

La dona gestant durant la pandèmia de la covid-19: perpetuant el biaix de gènere?

Laia Pratcorona Alicart, Carmina Comas Gabriel

Servei d'Obstetrícia. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona)

La literatura científica i les guies clíniques actuals no incorporen la dona gestant com a grup de risc prioritari de la covid-19. Ara bé, des d'una visió de gènere, cal que ens preguntem el perquè. La resposta és clara: històricament, la majoria d'estudis científics comunitaris no han considerat el gènere femení, i no cal dir la gestació, com elements on centrar el focus de l'interès i els esforços.

Desafortunadament, durant la pandèmia per covid-19 sembla que aquest biaix persisteix: la majoria de guies clíniques mantenen els mateixos criteris i estàndards de diagnòstic per a la dona embarassada que per a la població general, en la majoria de casos mitjançant un test molecular del tipus reacció en cadena de la polimerasa amb transcripció inversa quantitativa (qRT-PCR, en anglès)¹⁻³. Encara més cridaner és que la majoria de protocols indiquen testar les gestants només quan la gravetat del quadre clínic justifiqui un ingrés hospitalari, com per qualsevol altre pacient^{1,3}.

La crisi mundial per la pandèmia de la covid-19 ha arribat per sorpresa i s'ha desenvolupat en pocs mesos. És per això que la comunitat científica s'ha vist obligada a una contínua i vertiginosa actualització de les guies de consens, basades en les etapes inicials en el sentit comú i en l'extrapolació procedent d'altres infeccions similars, i posteriorment sobre la base de la progressiva experiència acumulada. Malgrat això, i atès que es tracta d'una malaltia emergent i desconeguda fins fa pocs mesos, i que les llacunes científiques són immenses, les recomanacions són habitualment de mínims i en totes s'aconsella sempre prudentment l'adaptació a les guies locals.

En aquest context, la infecció per covid-19 en la dona gestant constitueix un desafiament encara més gran per diferents motius. En primer lloc, l'evident binomi mare-fetus, que augmenta l'impacte potencial i la complexitat de la infecció, ja que en aquest cas afecta dues poblacions de manera simultània. El peculiar, temporal i complex estatus immunològic propi de la gestant pot comportar un increment de susceptibilitat a determinats patògens intracel·lulars, així com una resposta específica diferenciada respecte de la població no gestant, com passa amb altres infeccions víriques (varicel·la, grip, Èbola o SARS)⁴. La vulnerabilitat pròpia de l'estat gestacional a determinades malalties respiratòries, pels canvis anatòmics toràcics, comporta una dificultat afegida en el maneig clínic de casos greus, especialment més enllà de les 24 setmanes d'embaràs, sobretot a les unitats de cures intensives, al mateix temps que la hipercoagulabilitat pròpia de la gestació pot ser potenciada per la infecció per SARS-CoV-2.

Clínicament, les gestants diagnosticades de covid-19 tendeixen a presentar simptomatologia lleu, probablement a causa de la seva joventut, del menor risc de complicacions observat en població femenina, del fet que es tracta d'una població majoritàriament sana i de l'esmentat estat immunitari durant la gestació. Comparada amb la població no gestant, aquesta bona tolerància clínica pot dur a un infradiagnòstic, però no necessàriament a un impacte menor en el desenvolupament i el benestar fetal, i, per tant, no podem ignorar el risc potencial que aquesta infecció pot suposar tant per a la dona com per al fetus en desenvolupament.

La vulnerabilitat de la gestant, però, no es redueix a l'organicitat: en l'àmbit social i laboral és una població molt susceptible, encara més en el context d'una pandèmia mundial que condicionarà dificultats econòmiques, baixes laborals, problemes de conciliació familiar, aïllament social i una certa dificultat a l'accés als serveis sanitaris. L'assoliment de determinats drets del pacient ha estat especialment difícil en el cas de les embarassades, sotmeses a una visió sovint paternalista per part del personal sanitari i les institucions⁵. Així, en el context de la pandèmia cal estar especialment vigilants per garantir que aquests drets de tracte no discriminatori, respecte a l'autonomia, la intimitat i la informació es mantinguin com a eixos inqüestionables en l'atenció que oferim a les gestants. Res d'això serà possible si no disposem d'informació de l'impacte real de la infecció en el procés d'embaràs i part, i si desconeixem l'estat infecciós de cada dona en el moment que li calgui rebre atenció sanitària.

Des d'un punt de vista logístic, les dones embarassades conformen una població sana, que durant un lapse relativament curt de temps interacciona de manera repetida amb el sistema sanitari en un procés que, gairebé sempre, culmina en un ingrés hospitalari al part. Això pot comportar un increment del risc d'exposició al contagi, però al mateix temps brinda una oportunitat d'accessibilitat per estudiar l'impacte de la pandèmia en aquest subgrup de la població en concret.

És per tot això que caldria prestar una atenció especial a la població de dones gestants durant el període pandèmic⁶, al mateix temps que aprofitem aquesta finestra d'oportunitat per corregir aquest biaix històric cap a les dones, en especial les gestants. Per assolir-ho proposem dues accions fàcils d'implementar i que poden comportar un gran impacte:

Recomanació 1: *Testar per SARS-CoV2 totes les gestants en les que hi hagi sospita clínica o epidemiològica, independentment de l'edat gestacional i la gravetat clínica*

La nostra experiència fins a data d'avui amb la covid-19 ens suggereix que no hi ha transmissió vertical en infeccions contretes durant el tercer trimestre de la gestació, si bé és cert que només disposem de poques sèries publicades i que es conformen de pocs casos⁷. Encara disposem de molta menys informació quan es tracta d'una infecció contreta la primera meitat de l'embaràs⁸. Com en altres infeccions víriques, probablement la gravetat de l'afecció materna i fetal variï segons l'edat gestacional en què tingui lloc: per exemple, taxa més alta d'avortaments en etapes molt inicials; risc de teratogenicitat o anomalies congènites, bé per la pròpia infecció o pels seus símptomes, com la febre; riscos potencials de la tempesta de citocines que es dona en alguns casos; alteracions en la funció placentària/vascular com a modificació de l'expressió de l'enzim convertidor de l'angiotensina-2; alteració del balanç angiogènic, o efecte sobre la hipercoagulabilitat i l'estatus protrombòtic propis de la gestant. Tampoc disposem de dades de l'impacte que poden tenir determinades comorbiditats, com la hipertensió o l'obesitat preexistents a l'embaràs. Per tant, malgrat que amb les dades disponibles sigui poc probable la transmissió vertical, la infecció en si mateixa i la resposta inflamatòria que la mare hi generi poden afectar el fetus en desenvolupament i poden tenir efectes fins i tot en etapes postnatales. Prenent consciència d'aquesta falta d'informació, serà impossible assolir aquests coneixements en una malaltia emergent i desconeguda si no podem confirmar el diagnòstic. D'altra banda, les gestants infectades, però amb baix risc de complicacions i clínica lleu o, fins i tot, asimptomàtiques, poden no requerir un abordatge clínic complex, però sí que caldria confirmar el diagnòstic amb un test independentment de l'edat gestacional. Només aleshores podrem calibrar l'impacte de la infecció per SARS-CoV-2 durant l'embaràs en termes de morbiditat maternofetal i resultats obstètrics i perinatales.

Recomanació 2: *Testar per SARS-CoV-2 de manera rutinària totes les gestants que ingressin per part*

Sabem que la majoria de gestants amb covid-19 al part són asimptomàtiques i no diagnosticades. Experiències recents han mostrat que fins el 13,7% de gestants asimptomàtiques al part eren SARS-CoV-2 positives (una de cada vuit dones ateses per part). Encara més, el 88% de les dones que es van identificar com a infectades a l'ingrés eren asimptomàtiques⁹. Al nostre medi (hospital terciari amb una població de referència de 800.000 persones) hem confirmat infecció per SARS-CoV-2 a l'ingrés en el 2,6% de les gestants asimptomàtiques (dades encara no publicades). Malgrat que aquests resultats no són extrapolables a altres àrees geogràfiques, ja que depenen de la prevalença, subratllen el risc d'infradiagnòstic de la infecció en aquesta població. Tenint tot això en consideració, i coneixent el risc de propagació del virus per part de pacients asimptomàtics, diversos centres, entre ells el nostre, hem implantat el cribratge de pacients asimptomàtiques a l'ingrés per part. El cribratge universal per SARS-CoV-2 comporta importants beneficis per un maneig òptim dels recursos a les àrees assistencials, com l'adequació del circuit d'aïllament respiratori durant l'hospitalització, així com l'adequació de les mesures de protecció per al personal sanitari; però en el cas de les gestants, a més, comporta beneficis en l'adequació de les mesures de protecció per als membres de l'entorn familiar, i, per descomptat, del maneig de la cura del nadó, o la planificació de les altes a domicili i les mesures que han de prendre els professionals que fan l'atenció domiciliària en el puerperi immediat, així com la identificació i el seguiment de l'evolució dels nadons fills de mares infectades per part de l'equip de pediatria¹⁰.

Al nostre entorn, les recomanacions del Departament de Salut ja preveuen la confirmació diagnòstica a qualsevol gestant amb sospita, independentment de la gravetat clínica que presenti, malgrat que es va iniciar setmanes després que es declarés la pandèmia. Basant-nos en els arguments presentats, i en consens amb altres hospitals de l'entorn (Gerència Territorial Metropolitana Nord), al nostre centre hem anat més enllà d'aquestes consideracions generals: hem incorporat les dues recomanacions que menciona aquest text i vam iniciar el cribratge universal a

l'ingrés el 30 de març de 2020. Malgrat això, aquesta política no se segueix de manera uniforme a tot el territori ni, per descomptat, de manera universal. La no prioritització de la població gestant a les guies clíniques com a subgrup de risc durant la pandèmia per covid-19, sumada a l'actual manca de recursos a molts hospitals són, probablement, els elements clau per justificar-ho, però no els únics: l'exclusió històrica de les gestants dels assajos clínics contravé d'una manera directa i injustificable els principis d'autonomia i autodeterminació de les pacients¹¹. Ometre la presència de pacients gestants en la recerca clínica magnifica la seva vulnerabilitat, les exclou sistemàticament de la medicina basada en l'evidència, i les sotmet a tractaments sobre la base de suposicions i extrapolacions d'estudis fets en altres grups poblacionals en què no hi són representades, o directament les descarta com a tributàries de determinats tractaments per no disposar de dades en embarassades. Només amb la inclusió en la recerca de pacients embarassades, amb els estàndards adequats, podrem començar a corregir aquestes polítiques esbiaixades pel que fa al gènere, i a produir evidència real, aplicable i inclusiva.

És responsabilitat de la comunitat científica guiar, fins i tot anticipar-se, a les recomanacions en política sanitària dels nostres governs respectius. En aquest cas, a més, si no convenim a considerar les gestants com un subgrup de la població que cal prioritzar durant aquesta pandèmia, una vegada més estarem contribuint a perpetuar aquest biaix històric de gènere. Cal que, com a professionals a càrrec de la salut de les dones embarassades i els seus fills, situem el focus d'interès i els esforços en assolir el coneixement que ens manca per tal de garantir una assistència sanitària equitativa, inclusiva i basada en l'evidència científica.

Bibliografia

1. Manejo de la mujer embarazada y el recién nacido con COVID-19. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España, 2020. Disponible a: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Documento_manejo_embarazo_recien_nacido.pdf.
2. Guia d'actuació enfront de casos d'infecció pel nou coronavirus SARS-CoV-2 en dones embarassades i nadons. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, juliol de 2020. Disponible a: https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_A-Z/C/coronavirus-2019-ncov/material-divulgatiu/guia-actuacio-embarassades.pdf.
3. Chen D, Yang H, Cao Y, Cheng W, Duan T, Fan C, et al. Expert consensus for managing pregnant women and neonates born to mothers with suspected or confirmed novel coronavirus (COVID-19) infection. *Int J Gynaecol Obstet.* 2020;149(2):130-6.
4. Liu H, Wang LL, Zhao SJ, Kwak-Kim J, Mor G, Liao AH. Why are pregnant women susceptible to COVID-19? An immunological viewpoint. *J Reprod Immunol.* 2020;139:103122.
5. A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence. Nova York: Naciones Unidas; 2019. Disponible a: https://eipmh.com/wp-content/uploads/2019/09/UN_Res.71170.pdf.
6. Jiao J. Under the epidemic situation of COVID-19, should special attention to pregnant women be given? *J Med Virol.* 2020; 92:1371-2.
7. Zaigham M, Andersson O. Maternal and Perinatal Outcomes With COVID-19: A Systematic Review of 108 Pregnancies. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2020;00:1-7. Disponible a: <https://doi.org/10.1111/aogs.13867>.
8. Mimouni F, Lakshminrusimha S, Pearlman SA, Raju T, Gallagher PG, Mendlovic J. Perinatal aspects on the covid-19 pandemic: a practical resource for perinatal-neonatal specialists. *J Perinatol.* 2020; 40:820-6.
9. Sutton D, Fuchs K, D'Alton M, Goffman D. Universal Screening for SARS-CoV-2 in Women Admitted for Delivery. *N Engl J Med.* 2020;382:2163-4.
10. Sahu KK, Mishra AK, Lal A. A twin challenge to handle: COVID-19 with pregnancy. *J Med Virol.* 2020;10.1002/jmv.25784.
11. Buekens P, Alger J, Bréart G, Cafferata ML, Harville E, Tomasso G. A call for action for COVID-19 surveillance and research during pregnancy. *Lancet Glob Health.* 2020;8(7):e877-e878.