

Información disponible sobre SARS-CoV-2 y COVID-19 desde el punto de vista de la Reproducción asistida.

Los primeros casos de la enfermedad (COVID-19) causada por el nuevo virus llamado Coronavirus del tipo SARS-CoV-2, se reportaron en los primeros días de enero 2020 en China. Luego, los primeros casos en Europa aparecieron sobre fines de febrero y en marzo 2020, fue declarado por la OMS como una Pandemia Mundial.

En nuestro país, los primeros casos fueron diagnosticados el 13 de marzo, y desde entonces se han venido tomando medidas destinadas a reducir y minimizar el impacto de dicha epidemia sobre la población de nuestro país.

Se trata de un virus altamente contagioso y que en determinadas poblaciones de riesgo puede provocar complicaciones graves, que requieran muchos días de internación en CTI, asistencia ventilatoria, complicaciones tromboembólicas, y muerte.

La transmisión en seres humanos es a través de las secreciones de las personas infectadas, sobre todo las de origen respiratorio; ya sea en forma directa, o a través de las manos o los fomites contaminados con estas secreciones seguido del contacto con la mucosa de la boca, nariz u ojos.

Recientemente se ha demostrado la viabilidad de SARS-CoV-2 durante tres horas en forma de partículas respiratorias finas, llamadas aeorsoles. Aunque éstos no parecerían ser una causa frecuente de transmisión.

Se han reportado algunos casos de transmisión vertical, aunque la mayoría de los nacimientos de mujeres infectadas, se produjeron sin infección del recién nacido.

Todo lo anterior ha llevado a que ninguna sociedad científica ni gobierno desaconseje la gestación por vía natural.

Aún se conoce poco de los efectos de la infección durante el primer trimestre, dado que las mujeres que pudieron cursar dicha infección aún no han finalizado sus embarazos.

El virus SARS-CoV-2 infecta especialmente las células del epitelio alveolar y el receptor que le permite la entrada a la célula es el de la enzima convertidor de antiotensina 2 (ACE2) y, a diferencia de otros virus, no puede entrar en las células que no lo tienen en su membrana. Dado que ni los espermatozoides, ni los óvulos ni las células de la teca, ni granulosa del folículo ovárico presentan este receptor, no habría por tanto, riesgo de

transmisión por dichas células. Por ello, la SEF, no encuentra impedimentos para que las unidades de reproducción asistida puedan volver a iniciar sus diferentes actividades.

En cuanto a criterios obstétricos y perinatológicos, la gestación no ha demostrado ser un factor de riesgo añadido al contagio y a la patología ocasionada por el virus, y la literatura analizada muestra que es irrelevante la transmisión del virus de forma vertical cuando la gestante ha contraído la enfermedad durante el tercer trimestre de gestación. Se ha reportado algunos casos de transmisión vertical, con buena evolución de los recién nacidos. De hecho, no se ha indicado la contracepción.

Tanto el personal de salud como los pacientes deben tener presente que hasta el momento actual no existe evidencia científica que demuestre un aumento del riesgo para la embarazada que contrae SARS-CoV-2 COVID-19, frente a aquellas no embarazadas, y tampoco para las complicaciones graves de dicha enfermedad, aunque la evidencia disponible es escasa, por tratarse de una enfermedad muy reciente.

Por otro lado, es conocido el riesgo de ciertas infecciones virales en el 1er trimestre del embarazo, y en lo que hace a la infección por COVID-19, se desconoce el impacto que puede tener en esta etapa de la gravidez.

Hasta el momento actual la infección por SARS-CoV-2 no ha demostrado tener un efecto negativo en recién nacidos pero la evidencia es limitada para poder afirmar que la infección no tiene efectos deletéreos durante el embarazo para el feto.

Los conocimientos acerca de los efectos del COVID-19 en las embarazadas son aún limitados, la mayor parte de la información al día de hoy es de mujeres infectadas en el tercer trimestre, y hay muy pocos casos comunicados de infección en el primer trimestre. Aunque en la mayoría de las pacientes la infección suele cursar sin síntomas o con síntomas leves, la experiencia con otros coronavirus en mujeres embarazadas, sugiere que con carácter excepcional podría llegar a producirse un resultado de muerte en caso de que la enfermedad evolucionara hacia un fallo respiratorio severo, si bien se considera este riesgo remoto, y no tiene por qué relacionarse con el hecho de estar embarazada.

Hay que tener en cuenta que dada la escasez de datos sobre el efecto del COVID-19 en el curso de la gestación, principalmente en el 1er trimestre, no se puede descartar la posibilidad de que pudiera existir alguna complicación para el feto en caso de que se produzca la misma o que la paciente presente una evolución severa de la enfermedad,

tanto en la propia embarazada o por la posibilidad añadida de infección perinatal que podría tener efectos adversos sobre el recién nacido.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia considera que una alternativa podría ser demorar la transferencia de embriones hasta obtener más información a medida que avancen los embarazos que se han iniciado a partir de enero de 2020 y transferirlos en pacientes luego que tengan inmunidad adquirida. Esto es debido al alto número de casos que ellos han presentado desde fines de febrero hasta el día de hoy, y el riesgo de adquirir la infección en el curso del embarazo.

Expresan que en el caso de pacientes que soliciten la transferencia embrionaria, debe informárseles el estado actual del conocimiento y que la misma no será denegada.

En nuestro medio, al día de hoy, hay pocos casos de COVID-19 activos, y las perspectivas de esperar a que pacientes adquieran la infección y se curen para luego de ello transferirlas, o esperar a la existencia de la vacuna, implicarían diferir por mucho tiempo la transferencia.

De todos modos, se debe evaluar caso a caso, con la paciente y su pareja, la estrategia a seguir.

El riesgo de presencia de partículas virales en el eyaculado o en el testículo se considera bajo por lo que no sería necesario el cribado sistemático mediante testeo en los varones asintomáticos. Pero debido al alto riesgo de transmisión vírica persona a persona, se puede valorar el cribado sistemático en caso de ser sintomático así como de los convivientes (pareja, hijos o familiares).

Si los pacientes presentaran síntomas o sospecha evidente de infección por SARS-CoV-2 antes del inicio del tratamiento estará indicado posponer el mismo, así como evitar la asistencia al centro de reproducción, consultorios y policlínicas hasta 4 semanas después de desaparecer la sintomatología.

Si a lo largo del tratamiento se presentaran síntomas sugestivos de infección, se produjeran cambios en el entorno cercano respecto a COVID-19 o el resultado de realización de pruebas fuera positivo, también se deberá cancelar el tratamiento en curso (estimulación ovárica, inseminación, punción folicular, preparación endometrial o transferencia) salvo situaciones excepcionales como la oncofertilidad o el riesgo de SHO.

Es muy importante que los pacientes comuniquen al centro o a su médico cualquier cambio que perciban en su estado de salud a lo largo del tratamiento de reproducción asistida.

Con la evidencia científica disponible, el MSP definió al grupo de embarazadas como una de las poblaciones de riesgo para la enfermedad COVID-19.

Por lo cual luego de realizado el procedimiento, los esfuerzos deben mantenerse para evitar la misma, y mantener las medidas higiénicas y preventivas.

Durante el embarazo se recomendará:

- lavado frecuente de manos
- al toser o estornudar cubrirse la nariz y la boca con el codo flexionado
- evitar tocarse los ojos, nariz y boca ya que facilita la transmisión
- uso de pañuelos desechables para eliminar secreciones respiratorias y tirarlos tras su uso
- evitar aglomeraciones y transporte público
- limitar relaciones sociales presenciales
- limitar los viajes a los estrictamente necesarios
- no compartir utensilios, vasos, cubiertos, mate...