

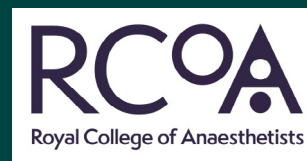


Royal College of  
Obstetricians &  
Gynaecologists

# Coronavirus (COVID-19) Infección en el Embarazo

Información para profesionales de la salud Versión 4: Publicado

Saturday 21 March 2020



# Tabla de contenido

Resumen de cambios	<b>3-6</b>
<b>1. Introducción</b>	<b>7-10</b>
<b>2. Recomendaciones para profesionales de la salud para compartir con las mujeres embarazadas</b>	<b>11-14</b>
<b>3. Consejo para todos partería y servicios obstétricos el cuidado de las mujeres embarazadas</b>	<b>15-17</b>
<b>4. Consejos para los servicios que atienden a las mujeres con sospecha o se confirma COVID-19</b>	<b>18-32</b>
<b>5. Consejos para los servicios que atienden a las mujeres después de la recuperación de COVID-19 confirmados</b>	<b>33-34</b>
<b>6. consejos de salud ocupacional para los empleadores y las mujeres embarazadas durante la pandemia COVID-19</b>	<b>35-37</b>
<b>Agradecimientos</b>	<b>38</b>
Diagrama de flujo para evaluar COVID-19 riesgo en la unidad de asistentes de maternidad	<b>39</b>
referencias	<b>40-43</b>

## Resumen de cambios

Versión Fecha Resumen de los cambios		
2	12.03.20 1.2:	En el momento de la escritura, Salud Pública Gales están alineando con la Salud Pública Inglaterra en definiciones de casos, evaluación, prevención y control de infecciones y las pruebas. Vamos a actualizar <a href="#">esta orientación</a> Si esto <a href="#">cambia</a> .
2	13.03.20 2.2:	Actualizado para reflejar consejos PHE y la protección de la salud de acuerdo con 3.13.20, en particular, utilizar las fichas de los síntomas en línea y tratar a todos los individuos con síntomas como la posibilidad de tener COVID-19
2	13.03.20 3.2:	Sentencia de quién a prueba actualizada para reflejar consejo a las mujeres con síntomas de prueba sugestivo de COVID-19 que requieren ingreso
2	13.03.20 3.6.4 y 3.6.5:	Actualizado sugerir considerando retraso del parto por cesárea electiva o inducción para las mujeres con síntomas sugestivos de COVID-19, así como aquellos con COVID-19 confirmado
2	13.03.20 3.8:	La alimentación del lactante modificado de la recomendación de llevar una máscara facial para tratar de evitar toser o estornudar en el bebé, y considerar usar mascarilla cuando estén disponibles
2	13.03.20 4:	Nueva sección añadida para la atención prenatal para las mujeres embarazadas después de autoaislamiento para síntomas sugestivos de COVID-19
2	13.03.20 5 (nuevo).	Nueva sección - Consejos para los profesionales de la salud embarazadas
2	13.03.20 Apéndice 1:	Diagrama de flujo modificada para reflejar la orientación PHE modificado

2	13.03.20	<p>Referencias: 19. Declaración del Consejo sobre el personal del NHS Covid-19 2020 [Disponible desde: <a href="https://www.nhsemployers.org/-/media/Employers/Documents/de_pago_y_recompensa/NHS-Personal-Consejo-Orientación_para_la_Covid-19-Feb-20.pdf?es&amp;La_almohadilla=70C909DA995280B9FAE4BF6AF291F4340890445C">https://www.nhsemployers.org/-/media/Employers/Documents/de_pago_y_recompensa/NHS-Personal-Consejo-Orientación para la Covid-19-Feb-20. pdf? = es &amp; La almohadilla = 70C909DA995280B9FAE4BF6AF291F4340890445C</a> ] visitada 12 de marzo 2020</p>
3	17.03.20	2: Recomendaciones para profesionales de la salud para compartir con las mujeres embarazadas actualizados para reflejar directrices actuales
3	17.03.20	3: Nueva sección añadida en el consejo para todos los servicios de obstetricia y partería
3	17.03.20	4.1: Recomendaciones generales para los servicios que prestan atención a las mujeres embarazadas actualizados para reflejar asesoramiento de director médico en 16/3/20
3	14.03.20	4.1: Indicaciones para la limpieza de equipos de ultrasonido añadido, y ha añadido referencia
3	17.03.20	4.3: Vinculado a la nueva orientación nacional sobre las acciones requeridas cuando un caso COVID-19 No fue diagnosticado en el ingreso
3	17.03.20	4.6.2: Recomendaciones añadido: Hay evidencia de agrupación de los hogares y hogar co-infección. socios de nacimiento asintomáticos deben ser tratados como posiblemente infectados y solicitar que use una mascarilla y lavarse las manos frecuentemente. Si hay síntomas, los socios de nacimiento deben permanecer en aislamiento y no asistió a la unidad. El uso de piscinas de parto en el hospital debe evitarse en los casos sospechosos o confirmados, da evidencia de transmisión en las heces y la imposibilidad de utilizar el equipo de protección adecuada al personal sanitario durante el parto en el agua.

3	17.03.20 4.6.2:	<p><b>Consejos sobre Entonos cambiado a</b></p> <p>No hay evidencia de que el uso de Entonox es un procedimiento de aerosol propensas Entonox debe utilizarse con un filtro microbiológico de un solo paciente. Esta es una cuestión común a lo largo de las unidades de maternidad en el Reino Unido.</p>
3	17.03.20 4.6.4:	<p><b>El manejo anestésico para las mujeres con síntomas o confirmada COVID-19,</b> que fue anteriormente en esta guía, se ha eliminado y los enlaces externos proporcionados</p>
3	17.03.20 4.7.1:	<p><b>Declaración insertada 'imagen del tórax, especialmente TC de tórax, es esencial para el</b> evaluación del paciente enfermo con COVID-19 y debe realizarse en caso de indicación y no retardada debido a las preocupaciones fetales '.</p>
3	17/03/20	<p>actualizado para reflejar la orientación actual de salud pública en la auto-aislamiento y distanciamiento social</p>
3	17.03.20 4.7.1:	<p><b>Asesoramiento sobre la gestión neonatal y la prueba se ha eliminado. Por favor refiérase a</b> <a href="#">orientación RCPCH</a></p>
3	17.03.20 6:	<p><b>Consejos para los profesionales sanitarios actualizados de acuerdo con Jefe de Servicios Médicos</b> comunicado el lunes 16 de marzo.</p>
4	21.03.20 6	<p><b>Sección sobre consejos de salud 'ocupacional para los empleadores y las mujeres embarazadas durante</b> la COVID-19 pandemia' añadido, en sustitución de la sección anterior 6 sobre 'Información para profesionales de la salud'. Sección incluye recomendaciones específicas para los profesionales de la salud.</p>

4	21.03.20 1.3-1.4	Información adicional añadido en la susceptibilidad de las mujeres embarazadas a infección COVID-19.
4	21.03.20 2	Información adicional sobre el distanciamiento social para las mujeres embarazadas añadió, en particular especificando la adherencia estricta a las recomendaciones para las mujeres > 28 semanas de gestación.
4	21.03.20 4.7	Nueva sección añadida en las recomendaciones específicas para los PPE durante el parto
4	21.03.20 1	Además de la información y enlaces para el sistema de información UKOSS
4	21.03.20	Todos proofread general y cambios de redacción
4	21.03.20 6:	Página 36 título cambiado a consejos de salud 'ocupacional para los empleadores y embarazada mujeres durante el COVID-19 pandemia'

# 1. Introducción

# 1. Introducción

Las siguientes recomendaciones se proporciona como un recurso para los profesionales de la salud del Reino Unido sobre la base de una combinación de la evidencia disponible, las buenas prácticas y el asesoramiento de expertos. Las prioridades son (i) la reducción de la transmisión de COVID-19 a las mujeres embarazadas y (ii) la provisión de atención segura a las mujeres con sospecha / confirmado COVID-19. Tenga en cuenta que esto es en gran medida una evolución de la situación y de esta guía es un documento vivo que se puede actualizar si o cuando haya nueva información disponible. Por lo tanto sugerimos que visite esta página periódicamente las actualizaciones.

Viernes 20 marzo 2020, el Sistema de Vigilancia obstétrica Reino Unido puso en marcha un registro de todas las mujeres ingresados en un hospital del Reino Unido con infección confirmada COVID-19 en el embarazo. Más información se puede encontrar [aquí](#) .

Esta orientación se revisará periódicamente aparecen nuevos datos. Si desea sugerir áreas adicionales para esta orientación a la cubierta, las aclaraciones necesarias o la presentación de nuevas pruebas para su consideración, por favor correo electrónico [COVID-19@rcog.org.uk](mailto:COVID-19@rcog.org.uk). Tenga en cuenta, que no será capaz de dar consejos clínica individual o [información para los requisitos específicos](#) de la organización a través de esta dirección de correo electrónico.

## 1.1 El virus

coronavirus novedoso (SARS-CoV-2) es una nueva cepa del coronavirus causan COVID-19, identificado por primera vez en la ciudad de Wuhan, China. Otras infecciones por coronavirus incluyen el resfriado común (HCoV 229E, NL63, OC43 y HKU1), el síndrome respiratorio Oriente Medio (MERS-CoV) y el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS-CoV).

## 1.2 Epidemiología

El virus parece haberse originado en la provincia de Hubei en China a finales de 2019. Desde entonces, China ha seguido siendo el país con el mayor número de personas infectadas. Dentro de Europa, Italia es actualmente el país más afectado.

Esta situación está cambiando rápidamente de forma natural y para la mayoría hasta la fecha consejos consulte consejo local de Protección de la Salud. Protección de la salud es una cuestión descentralizado y enlaces a la guía local son disponibles para [Inglaterra](#) , [Gales](#) , [Escocia](#) y [Irlanda del Norte](#) . [Salud Pública Inglaterra \(PHE\)](#) y [la protección de la salud Escocia \(HPS\)](#) se han citado en este documento; orientación específica de las otras áreas del Reino Unido se actualizará a medida que estén disponibles. En el momento de la escritura, Salud Pública Gales están alineando con la Salud Pública Inglaterra en definiciones de casos, evaluación, prevención y control de infecciones y las pruebas. Vamos a actualizar esta guía si esto cambia.



## 1.3 Transmisión

La mayoría de los casos de COVID-19 a nivel mundial tienen evidencia de transmisión de humano a humano. Este virus puede ser fácilmente aislado de secreciones respiratorias, las heces y fómites. Se recomiendan los proveedores de salud para emplear estricta prevención de infecciones y medidas de control de procesos (IPC); orientación está disponible según la orientación local de Protección de la Salud.

Las mujeres embarazadas no aparecen más probabilidades de contraer la infección que la población general. El embarazo en sí altera el sistema inmune del cuerpo y la respuesta a las infecciones virales en general, que de vez en cuando pueden estar relacionados con síntomas más graves y esto será el mismo para COVID-19.

En cuanto a la transmisión vertical (transmisión de la madre al bebé antes del parto o durante el parto), informes de casos de China han llegado a la conclusión de que no hay pruebas de ello. <sup>1,4</sup> opinión de los expertos es que el feto es poco probable que se exponga durante el embarazo. Una serie de casos publicados por Chen et al probaron líquido amniótico, sangre del cordón umbilical, frotis de garganta neonatales y muestras de la leche materna de COVID-19 madres infectadas y todas las muestras negativas ensayadas para el virus. <sup>1</sup> Además, en un papel diferente por Chen et al, tres placentas de madres infectadas se frotaron con un algodón y negativa la prueba del virus, <sup>7</sup> y en otra serie de casos por el mismo equipo, tres de los bebés nacidos de madres con síntomas probados para el coronavirus, ninguno tenía pruebas positivas. <sup>2</sup> La evidencia actual sugiere que el virus no está presente en el fluido genital. <sup>6</sup>

La evidencia anterior está todo basado en un pequeño número de casos. La situación puede cambiar y vamos a seguir con los resultados del monitor. MBRRACE en el Reino Unido han comenzado simplemente centralizada, monitoreo en tiempo real de las madres afectadas y sus bebés a través UKOSS, los datos de los que nos van a incluir en futuras [versiones de esta directriz](#).

## 1.4 Efectos sobre la madre / síntomas

Existe evidencia de evolución dentro de la población general que no podía haber una cohorte de individuos asintomáticos o con síntomas muy leves que son portadoras del virus, aunque la incidencia es desconocida. La gran mayoría de las mujeres experimentan sólo síntomas leves o moderados frío / síntomas de tipo gripal. Tos, fiebre y dificultad para respirar son otros síntomas relevantes.

Durante mucho tiempo se ha sabido que, mientras que las mujeres embarazadas no son necesariamente más susceptibles a la enfermedad viral, cambia a su sistema inmune durante el embarazo puede asociarse con síntomas más severos. Esto es particularmente cierto hacia el final del embarazo. Los síntomas más graves como la neumonía y marcada hipoxia se describen ampliamente con COVID-19 en las personas mayores, la inmunosupresión y aquellos con condiciones a largo plazo, tales como la diabetes, el cáncer y la enfermedad pulmonar crónica. <sup>8</sup> Estos mismos síntomas pueden ocurrir en mujeres embarazadas por lo que deben ser identificados y tratados con prontitud. Los riesgos absolutos son, sin embargo, pequeña.

En la actualidad existe un caso publicado de una mujer con COVID-19, que ingresó en el hospital en 34 semanas de gestación, tenía una cesárea de emergencia para un bebé nacido muerto y fue admitido en la unidad de cuidados intensivos con disfunción orgánica múltiple y de dificultad respiratoria aguda síndrome, lo que requiere la oxigenación por membrana extracorpórea. <sup>9</sup> Hay muertes no reportadas en mujeres embarazadas en la actualidad.

Las respuestas individuales a la infección viral son diferentes para cada mujer y para diferentes virus. Sin embargo, la gripe y el embarazo proporciona un comparador útil: datos de Australia han identificado que hay un aumento significativo en la enfermedad crítica en el embarazo después, en comparación con el embarazo temprano. <sup>10</sup> En otros tipos de infección por coronavirus (SARS, MERS), los riesgos para la madre parecen aumentar, en particular durante el último trimestre del embarazo. En al menos un estudio, no hubo un aumento del riesgo de parto prematuro estando indicado por razones médicas maternas después de 28 semanas de gestación. <sup>11</sup>

## 1.5 Efecto sobre el feto

Actualmente no hay datos que sugieren un aumento del riesgo de pérdida del embarazo o aborto involuntario temprana en relación con COVID-19. Los informes de casos de estudios tempranos del embarazo con el SARS y MERS no demuestran una relación convincente entre la infección y el aumento del riesgo de aborto involuntario o pérdidas en el segundo trimestre. <sup>12</sup>

Como no hay evidencia de infección fetal intrauterina con COVID-19 lo tanto se considera actualmente poco probable que habrá efectos congénitos del virus en el desarrollo fetal. No hay evidencia de que el virus actualmente es teratogénico.

Hay informes de casos de parto prematuro en mujeres con COVID-19, pero no está claro si el parto prematuro fue siempre iatrogénica, o si algunos fueron espontáneos. entrega iatrogénica era predominantemente para indicaciones maternas relacionadas con la infección viral, aunque no había evidencia de compromiso fetal y rotura prematura prematura de las membranas, en al menos un informe. <sup>1</sup>

## **2. Recomendaciones para profesionales de la salud para compartir con las mujeres embarazadas**

## 2. Recomendaciones para profesionales de la salud para compartir con las mujeres embarazadas

### 2.1 Recomendaciones generales

Como una mujer embarazada la noticia de que se colocaron en un 'grupo vulnerable' por el Director General de Salud desde lunes 16 marzo 2020 podrá haber causado preocupación.

Nos gustaría reiterar que la evidencia que tenemos hasta ahora es que las mujeres embarazadas son todavía no hay más probabilidades de contraer la infección que la población general. Lo que sí sabemos es que el embarazo en una pequeña proporción de mujeres puede alterar cómo su cuerpo maneja infecciones virales graves. Esto es algo que las parteras y obstetras han conocido desde hace muchos años y se utilizan para tratar con.

Lo que ha impulsado las decisiones tomadas por los funcionarios es la necesidad de restringir la propagación de la enfermedad, porque si el número de infecciones fueron aumentando considerablemente el número de mujeres severamente infectadas podría aumentar y esto podría poner la vida de algunas mujeres embarazadas en peligro.

Nuestro consejo general es que:

- Si usted está infectado con COVID-19 está siendo más propensos a tener síntomas o una enfermedad leve de la que va a tener una recuperación completa
- Si se presentan síntomas más severos o su recuperación se retrasa, esto puede ser una señal de que usted está desarrollando una infección más significativa en el pecho que requiere una mayor atención y nuestros restos de asesoramiento que si usted siente que sus síntomas empeoran o si no mejoran debe comunicarse con su equipo de atención de maternidad, NHS 111or alternativa local de inmediato para obtener más información y asesoramiento.

### 2.2 Indicación sobre el distanciamiento social y autoaislamiento

El Director General de Salud del Reino Unido ha decidido que, dada la limitada información disponible acerca de cómo COVID-19 podría afectar el embarazo, sería prudente para las mujeres embarazadas para aumentar su distanciamiento social para reducir el riesgo de infección.

Todas las mujeres embarazadas, independientemente de la gestación, deben observar la orientación distanciamiento social disponible en la página web del Gobierno:

- 1) [Para todas las personas vulnerables, incluidas las mujeres embarazadas](#) <sup>13</sup>
- 2) [Para los individuos y las familias de las personas con síntomas de la nueva tos continua o fiebre](#) <sup>14</sup>

Se debe prestar especial atención a evitar el contacto con personas que se sabe que tienen COVID-19 o los que exhiben síntomas posibles.

Las mujeres mayores de 28 semanas de gestación deben prestar especial atención a la distancia social y reducir al mínimo el contacto con los demás.

recomendaciones específicas con respecto a ir al trabajo se detallan en la Sección 6.

## **2.3 Los consejos con respecto a sus citas o visitas urgentes a clínicas y hospitales**

Si usted está bien en este momento y ha tenido complicaciones en sus embarazos anteriores, los siguientes consejos prácticos pueden ser útiles:

- Si usted tiene una exploración de rutina o visita debido en los próximos días, por favor, póngase en contacto con su unidad de maternidad para el asesoramiento y acordar un plan. Es posible que aún necesita para asistir a una visita, pero el nombramiento puede cambiar debido a las necesidades de personal.
- Si usted está entre las citas, por favor espere tener noticias de su equipo de maternidad.

Si va a asistir con mayor regularidad en el embarazo, a continuación, su equipo de maternidad se pondrá en contacto con los planes para citas adicionales, según sea necesario.

Sea cual sea su situación personal tenga en cuenta lo siguiente:

- Si usted tiene alguna preocupación, usted será capaz de ponerse en contacto con su equipo de la maternidad como de costumbre, pero tenga en cuenta que puede tomar más tiempo de lo habitual para volver a usted.
- Si usted tiene un problema urgente relacionado con su embarazo, pero no está relacionado con el coronavirus, ponerse en contacto con los mismos datos de contacto de emergencia que ya tiene. Por favor, no contactar con el número a menos que tenga un problema urgente.
- Si usted tiene síntomas de coronavirus, dirigirse al servicio de maternidad y que se encargará el lugar y el momento adecuado para venir a hacer sus visitas. Usted no debe asistir a una clínica de rutina.
- Se le pedirá a mantener el número de personas con que al mínimo. Esto incluirá les pide que no llevar a los niños a sus citas de maternidad.
- Puede haber una necesidad de reducir el número de visitas prenatales que tiene. Esto se comunicará con usted. No reduzca la cantidad de visitas sin acordar primero con su equipo de maternidad. En este momento, es particularmente importante que ayude a su equipo de maternidad cuidar de usted. Si usted ha tenido una cita cancelada o retrasada, y no está seguro de su próximo contacto con su equipo de maternidad, por favor hacerles saber mediante el uso de los números de contacto proporcionados a usted en la reserva.

**3. Recomendaciones  
para el personal de  
obstetricia y todos los  
servicios obstétricos de cuidado  
mujer**

### 3. Recomendaciones para el personal de obstetricia y todos los servicios de obstetricia el cuidado de las mujeres embarazadas

La situación se está moviendo actualmente muy rápido y reconfiguración de los servicios es probable que sea necesario. En la actualidad, se recomienda lo siguiente:

- Atención a las mujeres embarazadas y después del parto es un servicio esencial y debe ser planeada para junto con otros servicios esenciales.
- Se debe advertir a asistir a la atención prenatal de rutina a menos que cumplan [orientación autoaislamiento actual para los individuos y las familias de las personas con síntomas de la nueva tos continua o fiebre.](#) <sup>14</sup>
- Las unidades deben buscar rápidamente la adopción de teleconferencias y videoconferencias capacidad y considerar lo que las citas se pueden realizar de forma remota. Esperamos emitir más orientación sobre esto pronto. los NHS ha proporcionado orientación sobre la [relajación de los requisitos de gestión de la información para las videollamadas.](#)
- El mantenimiento de registros sigue siendo primordial.
- los sistemas de registros electrónicos deben ser utilizadas y donde el acceso remoto para el personal o los pacientes es una función disponible, este debe acelerarse. Al ver a las mujeres frente a frente, la documentación electrónica simultánea facilitará la futura consulta a distancia.
- Las unidades deben nombrar a un grupo de médicos para el cuidado de coordinadas para las mujeres obligadas a citas se pierda debido a la auto-aislamiento. Las mujeres deben poder notificar a la unidad de su auto-aislamiento a través de los números de teléfono que ya están disponibles para ellos. Las citas a continuación, deben ser revisados por urgencia y, o bien convierten a las citas remotas, asistencia aconsejados o diferidos apropiadamente.

[o Para las mujeres que han tenido síntomas, las citas pueden ser diferidos hasta 7 días después del inicio de los síntomas, a menos que los síntomas \(aparte de tos persistente\) perseverar](#)

[o Para las mujeres que se auto-aislamiento, porque alguien de su familia tiene síntomas posibles de COVID-19, las citas deben ser diferidos durante 14 días](#)



- Las unidades deben tener un sistema para las mujeres que han perdido la bandera de citas recurrentes, lo cual es un riesgo particular para las mujeres con niños pequeños que puedan quedar mal en varias ocasiones, y cualquier mujer que tiene una cita de rutina retrasado durante más de 3 semanas debe ser contactado.
- planes individualizados para las mujeres que requieren revisiones frecuentes pueden ser necesarios.

**4.**

**Recomendaciones para ser**

**para las mujeres**

**con sospecha o**

**confirmación**

**COVID-19**

## 4. Recomendaciones para el personal de servicios que atienden a las mujeres con sospecha o se confirma COVID-19

Los siguientes consejos se refiere principalmente a la atención de las mujeres en el segundo o tercer trimestre del embarazo. Cuidado de las mujeres en el primer trimestre debería prestar atención a la misma prevención de infecciones e investigación orientación / diagnóstico.

### 4.1 Recomendaciones generales para los servicios de atención a las mujeres embarazadas

Se ha aconsejado a las mujeres embarazadas para reducir el contacto social por parte del gobierno basado en los riesgos teóricos para el embarazo que plantea el COVID-19. atención prenatal y posnatal se basa en años de pruebas para mantener seguras las madres y los bebés durante el embarazo y el parto. Por lo tanto, la mayor parte de la atención prenatal y posnatal debe ser considerada como la atención y las mujeres esenciales deben ser animados a asistir, incluso al tiempo que minimiza el contacto con los demás.

Recomendamos que, en la práctica, las citas deben llevarse a cabo en el teléfono o el uso de la videoconferencia, siempre que exista una expectativa razonable de que no se requieren observaciones o pruebas maternas.

### 4.2 Recomendaciones generales para los servicios de atención a las mujeres con sospecha o se confirma COVID-19, para los cuales es necesaria la asistencia en hospitales

Las siguientes recomendaciones se aplican a todas las asistencias de hospital / clínica para mujeres con sospecha o confirmación de COVID-19:

- Se debe advertir a asistir en transporte privado cuando sea posible o llame al 111/999 para asesoramiento, según proceda. Si se requiere una ambulancia, el controlador de llamada debe ser informado de que la mujer se encuentra actualmente en autoaislamiento para su posible COVID-19.
- Las mujeres se les debe pedir a alertar a un miembro del personal de la maternidad a su asistencia cuando en las instalaciones del hospital, pero antes de entrar en el hospital.

- El personal que proporciona el cuidado debe tener el equipo de protección personal (EPP) precauciones de acuerdo / local [Salud Pública Inglaterra](#) <sup>15/</sup> [Health Protection Scotland](#) <sup>dieciséis</sup> [Guía](#).
- Las mujeres deben cumplirse a la entrada de la unidad de maternidad por parte del personal que lleva el PPE apropiado y estar provistos de una mascarilla quirúrgica (no FFP3 máscara).
- Las mujeres de inmediato debe ser acompañado de una sala de aislamiento donde esté disponible, adecuado para la mayoría de la atención durante su visita al hospital o estancia.
  - o Las salas de aislamiento deben tener idealmente una antecámara para la colocación y la eliminación de personal de equipos PPE y baño privado.
  - o Más consejos sobre el cuidado de las habitaciones de aislamiento frente COVID-19 bahías de cohorte está disponible de Salud Pública Inglaterra.
- Sólo el personal esencial debe entrar en la habitación y los visitantes deben mantenerse al mínimo.
- Eliminar elementos no esenciales de la clínica / sala de exploración previa a la mujer llegar allí.
- Todas las áreas clínicas utilizados tendrán que ser limpiados después de su uso de acuerdo con [locales](#) / [Salud Pública Inglaterra](#) <sup>15/</sup> [Health Protection Scotland](#) <sup>dieciséis</sup> [Guía](#).

### 4.3 Las mujeres que presentan para la atención con COVID-19 sin confirmar, pero síntomas indicativos de una posible infección

departamentos de maternidad con la entrada directa para los pacientes y el público deben contar con un sistema para la identificación de posibles casos tan pronto como sea posible para evitar la posible transmisión a otros pacientes y el personal. Esto debería ser en un primer punto de contacto (ya sea cerca de la entrada o en la recepción) para garantizar el reconocimiento temprano y el control de infecciones. Esto se debe emplear antes de que un paciente se sienta en el área de maternidad de espera. Los servicios deben seguir la guía disponible en el NHS acerca de si la mujer está en riesgo de COVID-19. Si una mujer cumple con los criterios para las pruebas de PHE COVID-19, que se debe probar. Hasta que los resultados de las pruebas están disponibles, que deben ser tratados como si ella ha confirmado COVID-19. El lleno [orientación de Salud Pública Inglaterra](#) ha sido resumida en un diagrama de flujo para esta directriz (Apéndice 1). <sup>17</sup>

Las mujeres embarazadas pueden asistir por razones de embarazo y tiene síntomas coincidentes reunión en curso definición de caso COVID-19. Hay algunas situaciones en las que se superponen entre los síntomas del embarazo y COVID-19 síntomas puede causar confusión (por ejemplo, fiebre con rotura de membranas). En caso de duda, solicitar asesoramiento adicional o en caso de emergencia y tratamiento investigte como se sospechaba COVID-19 hasta el asesoramiento puede ser buscada.

En el caso de una mujer embarazada de asistir a una emergencia obstétrica y de su sospecha o ha confirmado que tiene COVID-19, personal de la maternidad debe seguir primera orientación IPC. Esto incluye la transferencia de la mujer a una sala de aislamiento y ponerse el PPE apropiado. Esto puede llevar mucho tiempo y estresante para los pacientes y los profesionales de la salud. Una vez medidas IPC están en su lugar, la emergencia obstétrica debe ser tratado como la prioridad. No se demore manejo obstétrico con el fin de prueba para COVID-19.

El cuidado adicional, en todos los casos, debe continuar como para una mujer con COVID-19 confirmado, hasta que se obtenga un resultado negativo.

#### **4.4 La asistencia para el cuidado prenatal de rutina en mujeres con sospecha o confirmación de corriente**

##### **COVID-19**

citas de rutina para las mujeres con COVID-19 (escanea el crecimiento, la SOG, la comunidad prenatal o citas de atención secundaria) sospechosos o confirmados deben retrasarse hasta después del período recomendado de autoaislamiento. Consejos para asistir a las citas preestablecidas más urgentes (vigilancia medicina fetal, de alto riesgo materno atención secundaria) requerirá una decisión de alto nivel en la urgencia y los riesgos potenciales / beneficios. Se aconseja a los fideicomisos para organizar robustas vías de comunicación locales, para los miembros de alto rango del personal de maternidad a la pantalla y coordinar las citas perdidas debido a la sospecha o confirmación de COVID-19. Si se considera que la atención obstétrica o la obstetricia no se puede retrasar hasta después del período recomendado de aislamiento, medidas de prevención y control de infecciones se deben organizar a nivel local para facilitar la atención. Las mujeres embarazadas en autoaislamiento que necesitan asistir deben ser contactados por un coordinador de cuidados locales de volver a reservar urgentes citas / exploraciones, preferiblemente al final de la jornada laboral.

Si se utiliza un equipo de ultrasonido, esto debe ser descontaminado después de su uso de acuerdo con [Guia](#) .

## 4.5 Asistencia para la atención prenatal no programada / urgente en mujeres con sospecha o confirmación de corriente COVID-19

Cuando sea posible, las primeras unidades del embarazo (EPU) o unidades de triaje de maternidad deben proporcionar asesoramiento por teléfono. Si esto requiere una discusión con un alto miembro del personal que no está inmediatamente disponible, una llamada telefónica vuelta se debe arreglar.

Se requieren protocolos locales para asegurar que las mujeres con sospecha o confirmación de COVID-19 están aislados en la llegada a EPU o unidades de triaje de maternidad y medidas equipo completo de protección están en su lugar para el personal (ver sección 4.1). Médica, obstetricia o la atención obstétrica de lo contrario deben ser proporcionados de acuerdo con la rutina.

## 4.6 Las mujeres que desarrollan nuevos síntomas de COVID-19 durante el ingreso (prenatal, durante el parto o después del parto)

Hay un período de incubación estimado de 0-14 días (media de 5-6 días); por lo tanto, una mujer infectada puede presentar de forma asintomática, el desarrollo de los síntomas más tarde, durante una admisión.<sup>18</sup>

profesionales de la salud deben ser conscientes de esta posibilidad, sobre todo los que miden regularmente signos vitales del paciente (por ejemplo, asistentes de atención de la salud). [directrices nacionales está disponible sobre las acciones y cuando una nueva evaluación del paciente en caso de nuevos síntomas respiratorios o fiebre inexplicable aparición de o por encima de 37,8 Degress.](#)

## 4.7 Las mujeres que asisten a la atención intraparto con corriente sospecha / confirmado COVID-19

### 4.7.1 La asistencia a la mano de obra

Todas las mujeres deben ser alentados a llamar a la unidad de maternidad para el asesoramiento en trabajo de parto prematuro. Las mujeres con leves COVID-19 síntomas pueden ser alentados a permanecer en casa (auto-aislamiento) en trabajo de parto prematuro (fase latente) según la práctica estándar.

Si se planea a luz en casa o en una unidad de obstetricia-dirigido, una discusión se debe iniciar con la mujer en relación con el posible aumento del riesgo de **compromiso fetal en mujeres infectadas con COVID-19 (como se observó en las series de casos chinos de nueve mujeres)** . **La mujer debe aconsejar a asistir a una unidad de obstetricia para el nacimiento, cuando el bebé se puede controlar mediante la monitorización fetal electrónica continua.** Esta orientación puede cambiar a medida que más evidencia de que se disponga.

Cuando una mujer decide asistir a la unidad de maternidad, se aplican las recomendaciones generales acerca de la asistencia hospitalaria (ver apartado 4.1).

Una vez instalados en una sala de aislamiento, una evaluación materna y fetal completa debe llevarse a cabo para incluir:

- La evaluación de la severidad de los síntomas COVID-19 debe seguir un enfoque de equipo multidisciplinario que incluye un enfermedades infecciosas o especialista médico.
- observaciones maternos incluyendo la temperatura, la frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno.
- La confirmación de la aparición de la mano de obra, de acuerdo con la atención estándar.
- monitorización fetal electrónica mediante cardiotocografía (CTG).
  - En dos series de casos chinos, incluyendo un total de 18 mujeres embarazadas infectadas con COVID-19 y 19 bebés (un juego de gemelos), hubo 8 casos reportados de **compromiso fetal**. <sup>14</sup>Dada esta tasa relativamente alta de **compromiso fetal**, **monitoreo fetal electrónico continuo durante el parto se recomienda actualmente para todas las mujeres con COVID-19.**
- Si la mujer tiene signos de sepsis, investigar y tratar según [RCOG orientación sobre la sepsis en el embarazo](#) , sino también en cuenta [COVID-19](#) activa como causa de sepsis e investigar según [Guía](#) .

Si no hay preocupaciones con respecto a la condición de la madre o el bebé, las mujeres que por lo general se le recomienda que volver a casa hasta que se estableció más mano de obra, todavía pueden ser advertidos de ello, si el transporte apropiado está disponible.

Las mujeres deben recibir el consejo habitual respecto a los signos y síntomas a tener en cuenta, pero además deben ser informados acerca de los síntomas que podrían sugerir deterioro asociado a COVID-19 tras consultar con el equipo médico (por ejemplo, dificultad para respirar).

Si se confirma la mano de obra, a continuación, la atención en el trabajo idealmente debe continuar en la misma sala de aislamiento.

#### 4.7.2 Cuidado de la mano de obra

Las siguientes consideraciones se aplican a las mujeres en trabajo de parto espontáneo o inducido:

- Cuando una mujer con confirmación o sospecha de COVID-19 es admitido en la sala de partos, los siguientes miembros del equipo multidisciplinario deben ser informados: obstetra, anestesista, partera a cargo, neonatólogo consultor, enfermera neonatal a cargo y equipo de control de infecciones.
- Se deben hacer esfuerzos para reducir al mínimo el número de miembros del personal que entran en la habitación y las unidades deben desarrollar una política local especificando el personal esencial para situaciones de emergencia.
- **Hay evidencia de agrupación de los hogares y la coinfección hogar.** <sup>19</sup> **socios de nacimiento asintomáticos deben ser tratados como** posiblemente infectados y solicitar que use una mascarilla y lavarse las manos frecuentemente. Si hay síntomas, los socios de nacimiento deben permanecer en el auto-aislamiento y no asistir a la unidad. Se deberá advertir a la hora de hacer planes sobre el nacimiento para identificar potenciales socios de nacimiento alternativos, en caso de necesidad.
- observaciones maternas y evaluación deben continuarse según la práctica estándar, con la adición de saturaciones de oxígeno por hora.
  - Objetivo de mantener la saturación de oxígeno > 94%, titulando la terapia de oxígeno en consecuencia.
- Si la mujer tiene signos de sepsis, investigar y tratar según [RCOG orientación sobre la sepsis durante el embarazo, sino también en cuenta COVID-19 activa como causa de sepsis e investigar según \[Guía\]\(#\)](#).
- Dada la tasa de compromiso fetal informado en dos series de casos chinos, <sup>14</sup> La recomendación actual es para el monitoreo fetal electrónico continuo durante el parto. Esta recomendación puede ser alterado a medida que más se disponga de pruebas.



- Actualmente no existe evidencia a favor de un modo de luz sobre otro y por lo tanto la forma del parto se debe discutir con la mujer, teniendo en cuenta sus preferencias y las indicaciones obstétricas para la intervención. Modo de nacimiento no debe ser influenciado por la presencia de COVID-19, a menos que la condición respiratoria de la mujer exige la entrega urgente.
  - En la actualidad, no hay casos registrados de las secreciones vaginales siendo probados positivo para COVID-19.
- El uso de piscinas de parto en el hospital debe evitarse en los casos sospechosos o confirmados, dada la imposibilidad de uso de equipos de protección adecuada al personal sanitario durante el parto en el agua y el riesgo de infección a través de las heces.
- No hay evidencia de que la analgesia o anestesia epidural o espinal está contraindicado en presencia de coronavirus. Por lo tanto, la analgesia epidural debe ser recomendado antes, o al principio del parto, a las mujeres con sospecha / confirmó COVID-19 para reducir al mínimo la necesidad de anestesia general si se necesita entrega urgente.
- No hay evidencia de que el uso de Entonox es un procedimiento de generación de aerosol (AGP).
- Entonox se debe utilizar con un filtro microbiológico de un solo paciente. Esta es una cuestión común a lo largo de las unidades de maternidad en el Reino Unido.
- En caso de deterioro de los síntomas de la mujer, consulte la Sección 4.8 para consideraciones adicionales, y hacer una evaluación individual sobre los riesgos y beneficios de continuar el trabajo, frente a proceder al parto por cesárea de emergencia si es probable que ayudar en los esfuerzos para resucitar la madre.
- Cuando se comunique a parto por cesárea u otro procedimiento operativo, siga la orientación de la Sección 4.7.4.
  - Para la categoría 1 cesárea, ponerse PPE es mucho tiempo. Esto puede tener un impacto en la decisión de intervalo de suministro, pero hay que hacerlo. Las mujeres y sus familias deben ser informados acerca de este posible retraso.
- Una decisión individualizada debe hacerse en relación con el acortamiento de la longitud de la segunda etapa del parto con el nacimiento instrumentales electiva en una mujer sintomática que se está convirtiendo agotado o hipóxica.
- Teniendo en cuenta la falta de evidencia de lo contrario, se sigue recomendando sujeción tardío del cordón umbilical después del nacimiento, siempre que no existan otras contraindicaciones. El bebé puede ser limpiado y secado como normal, mientras que el cable está todavía intacta.

#### 4.7.3 asesoría específica sobre equipos de protección personal de mano de obra

Recomendaciones generales de Salud Pública Inglaterra el tipo y la especificación del PPE está disponible [aquí](#).

El EPP requerido por los profesionales sanitarios que atienden a una mujer con infección presunta o comprobada COVID-19 en trabajo de parto y el parto vaginal (incluyendo el parto vaginal operatorio) debe consistir en guantes, delantal, bata y una máscara quirúrgica, resistente a líquidos (FRSM) con una visera.

Al tomar una decisión acerca de lo que el PPE es requerido por los profesionales sanitarios en el cuidado de una mujer durante el parto y el parto vaginal, estas situaciones deben ser consideradas.

**Labor** conlleva el contacto cercano con una partera, a menudo durante muchas horas. Trabajo, incluyendo empujar, sí genera una mayor difusión de las gotas. Sin embargo, según las indicaciones de PHE, ninguno de los siguientes es un AGP: trabajo, empujando, el uso de Entonox, el parto vaginal o anestesia regional. El único procedimiento de maternidad que constituye un AGP es la intubación para la anestesia general, por ejemplo, para una cesárea categoría 1. Por lo tanto, el PPE se requiere para proteger contra la propagación de gota (guantes, delantal, mascarilla quirúrgica resistente a los fluidos con visera para proteger los ojos), pero no en aerosol (Filtrado de la pieza hacia el nivel 3 (FFP3) máscara).

**parto por cesárea:** El nivel de Equipo de Protección Personal (EPP) requerido por los profesionales sanitarios que atienden a una mujer con COVID-19 de someterse a un parto por cesárea debe ser determinado en base al riesgo de requerir un anestésico general. La intubación para la anestesia general (GA) es un procedimiento de generación de aerosol (AGP). Esto aumenta significativamente el riesgo de transmisión del coronavirus al personal que atiende. La anestesia regional (espinal, epidural o CSE) no es un AGP.

Para la minoría de los nacimientos por cesárea, en el GA se consideró desde el principio, todo el personal en el teatro debe usar equipo completo de protección, incluyendo un 3 máscara facial de filtración pieza nivel (FFP3). El equipo de limpieza debe fregar y don PPE antes de que el GA se inició.

Para un parto por cesárea no urgente (Categoría 4 y un poco de categoría 3), donde está prevista la anestesia regional, el riesgo de requerir GA es muy pequeño, ya que no hay presión de tiempo. En esta situación, no todo el personal necesario para el emplazamiento de la anestesia regional debe mantenerse fuera del teatro hasta que el bloque es eficaz. Todo el personal en el teatro cual deberán ponerse PPE con una máscara resistente a líquidos quirúrgica (FRSM) y protección para los ojos (para prevenir contra la gota o la transmisión por material contaminado del virus).

En la pequeña proporción de casos en los que no se pueda realizar con éxito la anestesia regional, y se requiere GA, el equipo de limpieza debe entrar en el teatro, matorrales y Don equipo completo de protección, incluyendo una máscara FFP3, antes de que el GA se inició.

Las posibilidades de que requiera la conversión a la anestesia general durante un parto por cesárea comenzado bajo anestesia regional son pequeñas, pero aumentan en relación con la urgencia de parto por cesárea. En situaciones en las que hay factores de riesgo que hacen la conversión de GA más probable, la decisión sobre qué tipo de PPE a desgaste deben ser juzgados en función de las circunstancias individuales. Si el riesgo de requerir la conversión a la anestesia general se considera significativa, el equipo de teatro debe fregar y Don equipo completo de protección, incluyendo una máscara FFP3, antes de que se inicie el proceso. Un ejemplo es una mujer cuyo epidural ha sido subóptima durante el parto, que es 'Top-Up' para un parto por cesárea de emergencia.

Si el riesgo de requerir la conversión a la anestesia general se considera bajo, el equipo de teatro debe fregar y don PPE con un FRSM con protección para los ojos. Los ejemplos incluyen a una mujer cuyo epidural ha estado trabajando bien durante el parto y ha sido 'coronado-up' para un parto por cesárea de emergencia o una mujer con un anestésico espinal recién localizados que se insertó sin dificultad y entró en vigor en el plazo previsto. Esta recomendación se actualiza según sea necesario como una prueba más y asesoramiento que se disponga.

**Reanimación / succión del bebé** se requiere en torno al 10% de los recién nacidos. Nuestro consejo es que esto probablemente califica como un AGP - consejos definitiva del PHE y aclaración de RCPCH / BAPM se esperaba. Sin embargo, actualmente no existe evidencia sólida, publicada de la **transmisión vertical o del virus en el líquido amniótico.** <sup>14</sup> Por lo tanto, en el caso de la intubación de un bebé nacido de una madre con COVID-19, no debería haber ningún virus liberado por el procedimiento. Por lo tanto, el PPE se requiere, como para cualquier entrada a la habitación, pero máscaras FFP3 no son necesarios porque no hay ninguna expectativa de que el paciente tenga la AGP está infectado con COVID-19. Esta recomendación se actualiza según sea necesario como evidencia adicional y aclaraciones que se disponga.

#### 4.7.4 Recomendaciones generales para el teatro obstétrica

- Los procedimientos electivos deben ser programadas al final de la lista de operaciones.
- Los procedimientos no electivos deben llevarse a cabo en un segundo teatro obstétrica, cuando estén disponibles, dando tiempo para un **completo teatro post-operatorio limpio de acuerdo con la / local [Salud Pública Inglaterra](#) / [Health Protection Scotland](#) Guía.** <sup>15 21</sup>

- El número de personal en el quirófano debe mantenerse al mínimo, y todos deben usar el EPP apropiado
- Todo el personal (incluyendo maternidad, neonatal e interna) debería haber sido entrenado en el uso de equipo de protección para que el uso del teatro de emergencia las 24 horas está disponible y reduce los posibles retrasos. El manejo anestésico para las mujeres con síntomas o confirmada COVID-19 debe ser con referencia a [orientación anestesia y https://icmanaesthesiacovid-19.org/airway-management](https://icmanaesthesiacovid-19.org/airway-management) para anestesia obstétrica y la dirección general de las vías respiratorias, respectivamente.
- Departamentos deben considerar correr ejercicios de simulación de funcionamiento en seco, para preparar al personal, generan confianza e identificar áreas de preocupación.

#### 4.7.5 parto por cesárea electiva

Donde las mujeres con síntomas sospechosos o confirmados de COVID-19, o confirmaron COVID-19 tiene citas programadas para el cuidado pre-operatorio y el parto por cesárea electiva, una evaluación individual debe hacerse para determinar si es seguro para retrasar la cita para minimizar el riesgo de la transmisión infecciosa a otras mujeres, trabajadores de la salud y, después del nacimiento, a su bebé.

En los casos en que el nacimiento por cesárea electiva no puede retrasarse de forma segura, el consejo general para los servicios que prestan atención a las mujeres admitidas cuando se ve afectada por sospecha / confirmó COVID-19 debe ser seguido (ver sección 3.1). manejo obstétrico de nacimiento por cesárea electiva debe estar de acuerdo con la práctica habitual.

#### 4.7.6 Planificación de la inducción del parto

En cuanto a parto por cesárea electiva, una evaluación individual debe hacerse con respecto a la urgencia de la inducción planificada del trabajo de parto para las mujeres con síntomas leves y se sospecha o se confirma COVID-19. Si la inducción del parto con seguridad no puede ser retrasado, el consejo general para los servicios que prestan atención a las mujeres que ingresan al hospital cuando se ve afectada por sospecha / confirmó COVID-19 debe ser seguido (ver sección 4.1). Las mujeres deben ser admitidos en una sala de aislamiento, en la que idealmente deben ser atendidos por la totalidad de su estancia en el hospital.

## 4.8 Consideraciones adicionales para las mujeres con síntomas graves confirmados / COVID-19 y moderados

Las siguientes recomendaciones se aplican además de los especificados para las mujeres que no tienen síntomas leves /.

### 4.8.1 Las mujeres admitidas durante el embarazo (no en mano de obra)

Cuando las mujeres embarazadas están ingresadas en el hospital con el deterioro de los síntomas y sospecha / confirmó la infección COVID-19, se aplican las siguientes recomendaciones:

- Una reunión multidisciplinaria de planificación discusión entre lo ideal sería un médico especialista (especialista en enfermedades infecciosas donde esté disponible), consultor obstetra, partera a cargo y el anestesista responsable de la atención obstétrica debe ser arreglado tan pronto como sea posible admisión siguiente. La discusión y las conclusiones que se deben discutir con la mujer. Lo siguiente debe ser discutido:
  - prioridades clave para la atención médica de la mujer;
  - La mayoría ubicación adecuada de la atención (por ejemplo, unidad de cuidados intensivos, sala de aislamiento en la sala de enfermedades infecciosas o de otro cuarto de aislamiento adecuado) y especialidad de plomo;
  - Preocupación entre el equipo con respecto a las consideraciones especiales durante el embarazo, especialmente la condición del bebé.
- La prioridad para la atención médica debe ser estabilizar la condición de la mujer con las terapias estándar de atención de apoyo.
  - En el momento de la publicación, no había ninguna orientación del Reino Unido para el cuidado de apoyo para los adultos diagnosticados con COVID-19, pero un resumen útil ha sido publicada por la [QUIEN](#) .<sup>22</sup>

- Consideraciones particulares para las mujeres embarazadas son:
  - investigaciones radiográficas deben llevarse a cabo como para el adulto que no está embarazada; esto incluye el pecho  
De rayos X y TAC de tórax. formación de imágenes del pecho, especialmente TC de tórax, es esencial para la evaluación del paciente enfermo con COVID-19 y se debe realizar cuando esté indicado, y no retardada debido a las preocupaciones fetales. 23-25 protección abdominal se puede utilizar para proteger al feto de acuerdo con los protocolos normales.
  - La frecuencia y la idoneidad de monitorización del ritmo cardíaco fetal deben ser considerados en forma individual, teniendo en cuenta la edad gestacional del feto y de la condición materna. Si la entrega urgente está indicada por razones fetales, nacimiento debe ser acelerada como normal, siempre que la condición materna es estable.
  - Si se requiere la estabilización de la madre antes del parto, esta es la prioridad, como lo es en otras emergencias de maternidad, por ejemplo, la preeclampsia grave.
  - Una evaluación individualizada de la mujer debe ser hecha por el equipo multidisciplinario para decidir si se indica a luz electiva del bebé, ya sea para ayudar en los esfuerzos de reanimación materna o cuando existen serias preocupaciones con respecto a la condición del feto. La evaluación individual debe considerar: la condición materna, el estado del feto, el potencial de mejora después del nacimiento electiva y la gestación del embarazo. La prioridad debe ser siempre el bienestar de la madre.
  - No hay evidencia para sugerir que los esteroides para la maduración pulmonar fetal, cuando por lo general se les ofrecería, causan ningún daño en el contexto de COVID-19. por lo tanto, los esteroides deben administrarse cuando esté indicado. Como siempre es el caso, la entrega urgente no debe retrasarse para su administración.

#### 4.8.2 Las mujeres que requieren atención durante el parto

Además de las recomendaciones en las Secciones 4.8 y 4.9.1, para las mujeres con moderada / grave COVID-19 que requiere atención durante el parto se recomendó también que:

- El equipo neonatal debe ser informado de los planes para entregar el bebé de una mujer afectada por moderada a severa COVID-19, con la mayor antelación posible.
- Con respecto a la forma del parto, una decisión individualizada También debe hacerse, sin obstétrica contraindicación para cualquier método excepto parto en el agua (ver arriba). cesárea debe realizarse si se indica basado en la condición materna y fetal como en la práctica normal.

- Dada la asociación de COVID-19 con agudo síndrome de dificultad respiratoria, <sup>26</sup> las mujeres con síntomas moderados-severos de COVID-19 deben ser controlados usando tablas de insumo-producto por hora de líquido, y los esfuerzos dirigidos a lograr el equilibrio de líquidos neutral en el trabajo, con el fin de evitar el riesgo de sobrecarga de líquidos.

## 4.9 gestión Postnatal

### 4.9.1 La atención neonatal

Hay pocos datos para orientar la gestión postnatal de los bebés de madres que dieron positivo por COVID-19 en el tercer trimestre del embarazo. De modo tranquilizador, no hay evidencia en la actualidad de la transmisión vertical (prenatal) a partir del viernes 20 de marzo de 2020. Los medios de comunicación en contrario es, a nuestro conocimiento actual, basado en información incorrecta.

Literatura de China ha informado de aislamiento separada de la madre infectada y su bebé durante 14 días. Sin embargo, la rutina de separación de precaución de una madre y un bebé sano no debe tomarse a la ligera, dado el potencial de efectos perjudiciales sobre la alimentación y la unión. Dada la limitada evidencia actual se aconseja que las mujeres y los niños sanos, que no requieren de otro modo la atención neonatal, se mantienen juntos en el período inmediatamente posterior al parto.

Se recomienda un análisis riesgos / beneficios con neonatólogos y familias para el cuidado de individualizar en los bebés que pueden ser más susceptibles.

Hacemos hincapié en que esta guía puede cambiar a medida que evoluciona el conocimiento. Todos los bebés nacidos de madres COVID-19 positivos deben ser atendidos como **por orientación RCPCH** . <sup>27</sup>

---

### 4.9.2 Alimentación infantil

Es tranquilizador que en seis casos chinos probado, la leche materna fue negativo para COVID-19; <sup>1</sup> Sin embargo, dado el pequeño número de casos, estas pruebas deben ser interpretados con precaución. El principal riesgo para los bebés de la lactancia materna es el contacto cercano con la madre, que es probable que comparten gotitas en el aire infecciosos. A la luz de la evidencia actual, recomendamos que los beneficios de la lactancia materna superan cualquier riesgo potencial de transmisión del virus a través de la leche materna. Los riesgos y beneficios de la lactancia materna, incluyendo el riesgo de mantener al bebé en las proximidades de la madre, se deben discutir con ella. Esta orientación puede cambiar a medida que evoluciona el conocimiento.

Para las mujeres que desean amamantar, se deben tomar precauciones para limitar la propagación del virus al bebé:

- Lavado de manos antes de tocar al bebé, extractor de leche o botellas
- Evitar toser o estornudar en el bebé mientras se alimenta al pecho
- Teniendo en cuenta que llevaba una mascarilla durante la lactancia, si está disponible
- Siguiendo las recomendaciones de limpieza de la bomba después de cada uso
- Considerando pedir a alguien que está bien a la leche expresado alimentación al bebé Para la alimentación con biberón a las mujeres con fórmula o

leche extraída, el cumplimiento estricto [directrices de esterilización](#) es recomendado. Donde las madres están expresando la leche materna en el hospital, un extractor de leche especializada debe ser utilizado.

#### 4.9.3 Aprobación de la gestión y la readmisión en el hospital

Cualquier madres o bebés que requieren reingreso por obstétrica o postnatal atención neonatal durante el período de autoaislamiento debido a la sospecha o se confirma COVID-19 se aconseja llamar con antelación en contacto con su unidad local y seguir el protocolo de asistencia como se describe en la sección 4.1. El lugar de la admisión dependerá del nivel de atención requerido para la madre o el bebé.



**5. Recomendaciones para el  
cuidado de servicios para las  
mujeres después del aislamiento  
de los síntomas, o la recuperación  
desde confirmada  
COVID-19**

## 5. Recomendaciones para el personal de servicios que atienden a las mujeres después del aislamiento de los síntomas, o la recuperación de COVID-19 confirmados

### 5.1 La atención prenatal para las mujeres embarazadas después confirmó COVID-19 enfermedades

atención prenatal programado que cae dentro del período de auto-aislamiento debe ser re-arreglos para que después del período de fines de aislamiento. Sin pruebas adicionales son necesarias.

Incluso si una mujer ha probado previamente negativo para COVID-19, si se re-presenta con síntomas, COVID-19 se debe sospechar.

### 5.2 La atención prenatal para las mujeres embarazadas después confirmó COVID-19 enfermedades

Además la atención prenatal debe estar dispuesto después del período de auto-aislamiento para fines enfermedad aguda. Se recomienda la derivación a servicios de ultrasonido prenatal para la vigilancia del crecimiento fetal, 14 días después de la resolución de la enfermedad aguda. Aunque todavía no existe evidencia de que la restricción del crecimiento fetal (FGR) es un riesgo de COVID-19, dos tercios de los embarazos con el SARS se vieron afectados por la FGR y un desprendimiento de la placenta se produjeron en un caso MERS, por lo que el seguimiento de ultrasonido parece prudente. <sup>28-29</sup>

**6. consejos de salud ocupacional  
para los empleadores y las  
mujeres embarazadas durante el  
COVID-19  
pandemia**

## 6. consejos de salud ocupacional para los empleadores y las mujeres embarazadas durante la pandemia COVID-19

Se aconseja a todos en el Reino Unido para seguir orientaciones sobre las medidas de distanciamiento social para reducir la interacción social entre las personas con el fin de disminuir la transmisión del coronavirus (COVID-19). Última guía recomienda que las mujeres embarazadas menores de 28 semanas de gestación (en el primer y segundo trimestre del embarazo) sin problemas de salud subyacentes, deben seguir la orientación sobre el distanciamiento social en la misma forma que la población general. Conforme a tomar precauciones de distanciamiento social en el entorno de trabajo, en la misma forma que otros colegas, las mujeres embarazadas menores de 28 semanas de gestación puede seguir trabajando normalmente.

las mujeres sin embargo embarazadas de 28 semanas de gestación (en el tercer trimestre del embarazo), y las mujeres embarazadas con problemas de salud subyacentes, como el pulmón o enfermedades del corazón, pueden experimentar síntomas más severos del virus y por lo tanto se aconseja tomar un enfoque más preventivo y se recomienda encarecidamente a seguir el consejo de distanciamiento social.

Esta guía establece cómo las mujeres embarazadas que trabajan en establecimientos de salud puede alcanzar las recomendaciones de distanciamiento social. Algunos de estos consejos también serán relevantes para las mujeres embarazadas en una variedad de otros entornos de trabajo.

### 6.1 gestación trabajadores de la salud antes de las 28 semanas

Puede que no sea posible evitar por completo el cuidado de todos los pacientes con COVID-19. En cuanto a todos los trabajadores de la salud, el uso de EPP y las evaluaciones de riesgo de acuerdo con la orientación actual va a proporcionar a los trabajadores embarazadas con protección contra la infección. La llegada de la prueba rápida COVID-19 ayudará significativamente en la organización de la prestación de atención, y esta guía se actualizará apropiadamente cuando estas pruebas son comúnmente disponibles.

Algunos entornos de trabajo (por ejemplo, quirófanos, salas de cuidados intensivos respiratorios y / unidades de alta dependencia) tienen un mayor riesgo para las mujeres embarazadas de la exposición al virus a través del número mayor de AGP a cabo. Estos procedimientos se resumen en la publicación [Orientación para la Prevención y Control de Infecciones](#). Cuando el cuidado de sospecha o se COVID-19 pacientes se recomiendan todos los [trabajadores de la salud](#) en estos ajustes para usar el EPP apropiado. Siempre que sea posible, se recomienda a las mujeres embarazadas para evitar trabajar en estas áreas con sospecha o COVID-19 pacientes.

## 6.2 Los trabajadores de salud después de 28 semanas de gestación o con condiciones de salud subyacentes

Para las mujeres embarazadas después de 28 semanas de gestación o con problemas de salud subyacentes, tales como enfermedades del corazón o de los pulmones, se recomienda un enfoque más preventivo. Las mujeres en esta categoría deben trabajar desde su casa, cuando sea posible, evitar el contacto con cualquier persona con síntomas de COVID-19, y reducir significativamente el contacto social innecesario. Para muchos trabajadores de la salud, esto puede presentar oportunidades para trabajar de manera flexible en una capacidad diferente, por ejemplo por teléfono empresa o consultas de videoconferencia, o enfrentarse a tareas administrativas. Todos los empleadores del NHS deben considerar la forma de maximizar el potencial de trabajo a domicilio dada la relajación actual de

[Gestión de la información NHS requisitos](#), siempre que sea posible.

El personal de este grupo de riesgo que han optado por no seguir los consejos del gobierno y asistir a los lugares de trabajo no debe ser desplegado en papeles en los que están trabajando con los pacientes. Los servicios pueden querer considerar el despliegue de este personal para apoyar otras actividades tales como las necesidades de educación o formación (por ejemplo, en IPC o simulación). Estas medidas permitirán a muchos trabajadores de la salud a embarazadas siguen haciendo una contribución activa y valiosa para el lugar de trabajo hasta el inicio de su permiso de maternidad.

# autores

Edward Morris, presidente RCOG

Pat O'Brien, vicepresidente de Membresía, RCOG

Gemma Goodyear, obstétrica Fellow, RCOG

Sophie Relph, obstétrica Fellow, RCOG Jennifer

Jardine, obstétrica Fellow, RCOG Anita Powell, Calidad

Clínica Director Senior, RCOG

Emma Gilgunn-Jones, Director de Medios de Comunicación y Relaciones Públicas, RCOG

Ed Mullins, asesor clínico de la OCM

Russell Viner, Presidente, RCPCH

David Evans, Consultor Neonatóloga, North Bristol NHS Trust

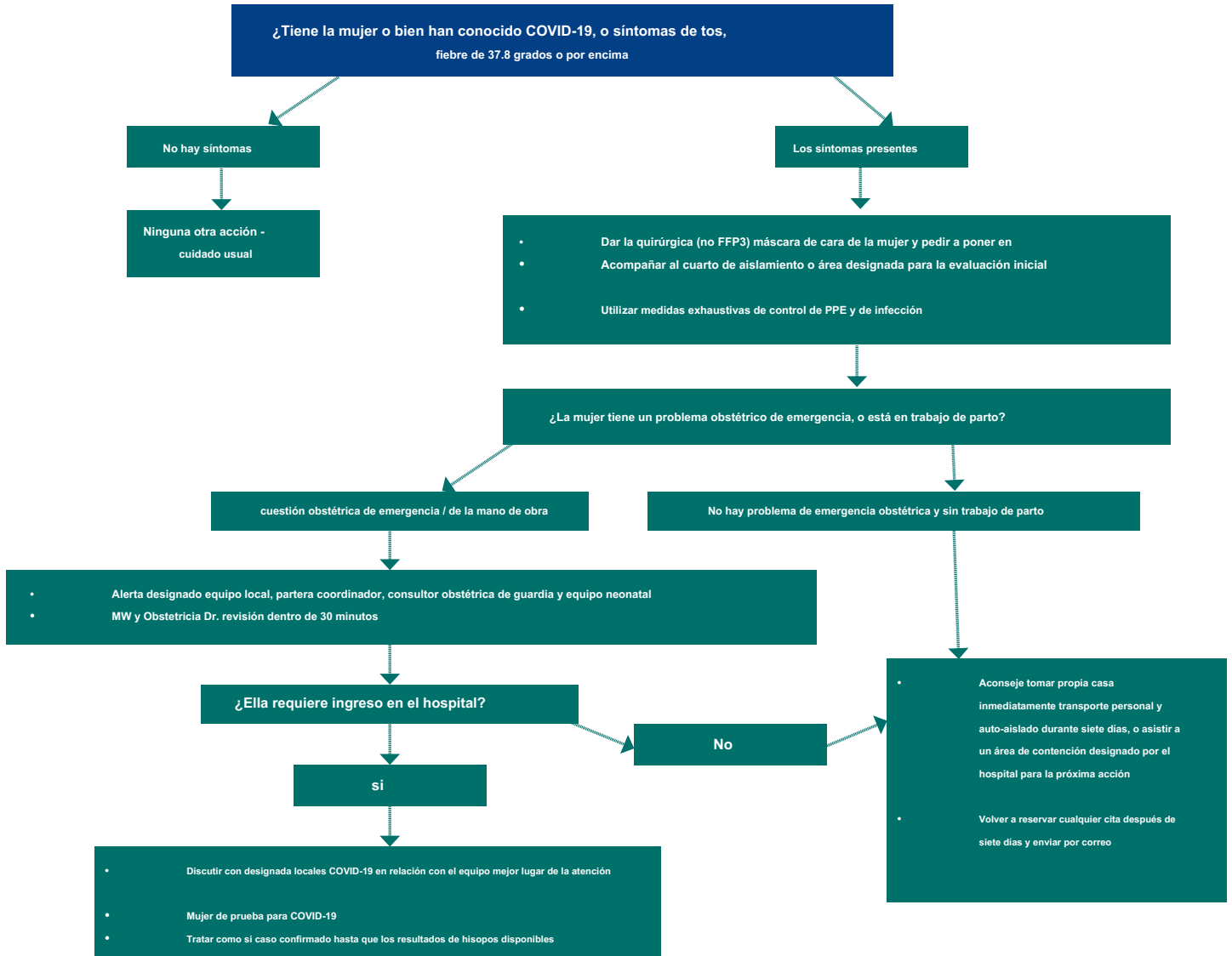
## Expresiones de gratitud

Queremos agradecer a las siguientes personas y equipos para la participación de expertos y revisión: el Real Colegio de Matronas; el Real Colegio de Anestesiistas; el Real Colegio de Pediatría y Salud Infantil; Los anestesiistas obstétricos las Asociación; Inglaterra Salud Pública; Escocia Protección de la Salud; NHS de Inglaterra; NHS Improvement infección, prevención y control

Equipo; Dr. Benjamín Negro y el profesor Asma Khalil.

# Diagrama de flujo para evaluar COVID-19 riesgo en la unidad de asistentes de maternidad

Derivado de Royal London diagrama de flujo desarrollado por el Dr. Moore Misha



# referencias



## referencias

1. Chen H, Guo J, Wang C, et al. Las características clínicas y el potencial de transmisión vertical intrauterina de la infección CUBRE ID-19 de cada nueve mujeres embarazadas: una revisión retrospectiva de las historias clínicas. *The Lancet* 2020 doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30360-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30360-3)
2. Chen Y, Peng H, Wang L, et al. Los bebés nacidos de madres con un nuevo coronavirus (COVID-19). *Frontiers in Pediatrics* 2020; 8 (104) doi: 10.3389 / fped.2020.00104
3. Li N, Han L, Peng M, et al. los resultados maternos y neonatales de mujeres embarazadas con COVID-19 Neumonía: un estudio de casos y controles. . doi pre-impresión: 10.1101 / 2020.03.10.20033605
4. Zhu H, Wang L, Fang C, et al. Análisis clínico de 10 recién nacidos de madres con neumonía-2019 nCoV. *Transl Pediatr* 2020; 9 (1): 51-60. doi: <http://dx.doi.org/10.21037/tp.2020.02.06>
5. Wang L, Shi Y, Xiao T, et al. el consenso de expertos chinos en el manejo perinatal y neonatal para la prevención y el control de la infección por coronavirus novela 2019 (primera edición). *Annals of Translational Medicine* 2020; 8 (3): 47.
6. Ventilador C, Lei D, Fang C, et al. La transmisión perinatal del COVID-19 Asociada SARS-CoV-2: Hay que preocuparse? *Clinical Infectious Diseases* 2020 doi: 10.1093 / cid / ciaa226
7. Chen S, Huang B, Luo DJ, et al. Las mujeres embarazadas con infección por coronavirus nuevo: a características clínicas y el análisis patológico de la placenta de los tres casos. *Zhonghua Bing Li Xue Za Zhi* 2020; 49 (0): E005-E05. dOI: 10.3760 / cma.j.cn112151-20200225-00138
8. Guan Wj, Ni Zy, Hu Y, et al. Características clínicas de la enfermedad de Coronavirus 2019 en China. *New England Journal of Medicine* 2020 doi: 10.1056 / NEJMoa2002032
9. Liu Y, Chen H, Tang K, et al. manifestaciones clínicas y la evolución de la infección por SARS-CoV-2 durante el embarazo. *Diario de la Infección* 2020; doi línea: <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.02.028>
10. Las enfermedades graves debido a 2009 la gripe A / H1N1 en mujeres embarazadas y posparto: población de estudio de cohorte de base. *BMJ* 2010; 340: c1279. doi: 10.1136 / bmj.c1279
11. Mullins E, Evans D, Viner R, et al. Coronavirus en el embarazo y el parto: la revisión rápida. El ultrasonido en obstetricia y ginecología (en prensa) doi: doi: 10.1002 / uog.22014
12. Zhang J, Wang Y, Chen L, et al. Análisis clínico de embarazo en segundo y tercer trimestre complicado síndrome respiratorio agudo severo. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi* 2003; 38: 516-20.
13. COVID-19: orientación sobre el distanciamiento social y para las personas vulnerables 2020 [Disponible a partir de: <https://www.gov.uk/gobierno/publicaciones/covid-19-guía-a-social-distanciamiento-and-para-vulnerables>, personas Accessed March 17 para 2020.
14. Permanecer en el hogar: una guía para los hogares con posible coronavirus (COVID-19), la infección 2020 [Disponible en: <https://www.gov.uk/government/publicaciones/covid-19-stay-at-home-guidance/stay-at-casa-orientación-para-hogares-con-posible-coronavirus-covid-19-infección> Accessed March 17 para 2020.
15. COVID-19: La infección, la prevención y el control de guiado 2020 [Disponible en: <https://www.gov.uk/govern->

Ment / publicaciones / Wuhan-novela-coronavirus-infección de prevención y control / Wuhan-novela-coronavirus-WN-CoV-infección de prevención y control de orientación acceso 05 de enero de año 2020.

16. Coronavirus (COVID-19) 2020 [Disponible en: <https://www.hps.scot.nhs.uk/a-to-z-of-topics/covid-19/> AC- cessed 06 de marzo de 2020.
17. COVID-19: la investigación y el manejo clínico inicial de posibles casos 2020 [Disponible en: <https://www.gov.uk/government/publications/wuhan-novel-coronavirus-initial-investigation-of-possible-cases/investigación-y-inicial-clínico-gestión-de-posibles-casos-de-Wuhan-novela-coronavirus-WN-COV-05> de marzo de infección accede año 2020.
18. Coronavirus enfermedad 2019 (covid-19) Informe de situación - 29. 2020 [Disponible en: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situación-de-los-informes/20200219-informe-de-situación-30-covid-19.pdf?sfvrsn=6e50645\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situación-de-los-informes/20200219-informe-de-situación-30-covid-19.pdf?sfvrsn=6e50645_2) Consultado el 08 de marzo de año 2020.
19. Pung R, Chiew CJ, BE Young, et al. Investigación de los tres grupos de COVID-19 en Singapur: implicaciones para la vigilancia y las medidas de respuesta. El doi The Lancet: 10.1016 / S0140-6736 (20) 30528-6
20. Holshue ML, DeBolt C, Lindquist S, et al. Primer caso del nuevo coronavirus 2019 en los Estados Unidos. New England Journal of Medicine 2020; 382 (10): 929-36. doi: 10.1056 / NEJMoa2001191
21. COVID-19 - una guía para la atención secundaria 2020 [Disponible en: <https://www.hps.scot.nhs.uk/web-resources-contenedor/covid-19-guía-para-el-cuidado-de-secundaria/> accedida 06 de marzo de año 2020.
22. El manejo clínico de la infección respiratoria aguda grave cuando se sospecha de infección por nuevo coronavirus (nCoV) 2020 [Disponible en: [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-agudo-respiratoria-infección-cuando-novela-coronavirus-\(ncov\)-se-sospecha-infección-visitada](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-agudo-respiratoria-infección-cuando-novela-coronavirus-(ncov)-se-sospecha-infección-visitada) 05 de marzo de 2020.
23. Li X, Xia Enfermedad L. Coronavirus 2019 (COVID-19): Papel de TC de tórax en diagnóstico y manejo. AJR Am J Roentgenol 2020 (4): 1-7. doi: 10.2214 / AJR.20.22954
24. Zhao W, Zhong Z, Xie X, et al. Relación entre los hallazgos de tórax y condiciones clínicas de la enfermedad de virus Corona- (COVID-19) Neumonía: un estudio multicéntrico. . AJR Am J Roentgenol (3): 1-6. doi: 10.2214 / AJR.20.22976.
25. Ai T, Yang Z, Hou H, et al. La correlación de la TC de tórax y pruebas de RT-PCR en la enfermedad coronavirus 2019 (CUBRE ID-19) en China: un informe de 1014 casos. . Radiology 2020 doi: 10.1148 / radiol.2020200642.
26. Huang C, Wang Y, Li X, et al. Las características clínicas de los pacientes infectados con 2019 nuevo coronavirus en Wuhan, China. The Lancet 2020; 395 (10223): 497-506. DOI: 10.1016 / S0140-6736 (20) 30183-5
27. COVID-19 - una guía para los servicios de pediatría. En: Salud RCoPaC, ed, 2020..
28. Swartz D, Graham A. Potencial materna y los resultados para bebé de Coronavirus 2019-nCoV (SARS-CoV-2) La infección de las mujeres embarazadas: Lecciones de SARS, MERS, y otro humano Coronavirus infecciones. Virus 2020: 1-16.
29. Alserehi H, Wali G, Alshukairi A, et al. Impacto del síndrome respiratorio Oriente Medio coronavirus (MERS - CoV) sobre el embarazo y el resultado perinatal. BMC Infect Dis 2016: 1-4. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12879-016-1437-y>

**DESCARGO DE RESPONSABILIDAD:** El Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos ha producido esta guía como ayuda para la buena práctica clínica. Se basa en la mejor evidencia disponible en el momento de la escritura, y la guía se revisará periódicamente aparecen nuevos datos. Tenga en cuenta que la base de pruebas para los últimos datos COVID-19 y el embarazo se está desarrollando rápidamente y no puede sin embargo ser incorporado en la versión actual de este documento. Al igual que con todas las directrices RCOG, el juicio final con respecto a un plan de procedimiento o tratamiento clínico particular debe ser hecha por el médico u otro asistente a la luz de los datos clínicos presentados por el paciente y las opciones diagnósticas y terapéuticas disponibles. Salida de protocolos normativos locales o directrices debería estar plenamente documentado en las notas del caso del paciente en el momento en que se toma la decisión pertinente.



@RCObsGyn



@rcobsgyn



@RCObsGyn



Royal College of  
Obstetricians &  
Gynaecologists

Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos, 10-18 Union Street, Londres, SE1 1SZ T: +44 (0) 20 7772