

Afectaciones en el embarazo por el estrés durante la pandemia del covid-19

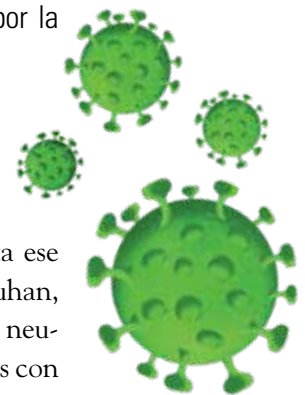
A finales de diciembre de 2019 se reportó una serie de casos de neumonía atípica, en ese momento de origen desconocido, en Wuhan, China. Días más tarde se identificó al agente etiológico como un nuevo coronavirus. A este nuevo coronavirus se le llamó SARS-CoV-2, y a la enfermedad que produjo se le denominó covid-19.

La pandemia por covid-19 presentó ciertas características que pudieron incrementar los niveles de reacción al estrés tanto en la población general como en las mujeres embarazadas. Las personas que se encontraban en cuarentena fueron particularmente vulnerables a complicaciones neuropsiquiátricas debido al distanciamiento gradual, lo que provocó la aparición de trastornos como la depresión y la ansiedad. Diferentes investigaciones mostraron resultados que relacionaron el estrés causado por la pandemia en mujeres embarazadas con un mayor riesgo de cesárea, bajo peso al nacer y parto prematuro, en comparación con aquellas que no presentaron estrés por la enfermedad.

Introducción

A finales de diciembre de 2019 una serie de casos de neumonía, hasta ese momento de origen desconocido, fue identificada en la ciudad de Wuhan, China. La presentación clínica de estos casos era parecida a la de una neumonía de tipo viral, con fiebre, tos seca e imágenes radiológicas incompatibles con las de una neumonía causada por las bacterias y los virus más comunes.

A poco más de un mes del inicio del brote, la Organización Mundial de la Salud (OMS) anunció que la enfermedad causada por el nuevo coronavirus, aislado en Wuhan, China, sería llamada covid-19, que respondía a la forma corta del nombre “coronavirus disease 2019”, mientras que el agente causal fue denominado SARS-CoV-2 por el Comité Internacional de Taxonomía de Virus. A partir de este



punto, la línea cronológica de eventos, así como el aumento de infectados, se tornó muy precipitada. Conforme pasaron los días, el SARS-CoV-2 se propagó en todas las regiones del mundo y progresivamente el número de infectados y decesos se aceleró bruscamente en los meses subsiguientes, hasta el punto en que el 11 de marzo de 2020 la OMS caracterizó esta enfermedad como pandemia.

Según la experiencia de epidemias y pandemias pasadas, surgieron serias preocupaciones, como el miedo a la muerte, sentimientos de soledad e irritabilidad, entre otras complicaciones mentales.

El método crucial para romper la cadena de contagio fue el distanciamiento social; es decir, la separación efectiva de las personas infectadas y de aquellos con sospecha de infección. Este proceso de separación se tuvo que realizar de diferentes maneras. Mientras que el aislamiento no fue absoluto, se implementaron medidas que limitaron el contacto y la exposición. El distanciamiento social también se refirió a todas las medidas que buscaban reducir el contacto, como el aislamiento y la cuarentena.

Las personas que se encontraban en cuarentena fueron particularmente vulnerables a complicaciones neuropsiquiátricas, debido al distanciamiento gradual entre sí. En ausencia de comunicación interpersonal, fue más probable que la depresión, el estrés y la ansiedad ocurrieran y empeoraran. Además, la cuarentena redujo la disponibilidad de una intervención psicosocial oportuna. Toda la familia de desórdenes relacionados con el estrés debió ser de especial consideración: desde el trastorno por estrés agudo hasta el trastorno por estrés posttraumático (TEPT), que pudo presentarse hasta en el 30-40% de las personas afectadas, como ocurre en el contexto de otros desastres.

La evidencia también indicó que las mujeres tuvieron más probabilidades de experimentar síntomas de TEPT. Un grupo particularmente vulnerable durante el brote viral fueron las mujeres embarazadas. Los trastornos de salud mental fueron una causa común de morbilidad durante el embarazo, con aproximadamente 12% de mujeres que experimentaron depresión y hasta 22% que experimentaron altos niveles de ansiedad al final del embarazo. Las

mujeres embarazadas fueron más vulnerables a las infecciones debido a su sistema inmunológico deprimido y, en general, se consideraron en mayor riesgo de complicaciones graves.

El estrés y la ansiedad materna prenatal, ya sea en desastres o no, suelen ser factores de riesgo bien establecidos, relacionados con partos prematuros, bajo peso al nacer y problemas de salud infantil, y pueden tener efectos duraderos en la descendencia.

■ **Estrés en el embarazo: riesgos para el recién nacido**

■ El estrés puede ser entendido como un estado fisiológico de respuesta a un estado adverso, expresado con tensión física y mental, que genera una alteración en la homeostasis existente de la persona, a partir de un desequilibrio entre las demandas externas y los recursos personales, o en su defecto y en gran medida, como resultado de la percepción que se tiene de éstos.

Durante la pandemia, el estrés se percibió como un problema de salud mental, especialmente en etapas susceptibles, como el embarazo, donde cobró mayor relevancia al considerar que la gestación es un periodo crítico para la madre, debido a los diversos cambios físicos y también psicológicos que implican una reestructuración mental para el desarrollo de la identidad materna, pues atraviesa cambios morfológicos y funcionales como consecuencia de la interacción entre el genoma fetal y el ambiente externo.

El estrés en la madre presentó una influencia sobre el peso del feto, especialmente en el segundo trimestre. Al respecto, existieron vías fisiopatológicas propuestas para explicar este fenómeno. La primera postuló que el incremento de las concentraciones de cortisol en la gestante permitió el paso de esta hormona a través de la placenta, lo que generó una alteración en el sistema neuroendocrino fetal e inhibió su crecimiento. La segunda consideró que la liberación de catecolaminas en situaciones de estrés en el embarazo repercutió en la perfusión uterina, y como consecuencia hubo una disminución y limitación sustancial de los aportes nutrimentales al feto.

Diferentes investigaciones mostraron resultados donde el estrés causado por la pandemia en mujeres



embarazadas se relacionó con un mayor riesgo de cesárea, bajo peso al nacer y parto prematuro, en comparación con aquellas gestaciones que se desarrollaron sin la enfermedad.

Investigaciones como la de Medina-Jiménez y cols. (2020) encontraron una correlación positiva entre el estrés y la edad gestacional. Asimismo, Wu y cols. (2020) indicaron un aumento clínicamente significativo de la prevalencia de síntomas de estrés, depresión y ansiedad después de la declaración de transmisión de persona a persona del covid-19.

De acuerdo con lo descrito anteriormente, también hubo estudios donde diferentes autores encontraron un aumento en nacimientos de bajo peso. Por ejemplo, Kirchengast y Hartmann (2021) mencionaron que la prevalencia del peso al nacer entre los nacimientos de Austria osciló entre el 4.7 y el 5.2 % entre 2005 y 2019, mientras que la prevalencia de bajo peso al nacer fue del 7.9 % en enero/febrero de 2020. Otros estudios relacionaron la pandemia con los nacimientos prematuros, como el de Hedermann y cols. (2021), quienes observaron un incremento con una prevalencia del 5.2 % de nacimientos prematuros en comparación con años anteriores.

Existen diferentes artículos que revelaron que la gravedad de la infección por covid-19 en mujeres embarazadas tuvo una influencia sustancial sobre los resultados neonatales adversos, como trabajo de parto prematuro, bajo peso al nacer, infección neonatal e ingreso a cuidados intensivos.

En conclusión, la pandemia por covid-19 tuvo diferentes efectos en los niveles de estrés en mujeres embarazadas, y este estrés provocado por la pandemia condujo a problemas de salud tanto mentales como gestacionales, como los nacimientos prematuros y de bajo peso. Por ello, investigar estrategias para reducir los resultados neonatales adversos en mujeres embarazadas infectadas con SARS-CoV-2 es una necesidad.

Luis Hector Osorio Mercado

Universidad Autónoma del Estado de México.
luis.lhom@gmail.com

Referencias específicas

Hedermann, G., P. L. Hedley, M. Bækvad-Hansen, H. Hjalgrim, K. Rostgaard *et al.* (2021), “Danish premature birth rates during the covid-19 lockdown”, *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal*, 106(1):93-95.

Kirchengast, S. y B. Hartmann (2021), “Pregnancy Outcome during the First covid-19 Lockdown in Vienna, Austria”, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7):3782. Disponible en: <<https://doi.org/10.3390/ijerph18073782>>, consultado el 5 de febrero de 2025.

Lebel, C., A. MacKinnon, M. Bagshawe, L. Tomfohr-Madsen y G. Giesbrecht (2020), “Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the covid-19 pandemic”, *Journal of Affective Disorders*, 277:5-13.

Medina-Jiménez, V., M. de la L. Bermúdez-Rojas, H. Murillo-Bargas, A. C. Rivera-Camarillo, J. Muñoz-Acosta *et al.* (2020), “The impact of the covid-19 pandemic on depression and stress levels in pregnant women: a national survey during the covid-19 pandemic in Mexico”, *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 1-3.

World Health Organization (2019), “Rolling updates on coronavirus disease (covid-19)”, *Coronavirus Disease (covid-19): events as they happen*. Disponible en: <<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen>>, consultado el 5 de febrero de 2025.

Wu, Y., C. Zhang, H. Liu, C. Duan, C. Li *et al.* (2020), “Perinatal depressive and anxiety symptoms of pregnant women during the coronavirus disease 2019 outbreak in China”, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 223(2):240.e1-240.e9.