

**Recomendaciones para la atención de mujeres embarazadas cursando infección por COVID-19.**  
**ASSE. 31 de mayo de 2021.**

El presente documento está dirigido a equipos de salud y equipos de gestión de las Unidades Asistenciales que atienden mujeres embarazadas cursando infección por COVID-19.

### **Introducción**

En la situación social y sanitario actual del Uruguay es necesario priorizar aún más la atención de las usuarias embarazadas en general y en particular aquellas cursando infección por COVID-19.

En contexto de alta circulación comunitaria del virus SARS- Cov2, las mujeres embarazadas están expuestas a contraer la enfermedad, e integran grupos poblacionales que son especialmente susceptibles a las nuevas cepas del virus (pacientes jóvenes), que en su mayoría no están aún inmunizados.

Las mujeres embarazadas con mayores niveles de vulnerabilidad en particular, presentan condiciones socioculturales y de género que las expone en mayor medida que a la población general. Por ejemplo: son quienes mayoritariamente desarrollan tareas de cuidado y acompañamiento de otros usuarios cursando COVID-19 y en general relegan el autocuidado en favor de la atención de otros/as.

Más allá de los esfuerzos realizados por los servicios de salud y la priorización de los controles obstétricos, las mujeres y sus familias enfrentan dificultades de acceso y comunicación con el sistema de salud. Dichas barreras de acceso, conllevan retrasos en el diagnóstico y tratamiento oportuno de la infección por COVID-19.

Concomitantemente, el estado de gravidez, determina modificaciones fisiológicas que pueden aumentar el riesgo y la severidad de la infección por COVID-19, tal como se ha evidenciado en otras infecciones virales respiratorias como la gripe H1N1.

A su vez, los pacientes cursando COVID-19 en ocasiones presentan una disociación entre la percepción subjetiva de los síntomas y los niveles de insuficiencia respiratoria y saturación de oxígeno. Aún los pacientes que refieren estar asintomáticos pueden presentar una progresión rápida y a veces impredecible hacia la gravedad y requerir un nivel de cuidados superior al que es posible implementar en domicilio.

Casos recientes con resultados obstétricos y perinatales adversos, muestran una evolución más rápida y agresiva de la infección por COVID-19, en mujeres no inmunizadas contra COVID-19, cursando la segunda mitad del embarazo y en particular aquellas que asocian comorbilidades como obesidad, cardiopatía, HTA y diabetes.

Si bien en las mujeres embarazadas, los criterios diagnósticos y de severidad de la infección COVID-19, son similares a los aplicados a la población general, **se recomienda mantener un mayor nivel de alerta en el seguimiento evolutivo de la infección, atendiendo especialmente a otras variables además de la sintomatología respiratoria**, en esta población.

**El objetivo es anticiparse a las situaciones más graves, tomando decisiones oportunas que mejoren las chances de sobrevida maternas y fetales.**

A continuación, se resumen las recomendaciones actuales para la prevención y el seguimiento de las mujeres embarazadas cursando COVID-19 durante el embarazo, parto, cesárea, nacimiento, puerperio e IVE.

### **Objetivos:**

- Actualizar acciones de prevención y diagnóstico oportunos de la infección COVID-19 en mujeres embarazadas.
- Brindar orientación sobre la atención de usuarias embarazadas cursando COVID-19.

### **Temas abordados**

1. Recomendaciones para la **prevención y el diagnóstico oportuno de infección por COVID-19 en mujeres embarazadas.**
  - 1.1. Medidas generales.
  - 1.2. CLAVES: Priorización y recomendación de la **vacunación** contra SARS-Cov 2.
2. Recomendaciones para el **seguimiento en domicilio de usuarias embarazadas** con sospecha o confirmación de COVID-19 **asintomáticas o con síntomas/signos respiratorios leves.**
  - 2.1. CLAVES: abordaje individualizado y anticipación.
  - 2.2. Modalidades de seguimiento en domicilio.
  - 2.3. Criterios clínicos para implementar la modalidad de seguimiento más adecuada en cada paciente.
  - 2.4. Medidas generales durante el seguimiento.
  - 2.5. Medidas farmacológicas. Tromboprofilaxis.
  - 2.6. Pautas generales para control obstétrico en domicilio.
3. Recomendaciones para atención de mujeres embarazadas con sospecha o confirmación de COVID-19 **al momento del nacimiento.**
  - 3.1. Medidas generales al ingreso.
  - 3.2. Evaluación clínica y paraclínica de la severidad de la infección por COVID-19 al ingreso.
  - 3.3. Atención al momento del nacimiento.
    - Manejo clínico y conducta obstétrica según gravedad de la infección por COVID-19.
    - Oxigenoterapia.
    - Criterios de ingreso a CTI.
    - Oportunidad y vía de la interrupción del embarazo en la paciente cursando COVID-19.

Manejo de la prematurez en usuarias COVID-19.

4. Recomendaciones para atención de mujeres embarazadas con sospecha o confirmación de COVID-19 **durante el puerperio y lactancia.**  
Condiciones de alta y seguimiento en domicilio.
5. **Atención del recién nacido hijo de madre COVID-19 positivo.**  
Recepción. Alimentación. Alojamiento conjunto.
6. Recomendaciones para la atención de usuarias con sospecha o confirmación de COVID-19, que solicitan **IVE.**

## **1. Recomendaciones para la prevención y el diagnóstico oportuno de infección por COVID-19 en las mujeres embarazadas.**

### **1.1. Medidas generales.**

En todas las consultas obstétricas presenciales o no presenciales:

- Realizar triage de síntomas respiratorios (y toma de temperatura si es consulta presencial)
- Recomendar a la mujer que guarde las medidas generales para evitar la infección por COVID-19: distanciamiento social sostenido, uso de tapabocas, lavado de manos y ventilación de espacios físicos. En particular recomendar a la mujer, que en la medida de lo posible, no se exponga cuidando usuarios que están cursando la infección.
- Recordar vías de contacto que podrá utilizar si tiene dudas o necesita solicitar atención o información. Servicio de apoyo a las mujeres embarazadas.
- Recordar signos y síntomas de alarma obstétrica y recursos para comunicarse con el sistema de salud si los presenta.
- Evitar restricciones innecesarias que generan aislamiento, estrés, miedo y/o inseguridad a la mujer embarazada y su familia.
- Discutir con la usuaria alternativas o indicación de readecuación de tareas o retiro laboral precoz, si el ámbito laboral implica alto riesgo de infección.

En todos los casos de usuarios/as cursando COVID-19

- Indagar si existen mujeres embarazadas que pudieran estar en riesgo de haber contraído la infección: contactos convivientes y/o no convivientes.
- Contactar a dichas usuarias, realizar triage de síntomas, en todos los casos realizar los test diagnósticos indicados en los tiempos adecuados.

En toda mujer embarazada que ingresa a un centro hospitalario realizar test diagnóstico para descartar infección por COVID-19.

### **1.2. CLAVES. Priorización y recomendación de la vacunación contra SARS-Cov 2.**

**PRIORIZAR la vacunación de mujeres embarazadas en cada territorio.**

**RECOMENDAR a la mujer embarazada y a su entorno inmediato que se inmunice contra SARS-Cov2.**

- Vacunas recomendadas: Pfizer-BionTech, CoronaVac-Sinovac<sup>1</sup>.
- Etapa del embarazo: pueden administrarse estas vacunas en cualquier momento del embarazo. Se sugiere hacerlo a la brevedad posible.
- Distanciamiento con otras inmunizaciones: se recomienda distanciar 14 días de la

---

<sup>1</sup> COMUNICADO, MSP. Montevideo, 28 de abril de 2021. Vacunación contra la Covid-19 en embarazadas.

vacunación contra COVID-19, la administración de vacuna antigripal y DpaT. Estas últimas pueden administrarse en forma conjunta.

- Asesoramiento a la mujer embarazada. Explicar a las usuarias que la vacunación contra COVID-19:
  - Tiene más beneficios que riesgos conocidos.
  - Disminuye el riesgo de contraer la infección.
  - Disminuye el riesgo de presentar cuadros graves si se contrae la infección.
  - Disminuye el riesgo de presentar complicaciones del embarazo si se contrae la infección, en particular parto prematuro.
  - No tiene efectos negativos conocidos en el desarrollo del feto y del recién nacido.
  - No tiene efectos negativos en la lactancia.
  - No requiere orden o receta médica.

## **2. Recomendaciones para el seguimiento en domicilio de usuarias embarazadas con sospecha o confirmación de COVID-19 asintomáticas o con síntomas/signos respiratorios leves.**

### **2.1. CLAVES: ABORDAJE INDIVIDUALIZADO Y ANTICIPACIÓN.**

La mayoría de las mujeres embarazadas con COVID-19, cursarán una infección con síntomas leves (al igual que el resto de la población), y serán catalogadas como VERDE, cumpliendo el período de aislamiento en domicilio.

Estas usuarias se incorporarán al plan de atención domiciliaria institucional, elaborado por la Dirección de Primer Nivel de Atención de ASSE y validado con las RAPs a nivel país<sup>2</sup>.

No obstante, más allá de la entidad de la sintomatología respiratoria, se necesita valorar otras características de la paciente que requieren estrechar el seguimiento para anticiparse a cuadros más graves.

Se recomienda **individualizar la modalidad de seguimiento inicial y evolutivo** dependiendo de las siguientes variables:

- Variables COVID: inmunización, presencia de comorbilidades y edad materna avanzada, presencia y entidad de la sintomatología general y respiratoria.
- Variables obstétricas: etapa del embarazo, sintomatología de alarma obstétrica y/o embarazo de alto riesgo obstétrico.
- Variables vinculadas a alta vulnerabilidad social.

---

<sup>2</sup> ATENCIÓN DOMICILIARIA en usuarios de ASSE COVID positivo. Revisión y adecuación de los procesos de atención domiciliaria en el marco de la pandemia por COVID-19 en ASSE. Dirección de Primer Nivel de Atención. ASSE. Mayo 2021

## 2.2. Modalidades de seguimiento en domicilio.

### - **Ambulatorio no presencial.**

Seguimiento por videollamada o videoconsulta de elección y cada 24-48 hs. según el caso.

Especial atención a los controles entre los días 6 a 10 de la infección.

La llamada telefónica sin contacto visual solo es admisible si fuera el único recurso disponible.

Esta modalidad es la recomendada en usuarias inmunizadas, asintomáticas, sin comorbilidades, sin elementos de riesgo obstétrico ni vulnerabilidad social.

### - **Ambulatorio presencial.**

Control en domicilio inicial por equipo de salud y luego cada 24-48 hs. presencial o no presencial dependiendo de la evolución.

Especial atención a los controles entre los días 6 a 10 de la infección.

La integración del equipo dependerá de la sintomatología de la usuaria y de los recursos disponibles. El control en domicilio puede ser realizado por equipo de seguimiento COVID (médico/a y licenciada enfermería), por equipo asistencial de primer nivel de atención o por equipo obstétrico<sup>3</sup>.

Siempre el equipo que realiza la atención en domicilio deberá tener acceso telefónico a ginecólogo/a referente.

Esta modalidad de seguimiento está recomendada en usuarias no inmunizadas o sintomáticas (inmunizadas o no), que asocian comorbilidades (incluyendo edad materna avanzada), riesgo obstétrico o vulnerabilidad social.

### - **Automonitoreo de saturometría.**

Implica que se le provee a la usuaria un saturómetro para dejar en el domicilio.

Se le explica y comprende cómo usarlo.

Se le indica a la usuaria que mida y registre la saturación de oxígeno y se comunique para solicitar asistencia si la misma es menor o igual a 95%.

Considerar el automonitoreo de saturometría en todas las usuarias embarazadas en domicilio, que asocian alguna de las variables consideradas de riesgo.

## 2.3. Criterios clínicos para implementar la modalidad de seguimiento más adecuada en cada paciente.

**El criterio clínico es fundamental para actuar con anticipación en usuarias que asocian comorbilidades, síntomas respiratorios, segundo o tercer trimestre del embarazo, síntomas obstétricos o vulnerabilidad social.**

**El análisis de cada situación ha de permitir identificar aquellas usuarias que si bien podrían estar en domicilio -si se considera exclusivamente los criterios de gravedad para COVID-19-, deberían**

---

<sup>3</sup> La integración del equipo de seguimiento en domicilio dependerá de los dispositivos existentes en cada territorio.

**recibir un seguimiento más estrecho, presencial o incluso ingresar a cuidados moderados hospitalarios para una mejor evaluación evolutiva.**

El siguiente cuadro es orientativo y no taxativo.

- Sus objetivos son:
  1. Sistematizar los elementos a evaluar como herramienta para individualizar la modalidad de seguimiento en cada caso.
  2. Posibilitar la toma de decisiones con margen de seguridad y anticipación, en la medida que sea posible.

El cuadro agrupa las variables antedichas en orden creciente de riesgo.

Debe ser aplicado por el/la profesional de la salud que toma contacto con la usuaria embarazada COVID-19 positivo para definir el seguimiento inicial y evolutivo.

Como idea general la asociación de dos o más características de riesgo implica que la usuaria debe ser seguida en forma presencial en domicilio o ingresar a cuidados moderados.

No obstante, el peso relativo de cada variable considerada de riesgo, seguirá criterios clínicos y de seguridad.

Por ejemplo, una usuaria inmunizada que presenta síntomas o comorbilidades puede requerir seguimiento presencial. Y una usuaria que no tiene acceso a formas de comunicación con el sistema de salud, podría requerir ingreso hospitalario para su seguimiento.

**Cuadro 1. Evaluación de pacientes embarazadas cursando COVID-19 en domicilio y modalidades de seguimiento recomendadas\*.**

VARIABLES COVID*			VARIABLES OBSTÉTRICAS		VULNERABILIDAD	Modalidad de seguimiento recomendada
¿La paciente está inmunizada?	¿Presenta comorbilidades?	¿Presenta sintomatología general y/o respiratoria leve?	¿Cursa embarazo de segundo o tercer trimestre?	¿Presenta sintomatología obstétrica o embarazo de alto riesgo?	¿Elementos de vulnerabilidad social?	
SI	NO	NO (asintomática)	NO	NO	NO	Ambulatorio no presencial.
NO	NO	NO (asintomática)	NO	NO	NO	Ambulatorio no presencial con automonitoreo de saturometría.
NO	SI	NO (asintomática)	NO	NO	NO	Ambulatorio presencial con automonitoreo de saturometría.
NO	SI	SI	NO	NO	NO	Criterio clínico. Ambulatorio presencial con automonitoreo de saturometría o ingreso hospitalario.
NO	SI	SI	SI	NO	NO	Criterio clínico. Ambulatorio presencial con automonitoreo de saturometría o ingreso hospitalario.
NO	SI	SI	SI	SI	NO	Ingreso hospitalario.
NO	SI	SI	SI	SI	SI	Ingreso hospitalario.

\* (Este cuadro se aplica exclusivamente a usuarias sin elementos clínicos de gravedad.)

### Definiciones operativas.

- **Paciente inmunizada para COVID 19.** Se considerará inmunizada la paciente que ha recibido 2 dosis de cualquiera de las vacunas indicadas (Pfizer-BioNtech o Corona Vac) y luego de transcurridos 14 días de la última dosis.
- **Comorbilidades.** Considerar edad materna avanzada (mayor de 40 años) y patologías crónicas, en particular: obesidad, cardiopatía, HTA y diabetes.
- **Sintomatología general y/o respiratoria leve.** Fiebre, malestar general, anorexia, mialgias, cefalea, congestión nasal, odinofagia, tos, anosmia, ageusia, náuseas, vómito, diarrea, disnea a moderados o grandes esfuerzos.
- **Sintomatología obstétrica.** Síntomas de alarma: contracciones uterinas, hidrorrea, genitorragia, disminución de movimientos fetales en embarazos mayores de 20 semanas.
- **Vulnerabilidad social.** Considerar especialmente:
  - dificultades para el autocuidado y /o carencia de red de apoyo
  - no tener acceso real y continuo a la comunicación por teléfono, tablet o computadora
  - dificultades de acceso geográfico al sistema de salud o dificultades del sistema de salud para acceder al domicilio (ejemplo: usuarias en medio rural profundo, dificultades en traslados o medios de transporte).
  - situación de violencia intrafamiliar, patologías de salud mental y /o consumos problemáticos de sustancias.

### 2.4. Medidas generales durante el seguimiento.

- Se indicarán las medidas generales para evitar transmisión viral<sup>4</sup>.  
Consejería al usuario y convivientes: medidas para cumplir el aislamiento domiciliario, medidas de prevención y protección, manejo de residuos domiciliarios, identificación de contactos del domicilio, etc.
- Indicar especialmente mantener buena hidratación y movilidad para prevenir eventos tromboembólicos.
- Manejo sintomático de la fiebre con paracetamol.
- Si no es estrictamente necesario, suspender durante el período de aislamiento controles, ecografías y exámenes de rutina.
- Verificar que la usuaria cuenta con información que le permite identificar los signos de alarma obstétricos y respiratorios y con recursos para solicitar atención desde el domicilio (tiene sostén familiar, teléfono al cual llamar, vías de comunicación a su alcance, automonitoreo a través de App Coronavirus, etc.)
- Verificar la comprensión de las indicaciones realizadas.
- Es fundamental precisar la fecha de inicio, evolución y desaparición de los síntomas respiratorios para identificar el momento en el que la usuaria cumple los criterios de recuperación.

---

<sup>4</sup> ATENCIÓN DOMICILIARIA en usuarios de ASSE COVID positivo. Revisión y adecuación de los procesos de atención domiciliaria en el marco de la pandemia por COVID-19 en ASSE. Dirección de Primer Nivel de Atención. ASSE. Mayo 2021



- Una vez recuperada la usuaria podrá retomar el control obstétrico habitual y se recomienda realizar una ecografía obstétrica para valorar el crecimiento fetal.
- Cuando se trate de usuarias embarazadas de término, cursando COVID-19, dar aviso al servicio de maternidad correspondiente. Acordar con la usuaria acciones, vías de comunicación y traslado si presenta contracciones u otros síntomas de alarma obstétrica. Acordar con la usuaria quien la acompañará en el trabajo de parto/ cesárea.

## 2.5. Medidas farmacológicas.

### Tromboprofilaxis<sup>5</sup>

Este es un tema en constante revisión.

Considerando que el embarazo constituye de por sí un estado de riesgo trombogénico aumentado, y en virtud de la relación riesgo/beneficio, se recomienda ampliar las indicaciones habituales de la tromboprofilaxis.

La indicación de tromboprofilaxis en domicilio requiere.

- La aplicación de los criterios de indicación que se detallan.
- Realizar educación para la autoadministración de la heparina de bajo peso molecular (HBPM). Incluir manejo de residuos y punzantes.
- Verificar comprensión y posibilidades de autoadministración.
- Garantizar la provisión de la medicación en domicilio. (Recordar que la paciente está en aislamiento y probablemente sus contactos convivientes también)
- Si la tromboprofilaxis está indicada y no es posible la autoadministración en domicilio se requiere un servicio de atención domiciliaria diario o el ingreso hospitalario para efectuar el tratamiento.

### Criterios para indicación de tromboprofilaxis

1. Usuaris embarazadas que ya recibían tromboprofilaxis, deben continuarla.
2. Iniciar la tromboprofilaxis en pacientes embarazadas cursando COVID-19 que presentan 3 o más de los siguientes factores de riesgo trombotico:
  - Edad mayor de 35 años
  - Paridad mayor o igual a 3
  - Tabaquismo
  - Grandes varices, insuficiencia venosa de miembros inferiores.
  - Comorbilidades médicas como obesidad, diabetes e HTA.
  - Trombofilia asintomática adquirida o hereditaria.
  - Embarazo múltiple, síndrome preeclampsia-eclampsia.
  - Puérperas que han presentado: parto prolongado (>24 horas), fórceps, indicación de cesárea.

---

<sup>5</sup> PROTOCOLO DE ATENCION DE LA EMBARAZADA COVID + AL NACIMIENTO. Actualizado Unidad de Gestión del DEPARTAMENTO MATERNIDAD, 30/3/2021. DEPARTAMENTO MATERNIDAD. – Maternidad “Augusto Turenne”. Hospital de la mujer Paulina Luisi. Centro Hospitalario Pereira Rosell- Administración Servicios Salud del Estado

3. Iniciar la tromboprofilaxis en usuarias que presenten 1 o 2 de los factores de riesgo anteriores y que asocien limitación de la movilización por cualquier causa.
4. No iniciar la tromboprofilaxis en los casos en que se prevea el nacimiento en las siguientes 12 horas.

Siguiendo estos criterios la indicación deberá ser realizada por el médico que tiene a cargo el seguimiento de la usuaria. De ser posible, es recomendable que la paciente sea valorada y seguida por ginecólogo/a. (No excluyente).

#### **Fármacos, dosis y duración del tratamiento.**

Heparinas de bajo peso molecular (HBPM). Se sugiere Enoxaparina a dosis de:

- 40 mg/día para peso materno entre 50 a 90 kg
- 60 mg/día para peso materno entre 90 a 130 kg
- 80 mg/día para peso materno mayor a 130 kg

Se indica la HBPM desde el inicio de la infección COVID-19 y se mantiene por 7 a 14 días hasta la recuperación del cuadro infeccioso.

En embarazadas con infecciones COVID-19 graves complicadas con Neumonía (requieran o no ventilación) mientras dure el cuadro de infección y hasta la recuperación total.

En mujeres con infección por COVID-19 diagnosticada durante el puerperio, indicar HBPM profiláctica, (a menos que este contraindicado) por 10 días si la infección es leve o por 6 semanas luego del alta del CTI en cuadros COVID graves.

En postoperatorio de cesárea:

- a. durante los 10 días posteriores a una cesárea categoría 1 y 2
- b. durante los 10 días posteriores a una cesárea categoría 3 y 4, que se asocie con preeclampsia, edad mayor de 35 años, obesidad, multiparidad u otros de los factores trombóticos ya mencionados.
- c. durante 6 semanas en puérperas con TVP previa o con tromboprofilaxis durante el embarazo

#### **Maduración pulmonar fetal**

La indicación de maduración pulmonar fetal en usuarias cursando COVID-19 debe individualizarse.

En principio está indicada en embarazos con edad gestacional menor o igual a 34 semanas con riesgo de nacimiento, si bien deben tenerse en cuenta otros factores como la entidad de la afectación respiratoria materna.

Por ello, lo más probable es que la usuaria reciba esta medicación estando ingresada y no en domicilio.

El manejo de la prematuridad se aborda más extensamente en el punto 3.3.

Al día de la fecha no se recomiendan otros tratamientos farmacológicos específicos para la infección por COVID-19.

Cabe señalar que el estado actual de la evidencia no avala el uso de suero convaleciente en mujeres embarazadas.

## **2.6. Pautas generales para CONTROL OBSTÉTRICO EN DOMICILIO**

### **Indicaciones:**

El control obstétrico en domicilio puede estar indicado en la siguiente situación:

- Usuaría sospechosa o confirmada COVID-19 en aislamiento en domicilio, en la que no pueda diferirse la valoración por presentar riesgos maternos, obstétricos o situaciones emergentes en las que la evaluación clínica presencial es necesaria para definir la conducta. (Ejemplos: seguimiento de EHE, RCIU, disminución de movimientos fetales, etc)

### **Equipo técnico:**

- La integración del equipo dependerá de la sintomatología de la usuaria y de los recursos disponibles. El control obstétrico en domicilio puede ser realizado por equipo de seguimiento COVID (médico/a y licenciada enfermería), equipo de primer nivel de atención o por equipo obstétrico.

Siempre el equipo que realiza la atención en domicilio deberá tener acceso telefónico a ginecólogo/a referente.

### **Actividades clínicas de control obstétrico en domicilio:**

- Anamnesis: síntomas generales y de alarma
- Examen físico: control de presión arterial y control de peso (control de peso supeditado a disponibilidad de equipamiento itinerante).
- Si en el domicilio es posible examinar a la usuaria en posición acostada: medir altura uterina, auscultación latidos fetales y semiología obstétrica a partir de las 36 semanas.
- Si la usuaria no cuenta con la rutina del trimestre correspondiente realizar test rápido de sífilis y VIH.
- Preguntar a la usuaria si tiene dudas o necesita mayor información.
- Registro en HCEA y Carné Obstétrico.

### 3. Recomendaciones para atención de mujeres embarazadas con sospecha o confirmación de COVID-19 al momento del nacimiento<sup>6,7</sup>.

#### 3.1. Medidas generales al ingreso.

Al igual que en cualquier usuario con sospecha o confirmación de infección por COVID-19, para la mujer embarazada debe estar claramente definida la ruta a seguir (Ruta COVID-19) desde la puerta de emergencia al área de aislamiento y desde allí a otros sectores si lo requiere (sala de parto, block quirúrgico, etc).

- De acuerdo a las características de cada hospital y maternidad estas usuarias ingresarán a la sala definida para aislamiento COVID-19 o a una sala de nacer exclusiva y acondicionada a tales fines.
- Esta área de aislamiento debe estar localizada de forma tal que no se exponga a riesgo de transmisión intrahospitalaria a otras mujeres y sus recién nacidos. La ruta de acceso debe estar claramente señalizada y no ser compartida por otras usuarias de la maternidad.

Este sector debe tener:

- Circulación restringida de personal y acompañantes.
- En lo posible, personal asignado y fijo en el sector.
- EPP para funcionarios y acompañantes.
- Equipamiento necesario para control del trabajo de parto exclusivo para uso en este sector (monitor, doptone, bomba de infusión continua, saturómetro, etc).
- Registro de todas las personas, funcionarios o acompañantes que ingresan al área de aislamiento.

Al ingreso a puerta de emergencia o maternidad, además de instituir las medidas recomendadas para prevenir la transmisión viral, se debe:

- Realizar la valoración clínica y/o paraclínica de la severidad de la infección por COVID-19. Valoración clínica general por médico de emergencia o maternidad Clasificando según criterios de riesgo para COVID 19 (Ver en cuadro siguiente: verde, amarillo, rojo).
- Realizar la valoración obstétrica. Esta valoración requiere la evaluación por parte del equipo de guardia del servicio de maternidad (obstetra partera y/o ginecólogo según el caso)

- En pacientes clasificadas como VERDE (síntomas respiratorios leves), la valoración obstétrica permitirá determinar si la usuaria requiere ingreso hospitalario por cuestiones vinculadas al

<sup>6</sup> PROTOCOLO DE ATENCION DE LA EMBARAZADA COVID + AL NACIMIENTO. Actualizado Unidad de Gestión del DEPARTAMENTO MATERNIDAD, 30/3/2021. DEPARTAMENTO MATERNIDAD. – Maternidad “Augusto Turenne”. Hospital de la mujer Paulina Luisi. Centro Hospitalario Pereira Rosell- Administración Servicios Salud del Estado.

<sup>7</sup> Proceso de atención a usuarias embarazadas en SERVICIOS de MATERNIDAD de ASSE, en el contexto de la contingencia COVID-19”, 200424 Actualización Rec. COVID-19 Maternidades.pdf. Disponible en <http://info.asse/index.php/recomendaciones-pautas-y-protocolos.asse>.

embarazo: trabajo de parto, diagnóstico o tratamiento de patología obstétrica, materna o fetal, etc.

- En pacientes clasificadas como AMARILLO o ROJO, al tiempo que se toman las medidas de soporte necesarias, la valoración obstétrica estará orientada a decidir la conducta obstétrica en conjunto con equipo pediátrico-neonatal y de emergencia, cuidados moderados o intensivos según corresponda.

### **3.2. Evaluación clínica y paraclínica de la severidad de la infección por COVID-19 al ingreso.**

#### **Evaluación clínica inicial:**

Realizar anamnesis y examen físico completos destacando:

- Comorbilidades: edad materna avanzada, obesidad, hipertensión crónica y diabetes pregestacional. Otras comorbilidades a tener en cuenta son: enfermedades cardiopulmonares, renales estadios III-IV, inmunosupresión (trasplantadas, infección VIH, uso de corticoides (20 mg prednisona durante más de 2 semanas).
- Estado de conciencia.
- Hidratación: piel y mucosas.
- Exámen respiratorio y pleuropulmonar: frecuencia respiratoria, dolor torácico, trabajo respiratorio, uso de musculatura accesoria, auscultación: MAV, estertores secos y húmedos. Oximetría de pulso.
- Anamnesis y exámen gineco-obstétrico habituales.

#### **Elementos de alerta<sup>8</sup>:**

- Compromiso pulmonar clínico
- Saturación de O<sup>2</sup> VEA <95%
- Frecuencia respiratoria > a 24 /minuto
- Alteración de conciencia y/o hemodinamia
- Fiebre más de 7 días o reaparición luego de 48-72 horas en apirexia
- Descompensación de comorbilidades

---

<sup>8</sup> *MANUAL CLÍNICO PACIENTES COVID-19 EN CUIDADOS MODERADOS. Recomendaciones para la evaluación y tratamiento de pacientes covid-19 en cuidados moderados. SUMI, SMU, UHT-HC. Mayo 2021.*

Recomendaciones para la asistencia de pacientes con COVID-19 severa o crítica de la Sociedad Uruguaya de Medicina Intensiva y Cátedra de Medicina Intensiva de la UdelAR. Versión 1. 24/5/2021

**Cuadro 2. Evaluación clínica-paraclínica y severidad de infección por COVID-19 en usuarias embarazadas<sup>9</sup>.**

Gravedad	Clínica	Paraclínica a solicitar	Resultados esperados/patológicos
<b>LEVE VERDE</b>	Asintomática desde el punto de vista respiratorio Sin comorbilidades	No se requiere	
	Síntomas leves Infección respiratoria alta: rinorrea, odinofagia y tos. Fiebre Mialgias	PCR	< 7 mg/dl
		Hemograma	Linfocitos > o igual a 1000 cel/mm <sup>3</sup>
		Funcional y enzimograma hepático	LDH normal
<b>MODERADA AMARILLO</b>	a.1. Con neumonía leve, sin insuficiencia respiratoria grave (IRG)	Rx de tórax	Infiltrado intersticial uni o bilateral
		Gasometría	Normal
	a.2. Con broncoespasmo, sin IRG	PCR	>7 mg/dl
		Hemograma	Leucopenia: Linfocitos < a 1000 cel/mm <sup>3</sup>
	a.3. Con comorbilidades, sin neumonía ni broncoespasmo	Ferritina	> 400 ng/ml
		Funcional y enzimograma hepático (FEH)	LDH > 300 U/L
		Dímeros	Aumentados
		Fibrinógeno	Disminuido
<b>SEVERA ROJO</b>	Neumonía grave Insuficiencia respiratoria grave Sepsis Shock séptico Hipotermia Enfermedad tromboembólica Otras: sobreinfección bacteriana respiratoria, alteraciones cardíacas, encefalitis	Función renal	Normal
		Hemograma	Leucopenia: Linfocitos < a 1000 cel/mm <sup>3</sup> Trombocitopenia < 100.000 cel/ml
		Ferritina	> 400 ng/ml
		FE Hepático	LDH > 300 U/L
		Dímeros	Aumentados
		Fibrinógeno	Disminuido
		Falla cardíaca: troponina	Hiperuricemia, creatininemia aumentada

- Neumonía: dolor torácico, auscultación, imagen (RxTx, TAC tórax o ecografía pulmonar)
- Neumonía grave: Saturación de O<sup>2</sup> VEA <90%, frecuencia respiratoria de ≥30. Necesidad de vasopresores.
- Insuficiencia respiratoria: polipnea, disnea y baja saturación de oxígeno (oxímetro de pulso).
- Insuficiencia respiratoria severa: saturación de oxígeno < 92% con mascarilla con reservorio a alto flujo.
- Distrés respiratorio: (hallazgos clínicos o radiológicos) disnea, tiraje intercostal, uso de musculatura respiratoria accesoria, infiltrados bilaterales en radiografía de tórax y déficit de oxigenación arterial.

<sup>9</sup> Cuadro adaptado del PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE LA EMBARAZADA COVID + AL NACIMIENTO. Actualizado Unidad de Gestión del DEPARTAMENTO MATERNIDAD, 30/3/2021. DEPARTAMENTO MATERNIDAD. – Maternidad “Augusto Turenne”. Hospital de la mujer Paulina Luisi. Centro Hospitalario Pereira Rosell- Administración Servicios Salud del Estado. Con autorización de sus redactores.

- Sepsis: disfunción orgánica y que puede ser identificada como un cambio agudo en la escala.
- Shock séptico: hipotensión arterial que persiste tras volumen de resucitación y que requiere vasopresores para mantener PAM  $\geq 65$  mmHg y lactato  $\geq 2$  mmol/L (18 mg/dL) en ausencia de hipovolemia.
- Hipotermia, temperatura menor 36 °C.

### 3.3. Atención al momento del nacimiento.

**Cuadro 3. Manejo clínico y conducta obstétrica según gravedad de la infección por COVID-19<sup>10</sup>.**

Gravedad	Manejo clínico	Conducta obstétrica	Sector internación
<b>LEVE VERDE</b>	Materno: Saturación de O <sup>2</sup> (límite 95%) Movilización materna Fetal: Monitoreo electrónico de la FC fetal permanente	Según protocolos habituales.	De acuerdo a cada UE - Área COVID - Sala COVID en maternidad
<b>MODERADA AMARILLO</b>	a.1. Oxigenoterapia indicada si la saturación O <sup>2</sup> $\leq$ 95%. Primera elección: cánula nasal con mascarilla encima. Valoración parámetros vitales y actuar en consecuencia. a.2. Ídem al anterior incorporando tratamiento del broncoespasmo a.3. Evaluación con especialista de acuerdo a circunstancia	Según protocolos habituales. Monitoreo electrónico de la FC fetal permanente  Ampliar indicación fórceps y acortar período expulsivo.	De acuerdo a cada UE  Discutir con equipo de cuidados moderados y/o especialista
<b>SEVERA ROJO</b>	Ventilación en lo posible sin hipercapnia permisiva. Si se requiere ventilación mecánica: mayor oxigenación materna (PaO <sub>2</sub> > 70 mmHg en lugar de 55 - 80 mmHg) y niveles más bajos de dióxido de carbono (PaCO <sub>2</sub> objetivo 28 - 32 mmHg) para mantener la perfusión placentaria y prevenir la hipoxemia y la acidosis fetal. Nutrición enteral precoz Tromboprofilaxis	Discutir indicación y oportunidad de interrupción del embarazo. Si hay indicación, la vía será la más expedita. Evaluar le necesidad, viabilidad y seguridad de traslado inútero.	Discutir con equipo cuidados críticos URA CTI

La atención de las usuarias embarazadas catalogadas como amarillo o rojo, requiere un equipo multidisciplinario, integrado por equipo obstétrico, anestésico, pediátrico-neonatal, de cuidados moderados y/o críticos.

Ante la eventualidad que el equipo obstétrico no cuente con estos apoyos se incluye a continuación información básica sobre el manejo de la oxigenoterapia y criterios de ingreso a CTI.

<sup>10</sup> Cuadro adaptado del PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE LA EMBARAZADA COVID + AL NACIMIENTO. Actualizado Unidad de Gestión del DEPARTAMENTO MATERNIDAD, 30/3/2021. DEPARTAMENTO MATERNIDAD. – Maternidad “Augusto Turenne”. Hospital de la mujer Paulina Luisi. Centro Hospitalario Pereira Rosell- Administración Servicios Salud del Estado. Con autorización de sus redactores.

### **Oxigenoterapia. Escalones terapéuticos:**

- Oxigenoterapia convencional a diferentes concentraciones: es el primer escalón terapéutico en pacientes que presenten una situación de hipoxemia  $SpO_2 < 95\%$  respirado a aire ambiente. El objetivo debe ser ajustar la  $FiO_2$  partiendo de oxigenoterapia con máscara con reservorio o cánula nasal para mantener un nivel de oxigenación adecuado, considerado éste como una  $SpO_2 > 91\%$ . La administración de oxígeno se considera un procedimiento generador de aerosoles de riesgo bajo, por lo tanto, adecuado para pacientes Covid-19 siempre y cuando la paciente utilice en forma continua la máscara quirúrgica.

Si durante un turno la paciente se mantiene con niveles de  $SpO_2$  correctos podrá considerarse la disminución en estos escalones terapéuticos.

Es fundamental prestar atención al trabajo respiratorio. Estas pacientes toleran bien hipoxemias severas.

**El punto de quiebre al que se debe estar atento es el del trabajo respiratorio (polipnea, disnea, uso de músculos accesorios en la respiración) lo que indica el pase a la siguiente etapa.**

**Llegado este punto es fundamental discutir la paciente con otros profesionales con mayor experticia en manejo de pacientes respiratorias y/o críticas (puerta de emergencia, anestesiólogo, sala moderados o CTI)**

- Oxigenoterapia alto flujo (OAF): se indica si no hay respuesta a escalón previo.
- Asistencia respiratoria mecánica invasiva o no invasiva:  
Criterio clínico: disnea moderada/grave con signos de trabajo respiratorio y uso de musculatura accesoria o movimiento abdominal paradójico.

### **Criterios de ingreso en CTI. 1 mayor o 3 menores:**

Criterios mayores:

- Necesidad de ventilación mecánica invasiva o no invasiva
- Shock con necesidad de vasopresores.

Criterios menores:

- Frecuencia respiratoria  $>30$
- $PaO_2/FiO_2 < 250$
- Infiltrados multilobares
- Confusión/desorientación
- Urea mayor 44 mg/dl
- Leucopenia  $< 4.000$  cel/mm<sup>3</sup>
- Trombocitopenia: plaquetas  $< 100.000$  cels/mm<sup>3</sup>
- Hipotermia /T° central  $< 36^\circ C$
- Hipotensión con necesidad de administración agresiva de fluidos.



### **Oportunidad y vía de la interrupción del embarazo en la paciente cursando COVID-19.**

Con fines prácticos distinguiremos dos escenarios diferentes vinculados a la entidad de la infección materna:

**Escenario 1. Atención de las usuarias COVID-19 positivo, cursando infección asintomática o leve (clasificadas como verde) que ingresan en trabajo de parto espontáneo o para inducción del trabajo de parto o cesárea de coordinación por indicación obstétrica .**

#### **Atención del trabajo de parto**

La situación obstétrica, la salud materna, la salud fetal y la opinión de la mujer son las principales condicionantes para decidir cuál es la vía para la finalización del embarazo en estos casos.

A su vez debemos considerar que durante la segunda mitad del trabajo de parto (fase dilatante rápida) y el parto existe alta probabilidad de aerosolización de secreciones maternas dadas por la polipnea, exhalación frecuente y profunda, pujo, vómito, etc.

En relación a lo anterior se recomienda:

- Para la atención de usuarias en trabajo de parto y parto el EPP debe ser el adecuado para procedimientos que generan aerosoles
- Disminuir la circulación de personal a lo estrictamente necesario
- Durante el trabajo de parto realizar los controles estrictamente necesarios y permanecer el menor tiempo posible con la usuaria y a distancia mayor de 2 metros siempre que sea posible.
- Está indicada la monitorización electrónica de la frecuencia cardíaca fetal. Su utilización brinda, además, una herramienta que permite controlar el bienestar fetal guardando distancia de la paciente.
- Donde esté disponible se recomienda el uso de analgesia epidural durante el trabajo de parto.
- De ser necesario abreviar el período expulsivo, por ejemplo, ampliando la indicación de parto instrumental.

En particular y considerando que el uso de EPP conlleva:

- Estrés adicional y mayor tiempo entre la toma de las decisiones y su ejecución.
- Dificultades adicionales para la realización de las maniobras quirúrgicas y tocúrgicas.
- Entrenamiento específico para la correcta colocación, uso y retiro del EPP.

**La atención de estas usuarias deberá ser realizada por el personal más calificado en cada función o profesión.**

Teniendo en cuenta que los equipos de guardia en las maternidades son responsables de la atención de todas las usuarias embarazadas internadas y sus hijos/as cabe realizar las siguientes precisiones en la atención de la paciente con sospecha o confirmación de COVID-19:

- Se debe contar con EPP para utilizar durante la atención de todo el trabajo de parto, para todos los técnicos actuantes.
- Siempre que sea posible, asignar personal para asistir a esta usuaria en particular, mientras otros técnicos asisten a las demás usuarias en trabajo de parto en cada turno o guardia.

### **Atención del parto**

- Debe disponerse un área específica preparada con similares medidas de aislamiento para la atención del parto y recepción del recién nacido.
- Algunas opciones son:
  - Sala de nacer exclusiva y aislada.
  - Sala de parto dentro del área de aislamiento COVID-19 en la que se controló el trabajo de parto.
  - Si lo anterior no es posible, se recomienda acondicionar una sala de parto de uso exclusivo para usuarias COVID-19.
- El traslado de la paciente desde el área de aislamiento a la sala de parto debe realizarse por áreas de circulación restringida tomando en cuenta las siguientes consideraciones generales:
  - Realizar el traslado con suficiente anticipación.
  - Disponer EPP para camillero.
  - Especial cuidado con manejo de cerramientos (puertas, pomelas, etc).
  - La usuaria utilizará en todo momento tapaboca.
  - El acompañante mantendrá el EPP que utilizó durante el trabajo de parto.
- El equipo de atención obstétrico y pediátrico-neonatal debe usar EPP completo.
- Luego del parto se realizará higiene ambiental y desinfección de superficies y equipamiento según protocolo específico.
- Descartar la placenta como material potencialmente contaminado.

### **Atención de la cesárea**

- En caso de cesáreas coordinadas valorar el momento de la indicación y si puede diferirse con seguridad para una fecha posterior a los 14 días de cuarentena. Si no es posible diferir la cesárea, tener en cuenta que el período de mayor riesgo de complicaciones respiratorias se ubica entre los 6 y 10 días desde el inicio de los síntomas.
- Como es habitual, la realización de la cesárea debe ir precedida del proceso de consentimiento informado además de la firma del documento respectivo por parte de la usuaria y del médico tratante.
- El traslado de la paciente desde la sala de aislamiento COVID-19 al block quirúrgico debe realizarse por áreas de circulación restringida tomando en cuenta las consideraciones generales ya mencionadas.
- En el block quirúrgico se mantendrán las medidas de aislamiento por gotitas y contacto para la realización de la cesárea y recepción del recién nacido.
- El equipo de atención obstétrico, anestésico y pediátrico-neonatal debe usar EPP completo.
- Realizar la recuperación anestésica en sala de operaciones.
- Considerar la indicación de trombopprofilaxis en el postoperatorio.
- Descartar la placenta como material potencialmente contaminado

### **Inducción del trabajo de parto.**

En caso inducción del trabajo de parto, valorar el momento de la indicación y si puede diferirse con seguridad para una fecha posterior a los 14 días de cuarentena.

Si no es posible diferir la inducción, tener en cuenta que el período de mayor riesgo de complicaciones respiratorias se ubica entre los 6 y 10 días desde el inicio de los síntomas respiratorios.

### **Acompañamiento en el trabajo de parto, parto, cesárea y puerperio.**

Considerando:

- El marco legal y de política sanitaria que promueve el parto institucional y humanizado y establece el derecho de la mujer a permanecer acompañada.
- La importancia del sostén que proporciona el acompañante desde el punto de vista emocional y práctico tanto durante el trabajo de parto como luego del nacimiento y para el cuidado del recién nacido.
- Que la presencia del acompañante permite al equipo de salud disminuir los contactos con la usuaria a lo estrictamente necesario, resultando en menor exposición.
- Que las recomendaciones del MSP para la atención de mujeres embarazadas en el contexto de la contingencia COVID-19 así lo determinan.
- Que es necesario tomar todas las medidas a nuestro alcance para evitar la exposición del personal y de las usuarias no COVID.

Se recomienda tomar las siguientes acciones:

- Restringir el número de acompañantes a una sola persona por paciente (presencial).
- Considerar otros apoyos por canales virtuales si la mujer lo desea.
- El acompañante presencial debe estar asintomático desde el punto de vista respiratorio, comprometerse a permanecer en el sector de aislamiento asignado y utilizar en todo momento el EPP que se le proporcionará, sin excepciones.
- Para que el acompañante permanezca confinado al espacio de atención de la paciente se le proveerá alimentación y líquidos. Utilizará los mismos servicios higiénicos que la usuaria (la sala de aislamiento debe tener baño).
- En todos los sectores de internación los acompañantes deben usar EPP compuestos por: mascarilla común, sobre túnica común y guantes. No es necesario el uso de gorro y gafas. Cambio de tapabocas si se humedece cada 3 horas.

**Escenario 2. Atención de las usuarias COVID-19 positivo, cursando infección moderada o severa (clasificadas como amarillo o rojo) que ingresan por la entidad de los síntomas respiratorios.**

La atención de estas usuarias requiere la discusión y toma de decisiones consensuadas entre los equipos y profesionales que asisten a la mujer embarazada y al feto-recién nacido (equipo obstétrico, pediátrico-neonatal, de cuidados moderados y/o críticos).

Variables que orientan el tratamiento y la conducta obstétrica:

- Estado de salud materno
- Bienestar fetal
- Edad gestacional

Trabajando en equipo multidisciplinario, se realizará un cuidadoso balance de riesgos y beneficios para decidir la continuidad o interrupción de la gestación en cada caso y de acuerdo a su evolución.

### **Manejo de la prematuridad en usuarias COVID-19<sup>11</sup>.**

#### Uso de corticoides para maduración pulmonar fetal

Indicar en caso de embarazos menores o iguales de 34 semanas con riesgo de nacimiento.

Evitar el uso de corticoides para maduración pulmonar fetal en casos de compromiso respiratorio materno severo salvo que se requiera maduración en embarazos menores a 32 semanas en los cuales se discutirán riesgos/beneficios con equipo multidisciplinario.

#### Uso de uteroinhibidores.

De primera elección se prefiere nifedipina de acuerdo a las pautas establecidas.

Considerar el uso de indometacina solo para la amenaza de parto de pretérmino menores a 32 semanas y con compromiso respiratorio materno leve. No usar si el compromiso respiratorio es severo, ni en casos de embarazos mayores de 32 semanas. En estos casos usar nifedipina.

#### Sulfato de Mg como neuroprotector fetal.

Su indicación requiere discutir riesgos y beneficios en forma multidisciplinaria.

Se usa en partos de pretérmino menores a 32 semanas y con compromiso respiratorio materno leve. En casos de compromiso respiratorio materno severo en embarazos menores a 32 semanas, se discutirán riesgos/beneficios con equipo multidisciplinario.

No usar en parto de pretérmino de embarazos mayores a 32 semanas.

La prematuridad yatrogénica puede ser la única alternativa en los casos de insuficiencia respiratoria materna severa, como herramienta para mejorar la excursión diafragmática, por lo cual se valorará en los casos graves de infección COVID, la interrupción del embarazo como parte de las decisiones terapéuticas.

Cuando halla riesgo de parto de pretérmino y sea factible y seguro el traslado de la usuaria y del feto in útero, será recomendable el mismo hacia un nivel de cuidados adecuado a la complejidad del caso clínico.

#### Maduración pulmonar y finalización de la gestación

En caso de deterioro materno grave el equipo médico pluridisciplinario (anestesiología, infectología, medicina materno-feto-neonatal, medicina crítica) decidirán la necesidad de finalizar el embarazo en función de la gravedad materna, de los riesgos y de la edad gestacional. La prioridad principal siempre será el bienestar materno.

---

<sup>11</sup> PROTOCOLO DE ATENCION DE LA EMBARAZADA COVID + AL NACIMIENTO. Actualizado Unidad de Gestión del DEPARTAMENTO MATERNIDAD, 30/3/2021. DEPARTAMENTO MATERNIDAD. – Maternidad “Augusto Turenne”. Hospital de la mujer Paulina Luisi. Centro Hospitalario Pereira Rosell- Administración Servicios Salud del Estado.

En estos casos, el uso de corticoides para maduración pulmonar fetal no está contraindicado pero la indicación debe realizarse de forma consensuada.

En los casos en que la madre también requiera tratamiento con corticoides, el fármaco de elección será Dexametasona 6mg/12h i/v (48 horas).

En caso contrario, se utilizará la pauta habitual con Betametasona 12g/24h (2 dosis) i/m.

La indicación de su administración no demorará la necesidad de finalización urgente de la gestación por causa materna.

La vía del parto de elección en una situación clínica materna grave o crítica será la cesárea.

#### **4. Recomendaciones para atención de mujeres embarazadas con sospecha o confirmación de COVID-19 durante el puerperio y lactancia.**

- Debe disponerse un área específica preparada con similares medidas de aislamiento por gotitas y contacto para la atención de la usuaria en el puerperio y del recién nacido.
- Se deben generar condiciones para mantener el alojamiento conjunto y las medidas de aislamiento madre-hijo según se detallan en el punto 5.
- La circulación de acompañantes seguirá las mismas especificaciones ya realizadas.
- Controles puerperales habituales.
- Controles respiratorios y de saturación de O<sup>2</sup> seriados.
- Lactancia natural recomendada<sup>12</sup>.
  - Extremar medidas para evitar transmisión viral al recién nacido.
  - Lavado de manos antes y después de cada lactada.
  - Evitar toser sobre el recién nacido.
  - Uso de mascarilla facial.
- Considerar extracción de leche materna y alimentación por biberón administrado por cuidador/a asintomático.
- Realizar consejería anticoncepcional y provisión del método elegido previo al alta.
- Indicar y administrar vacuna antigripal y DpaT si corresponde.

#### **Condiciones para el alta de la maternidad al domicilio**

- Las condiciones para el alta de la mujer puérpera con sospecha o confirmación de infección COVID-19 y del recién nacido requieren un abordaje caso a caso. Las decisiones deberán considerarse en conjunto entre la usuaria, su familia, el equipo obstétrico y el equipo pediátrico/neonatal.
- Como idea general el alta estará supeditada a que puedan instrumentarse en domicilio las medidas de cuidado para evitar la infección del recién nacido. Considerar el alta precoz de ser posible.
- El traslado de la paciente a su domicilio deberá coordinarse en un medio de transporte que evite la diseminación comunitaria (móvil sanitario no medicalizado). Se deberán disponer EPP para chofer, usuaria y acompañante durante el traslado. Seguir protocolos de higiene del móvil, disposición de EPP desechables, reutilizables y residuos.

---

<sup>12</sup> Este ítem se amplía en el punto 5. Atención, recepción y alimentación del recién nacido.

- Mientras dure el período de aislamiento, el seguimiento de la usuaria y del recién nacido se realizará en forma presencial en domicilio, coordinado con equipo dispuesto para seguimientos COVID-19.

### **5. Atención del recién nacido hijo de madre COVID-19 positivo<sup>13</sup>.**

Hasta el momento la evidencia disponible muestra que el riesgo de contagio vinculado a la manipulación del recién nacido es improbable, aun cuando sea necesaria la manipulación de la vía aérea. Debido a que la transmisión vertical de la infección materno fetal ha sido excepcional a nivel mundial siendo pocos los casos correctamente documentados.

#### **Medidas generales en sala de partos o block quirúrgico.**

- Informar a la embarazada y a su acompañante acerca de los protocolos existentes para una adecuada asistencia durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio.
- Se informarán riesgos y beneficios sobre: contacto piel a piel, alimentación al seno materno inmediatamente al nacimiento, así como la presencia del acompañante que ella decida, que deberá permanecer desde el inicio al alta en la burbuja sanitaria de la tríada.
- El pediatra/neonatólogo y la auxiliar de enfermería/licenciada de enfermería que asistirán el parto deben vestirse previo al ingreso a la sala de nacimientos con EPP avanzado: gorro, lentes cerrados o lentes comunes + máscara facial, tapaboca N95, sobre túnica impermeable y guantes.
- Se recomienda el ingreso del equipo asistencial a la sala de parto durante el período expulsivo y no antes, con el objetivo de minimizar el tiempo de estadía en la sala potencialmente contaminante. Se deberá contar con el material para la asistencia neonatal disponible en sala, desde antes que ingrese la madre.
- El pediatra/neonatólogo recibirá al paciente de manos del obstetra, realizará ligadura oportuna de cordón en todos los casos, salvo contraindicaciones estipuladas en la asistencia habitual.
- Una vez cortado el cordón, se ofrecerá la posibilidad de contacto piel a piel con la madre, así como el estímulo a la lactancia precoz (previa explicación de los riesgos y los cuidados y siempre con el tapabocas materno).
- Siempre se mostrará el recién nacido a la madre y al acompañante. Posteriormente se colocará en termocuna del área para realizar los controles de rutina del recién nacido (examen clínico, permeabilidad anal y esofágica cuando se considere necesario) antropometría, administración de vitamina K y eritromicina ocular.
- En caso de recién nacido de riesgo (sospecha de hipoxia, asfixia perinatal, prematurez, malformaciones congénitas, etc), se realizarán las maniobras que se consideren necesarias.
- Previo al traslado del recién nacido al área correspondiente, se deberá realizar test para valorar infección por SARS cov2 (aspirado nasofaríngeo) solo en recién nacidos hijos de madre positiva

---

<sup>13</sup> *Guía de REFERENCIA para la asistencia del recién nacido hijo de madre con diagnóstico, sospecha o resultado pendiente de COVID 19. Departamento de Neonatología. Prof. Dr. Daniel Borbonet. Centro Hospitalario Pereira Rossell – ASSE. Facultad de Medicina. UDELAR. Montevideo, 20 de febrero de 2021. Se resumen contenidos en este apartado.*

COVID 19. (En caso de madre asintomática con test pendiente y sin signología compatible con COVID 19, no realizar aspirado nasofaríngeo al recién nacido hasta el resultado materno).

- Una vez completada la recepción neonatal, se lo vestirá y se lo colocará en incubadora para su traslado al área definitiva. El médico y enfermera procederán a quitarse el EPP para luego trasladar al recién nacido.

#### Lugares de internación del recién nacido.

#### ¿Adónde se trasladarán los recién nacidos inmediatamente luego del nacimiento?

- En caso de **madre sintomática** (tos, fiebre, cefaleas, rinorrea, etc.) con diagnóstico positivo de infección por COVID 19 o con hisopado pendiente, es imprescindible mantener la distancia madre-hijo así como las medidas de higiene (lavado de manos, tapabocas permanente, etc).
  - En estos casos **se le planteará a la madre como una recomendación, la separación transitoria del neonato hasta que ella mejore de su sintomatología. Es muy importante contar con la aprobación de los padres para llevar a cabo esta medida, para lo cual es imprescindible transmitir adecuadamente la información acerca de los riesgos y de los cuidados que se llevarán a cabo. Debe recordarse que, si los padres no consienten la separación, deberá respetarse la decisión.**
  - En caso que el recién nacido permanezca en la misma sala de alojamiento conjunto, deberá estar su cuna a una distancia mayor de 1,80 metros y si es posible con una mampara o tabique de separación. Con una adecuada higiene materna y con estrictas medidas de protección, la madre le dará pecho directo a demanda, o en casos que acceda, pecho ordeñado por biberón.
  - Los recién nacidos que requieran cuidados intensivos ingresarán a un área de aislamiento dentro del CTI transitoriamente hasta tener el resultado del hisopado materno. En caso de hisopado materno negativo, se manejará como cualquier otro ingreso. En caso de hisopado materno positivo se hisopará al recién nacido y hasta tener dicho resultado permanecerá en incubadora en área de aislamiento.
  - Para los cuidados de estos pacientes en caso de necesitar soporte respiratorio (AVM o CPAP) el personal de salud utilizará EPP avanzado hasta obtener el resultado.
- En caso de **madre asintomática con diagnóstico positivo de infección por COVID 19**, sospechosa por contacto o con hisopado pendiente se mantienen las recomendaciones de distanciamiento entre madre-hijo así como las medidas de higiene ya mencionadas.
  - En el caso de necesidad del recién nacido de cuidados intensivos se mantienen las conductas establecidas en los ítems anteriores.
  - En el caso de recién nacido que se decida su pase a sala de alojamiento conjunto se plantean las siguientes posibilidades:
    - Si las condiciones físicas del área de internación lo permiten (posibilidad de distanciamiento de 1,80 metros entre la cuna y la cama de la madre), si la madre y el acompañante pueden mantener los protocolos de cuidados personales (higiene de manos, uso permanente de tapabocas) y con conocimiento de los riesgos, podrá el recién nacido permanecer junto a su madre y acompañante.



Deberá consignarse en la historia clínica el consentimiento de los padres en cuidar las medidas exigidas. El equipo asistencial neonatal trabajará con EPP básico para este recién nacido.

- En caso que no se cumplan las condiciones antes mencionadas se deberá ingresar al recién nacido en incubadora al área neonatal correspondiente dispuesta por el Servicio. Deberá consignarse en la historia clínica que se informó a los padres, el motivo de la separación del binomio. El equipo asistencial trabajará con EPP básico para este paciente.

### **Alimentación del recién nacido**

- Los recién nacidos pueden recibir leche de su madre cualquiera sea la situación infecciosa de la ella, ya que no se ha comprobado la transmisión de la infección por COVID 19 a través de la leche.
- Para alimentar al seno materno (pecho directo), se realizan las siguientes recomendaciones:
  - En caso que la madre sea sintomática (tos, fiebre, rinitis, etc), deberá evaluarse la magnitud de los síntomas y signos para evaluar y recomendar las medidas de higiene adecuadas:
    - Lavado de manos y senos antes de tocar al recién nacido, y de amamantarlo.
    - No retirar nunca el tapaboca durante el amamantamiento.
  - En caso que la signología sea de mayor magnitud, se planteará la extracción de leche (con rigurosas medidas higiénicas) y la alimentación del recién nacido por pecho ordeñado en biberón por parte del acompañante.
  - Es fundamental el apoyo de enfermería y/o del acompañante en la manipulación del recién nacido para minimizar los riesgos.
- Para ordeñarse deben observarse las mismas medidas de cuidados con la higiene del seno materno y la manipulación de la leche y de los sistemas de ordeño.
- En cualquiera de las áreas de internación los recién nacidos podrán alimentarse con leche ordeñada de su madre.
- En caso de no contar con ella, se recurrirá a leche del Banco de leche pasteurizada o, como último recurso, preparado para lactantes.

### **Atención en alojamiento conjunto**

- El equipo asistencial neonatal, con el EPP básico y manteniendo las medidas de higiene y distanciamiento ya recomendadas, será el encargado de controlar la evolución de estos recién nacidos y de otorgar el alta domiciliaria.
- El recién nacido se controlará de manera habitual (control clínico, pesquisa de cardiopatía congénita, pesquisa neonatal, emisiones otoacústicas, vacunación BCG).



## **6. Recomendaciones para la atención de usuarias con sospecha o confirmación de COVID-19, que solicitan IVE.**

Las usuarias embarazadas, cursando COVID-19, que solicitan la interrupción del embarazo:

- Tienen derecho a acceder a esta prestación en los plazos previstos en la Ley N° 18.987.
- Deberán cumplir los mismos requisitos, procedimientos y plazos que la población general.
  
- Estando la usuaria en condiciones de aislamiento, los servicios de salud de ASSE deberán realizar sus máximos esfuerzos para que el proceso IVE se desarrolle en los tiempos previstos.
- Ello incluye el uso de herramientas de telemedicina, atención en domicilio, coordinación/ingreso para atención presencial en área COVID, etc.
- En particular es sustancial confirmar el embarazo y establecer con seguridad su edad gestacional.
- Si los plazos legales son ajustados no se debe diferir la atención. No es admisible que la usuaria quede fuera del resguardo de la Ley por diferir la atención hasta el final del período de aislamiento.
  
- La infección por COVID-19, no implica contraindicaciones para el uso de los fármacos habitualmente utilizados para la IVE (mifeprestona-misoprostol).
- Sin embargo, los efectos esperados y secundarios del uso de misoprostol (fiebre, vómitos, dolor, diarrea) pueden confundirse o sobreagregarse a los que ya presenta la paciente.
- Por ello, si los plazos legales lo permiten y teniendo en cuenta la opinión de la usuaria, puede diferirse el IVE 3 o el uso de la medicación para producir el aborto hasta que la sintomatología respiratoria y/o la fiebre hayan cedido.
  
- La infección por COVID-19, no implica contraindicaciones para el uso de métodos anticonceptivos y de protección, en el período post-aborto.

**Redacción**

*Dra. Mónica Gorgoroso*  
*Referente Técnica en Salud Sexual y Reproductiva*  
*Dirección de Redes y Procesos Asistenciales*  
*Gerencia Asistencial. ASSE*  
*31.5.2021*

**Revisores/as**

*Lic. Estela Harispe.*  
*Directora Dirección de Redes y Procesos Asistenciales.*  
*Gerencia Asistencial. ASSE*

*Dra. Alejandra Paulos.*  
*Referente COVID RAP Maldonado.*  
*Médica de Familia y Comunidad. Posgrado en Epidemiología. Diplomada en Salud Pública.*

*Prof. Dr. Leonel Briozzo.*  
*Jefe Departamento Médico Obstétrico. Maternidad Hospital de la Mujer-CHPR.*  
*Director Clínica Ginecotológica A.*