



# Coronavirus: Clinical management and testing explained

14 April 2020

## Lessons learned from the ISUOG Webinar on 14<sup>th</sup> April 2020

*Summary by M. Cruz Lemini, A. Dall'Asta, L. Drukker, E. Eixarch, B. H. Kahrs, D. Rolnik*

*Translated to spanish by E.Eixarch*

# Coronavirus: Manejo clínico y estudios diagnósticos – Lecciones aprendidas

Evidencias sobre la transmisión vertical y su transferencia en el manejo clínico – Prof. Yang (China)

- **Las manifestaciones clínicas de COVID-19 en el embarazo son similares al resto de población, sin evidencia de mayor mortalidad. El manejo debe incluir 1) balance de líquidos y electrolitos, 2) oxígeno, 3) antibióticos y 4) antivirales, 5) HBPM y 6) monitorización fetal. Se debe individualizar la vía y momento de parto.**
- **Hasta la fecha no hay evidencia de transmisión vertical de SARS-CoV-2 a través de líquido amniótico, sangre de cordón, placenta o muestra nasofaríngea neonatal. Datos recientes que sugieren transmisión vertical basados en la presencia de IgM en recién nacidos, requieren confirmación.**

Manejo del parto en la era de COVID-19 – Prof. Prefumo (Italia)

- **Caso sospechoso/confirmado de COVID-19 en trabajo de parto: Aislamiento, presión negativa, RCTG continuo, muestras de calota contraindicadas. Se necesitan dos equipos diferenciados (O&G, neonatal), evitar piel con piel y pinzamiento tardío del cordón (con controversias). Los datos de Lombardía muestran que solo el 10% de los partos son realizados por cesárea debido a insuficiencia respiratoria materna severa. Opciones en el momento del parto (a considerar): 1) Separación temporal del recién nacido para toma de muestra nasofaríngea, 2) mantener juntos y lactancia materna.**
- **Los tratamientos de las complicaciones obstétricas serán igual que en ausencia de infección. En el caso de amenaza de parto prematuro puede administrarse betametasona. Alto riesgo de enfermedad tromboembólica, HBPM para todas las embarazadas con COVID-19 que requieren ingreso.**
- **Casos en los que no se conoce SARS-CoV-2: En el contexto de un brote epidémico, un 10-15% de los casos asintomáticos son positivos.**

Ecografía pulmonar en contexto de COVID19: Pueden aprender los obstetras? – Prof. Testa (Italia)

- **Ecografía pulmonar: fácil y de bajo coste, puede realizarse sin desplazar a la paciente, con dispositivos portátiles, y por especialista en ecografía obstétrica. Se puede repetir para evaluación longitudinal. Abordaje estándar: 14 áreas a examinar (6 posteriores, 4 laterales, 4 anteriores).**
- **La ecografía pulmonar se ha sugerido para diagnóstico precoz y control de la neumonía COVID-19. Los hallazgos sospechosos de neumonía incluyen: 1) distribución irregular de artefactos intersticiales, 2) línea pleural engrosada, 3) artefactos verticales hiperecoicos difusos y 4) áreas de "pulmón blanco".**
- **Tutorial ISUOG: <https://www.isuog.org/clinical-resources/coronavirus-covid-19-resources/research-and-journal/lung-ultrasound-pregnancy-covid19.html>**

Estudios diagnósticos fiables para SARS-CoV-2 – Dr Mullins (Reino Unido)

- **PCR: varias pruebas desarrolladas hasta ahora, diferentes límites de detección en función del número de copias. Muestra: tracto respiratorio superior, probablemente frotis de nariz y garganta mejor que orofaringe. Sensibilidad: desconocida de facto, dependiendo de 1) carga viral, 2) tipo y calidad de la muestra, 3) momento de la prueba después del inicio de los síntomas (la carga viral disminuye con el tiempo). Especificidad: 100%, prueba positiva = infectado.**
- **Pruebas de anticuerpos por ELISA (IgM e IgG): Se pueden detectar en una mediana de 6 y 14 días después del inicio de los síntomas, respectivamente. La IgG persiste muy por encima del límite de inmunidad a los 240 días después de la infección.**
- **La combinación de PCR viral y ELISA parece aumentar la sensibilidad. Kits : tasa de falsos negativos inaceptable**