de exposición
 - Riesgo potencial y gravedad de la enfermedad materna, incluidos los efectos de la enfermedad en el feto y el recién nacido
 - Seguridad de la vacuna para la paciente embarazada y el feto

- Consideraciones de vacunación:
 - Se debe aconsejar a las pacientes embarazadas que experimenten fiebre después de la vacunación que tomen acetaminofén.
 - **Al momento de esta publicación, las vacunas autorizadas bajo una Autorización de Uso de Emergencia (AUE) por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) incluyen 1 de 4 opciones:**
 - Vacuna anticovidíca de Pfizer-BioNTech/Comirnaty
 - Vacuna anticovidíca/Spikevax de Moderna
 - Vacuna anticovidíca de Moderna/mNexpike
 - Vacuna anticovidíca adyuvada de Novavax
 - **No se recomienda ninguna vacuna anticovidíca en específico por encima de otras en pacientes embarazadas.**
 - Las vacunas anticovidícas pueden administrarse simultáneamente con otras vacunas, incluyendo las que se administran sistemáticamente durante el embarazo, como las vacunas contra el toxoide tetánico, el toxoide diftérico reducido y la tos ferina acelular (Tdap), **el virus respiratorio sincitial (VRS)** y la gripe.
- **Las vacunas anticovidícas se pueden administrar simultáneamente con inmunoglobulinas anti-D.**
- Las pacientes embarazadas que rechacen la vacunación deben recibir apoyo en su decisión y esta decisión debe documentarse en la historia clínica de la paciente.
- Referencia - [ACOG 2020 Dec](#), **última actualización en septiembre de 2025.**
- La Sociedad de Medicina Materno Fetal (SMFM) **continúa recomendando** la vacunación contra la COVID-19 en embarazadas, posparto y lactantes y para aquellas que puedan considerar un futuro embarazo
 - El asesoramiento sobre la vacunación contra la COVID-19 durante el embarazo debe equilibrar los datos disponibles sobre la eficacia de la vacuna, la seguridad de las vacunas durante el embarazo y la lactancia **y los riesgos para pacientes embarazadas de la infección por SARS-CoV-2.**
 - No se recomienda la prueba de embarazo antes de la vacunación y se debe ofrecer la vacunación independientemente del trimestre
 - Referencia - [SMFM 2022 Jan 11 PDF](#), **reafirmado el 28 de mayo de 2025**
- La Sociedad de Obstetras y Ginecólogos de Canadá (SOGC) recomienda que se ofrezca la vacuna contra la COVID-19 a las embarazadas y lactantes en cualquier momento si son elegibles y no existen contraindicaciones.
 - Si bien todas las vacunas anticovidícas disponibles aprobadas en Canadá se pueden usar durante el embarazo y la lactancia, se prefieren las vacunas de ARNm durante el embarazo debido a que hay más datos disponibles sobre seguridad y eficacia en esta población.
 - Todas las embarazadas deben tener prioridad para recibir una vacuna anticovidíca.

- Referencia - [SOGC 2022 Mar 14 PDF](#)
- El Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos (RCOG) recomienda que se ofrezca vacunación contra la COVID-19 a las embarazadas y lactantes y a aquellas que planean un embarazo o que tienen un tratamiento de fertilidad similar a las personas que no están embarazadas según la edad y el riesgo clínico. ²
 - A las embarazadas se les debe ofrecer la vacuna antcovídica de ARNm **BNT162bN** de Pfizer-BioNTech o la vacuna ARNm-1273 de Moderna, a menos que ya hayan recibido 1 dosis de la vacuna antcovídica **Ad26.COV2.S** de **Oxford**-AstraZeneca, en cuyo caso deben completar el ciclo con la vacuna antcovídica **Ad26.COV2.S** de Oxford-AstraZeneca.
 - Las vacunas antcovídicas pueden administrarse en cualquier momento del embarazo.
 - **Las personas en periodo de lactancia pueden recibir la vacuna COVID-19. No es necesario interrumpir la lactancia para recibir la vacuna COVID-19.**
 - La vacuna COVID-19 puede administrarse a pacientes sometidas a tratamiento de fertilidad, y no es necesario retrasar el tratamiento de fertilidad después de la vacunación contra la COVID-19.
- La ayuda para la toma de decisiones del paciente Vacuna antcovídica: ¿Es la elección correcta para mí? se puede encontrar en [EBSCO Clinical Decisions 2022 May 19 PDF](#).
- Véase la sección Prevención y Detección en [COVID-19](#) para más información sobre la asignación de vacunas y consideraciones sobre su distribución.
- Véase también la sección Prevención y Detección en [COVID-19](#).

Eficacia/Respuesta de la Vacuna

- Embarazadas:

REVISIÓN SISTEMÁTICA □ [BJOG 2023 Mar;130\(4\):348](#)

La vacunación contra la COVID-19 durante el embarazo se asocia con una reducción de la hospitalización relacionada con la COVID-19 y la infección por SARS-CoV-2 en embarazadas [\[Nivel 2 de DynaMed\]](#)

[Detalles del Estudio](#)

ESTUDIO DE COHORTE □ [Am J Obstet Gynecol 2021 Sep;225\(3\):303.e1](#)

Las vacunas de ARNm contra la COVID-19 (Pfizer-BioNTech o Moderna) se asocian con una inmunogenicidad y una reactogenicidad similares en embarazadas, lactantes y no embarazadas/no lactantes en edad reproductiva y respuestas inmunitarias más altas en comparación con aquellas que tuvieron infección por SARS-CoV-2 durante el embarazo [\[Nivel 3 de DynaMed\]](#)

[Detalles del Estudio](#)

ESTUDIO DE COHORTE □ [Obstet Gynecol 2022 Feb 1;139\(2\):181](#)

Se informa que la administración de 2 dosis de una vacuna antcovídica de ARNm (Pfizer-BioNTech o Moderna) a adultos que lactan induce anticuerpos neutralizantes contra las variantes complejas de la espícula de tipo salvaje, D614G, alfa (B.1.1.7),

beta (B.1.351) y gamma (P.1) y aumenta el nivel de interferón gamma en la leche materna [\[Nivel 3 de DynaMed\]](#)

Detalles del Estudio

- La revisión sistemática en la que se evalúa la tasa de infección, la respuesta de anticuerpos maternos, la transferencia de anticuerpos transplacentarios y los eventos adversos después de la vacuna anticovid-19 de ARNm (Pfizer-BioNTech o Moderna) en embarazadas se puede encontrar en [Plos One 2022;17\(2\):e0261350](#).
- Reportes de casos de anticuerpos IgG específicos al SARS-CoV-2 en la sangre del cordón umbilical después de la vacunación materna durante el embarazo:
 - **Se informa de la presencia de** anticuerpos IgG contra el SARS-CoV-2 en la sangre del cordón umbilical en el momento del nacimiento de una neonata nacida a término, sana y vigorosa, de una madre sin antecedentes de COVID-19 que recibió una dosis única de la vacuna de ARNm de Moderna contra el SARS-CoV-2 a las 36 3/7 semanas de gestación en un reporte de caso ([BMC Pediatr 2021 Mar 22;21\(1\):138](#)).
 - **Se informa de la presencia de** anticuerpos IgG específicos al SARS-CoV-2 en un título de 1:25,600 en la sangre materna y la sangre del cordón umbilical neonatal después de la vacunación de una paciente multigrávida de 34 años con la vacuna de ARNm de Pfizer-BioNTech contra el SARS-CoV-2 en el tercer trimestre (primera dosis a las 32 6/7 semanas de gestación y segunda dosis a las 35 2/7 semanas de gestación) en un reporte de caso ([Obstet Gynecol 2021 May 1;137\(5\):894](#)).

- Infantes:

ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES • [BMJ 2023 Feb 8;380:e074035](#)

En lactantes < 6 meses de edad, la vacunación de una embarazada con 2 dosis de la vacuna anticovid-19 de ARNm (≥ 1 dosis durante el embarazo) puede tener una eficacia del 53 % para prevenir la hospitalización y 3 dosis pueden tener una eficacia del 80 % para evitar la hospitalización debido a una infección por la variante ómicron [\[Nivel 2 de DynaMed\]](#)

Detalles del Estudio

ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES • [MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2023 Sep 29;72\(39\):1057](#)

Es posible que, durante el predominio de la variante ómicron del SARS-CoV-2, la vacunación materna contra la COVID-19 con vacunas de ARNm durante el embarazo haya tenido una eficacia del 35 % para prevenir la hospitalización en niños □ 6 meses y del 54 % en niños □ 3 meses [\[Nivel 2 de DynaMed\]](#)

Detalles del Estudio

ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES • [N Engl J Med 2022 Jul 14;387\(2\):109](#)

La vacunación materna con 2 dosis de vacuna de ARNm (Moderna o Pfizer-BioNTech) durante el embarazo en períodos de circulación predominante de la variante delta y

la variante ómicron puede tener una eficacia del 52 % contra la hospitalización por COVID-19 en lactantes < 6 meses [Nivel 2 de DynaMed]

[Detalles del Estudio](#)

Seguridad de las vacunas (resultados maternos y neonatales)

REVISIÓN SISTEMÁTICA □ [BMC Pregnancy Childbirth 2023 Jan 20;23\(1\):45](#)

La vacunación contra la COVID-19 durante el embarazo no parece aumentar el riesgo de resultados neonatales adversos y puede estar asociada con una disminución del riesgo de parto prematuro [Nivel 2 de DynaMed]

[Detalles del Estudio](#)

REVISIÓN SISTEMÁTICA □ [BJOG 2023 Mar;130\(4\):348](#)

Es posible que la vacunación contra la COVID-19 durante el embarazo no aumente el riesgo de eventos adversos alrededor del momento del parto [Nivel 2 de DynaMed]

[Detalles del Estudio](#)

REVISIÓN SISTEMÁTICA □ [JAMA Pediatr 2022 Oct 3;176\(11\):1098](#)

La vacunación contra la COVID-19 durante el embarazo parece disminuir la probabilidad de muerte fetal intrauterina y de ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales sin aumentar la probabilidad de otros eventos adversos periparto, como parto prematuro, pequeño para la edad gestacional, puntaje de Apgar bajo, parto por cesárea, hemorragia posparto o corioamnionitis [Nivel 2 de DynaMed]

[Detalles del Estudio](#)

ESTUDIO DE COHORTE □ [JAMA 2024 Feb 6;331\(5\):396](#)

Es posible que la administración de vacunas anticovidicas de ARNm durante el embarazo no aumente los resultados adversos neonatales y disminuya la mortalidad neonatal en Suecia y Noruega [Nivel 2 de DynaMed]

[Detalles del Estudio](#)

ESTUDIO DE COHORTE □ [BMJ 2024 Jul 17;386:e079364](#)

Es posible que la administración de una vacuna anticovidica de ARNm a la madre durante el primer trimestre no aumente ninguna de las principales anomalías congénitas en lactantes [Nivel 2 de DynaMed]

[Detalles del Estudio](#)

ESTUDIO DE COHORTE □ [Obstet Gynecol 2023 Jul 1;142\(1\):125](#)

Es posible que la dosis de refuerzo de la vacuna anticovidica de ARNm en el embarazo aumente el riesgo de malestar agudo o fatiga atendidos médicaamente a los 7 días y linfadenopatía o linfadenitis a los 21 y 42 días [Nivel 2 de DynaMed]

[Detalles del Estudio](#)

ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES □ [Obstet Gynecol 2025 May 2;146\(1\):129](#)

Es posible que la vacunación contra la COVID-19 durante el embarazo no aumente el aborto espontáneo en pacientes de 16 a 49 años con 1 solo embarazo [Nivel 2 de DynaMed]

[Detalles del Estudio](#)

- Vacunación contra la COVID-19 en personas que planean una fertilización in vitro:

REVISIÓN SISTEMÁTICA □ [Fertil Steril 2023 May;119\(5\):772](#)

La vacunación contra la COVID-19 no parece disminuir la tasa de embarazo clínico en personas que reciben tratamiento de reproducción asistida [Nivel 2 de DynaMed]

[Detalles del Estudio](#)

ESTUDIO DE COHORTE □ [Obstet Gynecol 2022 Apr 1;139\(4\):490](#)

Es posible que la vacunación con ARNm contra la COVID-19 (Pfizer-BioNTech o Moderna) no disminuya la tasa de embarazo clínico en pacientes que se sometieron a transferencia de embriones euploides congelados-descongelados ni la tasa de fertilización en pacientes que tuvieron un ciclo de hiperestimulación ovárica controlada

[Nivel 2 de DynaMed]

[Detalles del Estudio](#)

- Reacciones locales y sistémicas y resultados obstétricos y neonatales después de la administración de una vacuna anticovidíca de ARNm (Pfizer-BioNTech BNT162b2 o Moderna ARNm-1273 COVID-19) en embarazadas:
 - Despues de la vacunación en los Estados Unidos, se evaluaron 35 691 personas de 16 a 54 años (76 % de raza blanca) en el sistema de vigilancia y verificación de salud (v-safe) que dijeron estar embarazadas y que recibieron la vacuna anticovidíca de ARNm (Pfizer-BioNTech [54 %] o Moderna [46%]) entre el 14 de diciembre de 2020 y el 28 de febrero de 2021.
 - Los eventos adversos en > 10 % después de la segunda dosis fueron: dolor en el lugar de la inyección (92 %), fatiga (71,5 %), dolor de cabeza (55 %), mialgia (54 %), escalofríos (37 %), fiebre/febril (35 %), náuseas (27 %), dolor en las articulaciones (26 %) e hinchazón en el lugar de la inyección (12 %)
 - Los eventos adversos graves después de la segunda dosis en > 2 % fueron: fatiga (12,6 %), dolor en el lugar de la inyección (6 %), mialgia (9,4 %), dolor de cabeza (5,3 %), escalofríos (5,1 %), dolor en las articulaciones (4,2 %), y náuseas (2,1 %)
 - Calendario de vacunación según estado de gestación:
 - Vacunados durante el embarazo en 30 887 personas (86,5%)
 - Prueba de embarazo positiva tras vacunación en 4804 personas (13,5%)
 - Se invitaron 5230 personas de una cohorte de v-safe a participar en el registro de embarazo v-safe (los criterios de inclusión incluyeron la vacunación durante el embarazo o en el período preconcepcional [30 días antes de la última menstruación hasta 14 días después]).

- Se le dio seguimiento a 3958 embarazadas (98% de 25 a 44 años) que cumplieron con los criterios y aceptaron inscribirse en el registro de embarazo v-safe hasta el 30 de marzo de 2021.
 - Resultados obstétricos en 827 personas que habían concluido el embarazo al final del estudio frente a la incidencia publicada en poblaciones que no se compararon:
 - Nacidos vivos en el 86,1 % (98,3 % recibió la primera dosis en el tercer trimestre) frente a No reportado
 - Aborto espontáneo (< 20 semanas de gestación) en 12,6 % (92,3 % < 13 semanas de gestación) frente a un rango de 10 % a 26 %
 - Muerte fetal (\geq 20 semanas de gestación) en 0,1 % frente a < 1 %
 - Resultados neonatales en 724 bebés nacidos vivos (incluidos 12 conjuntos de gestación múltiple) frente a la incidencia publicada en poblaciones no comparadas:
 - Parto prematuro (< 37 semanas de gestación) en un 9.4% frente a un rango de 8 % a 15 %
 - Tamaño pequeño para la edad gestacional en 3,2 % frente a un 3,5%
 - Anomalías congénitas importantes en un 2,2 % (ninguno de los bebés procedía de embarazos con una primera dosis de la vacuna en el período periconcepcional o en el primer trimestre) frente a un 3 %
 - Muerte neonatal en 0 % frente a < 1%
- Se informaron los resultados de 221 embarazadas en el Sistema de Notificación de Eventos Adversos por Vacunas (VAERS):
 - Los resultados del embarazo o neonatales incluyeron aborto espontáneo (21 %), muerte fetal (1,4 %), ruptura prematura de membranas (1,4 %), sangrado vaginal (1,4 %), hidropesía fetal (0,9 %), parto prematuro (0,9 %) y muerte neonatal después del nacimiento a las 22 semanas de gestación (0,5%)
 - Placenta calcificada, pérdida de líquido amniótico, cuello uterino acortado, diabetes gestacional, preeclampsia y contracciones irregulares o dolorosas en 1 persona cada una
- Referencia - [N Engl J Med 2021 Jun 17;384\(24\):2273](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8207000/)

Detección

- La detección de COVID-19 en pacientes embarazadas es similar a la de la población general. Para más información, consulte la sección de Detección en [Control y Prevención de la Infección por COVID-19](#).

Directrices y Recursos

Directrices

Directrices Internacionales

- Los documentos técnicos y de países de la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19) se pueden encontrar en [Enfermedad por coronavirus de la OMS \(COVID-19\)](#).
- Las directrices provisionales internacionales de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) sobre la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) durante el embarazo y el puerperio se pueden encontrar en [Int J Gynaecol Obstet 2020 Jun;149\(3\):273](#)
- Las directrices de la Sociedad Internacional de Ultrasonido en Obstetricia y Ginecología (ISUOG) sobre la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) durante el embarazo y el puerperio: información para profesionales de la salud; se pueden encontrar una actualización en [Ultrasound Obstet Gynecol 2020 Jun;55\(6\): 848](#)

Directrices de los Estados Unidos

- Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG):
 - La declaración del comité del ACOG sobre las consideraciones éticas para la atención ginecobstétrica del parto durante una pandemia se puede encontrar en [Obstet Gynecol 2023 Jul 1;142\(1\):225](#).
 - Las recomendaciones prácticas del ACOG sobre la vacunación de pacientes embarazadas y lactantes contra la COVID-19 se pueden encontrar en **ACOG 2020 Dec**, última actualización en septiembre de 2025.
 - La declaración de principios del ACOG sobre cómo abordar la equidad en salud durante la pandemia de COVID-19 se puede encontrar en [ACOG 2020 May 11](#)
 - La opinión **798** del comité del ACOG sobre la implementación de la telesalud en la práctica se puede encontrar en [Obstet Gynecol 2020 Feb;135\(2\):e73](#) o en [ACOG 2020 Feb](#)
 - La opinión **726** del comité del ACOG sobre la preparación contra los desastres de los obstetras y las instalaciones que brindan atención de maternidad se puede encontrar en [Obstet Gynecol 2017 Dec;130\(6\):e291](#) o en [ACOG 2017 Dec](#), reafirmado en 2024.
- Sociedad de Medicina Materno-Fetal (SMFM):
 - Las recomendaciones de la SMFM sobre las consideraciones de tratamiento para las pacientes embarazadas con COVID-19 se pueden encontrar en [SMFM 2021 Feb 2 PDF](#)
 - El tratamiento ambulatorio de la COVID-19 propuesto por la SMFM para pacientes embarazadas se puede encontrar en [SMFM 2022 Jun 21 PDF](#)
 - La declaración de la SMFM sobre el uso del **Paxlovid** en pacientes embarazadas se puede encontrar en [SMFM 2021 Dec 22 PDF](#)
 - COVID-19 y embarazo, según la SMFM: lo que los subespecialistas en medicina materno-fetal deben saber se puede encontrar en [SMFM 2022 Jun 21 PDF](#)
 - Las recomendaciones de la SMFM para la práctica **clínica** con respecto al uso de ultrasonidos se pueden encontrar en [SMFM 2020 Oct 20 PDF](#)

- La declaración de la SMFM sobre la vacunación contra el SARS-CoV-2 en el embarazo se puede encontrar en [SMFM 2020 Dec 1 PDF](#)
- La declaración de la SMFM sobre la vacunación bivalente contra el SARS-CoV-2 en el embarazo se puede encontrar en [SMFM 2022 Sep 22 PDF](#)
- Las consideraciones de la SMFM para hacer partícipes a los proveedores en el asesoramiento sobre las vacunas anticovídicas con pacientes embarazadas y lactantes se pueden encontrar en [SMFM 2022 Jan 11 PDF, reafirmado el 28 de mayo de 2025](#).
- El [algoritmo](#) del Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos/Sociedad de Medicina Materno Fetal (ACOG/SMFM) sobre la evaluación y el tratamiento ambulatorios de las embarazadas con sospecha o confirmación del nuevo coronavirus (COVID-19) se puede encontrar en [ACOG/SMFM 2020 Jul 14 PDF](#).
- Las [recomendaciones](#) de la Sociedad de Medicina Materno Fetal / Sociedad de Anestesiólogos en Obstetricia y Perinatología (SMFM/SOAP) sobre las consideraciones del trabajo de parto y el parto relacionadas con la COVID-19 se pueden encontrar en [SMFM/SOAP 2020 Oct 9 PDF](#).
- El tratamiento para los pacientes y las recomendaciones clínicas de la Sociedad Estadounidense de Medicina Reproductiva (ASRM) durante la pandemia de coronavirus (COVID-19) se pueden encontrar en [ASRM 2022 Apr 20](#)
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC):

COMENTARIO DE DYNAMED

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) están actualizando actualmente su sitio web y es posible que algunas páginas web se hayan movido o ya no existan. Si encuentra un enlace roto, hágalos saber enviando comentarios a través del botón Comentarios que se encuentra a continuación.

- Las informaciones generales de los CDC sobre la COVID-19 se pueden encontrar en [CDC COVID-19](#) o en [español](#).
- Directrices de los CDC sobre evaluación y tratamiento:
 - Las directrices clínicas se pueden encontrar en [CDC 2024 Jun 14](#).
 - Las directrices provisionales para la recogida y manipulación de las muestras clínicas para la COVID-19 se pueden encontrar en [CDC 2024 Oct 29](#).
 - Las directrices sobre salud mental, uso de sustancias e ideación suicida durante la pandemia de la COVID-19 se pueden encontrar en [MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2020 Aug 14;69\(32\):1049](#).
- Directrices de los CDC sobre prevención y control de la infección:
 - Directrices para el control de infecciones: el SARS-CoV-2 se puede encontrar en [CDC 2024 Jun 24](#).
 - Las consideraciones clínicas provisionales sobre el uso de las vacunas anticovídicas en los Estados Unidos se pueden encontrar en [CDC 2024 Oct 31](#).
 - Las orientaciones sobre cómo mantenerse al día con las vacunas contra la COVID-19 se pueden encontrar en [CDC 2025 Jan 7](#).

- Las orientaciones sobre cómo protegerse a sí mismo y a los demás se puede encontrar en [CDC 2024 Jul 12](#) o en [español](#).
- Las orientaciones iniciales de la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP) sobre el tratamiento de los bebés nacidos de madres con sospechas o confirmación de COVID-19 se pueden encontrar en [AAP 2022 Nov 10](#).
- Las directrices de los Institutos Nacionales de la Salud (NIH) sobre el tratamiento de la COVID-19 se pueden encontrar en [NIH 2021 Apr 21](#).
- Las directrices de la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América (IDSA) sobre el diagnóstico de COVID-19: las pruebas de diagnóstico molecular se pueden encontrar en [IDSA 2023 Sep 5 PDF](#).

Directrices del Reino Unido

- las directrices del Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos/Colegio Real de Partertas/Colegio Real de Pediatría y Salud Infantil/Salud Pública de Inglaterra/ Salud Pública de Escocia (RCOG/RCM/RCPCH/PHE/[PHS](#)) para profesionales de la salud sobre la infección por coronavirus (COVID-19) en el embarazo se pueden encontrar en [RCOG 2022 Dec 15 PDF](#)

Directrices canadienses

- Sociedad de Obstetras y Ginecólogos de Canadá (SOGC):
 - La opinión del comité de la SOGC sobre la COVID-19 en el embarazo se puede encontrar en [SOGC 2020 Mar 13 PDF](#), reafirmado el 15 de febrero de 2021.
 - La declaración de la SOGC sobre la detección prenatal durante la pandemia de COVID-19 se puede encontrar en [SOGC 2020 May 7 PDF](#), reafirmado el 20 de agosto de 2021.
 - La declaración de SOGC sobre la vacunación contra COVID-19 en el embarazo se puede encontrar en [SOGC 2020 Dec 18, revisado y confirmado el 14 de marzo de 2022 en PDF](#).
 - La declaración de la SOGC sobre las vacunas antcovídicas y los raros resultados adversos de la trombosis asociada con plaquetas bajas se puede encontrar en [SOGC 2021 Apr 20 PDF](#).
 - La declaración de SOGC sobre anticoncepción y riesgo de tromboembolismo venoso en el contexto de la enfermedad COVID-19 se puede encontrar en [SOGC 2021 Oct 1 PDF](#).

Directrices europeas

- Las directrices de Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) sobre el SARS-cov-2 en el embarazo, el parto y el posparto se puede encontrar en [AWMF 2022 Mar](#) [en alemán]

Directrices de América Central y del Sur

- Las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre la atención de las principales urgencias obstétricas se pueden encontrar en [PAHO 2024 Jun 21](#) o en [español](#).

Directrices de Australia y Nueva Zelanda

- [Las directrices australianas sobre la atención médica de las personas con COVID-19](#) se pueden encontrar en [National COVID-19 Clinical Evidence Taskforce 2023 PDF](#).
- Consultar [COVID-19](#) para obtener más directrices sobre pacientes no embarazadas.

Artículos de Revisión

- las reseñas se pueden encontrar en:
 - [BMJ 2022 Apr 26;377:e069739](#)
 - [Obstet Gynecol Surv 2021 Aug;76\(8\):504](#)
 - [J Perinat Med 2021 Jul 27;49\(6\):637](#)
 - [Am J Emerg Med 2021 Feb;40:193](#)
 - [Taiwan J Obstet Gynecol 2021 May;60\(3\):405](#)
 - [Am J Emerg Med 2021 Feb;40:193](#)
 - [Geburtshilfe Frauenheilkd 2020 Aug;80\(8\):813](#)
 - [Mayo Clin Proc 2020 Aug;95\(8\):1750](#)
 - [Infez Med 2020 Jun 1;28\(suppl 1\):46PDF](#)
 - [Med Sci Monit 2020 May 9;26:e924725](#)
 - [BMJ 2020 May 4;369:m1672](#)
 - [Am J Obstet Gynecol 2020 Jun;222\(6\):521](#)
- Se puede encontrar una revisión de la vacunación contra la COVID-19 en el embarazo en [BMJ 2022 Aug 10;378:e069741](#).
- Se puede encontrar una revisión de la vacunación COVID-19 en el embarazo en [Obstet Gynecol 2023 Mar 1;141\(3\):473](#).
- Las revisiones de la gravedad de COVID-19 en el embarazo se pueden encontrar en:
 - [Am J Reprod Immunol 2020 Nov;84\(5\):e13332](#)
 - [Am J Reprod Immunol 2020 Nov;84\(5\):e13339](#)
- Se puede encontrar una revisión del impacto de la COVID-19 en la salud materna e infantil en África en [BMC Pregnancy Childbirth 2023 Jan 4;23\(1\):6](#).
- Se puede encontrar una revisión de embarazo, infección viral y COVID-19 en [Front Immunol 2020;11:1672](#).
- Se puede encontrar una revisión de los cambios en la fisiología y el sistema inmunitario durante el embarazo y la infección por coronavirus en [Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2020 Dec;255:124](#).
- Se puede encontrar una revisión de las características epidemiológicas y clínicas de COVID-19 en niños, embarazo y recién nacidos en [Pediatr Infect Dis J 2020 Jun;39\(6\):469](#)

- Se puede encontrar una revisión del ciclo clínico de la COVID-19 en el embarazo en [Semin Perinatol 2020 Nov;44\(7\):151284.](#)
- Se puede encontrar una revisión de los aspectos clínicos de la COVID-19 en el embarazo en [J Obstet Gynaecol Res 2020 Aug;46\(8\):1235.](#)
- Se puede encontrar una revisión de la coagulopatía de COVID-19 en el embarazo en [J Thromb Haemost 2020 Nov;18\(11\):3086.](#)
- Se puede encontrar una revisión de la COVID-19 y la fisiología del embarazo en [J Matern Fetal Neonatal Med 2020 Aug 18 early online.](#)
- Se puede encontrar una revisión de la telesalud en embarazos de alto riesgo en el contexto de la pandemia de COVID-19 en [Am J Perinatol 2020 Jun;37\(8\):800.](#)
- Se puede encontrar una revisión del tratamiento clínico de COVID-19 en el embarazo en [Fetal Diagn Ther 2020;47\(7\):519.](#)
- Se puede encontrar una revisión de la anestesia obstétrica durante la pandemia de COVID-19 en [Anesth Analg 2020 Jul;131\(1\):7.](#)
- Se puede encontrar una revisión del asesoramiento para la infección por SARS-cov-2 en el embarazo en [Ultrasound Obstet Gynecol 2021 May;57\(5\):687.](#)
- Se puede encontrar una revisión de COVID-19 y el embarazo en la enfermedad renal en [Adv Chronic Kidney Dis 2020 Sep;27\(5\):397.](#)
- Se puede encontrar una revisión de la atención prenatal para minimizar los riesgos de COVID-19 en pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo en [Am J Perinatol 2020 Jun;37\(8\):837.](#)
- Se puede encontrar una revisión sobre el tratamiento de la diabetes en el embarazo antes, durante y después de COVID-19 en [Diabetes Technol Ther 2020 Jun;22\(6\):454.](#)
- Se puede encontrar una revisión del tratamiento de la colitis ulcerosa grave aguda en el embarazo durante la COVID-19 en [Inflamm Bowel Dis 2020 Jun 18;26\(7\):971.](#)
- Se puede encontrar una revisión de la lactancia materna en casos sospechosos o confirmados de COVID-19 en [J Obstet Gynaecol India 2020 Aug;70\(4\):267.](#)
- Se puede encontrar una revisión de COVID-19 desde perspectivas neonatales y perinatales en [J Perinatol 2021 May;41\(5\):940.](#)
- Se puede encontrar una revisión de la Vacuna anticovidíca y el embarazo en [Obstet Gynecol 2021 Mar 1;137\(3\):408.](#)

Búsqueda en MEDLINE

- Para buscar en MEDLINE (COVID-19 y Pacientes Embarazadas) con búsqueda específica (Consultas Clínicas), haga clic en [terapia](#), [diagnóstico](#) o [pronóstico](#).

Información del Paciente

- Folletos del Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos sobre:
 - [Coronavirus \(COVID-19\), embarazo, parto y lactancia](#)
 - [Coronavirus \(COVID-19\), consultas al ginecólogo y telesalud](#)
- [Formación del Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos PDF](#)

- Folletos de la Biblioteca de Salud de EBSCO sobre:
 - [COVID-19](#) o en [español](#)
 - [Instrucciones de alta por COVID-19 \(sospechoso o confirmado\)](#) o en [español](#)
- Informaciones sobre COVID-19 de la [Organización Mundial de la Salud](#) o en [árabe](#), [chino](#), [francés](#), [ruso](#), [español](#)
- Informaciones sobre COVID-19 de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades sobre:
 - [Vacunación contra la COVID-19 para las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia](#)
 - [Vacunación contra la COVID-19 para las personas que desean tener un bebé](#)
 - [Virus respiratorios y embarazo](#)
 - [COVID-19](#)
 - [Cómo prevenir la propagación de virus respiratorios cuando estás enfermo](#)
- Informaciones [sobre la salud](#) de [Patient UK](#) (la página también incluye un enlace a una autoverificación interactiva)
- Informaciones [sobre la COVID-19](#): síntomas, tratamiento, [lo que debe hacer en caso de que enferme](#) del [Gobierno de Canadá](#) o en [francés](#)
- Informaciones del Departamento de Salud y Atención a la Tercera Edad del Gobierno Australiano sobre el coronavirus 2019 (COVID-19)
 - [Lo que necesita saber sobre el coronavirus \(COVID-19\)](#) (la página también incluye un enlace al verificador de síntomas interactivo)

Referencias

Referencias generales utilizadas

Las referencias que se enumeran a continuación se utilizan en este tema de DynaMed principalmente como apoyo a la información básica y como orientación cuando no se consideran necesarios los resúmenes de las pruebas. La mayoría de las referencias se incorporan al texto junto con los resúmenes de evidencia.

1. Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG). COVID-19 Preguntas frecuentes para obstetras y ginecólogos, Obstetricia. [ACOG 2020](#).
2. Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos (RCOG) y Real Colegio de Parteras. Infección por Coronavirus (COVID-19) en el Embarazo. [RCOG 2022 Dec 15 PDF](#).
3. Sociedad de Obstetras y Ginecólogos de Canadá (SOGC). Opinión del Comité sobre COVID-19 y el embarazo. [SOGC 2020 Mar 13 PDF](#), reafirmado el 15 de febrero de 2015.
4. Grupo de Trabajo Nacional de Evidencia Clínica sobre la COVID-19. Directrices australianas para la atención clínica de personas con COVID-19. [National Clinical Evidence Taskforce COVID-19 2023 PDF](#).

Sistema de Calificación de Recomendaciones Sintetizadas para el Contenido de DynaMed

- El equipo de DynaMed monitorea sistemáticamente la evidencia clínica para proporcionar continuamente una síntesis de la evidencia más válida y relevante para respaldar la toma de decisiones clínicas (consulte la Metodología de 7 pasos basada en la evidencia).
- Las recomendaciones de las guías resumidas en el cuerpo de un tema de DynaMed se proporcionan con el sistema de calificación de recomendaciones utilizado en la(s) guía(s) original(es) y permiten a los usuarios ver rápidamente dónde están de acuerdo las guías y dónde difieren entre sí y de la evidencia actual.
- En el contenido de DynaMed, sintetizamos la evidencia actual, las guías actuales de las principales autoridades y la experiencia clínica para proporcionar recomendaciones que respalden la toma de decisiones clínicas en la sección Resumen y recomendaciones.
- Utilizamos el enfoque de Clasificación de Recomendaciones, Evaluación, Desarrollo y Valoración (GRADE) para clasificar las recomendaciones sintetizadas como Fuertes o Condicionales.
 - Las **Recomendaciones fuertes** se pueden usar cuando, basándose en la evidencia disponible, los clínicos (sin conflictos de interés) tienen consistentemente un alto grado de confianza de que las consecuencias deseables (beneficios para la salud, disminución de costos y cargas) superan las consecuencias indeseables (daños, costos, cargas).
 - Las **Recomendaciones condicionales** se pueden usar cuando, basándose en la evidencia disponible, los clínicos creen que las consecuencias deseables e indeseables están finamente equilibradas, o existe una incertidumbre apreciable sobre la magnitud de las consecuencias esperadas (beneficios y daños).
 - Las **Recomendaciones condicionales** se pueden usar cuando los clínicos no están de acuerdo en los juicios sobre el beneficio y el daño relativos o tienen una confianza limitada en sus juicios.
 - Las **Recomendaciones condicionales** también se pueden usar cuando la gama de valores y preferencias del paciente sugiere que es probable que los pacientes informados tomen diferentes decisiones.
- Las recomendaciones sintetizadas de DynaMed (en la sección Descripción General y Recomendaciones) se determinan con una metodología sistemática.
 - Las recomendaciones se etiquetan explícitamente como **Recomendaciones fuertes** o **Recomendaciones condicionales** cuando una organización calificada ha deliberado explícitamente sobre la realización de dicha recomendación.
 - Las recomendaciones se redactan para que coincidan con la fuerza de la recomendación.
 - Las **Recomendaciones fuertes** utilizan la fraseología "debería hacer", o una fraseología que implica una expectativa de realizar la acción recomendada para la mayoría de los pacientes.
 - Las **Recomendaciones condicionales** utilizan la fraseología "considere" o "sugerido".
 - Las recomendaciones son verificadas por ≥ 1 editor con experiencia metodológica, que no participa en la redacción o el desarrollo de la recomendación,

con la confirmación explícita de que las recomendaciones fuertes están adecuadamente respaldadas.

- Las recomendaciones se publican solo después de que se establece el consenso con el acuerdo en la redacción y la fuerza de la recomendación por todos los editores.
- Si las recomendaciones son cuestionadas durante la revisión por pares o la publicación posterior por una persona calificada, o si se justifica una reevaluación basada en nueva información detectada a través de la vigilancia sistemática de la literatura, la recomendación está sujeta a una revisión interna adicional.

Tabla 1. Vacunas antcovídicas autorizadas/aprobadas por tipo

Tipo de vacuna	Fabricante	Nombre de las vacunas	Aprobadas en
Vacunas antcovídicas de ARN mensajero (ARNm)	Pfizer/BioNTech	Comirnaty, Tozinamerán, BNT162b2	149 países
	Pfizer/BioNTech	Comirnaty Original Bivalente/Ómicron BA.1	32 países
	Pfizer/BioNTech	Comirnaty Original Bivalente/Ómicron BA.4/BA.5	32 países
	Moderna	Spikevax, ARNm-1273, Elasomérán	88 países
	Moderna	Spikevax Original Bivalente/Ómicron BA.1, ARNm-1273.214	38 países
	Moderna	Spikevax Original Bivalente/Ómicron BA.4/BA.5, ARNm-1273.222	Estados Unidos
	Takeda	TAK-919 (Fórmula de Moderna)	Japón
	Gennova Biopharmaceuticals Limited	GEMCOVAC-19, Gemcovac	India
Vacunas antcovídicas de vector adenoviral	Oxford/AstraZeneca	Vaxzevria, AZD1222, ChAdOx1 nCoV-19	149 países
	Janssen/Johnson & Johnson	Jcovden, Ad26.COV2. S, Ad26COVS1, JNJ-78436735	113 países
	Gamaleya	Sputnik V, Gam-COVID-Vac	74 países
	Instituto de Sueros de la India	Covishield (Oxford/Fórmula de AstraZeneca)	49 países
	Gamaleya	Sputnik Light	26 países
	CanSino	Convidecia, Ad5-nCoV	10 países
	CanSino	Ad5-nCoV-IH	China
	Gamaleya	Gam-COVID-Vac, Sputnik, rAd5	Federación Rusa
Vacunas proteicas contra la COVID-19	Bharat Biotech	iNOVACC, BBV154	India
	Novavax	Nuvaxovid, NVX-CoV2373	40 países
	Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología (CIGB)	Abdala, CIGB-66	Cuba, México, Nicaragua, San Vicente y las Granadinas, Venezuela, Vietnam
	Anhui Zhifei Longcom	ZF2001, RBD-Dimer, Zifivax	China, Colombia, Indonesia, Uzbekistán
Instituto Finlay de Vacunas Cuba	Soberana 02, FINLAY-FR-2, Pastu Covac, Pastocovac	Cuba, Irán, Nicaragua, Venezuela	

	Centro Estatal de Investigación de Virología y Biotecnología de Vectores	EpiVacCorona	Camboya, Federación Rusa, Turkmenistán, Venezuela
	Instituto de Sueros de la India	COVOVAX (Fórmula de Novavax)	Bangladesh, India, Indonesia, Filipinas, Sudáfrica, Tailandia
	Instituto Finlay de Vacunas de Cuba	Soberana Plus, FINLAY-FR-1A	Bielorrusia, Cuba
	Medigen	MVC-COV1901	Paraguay, Somalia, Taiwán
	Biological E Limited	Corbevax, BECOV2A	Botsuana, India
	Instituto Razi para la Investigación de Vacunas y Sueros	Razi Cov Pars	Irán
	Vaxine/CinnaGen Co.	SpikoGen, COVAX-19	Irán
	Universidad de Ciencias Médicas de Bagheiat-allah	Vacuna Noora, Vacuna proteica recombinante RBD contra la COVID-19	Irán
	Takeda	TAK-019 (Fórmula de Novavax)	Japón
	Centro Estatal de Investigación de Virología y Biotecnología de Vectores	Aurora-CoV, EPiVacCorona-N	Federación Rusa
	Instituto Nacional de Vacunas y Sueros	Vacuna recombinante contra el SARS-CoV-2 (CHO Cell), Vacuna recombinante contra la COVID-19, NVSI-06-08	Emiratos Árabes Unidos
	SK Bioscience Co Ltd	SKYcovione, GBP510	República de Corea
	Livzon Mabpharm Inc	V-01	China
Vacunas antcovídicas de virus completo inactivo	Sinopharm (Beijing)	Covilo, BBIBP-CorV (Células Vero)	93 países
	Sinovac	CoronaVac	56 países
	Valneva	VLA2001	33 países
	Bharat Biotech	Covaxin, BBV152	14 países
	Chumakov Center	KoviVac	Bielorrusia, Camboya, Federación Rusa
	Instituto para la Investigación de Problemas de Seguridad Biológica (RI-BSP)	QazVac, QazCovid-in	Kazakstán, Kirguistán
	Sinopharm (Wuhan)	Inactiva (células Vero)	China, Filipinas
	Shenzhen Kangtai Biological Products Co.	KCONVAC, Vacuna contra el SARS-CoV-2 (Células Vero), KconeVac	China, Indonesia
	Organización para la Innovación de Defensa y la Investigación	FAKHRAVAC (MIVAC)	Irán

	Shifa Pharmed Industrial Co.	COVIran Barekat, Vacuna inactivada contra la COVID-19	Irán
	Instituto de Salud de Turquía	Turkovac, ERUCOV-VAC	Turquía
Vacunas antcovídicas de ADN	Zydus Cadila	ZyCoV-D	India
Vacunas antcovídicas de partículas víricas	Medicago	Covifenz, CoVLP, MT-2766, Plant-based VLP	Canadá

Referencia - [McGill COVID19 Vaccine Tracker](#)