

Anexo....

Consideraciones con respecto al embarazo y la lactancia en la enfermedad por virus Ébola

A propuesta de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y la Sociedad Española de Medicina Perinatal (SEMEPE).

Ébola y gestación

La limitada evidencia disponible sugiere que las mujeres embarazadas están en mayor riesgo de enfermedad grave y muerte cuando se infectan con el virus de Ebola, aunque no hay evidencia que indique que son más susceptibles a la infección. Además, las mujeres embarazadas con enfermedad por el virus Ebola parecen tener un mayor riesgo de aborto espontáneo y hemorragias asociadas al embarazo (1). La mortalidad fetal en mujeres gestantes con enfermedad por el virus del ébola (EVE) es prácticamente la norma (2,3).

Se pueden distinguir las siguientes situaciones:

- **Gestante con sospecha de infección por el virus del ébola:** hasta que se descarte o confirme la sospecha, se deberán aplicar las mismas medidas de prevención y control de la infección descritas en el Protocolo de Actuación frente a casos de enfermedad por virus del ebola (EVE). Además, no se realizará ninguna medida quirúrgica, (legrado, cesárea), para la extracción del feto. Si, antes de la obtención de los resultados del laboratorio de referencia, la paciente iniciara espontáneamente el parto, se atenderá con las medidas de prevención y control de la infección indicadas en el Protocolo y con el mínimo de traumatismo posible (intentar evitar episiotomía y desgarros).
- **Gestante con infección por el virus del ébola:** se deberán aplicar las mismas medidas de prevención y control de la infección descritas en el Protocolo de Actuación frente a casos de enfermedad por virus del ebola (EVE). Puesto que la poca bibliografía existente demuestra que la mortalidad del feto es prácticamente la norma, con aborto espontáneo o muerte fetal intrauterina (según el tiempo de gestación), la indicación es no realizar ninguna medida quirúrgica, (legrado, cesárea), para la extracción del feto. Si fuera necesario el vaciado uterino deberá hacerse con medios farmacológicos. En el caso de que se iniciara espontáneamente el parto, se atenderá con las medidas de prevención y control de la infección indicadas en el Protocolo y con el mínimo de traumatismo posible (intentar evitar episiotomía y desgarros).
- **Gestante con riesgo de enfermedad por el virus del ébola, por tratarse de un contacto de un caso confirmado:** se deberán aplicar las mismas medidas de seguimiento de contactos descritas en el Protocolo de Actuación frente a casos de EVE. En relación a la gestación considerar, de acuerdo con la paciente y sólo en gestaciones avanzadas, a partir de la 34 semanas de gestación (límite cierto de la madurez pulmonar), provocar el nacimiento del feto, con la finalidad de que si posteriormente la mujer desarrollara la

enfermedad, no hubiera una afectación fetal. Este adelantamiento del parto se realizará siempre que sea posible, mediante la inducción de un parto por vía vaginal y se aconseja con el mínimo de traumatismo posible (intentar evitar episiotomía y desgarros), por el trastorno hemorrágico posterior que desarrolla la enfermedad, si se desencadenase.

Ébola y Lactancia

El virus del ébola se ha detectado en leche materna (4), aunque se desconoce si puede ser transmitido de madre a hijo a través de la lactancia. Sin embargo, en base al conocimiento existente sobre los mecanismos de transmisión del virus del ébola, los niños cuyas madres estén infectadas con este virus estarían en mayor riesgo de infección debido al contacto estrecho con la madre. Por lo tanto, una mujer con EVE no debe tener contacto cercano con sus hijos, incluyendo la lactancia materna (5).

Un lactante de una mujer con EVE se debe separar inmediatamente de la madre y se considerará un contacto cercano, al que habrá que realizar seguimiento durante 21 días (6).

No hay evidencia suficiente para dar una recomendación sobre cuando sería seguro retomar la lactancia materna después de la recuperación de la madre, a no ser que la leche resultara negativa para ébola en análisis de laboratorio (5). En un estudio se encontró evidencia del virus del ébola en la leche materna de una madre lactante 15 días después del inicio de síntomas (4).

Referencias

1. Jamieson DJ, Uyeki TM, Callaghan WM, Meaney-Delman D, Rasmussen SA. What Obstetrician-Gynecologists Should Know About Ebola: A Perspective From the Centers for Disease Control and Prevention. *Obstet Gynecol.* 2014 Sep 8;
2. Ebola haemorrhagic fever in Zaire, 1976. *Bull. World Health Organ.* 1978;56(2):271–93.
3. Mupapa K, Mukundu W, Bwaka MA, Kipasa M, De Roo A, Kuvula K, et al. Ebola hemorrhagic fever and pregnancy. *J. Infect. Dis.* 1999 Feb;179 Suppl 1:S11–12.
4. Bausch DG, Towner JS, Dowell SF, Kaducu F, Lukwiya M, Sanchez A, et al. Assessment of the risk of Ebola virus transmission from bodily fluids and fomites. *J. Infect. Dis.* 2007 Nov 15;196 Suppl 2:S142–147.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations for Breastfeeding/Infant Feeding in the Context of Ebola [Internet]. 2014. Available from: <http://www.cdc.gov/vhf/ebola/hcp/recommendations-breastfeeding-infant-feeding-ebola.html>
6. Médecins Sans Frontières. Filovirus haemorrhagic fever guideline. 2008.