

**DIRECCION GENERAL DE SALUD PUBLICA
DEPARTAMENTO DE ATENCION INTEGRAL A LA POBLACION
COORDINACION DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

MANEJO DE PACIENTES EMBARAZADAS INTRAHOSPITALARIAMENTE

JUSTIFICACION:

Con la reciente pandemia producto del COVID-19, se han establecido estrategias y protocolos de manejo dentro de la red primaria de la atención del embarazo, parto y puerperio,

En este sentido se ha confeccionado un documento consensuado con expertos de la Sociedad Panameña de Obstetricia y Ginecología (SPOG) en base a la evidencia científica actual, dirigido al abordaje de nuestras pacientes intrahospitalarias.

Este documento ha sido revisado y validado por el equipo de trabajo de las coordinaciones que conforman Salud Integral a la Población.



GUÍAS PARA EL MANEJO DE LA EMBARAZADA CORONAVIRUS (COVID-19)

SOCIEDAD PANAMEÑA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (SPOG)

Equipo responsable de la confección de esta guía:

Autores

Dr. Paulino Vigil De Gracia,
Dra. Adriana Martinz Restrepo
Dr. Raul Bravo Vásquez
Dr. Alejandro Smith Gallardo
Dr. Roberto Epifanio Malpassi
Dr. Jaime Sánchez Salazar

ÍNDICE

I.	Prólogo.....	2
II.	Introducción.....	2
III.	Definición de Casos.....	3
IV.	Equipo de Protección Personal.....	3
V.	Manejo General durante el embarazo.....	5
VI.	Manejo durante el embarazo según edad gestacional.....	8
VII.	Manejo durante el Puerperio.....	9

VIII. Flujograma.....	10
IX.	
Referencias.....	11

I. PRÓLOGO

En concordancia con las guías nacionales del paciente adulto dada por las sociedades médicas nacionales sobre COVID-19 (SARS- CoV-2)¹, respaldadas por el MINSA, CSS y siguiendo los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Sociedad Panameña de Obstetricia y Ginecología (SPOG) emite una guía sobre recomendaciones y manejo de las pacientes durante el embarazo, parto y puerperio.

Esta guía puede cambiar a medida que surjan nuevas evidencias que sugieran algún cambio en cuanto a las recomendaciones y manejo de las mujeres embarazadas expuestas a COVID-19.

II. INTRODUCCIÓN:

El embarazo es una condición fisiológica que predispone a las mujeres a complicaciones respiratorias. Debido a los cambios fisiológicos en sus sistemas inmunitario y cardiopulmonar, las mujeres embarazadas tienen más probabilidades de desarrollar una enfermedad grave después de la infección con virus respiratorios. En 2009, las mujeres embarazadas representaron el 1% de los pacientes infectados con el virus de la influenza A subtipo H1N1, pero representaron el 5% de todas las muertes relacionadas con el H1N1. Además, se sabe que el SARS-CoV y el MERSCoV son responsables de complicaciones graves durante el embarazo, incluida la necesidad de intubación endotraqueal, ingreso a una unidad de cuidados intensivos (UCI), insuficiencia renal y muerte ².

La tasa de letalidad de la infección por SARS-CoV entre mujeres embarazadas fue reportada en una (1) de cada cuatro (4) ³, es decir que fue extremadamente alta. Actualmente no hay evidencia que las mujeres embarazadas sean más susceptibles a la infección por COVID-19 o que aquellos con infección por COVID-19 son más propensos a desarrollar neumonía severa ⁴.

Las embarazadas parecen tener una igual susceptibilidad que la población general para contraer la infección y con igual posibilidad de complicaciones grave, pero los datos existentes son limitados ⁴.

Además del impacto de la infección por COVID-19 en la embarazada, existen preocupaciones por el resultado fetal y neonatal; todo esto nos lleva a aseverar que las embarazadas requieren atención especial en relación con la prevención, el diagnóstico y el manejo de COVID-19.

III. DEFINICIÓN DE CASOS ^{1,2}:

Caso Contacto.

Un contacto es una persona involucrada en cualquiera de los siguientes escenarios:

- Brindar atención directa a los pacientes con COVID-19 sin utilizar el equipo de protección personal (EPP) adecuado.
- Estar en el mismo entorno cercano que un paciente con COVID-19 (incluyendo compartir lugar de trabajo, aula, hogar o asistir a la misma reunión).
- Viajar en proximidad (dentro de 1–2 metros) a un paciente con COVID-19 en cualquier tipo de transporte.

Caso Sospechoso:

- Enfermedad respiratoria aguda,
- fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- y al menos uno de los siguientes:
 - tos
 - disnea
 - opresión torácica
 - mialgia o fatiga
 - anosmia y ageusia.
 - con o sin antecedente de contacto físico cercano (< 2 metros por más de 15 minutos) con un caso confirmado por COVID-19.

Caso Positivo/Confirmado:

- Paciente con síntomas respiratorios y prueba positiva para COVID-19 (SARS- CoV-2).

IV. EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) ¹.

- Las personas con mayor riesgo de contagio son aquellas que están en contacto cercano a los pacientes con COVID-19.

- Con la información que se cuenta hasta el momento sobre la enfermedad, las recomendaciones de uso de EPP están definidas de acuerdo con la atención que se le brinda al paciente o caso sospechoso.
- Es importante realizar entrenamientos teórico/prácticos sobre las medidas de prevención, control y uso correcto del EPP.
- Los casos sospechosos o confirmados por COVID-19 deben ser aislados (en habitaciones individuales o en salas comunes con distanciamiento de >2 metros entre pacientes).
- Hacer énfasis en la higiene de manos para todas las interacciones con el paciente.
- Las autoridades de salud proponen los siguientes componentes del equipo de protección personal según el tipo de atención a los casos sospechosos o confirmados de COVID-19: Ver cuadro.

Tipo de Atención	Higiene de Manos	Uso Bata	Protección facial		Lente o Pantalla	Guantes
			Mascarilla Quirúrgica	Máscara N95		
Triage o categorización	✓	-	✓	-	-	-
Toma de muestra (hisopado nasofaríngeo y orofaríngeo)	✓	✓	-	✓	✓	✓
Caso sospechoso o confirmado Leve de COVID-19 que requiere atención en una instalación de salud	✓	✓	✓	-	✓	✓

Caso sospechoso o confirmado de Covid-19 que requiere un procedimiento generador de aerosoles	✓	✓	-	✓	✓	✓
---	---	---	---	---	---	---

V. MANEJO GENERAL DURANTE EL EMBARAZO

➤ LUGAR DE LA ATENCIÓN

En el caso de una mujer embarazada que asista a una emergencia obstétrica y es caso **sospechoso o confirmado** que tiene COVID-19, el personal de obstetricia debe seguir la primera indicación y es la transferencia a una sala de aislamiento y ponerse equipo de protección apropiado. No se debe demorar el manejo obstétrico con el fin de tener prueba para COVID-19 ⁵

Con casos sospechosos y confirmados de infección por COVID-19 lo ideal es manejarlos inicialmente en hospitales designados con instalaciones de aislamiento y equipos de protección efectivos.

Sin embargo, en áreas como la nuestra, donde ya hay muchos casos de la población general confirmados, los servicios de salud pueden no ser capaces de proporcionar dichos niveles de atención a todos los casos sospechosos o confirmados. Por lo tanto, las embarazadas con un cuadro clínico leve pueden no requerir inicialmente el ingreso al hospital y se puede considerar el confinamiento en el hogar, siempre que esto sea posible logísticamente y que se pueda asegurar el monitoreo de su condición.

Actualmente no existe una prueba relativa a la posible transmisión a través de los fluidos genitales ⁵.

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX DURANTE EL EMBARAZO

Las imágenes de tórax y la tomografía computarizada son importantes para evaluar el estado clínico de una mujer embarazada con infección por COVID-19 ^{6,7} La radiación con un sólo examen de rayos X del tórax es insignificante, mientras que la dosis de radiación de una sola tomografía computarizada de tórax o CT angiograma pulmonar es muy baja ⁸

En una mujer embarazada con sospecha de infección por COVID-19, una tomografía computarizada del tórax puede considerarse como una herramienta principal para la detección de COVID-19, pero el diagnóstico puede ser hecho con sólo la radiografía de tórax más hallazgos clínicos. Se debe obtener el consentimiento informado (toma de decisiones compartida) y **se debe aplicar un escudo de protección de radiación sobre el útero gestante.**

➤ MANEJO MEDICO

○ CASOS SOSPECHOSOS

Manejo general:

- mantener el equilibrio de líquidos y electrolitos; ○ tratamiento sintomático, como medicamentos antipiréticos; ○ vigilancia de los signos vitales cada 4 horas; ○ determinar el nivel de saturación de oxígeno; ○ gases de sangre arterial;
- realizar y repetir Radiografía de tórax cuando esté indicado; ○ evaluación periódica de la biometría hemática, pruebas de función renal y hepática; pruebas de coagulación.

Monitoreo fetal: Realizar NST (PNS) para la monitorización de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) cuando el embarazo es mayor de 26 semanas de gestación y evaluación ecográfica del crecimiento fetal y el volumen de líquido amniótico. Tenga en cuenta que los dispositivos de monitoreo y el equipo de ultrasonido deben desinfectarse adecuadamente luego de su utilización ².

El embarazo debe manejarse de acuerdo con los hallazgos clínicos y ecográficos, según la edad gestacional.

○ CASOS CONFIRMADO O POSITIVOS

➤ **Enfermedad no severa-Manejo Ambulatorio:**

- Aislamiento en casa, hotel, albergues u otro: Es lo recomendable en estos casos. ○ Recomendar hidratación adecuada, ○ Acetaminofén por fiebre.
- Conteo de movimientos fetales (> 28 semanas) estando acostada, una

vez al día; es normal si presenta 6 o más movimientos desde un mínimo de 5 minutos hasta un máximo de dos horas.

➤ **Criterios de Hospitalización:**

- Saturación de oxígeno menor a 95%
- Frecuencia respiratoria mayor a 22 por minuto
- Radiografía de tórax anormal
- Comorbilidades crónicas o con tratamiento (diabetes, hipertensión crónica) , inmunosupresor.

➤ **Enfermedad no severa con criterios de hospitalización:** ○ Tratamiento de soporte y vigilancia en sala de aislamiento. ○ Actualmente no existe un tratamiento antiviral comprobado para pacientes con COVID-19. En caso de usarse algún tratamiento, las embarazadas deben recibir asesoramiento exhaustivo sobre los posibles efectos adversos de ese tratamiento para ella y para el feto.

- Se debe hacer uso oportuno de antibióticos apropiados cuando exista evidencia de infección bacteriana secundaria. Cuando no hay evidencia clara de infección bacteriana secundaria, se debe evitar el uso empírico o inapropiado de antibióticos. Mencionar signos y síntomas de alarma.

Monitoreo fetal: Realizar NST (PNS) para la monitorización de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) cuando el embarazo es mayor de 26 semanas de gestación al ingreso y cada 2 semanas si se mantiene hospitalizada; evaluación ecográfica del crecimiento fetal y del volumen de líquido amniótico al ingreso y a los 15 días si se mantiene hospitalizada.

➤ **Enfermedad severa:**

- La neumonía grave se asocia con una alta tasa de mortalidad materna y perinatal, por lo tanto, se requiere un tratamiento agresivo, que incluya medidas de apoyo con hidratación, oxigenoterapia y fisioterapia torácica.
- El caso debe manejarse en una sala de aislamiento en la UCI, preferiblemente con la paciente en inclinación de 30° hacia la izquierda, con el apoyo de un equipo multidisciplinario (obstetras, subespecialistas en medicina materno-fetal, intensivistas, neonatología, especialistas en enfermedades infecciosas).
- Tratamiento antibacteriano: el tratamiento antibiótico apropiado en combinación con el tratamiento antiviral se debe usar de inmediato cuando se sospeche o confirme una infección bacteriana secundaria.
- Monitoreo de la presión arterial y manejo del equilibrio de líquidos: en pacientes sin shock séptico, se deben tomar medidas conservadoras

- de manejo de líquidos; en pacientes con shock séptico, se requiere reanimación con líquidos e inotrópicos para mantener una presión arterial media ≥ 65 mmHg.
- Terapia de oxígeno: se debe usar oxígeno suplementario para mantener la saturación de oxígeno $\geq 95\%$; el oxígeno debe administrarse de inmediato a pacientes con hipoxemia y / o shock, y el método de ventilación debe ser de acuerdo con la condición del paciente y siguiendo la guía de las sociedades médicas.
 - Monitoreo fetal: Realizar NST (PNS) para la monitorización de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) cuando el embarazo es mayor de 26 semanas de gestación al ingreso y cada tercer día; y evaluación ecográfica del crecimiento fetal y volumen de líquido amniótico semanal ². LA FCF debe ser registrada cada turno por el personal que toma los signos vitales.
 - El equipo multidisciplinario debe considerar la interrupción del embarazo, independientemente de la edad gestacional, según criterios clínicos caso por caso.

VI. MANEJO DURANTE EL EMBARAZO SEGÚN EDAD GESTACIONAL

Actualmente los conocimientos sobre el impacto en el feto de la infección materna por COVID-19 son escasos y se basan en cuatro series de casos con 38 embarazadas y 30 recién nacidos reportados ^{4,9-11}, con lo que no podemos llegar a conclusiones; sin embargo, aún no se demuestra transmisión vertical con estos casos, a pesar del reporte de un posible caso ⁸. Por experiencias de neumonía viral en mujeres embarazadas en brotes anteriores sabemos se asocia con un mayor riesgo de parto prematuro, restricción del crecimiento fetal y mortalidad perinatal.

○ Embarazo de término:

La infección con COVID-19 en sí misma **NO** es una indicación para el nacimiento, a menos que sea necesario mejorar la oxigenación materna. Para casos sospechosos y confirmados de infección por COVID-19, el nacimiento debe realizarse en una sala de aislamiento. El momento y el modo de nacimiento deben ser individualizados, dependiendo principalmente del estado clínico de la paciente y la condición fetal ¹².

Si una paciente infectada tiene un inicio de labor de parto espontáneo con un progreso adecuado, se le puede permitir el parto por vía vaginal. Se puede considerar acortar la segunda etapa mediante parto vaginal instrumentado (fórceps o vacuum), ya que el pujo o respaldo de la paciente mientras usa una máscara quirúrgica puede ser difícil de lograr.

La inducción del trabajo de parto puede considerarse cuando el cuello uterino es favorable, pero debe considerarse la posibilidad de alteración del bienestar fetal, un progreso deficiente en el trabajo de parto y / o deterioro de la condición materna. El shock séptico refractario, la insuficiencia orgánica aguda o la alteración del bienestar fetal requieren de interrupción por la vía más expedita.

Se puede considerar tanto anestesia regional como anestesia general, dependiendo de la condición clínica de la paciente y después de consultar con el anesthesiólogo. Respecto al manejo neonatal de casos sospechosos y confirmados el cordón umbilical debe ligarse rápidamente y el recién nacido debe ser atendido inmediatamente por el equipo de neonatología y o pediatría. No hay pruebas suficientes sobre si el retraso en ligar cordón aumenta el riesgo de infección al recién nacido por contacto directo¹³.

- Embarazo pretérmino:

Para los casos prematuros que requieren el nacimiento, debemos tener precaución con respecto al uso de esteroides prenatales (dexametasona o betametasona) para la maduración fetal, ya que esto puede empeorar la condición clínica materna¹⁴ y la administración de esteroides prenatales retrasaría el nacimiento necesario para el manejo del paciente. El uso de esteroides prenatales debe considerarse a discusión entre el grupo tratante. En el caso que una mujer infectada presente trabajo de parto prematuro espontáneo, **la tocólisis no debe utilizarse**.

Para el manejo del nacimiento se toman en cuenta las mismas condiciones del embarazo de término.

- Embarazos menores de 26 semanas:

- Con esta edad gestacional en casos sospechosos o confirmados la prioridad debe ser la madre y el equipo tratante no debe limitar el manejo materno por condición fetal.
- Se debe confirmar edad gestacional, viabilidad, peso fetal y líquido amniótico por ecografía obstétrica al ingreso de la paciente.
- De forma diaria, el personal a cargo de la sala donde se encuentre la paciente debe tomar la Frecuencia Cardíaca Fetal y anotarla.

VII. MANEJO DURANTE EL PUERPERIO

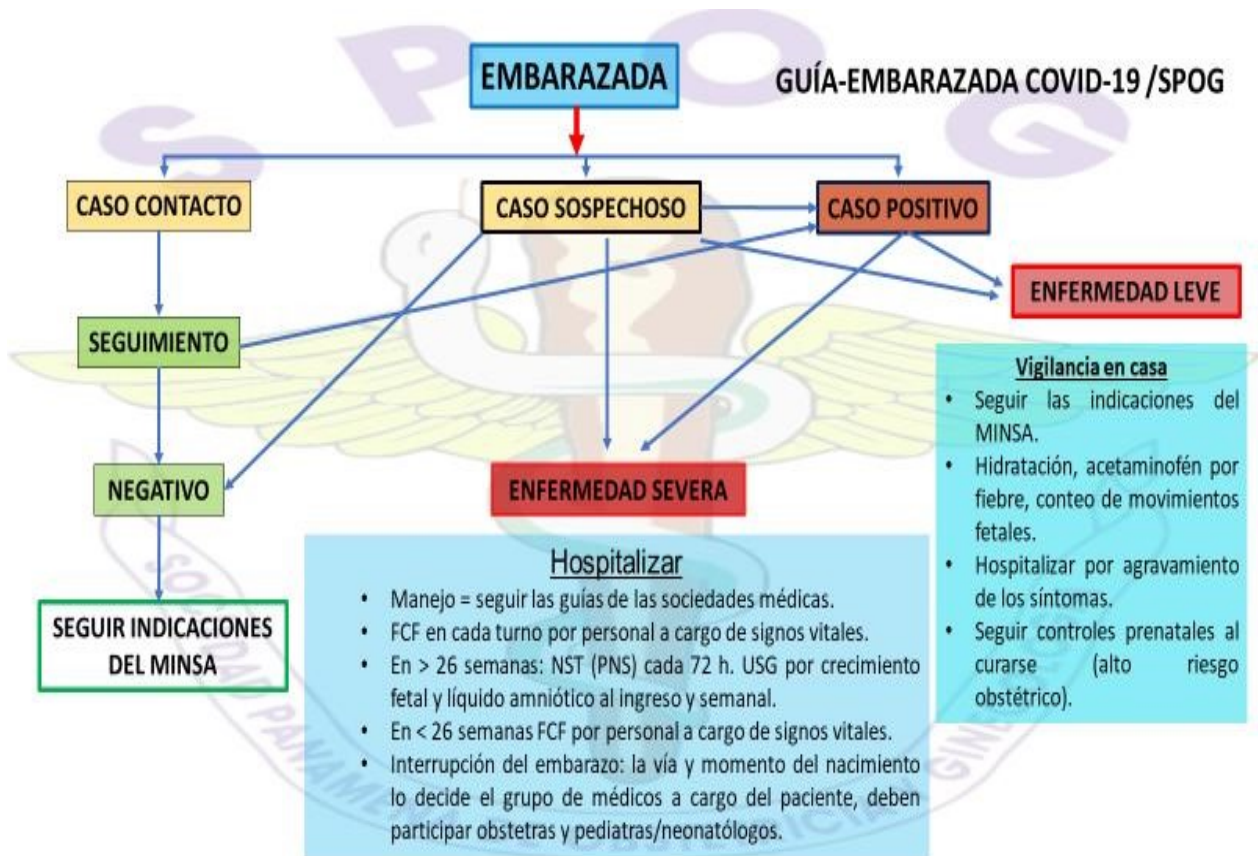
Seguir las guías dadas por las sociedades médicas para el manejo de adultos con COVID-19 ¹.

Actualmente no hay evidencia suficiente sobre el riesgo de contagio a través de la leche materna o la necesidad de separación madre / bebé. Si la madre está gravemente enferma, la separación parece ser la mejor opción y se deben hacer intentos de extraer la leche materna para mantener la producción de leche.

Si la paciente desea ofrecer la lactancia a su bebé, se debe tomar precauciones para limitar la propagación viral al lactante, las cuales son:

- Lavarse las manos al tocar al bebé, el extractor de leche o los biberones.
- Usar una mascarilla para amamantar, mascarilla quirúrgica.
- Considere extraerse la leche y que otra persona sin infección lo alimente.

FLUJOGRAMA



NOTA: Existe una Guía Unificada de Intervención en los Trabajadores de la Salud COVID-19 CSS/MINSA, cuyo objetivo es establecer los procedimientos técnicos administrativos de la vigilancia de la salud en los trabajadores expuestos a COVID-19.

REFERENCIAS

- 1- Sociedades médicas de Panamá. Guías nacionales de pacientes adultos. COVID 19. versión 1.0. 16 marzo 2019.

- 2- Poon LC, Yang H, Lee JCS et al. ISUOG Interim Guidance on 2019 novel coronavirus infection during pregnancy and puerperium: information for healthcare professionals. 19 marzo 2019. Doi:10.1002/uog.22013.
- 3- Wong SF, Chow KM, Leung TN, Ng WF, Ng TK, Shek CC, Ng PC, Lam PW, Ho LC, To WW, Lai ST, Yan WW, Tan PY. Pregnancy and perinatal outcomes of women with severe acute respiratory syndrome[J]. *Am J Obstet Gynecol*, 2004,191(1):292-297. DOI: 10.1016/j. ajog.2003.11.019.
- 4- Chen H, Guo J, Wang C, et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *The Lancet* 2020 doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30360-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30360-3)
- 5- RCOG. Coronavirus (COVID-19) infección en el embarazo. Royal College Obst Gynecol. marzo 9 2020
- 6- Ai T, Yang Z, Hou H, Zhan C, Chen C, Lv W, Tao Q, Sun Z, Xia L. Correlation of chest CT and RT-PCR testing in coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China: a report of 1014 cases. *Radiology* 2020 Feb 26:200642. doi:10.1148/radiol.2020200642. [Epub ahead of print]
- 7- Li X, Xia L. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Role of chest CT in diagnosis and management. *AJR Am J Roentgenol*. 2020. Mar 4:1-7. Doi:10.2214/AJR20.22954.
- 8- Committee Opinion No. 723: Guidelines for diagnostic imaging during pregnancy and lactation. *Obstet Gynecol* 2017; 130(4):e210-e216.DOI:10.1097/AOG.0000000000002355. 23
- 9- Zhu H, Wang L, Fang C, et al. Clinical analysis of 10 neonates born to mothers with 2019-nCoV pneumonia *Transl Pediatr* 2020; 9 (1): 51-60. dOI: <http://dx.doi.org/10.21037/tp.2020.02.06>.
- 10-Chen Y, Peng H, Wang L, et al. Infants born to mothers with a new Coronavirus (COVID-19). *Front Pediatr* 2020;8:104. doi: 10.3389/fped.2020.00104
- 11-Schwartz DA. An Analysis of 38 Pregnant Women with COVID-19, Their Newborn Infants, and Maternal-Fetal Transmission of SARS-CoV-2: Maternal Coronavirus Infections and Pregnancy Outcomes. *Arch Patolog Lab Med* 2020; 0.5858/arpa.2020-0901-SA
- 12-Qi H, Chen D, Feng L, Zou L, Li J. Obstetric considerations on delivery issues for pregnant women with COVID-19 infection. *Chin J Obstet Gynecol* 2020; 55(02): E001-E001.
- 13-Rodrigo C, Leonardi-Bee J, Nguyen-Van-Tam J, Lim WS. Corticosteroids as adjunctive therapy in the treatment of influenza. *Cochrane Database Syst Rev*2016;3:CD010406.
- 14-Mullins E, Evans D, Vine R, O' B ien, P, Mo is E Coronavirus in pregnancy and delivery: rapid review and expert consensus. medRxiv 8 March 2020. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.03.06.20032144>.