



Ministerio
de Salud Pública

Recomendaciones referidas a la asistencia **de la mujer embarazada y el recién nacido** en el marco de la pandemia por COVID-19



Redacción:

Dr. Rafael Aguirre. Responsable Área Programática de Salud Integral de la Mujer. Área de SSYSR. DIGESA. MSP

Revisión y aportes de:

- **Dra. Raquel Rosa.**
Responsable Epidemiología. MSP
- **Dra. Claudia Romero.**
Ex Responsable del Área Programática de Salud Niñez. DIGESA. MSP
- **Prof. Dr. Leonel Briozzo.**
Clínica Ginecotocológica A. CHPR Facultad de Medicina UdelaR
- **Prof. Dr. Washington Lauría.**
Clínica Ginecotocológica B. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina UdelaR
- **Prof. Dr. Claudio Sosa.**
Clínica Ginecotocológica C. CHPR Facultad de Medicina UdelaR
- **Prof. Dra. Fernanda Blasina.**
Departamento de Neonatología del Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina UdelaR
- **Prof. Dr. Daniel Borbonet.**
Departamento de Neonatología del CHPR. Facultad de Medicina UdelaR
- **Prof. OP Eliana Martínez.**
Directora Escuela de Parteras. Facultad de Medicina. UdelaR
- **OP Leticia Rumeu.**
Asociación Obstétrica del Uruguay
- **Ex Prof. Adj. Gerardo Vitreira.**
Presidente Sociedad Ginecotocológica de Uruguay (SGU)

A raíz de las múltiples consultas recibidas respecto a **la infección por coronavirus COVID-19 en la mujer embarazada**, surge la necesidad de elevar a los equipos de salud las siguientes consideraciones. Las mismas surgen del análisis de las recomendaciones internacionales y nacionales realizadas por las más prestigiosas sociedades científicas e instituciones académicas a nivel mundial. Asimismo, fueron revisadas por los principales referentes de la atención perinatal en Uruguay, a quienes agradecemos.

Se recuerda que estas recomendaciones son complementarias a las medidas ya informadas por el MSP.

Consideramos pertinente aclarar que estas recomendaciones podrán ser modificadas sobre la base de la evolución de la situación epidemiológica y la nueva evidencia científica. Se recomienda chequear si se está ante la última versión publicada.

Consideraciones

- La infección por COVID-19 determina un síndrome agudo respiratorio severo (SARS). La mayor afinidad del COVID-19 (comparado con otros virus que generan SARS) por la enzima convertidora de angiotensina 2 (ECA2) presente a nivel del aparato respiratorio y digestivo, explica la mayor facilidad de contagio, la pandemia actual y la sintomatología clínica.
- Las manifestaciones clínicas más frecuentes incluyen fiebre, tos, mialgia, cefalea, falta de aire, alteraciones del gusto y/o olfato y diarrea. La complicación más frecuente es la neumonía y los cambios analíticos más frecuentes son linfopenia, leucopenia y trombocitopenia. En un 17-29% de los pacientes hospitalizados el cuadro puede evolucionar a distress respiratorio.
- No existe evidencia de que las mujeres embarazadas presenten diferentes síntomas o signos, o presenten un mayor riesgo de infección por COVID-19 que la población general. Sin embargo, se deberá estar alerta dado el conocido mayor riesgo de las mujeres embarazadas de complicaciones vinculadas a infecciones virales por influenza y SARS. No existe evidencia concluyente de que el embarazo pueda empeorar el curso de la enfermedad, en especial la neumonía, por COVID-19, pese a que existen reportes de escasos casos de muerte materna.

- La mayoría de las mujeres embarazadas con infección por COVID-19 presentan cuadros sintomáticos leves o moderados. Tos seca, fiebre y falta de aire son los síntomas más frecuentes.
- La disnea e hiperemia de la mucosa nasofaríngea materna, frecuentes en el tercer trimestre, pueden enmascarar los síntomas iniciales de SARS por COVID-19. Ante la duda, se debe investigar a la mujer embarazada. La saturación de O² no se altera en un embarazo normal.
- La transmisión del virus por vía transplacentaria durante la gestación al feto no se ha evidenciado hasta el momento actual, pese a lo cual, debemos destacar la limitada evidencia al respecto. La transmisión es más probable en la etapa neonatal a partir de secreciones orofaríngeas maternas y fecal – oral, debiéndose extremar los cuidados para evitarla.
- A la fecha no existe evidencia de que la infección por COVID-19 determine aborto o muerte fetal.
- La falta de evidencia de transmisión transplacentaria hace improbable que el virus determine defectos congénitos o alteraciones en el desarrollo fetal. La gran mayoría de las gestantes con infección por COVID-19 lo adquirieron en el tercer trimestre, por lo que la evidencia es limitada. Es por ello que la infección por COVID-19, según la evidencia actual, no es indicación de aborto terapéutico. La realización de la IVE se realizará en el marco de la Ley N° 18.987 y no se deberán retrasar.

- Pese a la falta de evidencia de transmisión viral transplacentaria, la infección materna puede afectar la salud feto - neonatal:
 - Teóricamente, la inflamación sistémica materna por la infección COVID-19 puede afectar los intercambios transplacentarios o generar a nivel fetal y neonatal una respuesta inflamatoria que afecte su salud.
 - Existen casos reportados de nacimiento prematuro en gestantes con infección por COVID-19. Se pueden relacionar al inicio del parto espontáneo en el contexto de la infección materna y/o a situaciones en las que se decidió finalizar la gestación ante la grave afectación materna.
 - La afectación respiratoria severa por COVID-19 puede aumentar el riesgo de RCIU y de sufrimiento fetal agudo intraparto.
- El resultado de los test diagnósticos de COVID-19 no se afectan por la condición de embarazo.

Recomendaciones

- Recomendar a la mujer embarazada evitar los viajes y reducir, en todo lo posible, el contacto social. Extremar las medidas de prevención divulgadas.
- Suspender los cursos de preparación para el nacimiento en su formato presencial. Se deberán buscar alternativas para que los usuarios participen de los mismos a distancia.
- Recomendar a todas las mujeres embarazadas la vacunación contra la gripe, por ser uno de los grupos priorizados en la campaña en curso. Si bien la vacuna no protege contra el COVID-19, permitirá reducir los casos de gripe en gestantes con el consiguiente beneficio para la salud y reducción de los posibles diagnósticos diferenciales. Se recuerda además que la llegada del COVID-19 a nuestro país se da casi al inicio del periodo de mayor riesgo de infecciones respiratorias altas de origen viral.
- En mujeres embarazadas asintomáticas y sin contacto con personas con COVID-19:
 - Concurrir a los controles prenatales agendados. Se solicita concurrir a la hora asignada, sola o acompañada por una sola persona y extremando los cuidados en sala de espera. De ser posible, se deberá evaluar telefónicamente si el control obstétrico presencial, en las gestaciones normales de bajo riesgo, puede ser retrasado sin afectar su seguridad y calidad.

- Orientar a la usuaria sobre la importancia de la prevención, síntomas, formas de consulta y riesgos en la coyuntura epidemiológica del momento.
- La certificación de las mujeres embarazadas sanas en el contexto de la pandemia por COVID-19 no está indicada per se. Se deberá valorar solo ante casos de gestantes con una actividad laboral que implica una alta exposición al contagio y la imposibilidad de cambiar las tareas para reducir el riesgo. En el contexto sanitario actual no se recomienda posponer el inicio de la licencia maternal.
- Realizar aquellas ecografías y estudios que por su edad gestacional así lo requieran (ecografía de translucencia nuchal, ecografía estructural, PTOG, exudado Eβ, etc). Las ecografías obstétricas y rutinas obstétricas que a criterio del ginecólogo tratante se puedan posponer (por ejemplo: ecografía y rutinas del tercer trimestre) se recomienda realizarlas una vez que la situación epidemiológica lo permita, evitando que ello lleve a su no realización. Los laboratorios y consultorios de ecografía deberán extremar las medidas de protección y agendar a las usuarias de forma de evitar el contacto entre ellas. La participación de la pareja asintomática en la ecografía obstétrica debe permitirse, asegurando las medidas de protección (distancia y uso de tapabocas).

- La atención del nacimiento, en estos casos, se realizará sobre la base de las prácticas a las prácticas habituales, las recomendaciones plasmadas en los manuales y guías del MSP y el respeto a la Ley 17.386 de acompañamiento del nacimiento (parto o cesárea). Durante el trabajo de parto y parto o cesárea solo se permitirá la permanencia del padre o acompañante elegido por la madre.
- Los prestadores deberán instrumentar estrategias para:
 - Que personal de enfermería y médico involucrado en el control de embarazo y el recién nacido utilicen tapabocas.
 - Reducir los tiempos en sala de espera para realizar los controles y estudios prenatales.
 - Promover estrategias de telemedicina que reduzcan la frecuencia, cuando sea posible y prudente, de los controles prenatales presenciales.
- Las mujeres embarazadas que hayan tenido contacto con personas con COVID-19 o presenten síntomas deben:
 - Autoaislarse (mantenerse en casa, no recibir visitas, permanecer en ambientes ventilados y aislar sus artículos de uso diario respecto al resto de la familia).

- Solicitar la consulta médica mediante telemedicina (consulta telefónica o videoconsulta) o en domicilio (médico general) donde serán evaluadas y orientadas. No se recomienda, si la situación lo permite, consultar en servicio de puerta. No se requieren estudios obstétricos adicionales en los casos leves y moderados de manejo en domicilio.
- No concurrir al control prenatal, dando aviso al servicio de salud para la orientación respecto a los cuidados vinculados a su embarazo. Se realizará consulta telefónica para evaluar sintomatología obstétrica de riesgo y orientar sobre cuidados. Se las reagendará para el control una vez superado el cuadro clínico y pasados 14 días del contacto. En casos de embarazos de riesgo se deberá evaluar el riesgo - beneficio de su concurrencia a la policlínica de alto riesgo (o similar), ecografía, laboratorio, etc. En algunas situaciones se recomienda instrumentar equipos que puedan realizar el control obstétrico a domicilio.
- Se recomienda realizar una ecografía obstétrica, después de la recuperación materna y pasado el periodo de aislamiento, de forma de evaluar el crecimiento fetal.
- La consulta en puerta de maternidad solo se justifica ante síntomas respiratorios severos o ante sintomatología obstétrica de alarma. La usuaria deberá informar al equipo de salud la condición para la toma de las medidas pertinentes.

- Al momento actual, la Organización Mundial de la Salud (OMS) aclara que no existe evidencia disponible de ensayos clínicos aleatorizados para recomendar un tratamiento específico contra esta infección. El tratamiento será de soporte y sintomático, similar a otros cuadros gripales en la mujer embarazada. No está indicado el uso de antibióticos.
- Establecer en los servicios de puerta de maternidad sistemas de *triage* para detectar rápidamente los potenciales casos de infección por COVID-19. Todas las pacientes con síntomas sugestivos o contacto con infectados por COVID-19 deberán ser testeadas. Se deben ajustar los criterios diagnósticos para evitar un sobrediagnóstico que lleve a aplicar protocolos de aislamiento a pacientes con cuadros clínicos inespecíficos. De ser positivo, se debe aplicar el protocolo de aislamiento domiciliario o institucional, según la gravedad del caso. Se recomienda que el servicio de puerta cuente con un sector aislado para la valoración de estas gestantes mientras se define su destino (ingreso o pase a domicilio).
- Se recomienda extremar la selección de casos que requieren aislación a aquellos que cumplen los criterios diagnósticos de infección por COVID-19 vigentes. Se debe evitar el mal uso de los recursos disponibles.
- Suspender las visitas familiares de todas las pacientes embarazadas y en el post parto.

- Promover el alta precoz de la maternidad, cuando las condiciones maternas y neonatales lo permitan.
- Las mujeres embarazadas que participen de los equipos de salud con mayor exposición al virus (personal de servicios de emergencia, atención domiciliaria y área de internación de usuarios con infección por COVID-19) deberán solicitar una adecuación de las condiciones laborales de forma de continuar tareas en sectores de menor exposición y extremando las medidas de prevención indicadas.
- Dotar al personal de puerta de maternidad de los insumos necesarios para reducir el riesgo de contagio (máscaras, lentes, higiene de manos, higiene del sector, equipo de protección adecuado, etc.).
- Reducir, al mínimo necesario, el personal en contacto con usuarias internadas con infección COVID-19 probable o confirmada. Reducir al mínimo los traslados de las usuarias, los cuales solo se justifican en la búsqueda de un nivel de cuidados obstétricos adecuado o ante sintomatología por infección COVID-19 que requiera ingreso en un nivel de cuidados especializados.
- Reducir al mínimo el ingreso y egreso de artículos de las áreas de aislamiento. Esto incluye el material necesario para los controles en salud (estetoscopio, Doptone, esfigmomanómetro, termómetros, etc.).

- Las mujeres embarazadas que presenten infección por COVID-19 asintomática deben ser asistidas en domicilio.
- Las mujeres embarazadas:
 - Que requieran su ingreso por razones obstétricas deberán ser ingresadas en un sector aislado de la maternidad. No se deberá demorar la atención obstétrica a la evaluación del COVID-19, se realizarán en paralelo. Se deberá dar aviso del ingreso a neonatología. En el sector aislado de la maternidad se deberán tomar las acciones para la protección del personal de salud y del resto de los usuarios. Se permitirá solo un acompañante (que deberá ser orientado de los cuidados necesarios) y no se permitirá ninguna visita familiar.
 - Con SARS COVID-19 leve se deben evaluar desde el punto de vista obstétrico y respiratorio. Si las condiciones maternas y fetales lo permiten, se debe continuar su asistencia en domicilio. Se debe valorar que las condiciones de la comunidad permitan un buen control y un acceso rápido a la atención en caso de peoría y la existencia de comorbilidades que eventualmente justifiquen su ingreso.
 - Que requieran ingreso por el SARS se recomienda:
 - SARS moderado sin factores de riesgo: ingreso a sala aislada de la maternidad.

- SARS moderado con factores de riesgo (diabetes con mal control, HTA crónica, asma, EPOC o inmunodeprimidas) y SARS severo: evaluar ingreso a sala de cuidados moderados o intensivos. Se deberá evaluar si requiere o es conveniente la finalización de la gestación en la maternidad, previo a su ingreso al CI. La vía del parto en este caso debe ser la más expedita.

El manejo deberá ser adaptado al caso clínico y los recursos asistenciales.

La valoración obstétrica al ingreso debe incluir NST, ecografía y Doppler feto placentario.

- La realización, en caso de ser necesario, de estudios imagenológicos (RX y/o TAC de tórax) puede ser realizada con las medidas habituales de protección fetal a la radiación.
- En caso de estar indicado, el uso de corticoides para la inducción de la madurez fetal se realizará:
 - En SARS leve estará indicado en embarazos de 34 semanas o menos.
 - En SARS moderado – severo y embarazos menores de 32 semanas se realizará a la luz de la relación riesgo/beneficio. Su uso se deberá discutir por parte del equipo multidisciplinario.

- La uteroinhibición, en caso de estar indicada, se debe realizar con nifedipina.
- Se debe entrenar a los miembros del equipo asistencial, potencialmente involucrados en la atención de gestantes COVID-19 positivas, en el uso de las medidas de bioseguridad. Se recomienda realizar simulacros.
- El acompañamiento durante el nacimiento, en caso de pacientes embarazadas con infección por COVID-19 confirmada, se deberá evaluar tomando en cuenta el riesgo y la disponibilidad de equipos de protección adecuados para el acompañante. Se recomienda asesorar a la mujer y su entorno, y la toma de acciones de bioseguridad que reduzcan el riesgo infección del acompañante, el recién nacido y el equipo de salud.
- La vía del nacimiento en las pacientes con infección por COVID-19 se deberá evaluar considerando los deseos de la usuaria, la situación obstétrica, la salud materna, la rapidez requerida para finalizar el embarazo y las condiciones de bioseguridad del proceso asistencial. El uso del equipo de bioseguridad puede ser una dificultad a la hora de asistir el trabajo de parto y parto, en especial si el mismo es prolongado.
- En pacientes con síntomas leves o moderados de infección por COVID-19 y en trabajo de parto se recomienda la monitorización electrónica continua de la frecuencia cardíaca fetal. Existen reportes de un mayor riesgo de sufrimiento fetal agudo durante el trabajo de parto.

- La cesárea está indicada ante situaciones obstétricas o de grave afectación de la salud materna (insuficiencia respiratoria) por la infección por COVID-19 y deberá ser una decisión que se valore caso a caso. Se debe recordar que el tiempo necesario entre la indicación y la realización de la cesárea puede ser mayor, ante la necesidad de realizar las medidas de prevención de contagio. Se deberán evitar cesáreas innecesarias.
- Evaluar la conveniencia de retrasar las cesáreas electivas o inducciones de parto (por ejemplo: embarazo en vías de prolongación, cesárea a demanda, etc.) en las pacientes con síntomas sugestivos de infección por COVID-19 hasta confirmar la infección.
- Es clave la protección del personal que atiende a una usuaria con infección por COVID-19. Todo el equipo asistencial (ginecólogo, partera, neonatólogo o pediatra y personal de enfermería) debe llevar el equipo de protección individual adecuado, que incluye: gorro, gafas, batas impermeables, guantes y mascarillas N95. Se deben extremar los cuidados al ingreso y egreso del área de aislamiento y minimizar el contacto con el resto de los usuarios. Se recomienda ajustarse a las recomendaciones de protección del MSP y los recursos sanitarios disponibles.

- Al día de hoy, en las mujeres embarazadas con infección COVID-19 no grave:
 - no hay evidencia para contraindicar la ligadura oportuna de cordón.
 - el contacto piel a piel se deberá discutir con la familia y decidir en conjunto, sobre la base de riesgo/beneficio. En madres con clínica de COVID-19 los riesgos pueden superar los beneficios y se recomienda evitarla.

Destacamos que la evidencia respecto a la seguridad de estas prácticas puede cambiar y requerir modificar estas recomendaciones.

- No hay evidencia que justifique contraindicar la anestesia epidural y raquídea en las mujeres embarazadas con infección por COVID-19 con recuento plaquetario normal. Se recomienda la anestesia regional en caso de cesárea, ya que reduce en riesgo en el manejo de la vía aérea y de contaminación.
- Se recomienda que la recuperación post anestésica de la usuaria se realice en la misma sala de operaciones hasta que la paciente sea llevada a la sala de aislamiento.
- Se debe considerar tromboprolifaxis post nacimiento en las pacientes COVID-19 positivas que requirieron cesárea.

- La placenta debe ser descartada como material potencialmente contaminado. El material utilizado para la asistencia del nacimiento debe ser descontaminado apropiadamente antes de su re-esterilización.
- El alta de la puérpera con infección por COVID-19 debe seguir las indicaciones de alta del puerperio y las de una persona infectada por COVID-19.
- Todos los recién nacidos de madres con infección sospechosa o confirmada por COVID-19 deberán ser testeados. El destino del RN luego del parto se evaluará por parte del equipo neonatal considerando el riesgo y el estado de salud materna y neonatal.
- La asistencia inicial del recién nacido de madre COVID-19 positiva, en tanto término o pretérmino, se realizará según las recomendaciones habituales adecuadas a cada situación clínica. Se deberá utilizar el personal mínimo necesario para cada situación asistencial y utilizar el equipo adecuado de protección personal (gafas, máscara correspondiente a la situación, sobretúnica, guantes).
- La lactancia natural en las puérperas con infección por COVID-19 en el tercer trimestre está recomendada al momento actual. Se brindará la información a la familia sobre beneficios y riesgos de lactancia natural según la evidencia actual. Existen escasos estudios al respecto y no se ha demostrado la presencia de virus en la leche materna. El riesgo de contagio es el relacionado con el estrecho contacto madre - hijo que la lactancia requiere. Por lo tanto, se deben extremar los cuidados, incluyendo:

- Lavado de manos antes y después de tocar al recién nacido, la mama, biberones, intermediarios, bombas, etc.
 - Evitar toser o respirar sobre el bebé durante la lactancia.
 - Usar máscara durante el amamantamiento.
 - Considerar extraer leche y dársela al bebé por parte de un familiar, mediante un biberón.
 - Se recomienda la valoración de la capacidad de comprensión, de la madre y el acompañante, para llevar adelante estas medidas en forma correcta.
-
- En caso de que la puérpera presente una infección grave por COVID-19, la extracción de leche y la administración al RN con biberón debe considerarse. Al momento actual, los beneficios de la leche materna fresca están por encima de los riesgos.
 - Las personas que participan del cuidado del recién nacido deberán extremar los cuidados para evitar contagiarse y contagiar. Las personas con infección confirmada deberán abstenerse en lo posible de participar de los cuidados del recién nacido por 14 días.



- Tras el alta hospitalaria del recién nacido, que se otorgará en el menor tiempo posible, se recomienda el control en domicilio (equipo personal de salud capacitado con equipamiento adecuado), con el objetivo de minimizar la exposición del recién nacido a grupos de personas eventualmente infectadas. Se dispondrá de una línea telefónica institucional para la evacuación de dudas que puedan surgir post alta, dando continuidad asistencial remota. Solo en casos excepcionales en los que no se consiga controlar al neonato en los primeros 10 días post-alta, se recurrirá a la consulta presencial en un consultorio específico para el control en el primer mes de vida sin contacto con otros pacientes pediátricos.

Recomendaciones en caso de no gestantes

- Se recomienda a la mujer sana, que tiene previsto o agendado su control ginecológico de rutina, y no presenta sintomatología de alarma, que re programe el mismo al momento que la situación epidemiológica lo permita.
- Las mujeres que requieran consulta ginecológica por sintomatología deberán, en lo posible, concurrir a los servicios del primer nivel de atención (policlínicas), evitando en lo posible sobrecargar los servicios de emergencia. La consulta en emergencia solo se justifica ante cuadros clínicos de gravedad.
- Las instituciones deberán buscar estrategias para evitar las consultas para la repetición de medicación (incluyendo anticoncepción) de forma de minimizar las consultas.

- Las instituciones deberán difundir a los usuarios las recomendaciones dirigidas a ellos del presente documento.

Se debe destacar, por último:

- Estas recomendaciones son complementarias a las recomendaciones generales realizadas por el MSP y una guía para las recomendaciones que cada prestador construya en función de su realidad asistencial.
- El nivel de evidencia respecto a estas y otras recomendaciones se encuentra en rápida evolución, por lo cual las mismas pueden cambiar. Se recomienda chequear que se está ante la última recomendación publicada.



Bibliografía:

1. Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy. Information for healthcare professionals Version 3: Published Wednesday 18 March 2020 Royal College of Obstetricians and Gynecologists
2. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected Interim guidance 13 March 2020 OMS
3. COVID-19 (Coronavirus) Statement of FIGO. 12 march 2020. FIGO
4. Practice Advisory: Novel Coronavirus 2019 (COVID-19). The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)
5. Coronavirus (COVID-19) Updated Monday 16 March 2020 The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG).
6. Infecção pelo Coronavírus SARS-CoV-2 em obstetrícia. Enfrentando o desconhecido! 04 Março 2020. FEBRASCO
7. Infectious Disease Committee Statement on the Novel Coronavirus. March 2020 The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC)

8. Prise en Charge aux Urgences Maternite D'une Patiente Enceinte Suspectee ou Infectee par le Coronavirus (COVID-19) - 15/O3/2020. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), France.
9. Recomendaciones para la prevención de la infección y el control de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en la paciente obstétrica. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia S.E.G.O.
10. Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio. DIGESA. MSP. 2014
11. Recomendaciones sobre prácticas y actitudes del equipo de salud en la atención humanizada del embarazo y nacimiento institucional. DIGESA. MSP 2017.



msp.gub.uy

Área Programática de Salud Sexual y Salud Reproductiva
Área Programática de Salud Integral de la Mujer



Ministerio
de Salud Pública