fml. Revista de Medicina de Familia y Atención Primaria
www.revistafml.es ISSN: 1989-6832

REVISIONES

Infección por SARS-CoV-2 y embarazo

María José Muñoz Ballester[1]

1. Médica de familia y comunitaria en el Centro de Salud de Carcaixent. Miembro del Grupo de Trabajo de Atención a la Mujer de la SoVaMFiC.

Contacto: María José Muñoz Ballester, mj.med.uv@gmail.com

Citar como: Muñoz Ballester, MJ. *Infección por SARS-CoV-2 y embarazo.* fml. 2020; 25(2): 9p

Resumen

Como médicos y médicas de familia debemos conocer los grupos de riesgo ante infección por SARS-CoV-2 y las principales recomendaciones para la atención específica de cada uno de ellos. La mujer embarazada forma parte de estos grupos de riesgo. Debido a los cambios fisiológicos e inmunitarios secundarios a su estado,podría tener una mayor susceptibilidad al contagio y al desarrollo de complicaciones. Además, la infección también podría afectar al curso del embarazo, al parto o al recién nacido. En este artículo se pretende resumir la información disponible a día de hoy sobre cómo afecta la infección de SARS-CoV-2 a la mujer embarazada y al neonato y su manejo: riesgo de contagio y de complicaciones, cambios fisiológicos que podrían aumentar la susceptibilidad, manifestaciones clínicas, resultado del embarazo y el parto, posibilidad de transmisión vertical, tratamientos recomendados en este tipo de pacientes atendiendo al riesgo de teratogenicidad, indicación de tromboprofilaxis, forma de finalizar el parto, recomendaciones sobre el cuidado del neonato y lactancia materna y papel en medicina de familia.

El pasado 7 de enero de 2020, las autoridades chinas identificaron un nuevo virus de la familia Coronaviridae, que posteriormente llamaron SARS-CoV-2, como el responsable de un brote de neumonías de etiología desconocida, algunas de ellas graves, con un antecedente de exposición común a un mercado mayorista de marisco, pescados y animales vivos en la ciudad de Wuhan. Desde entonces, el número de contagiados no ha dejado de crecer y la comunidad científica mundial se está esforzando mucho por conocer las características microbiológicas, la epidemiología, los mecanismos fisiopatológicos y la clínica producida por este nuevo agente causal responsable de una pandemia global que ha paralizado el mundo. Continuamente se está generando gran cantidad de información que se modifica rápidamente ante la aparición de nuevas evidencias.[1] Hacer afirmaciones categóricas en esta situación de aprendizaje es muy arriesgado; no obstante, necesitamos ir recopilando datos que nos permitan tomar decisionepara proteger a la población y atender de la mejor manera posible y con la máxima evidencia disponible a los afectados, manteniendo siempre una mente abierta al cambio y una actitud crítica. Teniendo en cuenta esta premisa, en este documento pretendemos resumir la información disponible hasta la fecha sobre cómo afecta la infección por SARS-CoV-2 a la mujer embarazada, considerada grupo de riesgo, y qué manejo clínico se está realizando en el momento actual.

Para elaborar este documento, hemos consultado revisiones sistemáticas y artículos de PubMed a través de la búsqueda “Pregnancy and COVID-19”, publicaciones al respecto de organismos oficiales como el Ministerio de Sanidad, la Organización Mundial de la Salud y la Centers for Disease Control and Prevention (CDC), así como preprints que muestren información más actualizada en medRvix, teniendo en cuenta las limitaciones de estos últimos artículos por ausencia de revisión por pares.

Por el momento, no parece que las mujeres embarazadas tengan ni más riesgo de contagio ni más riesgo de hacer complicaciones graves que el resto de las personas adultas sanas, de hecho, se estima que un gran porcentaje de las infectadas podrían ser asintomáticas. Un estudio realizado en Nueva York que recopilaba datos de 43 mujeres embarazadas con infección confirmada para SARS-CoV-2 mostró porcentajes muy similares a la población general: 86% leves, 9% graves y 5% críticos. Según los datos obtenidos en España por la Red COVID-19 SEGO, el 55,2% de las mujeres requirieron ingreso hospitalario, un 9.6% ingresó en UCI y un 3,2% necesitó ventilación mecánica.[6] No obstante, aunque no parece que haya diferencias con la población general, ante el desconocimientode este nuevo virus y los antecedentes de mayor riesgo de eventos graves y mortalidad en otras infecciones producidas por virus de la misma familia que el SARS-CoV-2 y por otros virus respiratorios como la gripe, se recomienda una especial precaución en este grupo de pacientes.[2,3] Además, las comorbilidades debidas al embarazo como la diabetes gestacional o la preeclampsia y los cambios fisiológicos que se producen en la mujer embarazada podrían afectar al riesgo de hacer complicaciones.

En cuanto a cómo los cambios fisiológicos del embarazo podrían modificar la susceptibilidad de contagio y el aumento de riesgo de complicaciones adversas, existen varias hipótesis que se basan en los conocidos cambios inmunológicos, del tracto respiratorio superior, pulmonares, en el sistema de coagulación que se producen durante el embarazo y en cómo afectaría la disnea fisiológica en la

percepción de gravedad:

- Cambios en el sistema inmunitario[4]: Durante el embarazo se producen cambios en el sistema inmune de la mujer embarazada que permiten tolerar al feto alogénico al mismo tiempo que se mantiene la defensa contra agentes microbianos. Estos estados inmunológicos varían a lo largo de las diferentes etapas del embarazo: en el primer trimestre predomina un estado proinflamatorio (beneficioso para la implantación y placentación), en el segundo trimestre predomina un estado antiinflamatorio (favorece el crecimiento fetal) y, en el tercer trimestre, vuelve a haber un estado proinflamatorio (prepara para el parto). Las consecuencias teóricas de estos cambios inmunológicos serían que:

- La mujer embarazada puede ser más susceptible a infecciones intracelulares.
- Durante el primer y tercer trimestre de embarazo tendría más riesgo de desarrollar una respuesta inflamatoria exagerada con mayor riesgo de complicaciones graves, ya que se favorecería la tormenta de citoquinas inducida por SARS-CoV-2.

- Cambios en el tracto respiratorio superior: el aumento de estrógenos y progesterona durante el embarazo produce una mayor edematización del tracto respiratorio superior y mayor producción de secreciones. Esto, por un lado, podría aumentar la susceptibilidad a ser contagiadas y, por otro lado, puede producir rinitis gestacional (presente en 1 de cada 5 mujeres sanas al final del embarazo) cuyos síntomas pueden confundirse con los de la COVID-19 retrasando el diagnóstico.

Cambios pulmonares: El aumento del tamaño del útero conforme evoluciona el embarazo se traduce en una menor capacidad pulmonar y una incapacidad para eliminar las secreciones pulmonares de manera efectiva. Esto podría favorecer el progreso rápido de neumonía focal por COVID-19 a consolidación bilateral difusa con mayor predisposición a insuficiencia respiratoria hipoxémica[5].

- Cambios en el sistema de coagulación: el embarazo es un estado de hipercoagulabilidad. Se sabe que la COVID-19 aumenta el riesgo de eventos trombóticos. Todo ésto sumado a la inmovilidad y el confinamiento podrían hacer a las mujeres embarazadas infectadas por SARS-CoV2 especialmente susceptibles a complicaciones tromboembólicas.[6]

- Disnea fisiológica: Se debe al aumento de la demanda de oxígeno durante el embarazo por el aumento del metabolismo materno y el consumo de oxígeno fetal, además de por la anemia gestacional y el cambio en la dinámica pulmonar (menor capacidad pulmonar). Pude que la mujer embarazada confunda la disnea fisiológica con la disnea patológica producida por COVID-19.[5]

Con respecto a las manifestaciones clínicas y analíticas en la mujer embarazada, los estudios publicados hasta el momento muestran hallazgos muy similares a los detectados en el resto de población: fiebre (65%), tos (38%), astenia (15%), disnea (14%), mialgias (6%), odinofagia (5%), diarrea (4%), anorexia (3%), cefalea (2%) y malestar general (2%). Además, se ha descrito un caso de colecistitis[7]. En cuanto a las alteraciones analíticas más frecuentes destacan a linfocitopenia (59%) y el aumento de proteína C reactiva (70%)[8]. Los primeros datos provenientes de 140 gestantes españolas son similares, aunque con porcentajes ligeramente

diferentes. El síntoma más frecuente sería la tos seca (72,7%) seguido de fiebre (53.5%), astenia (46.5%), neumonía (36.2%), mialgias (33.3%), diarrea (32.1%) y anosmia (22.5%).[6]

Otra de las principales preocupaciones cuando hablamos de infecciones víricas en embarazadas es cómo éstas pueden afectar al embarazo y al parto. Hasta el momento, la mayor parte de los casos descritos se han dado en el tercer trimestre de embarazo (95%), sólo el 5% fueron diagnosticadas antes de la semana 28 y no se tienen datos sobre el resultado de estos embarazos. De los casos presentados en el tercer trimestre de embarazo se ha observado: parto prematuro (23%), síndrome de distrés respiratorio del recién nacido (14%), bajo peso al nacimiento (11%) y pequeño para la edad gestacional (3%). Se describió un caso de muerte fetal y un caso de muerte neonatal. Un 14% de los recién nacidos requirieron cuidados intensivos por complicaciones como neumonía.[9] En revisiones previas también se describió un 2% de aborto espontáneo, que no se ha vuelto a dar en revisiones posteriores con un mayor número de muestra[5]. Estos datos podrían sugerir que existe un mayor riesgo en el curso del embarazo y el parto, sin embargo, todavía no se ha aclarado que estas frecuencias sean atribuibles a la infección por SARS-CoV-2.[6] De cualquier manera, cuando valoramos el riesgo no hay que olvidar que las infecciones víricas en general pueden producir neurotoxicidad en el feto ya sea por la activación inmune materna con aumento de IL-17a (induce anormalidades en el desarrollo cerebral que pueden aumentar el riesgo de trastorno del espectro autista) o por fiebre (se asocia trastorno por déficit de atención e hiperactividad)[4].

Por lo que se refiere a la transmisión de madre a hijo, se sabe que mayoritariamente se produce de manera horizontal por contacto estrecho tras el parto. A día de hoy no se puede descartar la transmisión vertical. Aunque las muestras extraídas de cordón umbilical, líquido amniótico, placenta, exudado vaginal y leche materna han sido negativas, empiezan a surgir datos que sugieren que la transmisión de madre a hijo intraútero podría ser posible.[8] Una reciente revisión que está pendiente de publicación estima una tasa de transmisión vertical del 11%. Es un dato que hay que tomar con mucha precaución ya que los datos son muy preliminares y existen algunas incongruencias dentro del artículo (los datos presentados en la tabla no coinciden con los del texto). El estudio incluye 23 estudios donde se describen los casos de 172 mujeres embarazadas. Para valorar la transmisión vertical seleccionaron aquellos estudios que recogían explícitamente si se había hecho un test para SARS-CoV-2 en las siguientes 48 horas después del nacimiento (RT-PCR, anticuerpos o ambos) y sólo consideraron positivos aquellos en los que el resultado de PCR o IgM fue positivo en las primeras 48 horas de vida. Cuando la IgM es positiva en las primeras horas tras el nacimiento se considera que la producción es fetal ya que no es capaz de atravesar la barrera hematoplacentaria. En total, 108 neonatos fueron testados en las primeras 48 horas. De ellos 12 fueron positivos para transmisión vertical. En los casos en los que la IgM fue positiva con PCR negativa se piensa que podría deberse a paso transplacentario (muy poco probable por el tamaño de la molécula), reactividad cruzada, falso positivo o a que la carga viral es tan baja que no se ha podido detectar por los métodos disponibles hoy en día. De los 108 neonatos un 14% desarrolló neumonía, un 10% de los que desarrollaron neumonía fueron negativos para SARS-CoV-2. Esto es llamativo porque la proporción de neumonías

SARS-CoV-2 negativas es superior a la que había antes de la pandemia, por lo que se sospecha que pueden tratarse de falsos negativos.[9] En España no se ha recogido ningún caso de transmisión vertical demostrada en los más de 300 casos analizados en el registro Nacional SENeo-COVID-19.[6]

Cuando tratamos a mujeres embarazadas, al igual que con el resto de pacientes, siempre debemos plantearnos el riesgo-beneficio de cualquier intervención ya sea diagnóstica o terapéutica. En la mujer embarazada, por lo general, se intentan minimizar el uso de pruebas diagnósticas con capacidad ionizante por el riesgo de afectación fetal. Sin embargo, el hecho de estar embarazada no debe retrasar la realización de una radiografía de tórax ni de TAC en una paciente embarazada con COVID-19 siempre que sean necesarias para el diagnóstico o el tratamiento. En cuanto a los tratamientos disponibles, todavía no existe un tratamiento específico para la infección por SARS-CoV-2, pero se están utilizando de manera experimental fármacos que fueron de utilidad en brotes previos por otros coronavirus. Entre ellos se encuentran antimicrobianos e inmunomoduladres que podrían reactivar infecciones latentes en la madre con riesgo de afectación del desarrollo fetal como citomegalovirus, herpes o toxoplasmosis. Todavía se tiene que demostrar el beneficio de estos fármacos para la COVID-19 y algunos de los resultados que se empiezan a obtener no son muy esperanzadores. Entre los tratamientos que se están utilizando se encuentran:

Corticoides: podrían ser útiles para disminuir la cascada de citoquinas incontrolada que se produce en la infección por SARS-CoV-2 aunque pueden aumentar la viremia y retrasar el aclaramiento del virus. Además, se utilizan para favorecer la maduración pulmonar en caso de que se prevea parto pretérmino.[6]

Remdesivir: parece seguro en el embarazo. [5]

Cloroquina: aunque atraviesa la placenta, parece segura en todos los trimestres del embarazo sin aumento de riesgo de resultados perinatales adversos. Es posible que se necesiten dosis mayores en mujeres embarazadas (al menos 500 mg dos veces al día). Puede producir hipotensión, por lo que podría empeorar los cambios hemodinámicos que de producen por la compresión aorto-cava por el útero grávido. [5]

Lopinavir/ritonavir: es seguro en el embarazo. Se ha utilizado en mujeres VIH positivas embarazadas sin aumento de riesgo de anomalías fetales, nacimientos pretérminos o bajo peso al nacimiento[5]

Ribavirina: es teratógeno. No se debe dar durante el embarazo. [5]

Azitromicina: parece segura en el embarazo.[10]

Interferon alfa-2B y beta-1B: categoría C de la FDA.[10]

Tal y como hemos comentado anteriormente, el embarazo es un estado de hipercoagulabilidad y la infección por SARS-CoV-2 también aumenta el riesgo trombótico, además la inmovilidad y el estado de confinamiento también aumentarían el riesgo de trombo. Por todo ésto consensos de expertos recomiendan el uso de profilaxis antitrombótica en COVID-19 durante el embarazo y el puerperio[6]: *tablas en anexo.*

En lo referente a la finalización del parto, se debe individualizar la vía y el momento de terminar el embarazo. Existe miedo por parte de algunas asociaciones de pacientes y grupos de matronas de que las cesáreas aumenten sin indicación en los casos de COVID-19. Esto no debería suceder ya que, por el momento, los partos vaginales no han demostrado peores resultados que las cesáreas.[7] No

obstante, es cierto que los datos que tenemos son muy limitados ya que la mayor parte de los partos descritos han sido por cesárea. La indicación a día de hoy es que la decisión se tome por un equipo multidisciplinar dependiendo del estado de la madre y del feto, de las semanas de embarazo y de la protección del personal que la atiende (que deberá llevar el equipo de protección individual correspondiente). En cuanto al tipo de analgesia se aconseja analgesia neuroaxial (epidural o combinada) de forma precoz como primera opción con el fin de evitar la anestesia general en caso de que el parto termine en una cesárea urgente, ya que la anestesia general tiene mayor riesgo de exposición para los profesionales. No se recomienda el uso de analgesia inhalatoria por el riesgo de generación de aerosoles con diseminación del virus.[6] Según el "Protocolo de Comunicación de Mujeres Gestantes en el Momento del Parto" de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública de la Generalitat Valenciana actualizado el día 07/04/2020 se permite el acompañamiento de la mujer embarazada en el momento del parto y en su estancia hospitalaria, siempre y cuando el acompañante no haya tenido síntomas ni haya dado positivo para coronavirus en los últimos 14 días. En caso de positivo, podrá ser sustituido por otro acompañante que no esté en la misma situación.[11]

Puesto que a día de hoy todavía existen dudas sobre si la transmisión vertical es posible, los cuidados del neonato hijo de una mujer con sospecha de COVID-19 o con infección confirmada son las mismas que para el resto de recién nacidos (estabilización, soporte a la transición y reanimación si fuera necesario, clampaje tardío de cordón, contacto piel con piel inmediato y estímulo de la lactancia materna dentro de la primera hora tras el parto si la madre se encuentra en buenas condiciones y lo desea). Es muy importante para evitar la transmisión horizontal el correcto lavado de manos y el uso de mascarilla. Si el neonato está asintomático podrá permanecer con su madre independientemente de si ésta tiene síntomas o no siempre que su estado clínico lo permita. Si el neonato presenta síntomas ingresará en neonatología en régimen de aislamiento y se le realizará el test de COVID-19, si fuera positivo tendría que permanecer en aislamiento.[6]

Con respecto a la lactancia materna, por el momento parece que el SARS-CoV-2 no se transmite por la leche. Es bien sabido que la lactancia materna tiene múltiples beneficios tanto para la madre como para el recién nacido, entre ellos la posibilidad de transmitir anticuerpos frente a SARS-CoV-2 de la madre al hijo. Por ello, se recomienda el mantenimiento de la lactancia materna desde el nacimiento, siempre que las condiciones clínicas lo permitan y con las medidas de prevención adecuadas para evitar contagios (higiene de manos y mascarilla facial o extracción de leche materna).[6]

Como médicos y médicas de familia una de nuestras principales labores es la prevención de contagios. Aprovecharemos cualquier consulta para hacer énfasis en las medidas de protección en el embarazo y el puerperio:

- Lavado de manos frecuentemente con agua y jabón durante 40-60 segundos.
- Al toser o estornudar cubrirse la boca y la nariz con el codo flexionado.
- Evitar tocarse los ojos, la nariz y la boca.
- Usar pañuelos desechables y tírelos tras su uso.
- Mantenga una distancia de seguridad de al menos 2 metros con otras personas.

- Limitar las relaciones sociales.
- Limitar los viajes a los estrictamente necesarios.
- Evitar aglomeraciones y el transporte público.
- Usar mascarilla cuando sale a la calle o ante la posibilidad de contacto social colocándola cubriendo nariz y barbilla (nunca por debajo de la nariz, en el cuello, o en la frente), intentar no tocarla con las manos, nunca introducir un dedo por debajo de la mascarilla y retirarla desde las gomas o tirando del lazo.

- Retirar los zapatos antes de entrar a casa y lavar con agua y lejía los productos que vengan de la calle.

En caso de sintomatología, autoaislarse en el domicilio y ponerse en contacto con los servicios sanitarios según las recomendaciones vigentes en la comunidad autónoma.[6]

Tampoco debemos olvidar que en los centros de Atención Primaria tenemos un papel fundamental en la detección y actuación ante la Violencia de Género. Es muy importante estar atentos ante cualquier indicio de violencia de género en la mujer embarazada ya que el confinamiento y el estrés generado por el estado de alarma pueden empeorar las situaciones de violencia género y la mujer embarazada se encuentra en una situación de especial vulnerabilidad.

Bibliografía

1. Documento de Información Científica-Técnica. Enfermedad por coronavirus, COVID-19. Ministerio de Sanidad. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Actualización del 17 de abril de 2020.
2. WHO Team. Organización Mundial de la Salud. 18 de marzo de 2020 (consultado el 08.04.2020)/. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/q-a-on-covid-19-pregnancy-childbirth-and-breastfeeding
3. CDC. Revisada el 3 de abril de 2020 (consultado el 08.04.2020). Disponible en: https://espanol.cdc.gov/enes/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/pregnancy-breastfeeding.html
4. H Liu et al. Why are pregnant women susceptible to COVID-19? An immunological view point. Journal of Reproductive Immunology 139 (2020) 103122
5. Dashraath P, Jing Lin Jeslyn W, Mei Xian Karen L, Li Min L, Sarah L, Biswas A, Arjandas Choolani M, Mattar C, Lin SL, Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic and Pregnancy, American Journal of Obstetrics and Gynecology (2020), doi: https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.03.021.
6. Documento técnico: Manejo de la mujer embarazada y el recién nacido con COVID-19 del Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Versión del 13 de mayo de 2020.
7. Md. Mostaured Ali Khan, Md. Nuruzzaman Khan, Md. Golam Mustagir, Juwel Rana4,5, Md. Rajwanul Haque6, and Md. Mosfequr Rahman. COVID-19 infection during pregnancy: a systematic review to summarize possible symptoms, treatments, and pregnancy outcomes. 2020. medRvix. doi: https://doi.org/10.1101/2020.03.31.20049304
8. Mehreen Zaigham1, Ola Andersson2. Maternal and Perinatal Outcomes with COVID-19: a systematic review of 108 pregnancies. 2020. doi: 10.1111/AOGS.13867
9. Rahul K Gajbhiye, Deepak N Modi, Smita D Mahale. Pregnancy outcomes, Newborn complications and Maternal-Fetal Transmission of SARS-CoV-2 in women with COVID-19: A systematic review. 2020. medRvix. doi: https://doi.org/10.1101/2020.04.11.20062356doi
10. Base de datos I-DOCTUS (aplicación v".3.503(2)ESGP r23502003. Base de datos: 235012. COVID-10: 235027. Última actualización 13.04.2020.
11. Protocolo de Comunicación de Mujeres Gestantes en el Momento del Parto 04/04/2020 (Actualizado a fecha 07/04/2020). Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. Generalitat Valenciana.

Anexo

EMBARAZO			
SARS-CoV-2	**ASINTOMÁTICO**	**LEVE en domicilio**	**MODER (encam**
Positivo	HBPM dosis profiláctica ajustada al peso 2 semanas.		HBPM ajustad hasta 7 del cua
Sospechoso por clínica sugestiva	Si se ha realizado el test, esperar resulta mismo. Reevaluar otros FR de ETV y la situación afectación y encamamiento). Reevaluar cada 48-72 hr. Indicar a la paciente que, en caso de emp con su centro de salud, su obstetra o el e obstetricia.		
Sospechoso por contacto con positivo, pero sin síntomas	Si se ha realizado el test, esperar resulta Informar sobre síntomas y dar recomend Indicar a la paciente que, en caso de apa salud, su obstetra o el equipo de guardia		
Negativo	Hidratación adecuada y promover la mo Evaluar FR de trombosis en embarazo http://www.anticoagulacionyembarazo.		

Recomendaciones de la Sociedad Española de Trombosis y hemostasia sobre tromboprofilaxis durante el embarazo y puerperio durante la pandemia por COVID-19. Tablas extraídas del Documento técnico del Ministerio de Sanidad sobre "Manejo de la mujer embarazada y el recién nacido con COVID-19" actualizado a 13 de mayo de 2020.

Continuación Anexo

PUERPERIO	**CLÍNICA**			
SARS-CoV-2	**ASINTOMÁTICO**	**LEVE en domicilio**	**MODERADA (encamamiento en domicilio)**	**NEUMONIA/ INGRESO HOSPITALARIO**
Positivo	Si no hay otro FR: HBPM dosis profiláctica ajustada al peso 2 semanas. Si añade más FR: considerar prolongar la profilaxis hasta 6 semanas.		HBPM dosis profiláctica ajustada al peso 2 semanas y hasta 7 días tras resolución del cuadro	HBPM dosis profiláctica ajustada al peso 6 semanas
Sospechoso por clínica sugestiva	Si se ha realizado el test, esperar resultado y actuar según el mismo. Reevaluar otros FR de ETV y la situación clínica (grado de afectación y encamamiento). Reevaluar cada 48-72 hr. Indicar a la paciente que, en caso de empeoramiento, contacte con su centro de salud, su obstetra o el equipo de guardia de obstetricia.			Actuar como si fuese positivo.
Sospechoso por contacto con positivo, pero sin síntomas	Si se ha realizado el test, esperar resultado y actuar según el mismo y FR de ETV. Informar sobre síntomas y dar recomendaciones de aislamiento en domicilio. Indicar a la paciente que, en caso de aparición de síntomas, contacte con su centro de salud, su obstetra o el equipo de guardia de obstetricia.			
Negativo	Evaluar FR de trombosis en postparto http://www.anticoagulacionyembarazo.com/ Si FR < 2: Hidratación y movilización precoz Si FR ≥2: HBPM dosis profiláctica ajustada al peso 2 semanas.			

Recomendaciones de la Sociedad Española de Trombosis y hemostasia sobre tromboprofilaxis durante el embarazo y puerperio durante la pandemia por COVID-19. Tablas extraídas del Documento técnico del Ministerio de Sanidad sobre "Manejo de la mujer embarazada y el recién nacido con COVID-19" actualizado a 13 de mayo de 2020.