



**FEDERACIÓN COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
COMITÉ DE SALUD MATERNA Y PERINATAL**

ASUNTO: COMUNICADO ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS SARS-CoV-2 (COVID-19) EN EMBARAZO.

FECHA: 16 DE MARZO DE 2020

Benavides-Serralde J.A*., Parra-Saavedra M, Miranda J, Ramírez C, Silva J.L., Sanin-Blair J.E., Medina V.P.*

*** Los dos autores contribuyeron a partes iguales en el desarrollo de este comunicado.**

1. GENERALIDADES.

Los coronavirus son una familia de virus encontrados con frecuencia en humanos y en muchas especies animales, que hasta inicios del siglo XI generaban aproximadamente el 30% de los cuadros gripales alrededor del mundo. El brote epidémico de enfermedad respiratoria generado por una nueva cepa de coronavirus denominado “SARS-CoV-2” inició a finales de 2019 en la provincia de Hubei de la República China (1), habiéndose rastreado el primer caso hacia noviembre de 2019 de acuerdo a datos del Gobierno Chino, aunque todavía no se ha identificado al paciente cero. El síndrome respiratorio que genera la infección por SARS-CoV-2 en el humano se ha denominado “Enfermedad por coronavirus 2019” (COVID-19 por sus siglas en Inglés de



Coronavirus Disease 2019) (2). El SARS-CoV-2 es un Betacoronavirus perteneciente al subgénero Sarbecovirus (3). La mayoría de los coronavirus con capacidad patógena para el humano, generan síntomas leves, a excepción de dos coronavirus: el MERS-CoV (causante del síndrome respiratorio de medio oriente) y el SARS-CoV (causante del síndrome respiratorio agudo severo). Los datos de secuenciación del virus muestran que el SARS-CoV-2 tiene una relación muy cercana con los coronavirus hallados en murciélagos, con los cuales comparte hasta el 85% de los nucleótidos secuenciados. Por otra parte, el SARS-CoV-2 comparte el 79% de los nucleótidos del SARS-CoV, y aproximadamente el 50% de los nucleótidos del MERS-CoV (4).

El 30 de enero de 2020, el Comité de Emergencia Internacional sobre Regulación Sanitaria de la Organización Mundial de la Salud, declaró el brote de SARS-CoV-2 como "emergencia de salud pública de interés internacional" (PHEIC por sus siglas en inglés). Hasta el 12 de marzo de 2020 se han confirmado 125,048 casos de COVID-19, de los cuales 58,354 se han recuperado, y 4,613 han muerto. Se han reportado casos en todos los continentes, el primer caso identificado en Colombia fue el 6 de marzo de 2020, y a fecha 16 de marzo ya se contaba con 54 casos positivos de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Salud.



2. INFECCION POR SARS-CoV-2, Y ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS 2019 (COVID-19) EN EL EMBARAZO.

La información es muy limitada sobre COVID-19 en embarazo. A pesar de que los reportes en embarazadas en infecciones virales emergentes por coronavirus como el caso del MERS y el SARS, muestran tasas altas de letalidad, para el COVID-19 las mujeres embarazadas no parecen ser más susceptibles a las consecuencias de COVID-19 que la población general. Los estudios disponibles hasta el momento reportan un número limitado de casos de infección por SARS-CoV-2 en pacientes embarazadas (18 pacientes con 19 fetos – 1 caso con embarazo gemelar), habiendo adquirido el 100% de los casos la infección durante el tercer trimestre (5). Hasta el momento no hay casos confirmados de infección intrauterina por COVID 19, aunque se ha informado en la literatura de un caso de posible transmisión vertical (transmisión de madre a bebé prenatal o intraparto) (6). La opinión de los expertos es que es poco probable que el feto esté expuesto durante el embarazo. Una serie de casos publicada por Chen et al (7) evaluó el líquido amniótico, la sangre del cordón umbilical, los hisopos de garganta neonatales y las muestras de leche materna de madres infectadas con COVID-19 y todas las muestras dieron negativo para el virus. El mismo grupo en China posteriormente reporta un estudio (8) en el cual evalúan tres placentas de madres infectadas con resultado negativo para el virus. Por lo tanto, es más



probable que la transmisión sea durante el periodo neonatal. Actualmente no hay evidencia sobre la transmisión a través de fluidos genitales.

No obstante, lo anterior, las infecciones emergentes han demostrado tener un impacto importante sobre las mujeres en embarazo y sobre sus fetos. Ejemplos de lo anterior son la tasa de fatalidad reportada para dos coronavirus: para el SARS (la tasa de fatalidad en la serie mas grande de casos fue del 25%, 3 de 12 casos reportados de pacientes gestantes) y para el MERS (tasa de fatalidad del 23% en el reporte mas grande) (5). Los hallazgos clínicos observados en épocas mas recientes con otra infección emergente, pero esta vez no por un coronavirus sino por un flavivirus como el Zika virus también demostró tener un impacto considerable sobre la salud materna y fetal (9). Es mas probable que el comportamiento del SARS-CoV-2 sea similar al de los coronavirus mencionados, aunque por el momento con los casos reportados pareciera tener un comportamiento mas benigno.

El periodo de incubación del SARS-CoV-2 es en promedio 5 días (IC 95% 4.5-5.8 días), mientras que el desarrollo de los síntomas en promedio toma 11.5 días (IC95% 8.2-15.6 días) para cerca del 98% de los casos. De acuerdo a estos datos, tan solo el 1% de la población desarrollaría síntomas posterior a un aislamiento de 14 días (10).

La transmisión persona a persona de SARS-CoV-2 es por gotas respiratorias de una persona infectada al ser inhaladas por otra persona en contacto estrecho



(aproximadamente menor a 2 metros). La transmisión también podría ser posible vía fecal oral, dado el hallazgo de SARS-CoV-2 en heces, mientras que no es claro si la infección puede ser transmitida por fómites.

3. IMPLICACIONES PARA LA SALUD FETAL.

Hasta el momento no hay casos reportados de infección intrauterina por COVID 19. A pesar de que hasta el momento no se haya reportado un impacto directo sobre la anatomía (efecto teratogénico), o sobre el crecimiento y desarrollo del feto, el escaso número de casos de gestantes con infección por SARS-CoV-2, nos obligan a ser prudentes respecto a las implicaciones que pudiera llegar a tener COVID-19 sobre el feto. Respecto al aparente incremento del riesgo de prematuridad por COVID-19, los datos hasta el momento no permiten concluir si pudiera ser debido al efecto de la infección viral o indicación materna. Hay al menos un reporte de parto pretérmino con ruptura prematura de membranas con evidencia de compromiso fetal al momento de la decisión del nacimiento (7). El análisis de dos series de casos (7)(11) que incluyen un total de 18 mujeres embarazadas infectadas con COVID-19 y 19 bebés (un grupo de gemelos), hubo 8 casos reportados con compromiso fetal. Dada esta tasa relativamente alta de compromiso fetal, actualmente se recomienda la monitorización electrónica fetal continua en el trabajo de parto para todas las mujeres con COVID-19.



4. IMPLICACIONES PARA LA SALUD MATERNA.

No hay informes publicados sobre la susceptibilidad de las mujeres embarazadas a COVID 19. Por otra parte, las mujeres embarazadas experimentan cambios inmunológicos y fisiológicos que pueden hacerlas más susceptibles a las infecciones respiratorias virales, incluido COVID 19. Por ende, si pudiera llegar a considerarse a las gestantes como un grupo con mayor susceptibilidad de desarrollar complicaciones médicas como procesos neumónicos, y complicaciones obstétricas como parto pretérmino, secundarias a infección por SARS-CoV-2.

Considerando los reportes iniciales y las lecciones aprendidas de SARS, MERS y otras infecciones virales respiratorias, se podría sugerir que las mujeres embarazadas podrían tener un curso clínico severo. Sin embargo, los reportes iniciales aparentemente no indican un comportamiento en las embarazadas similar al visto en infecciones emergentes previas como el SARS, o el MERS.

Las manifestaciones clínicas del SARS-CoV-2 en la gestante suelen ser similares a las de la población no embarazada, e incluyen:

- Fiebre (83-100%).
- Tos (59-82%).
- Mialgia (11-35%).
- Cefalea (7-8%).



- Diarrea (2-10%).

Los hallazgos en paraclínicos y pruebas de laboratorio del SARS-CoV-2 describen:

- Anormalidades en la radiografía de tórax (100%).
- Leucopenia (9-25%).
- Linfopenia (35-70%).
- Trombocitopenia (5-12%).
- Elevación de la PCR y de las transaminasas.

Son necesarios mas estudios que evalúen las probables implicaciones de la infección por COVID 19 en el grupo de pacientes embarazadas.

Los datos hasta la fecha en población general sugieren que aproximadamente el 80% de las infecciones son leves o asintomáticas, el 15% son infecciones graves que requieren oxígeno, y el 5% restantes son infecciones críticas que requieren de ventilación. Hasta el momento hay un solo caso reportado de una paciente embarazada con COVID-19 con requerimiento de ventilacion mecánica a las 30 semanas de gestación y en quien se realizó una cesárea de emergencia con buena recuperación (12).

La mortalidad por COVID-19 parece más alta que por influenza, especialmente la influenza estacional. La verdadera mortalidad de COVID-19 tomará algún tiempo para dilucidarse completamente. No obstante, los datos que tenemos hasta ahora indican que la tasa de mortalidad bruta (el número de muertes



reportadas dividido por los casos reportados) se encuentra entre 3-4%, la tasa de mortalidad por infección (el número de muertes reportadas dividido por el número de infecciones) será menor. Para la influenza estacional, la mortalidad suele ser por debajo del 0.1%.

5. MANEJO HOSPITALARIO VERSUS MANEJO AMBULATORIO.

Planteamos un escenario clínico que nos facilita la evaluación de la gravedad de la enfermedad para definir manejo ambulatorio vs. hospitalario. Este escenario se plantea con lineamientos de la OMS (13), del Ministerio de salud de Colombia (14) y del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) en conjunto con la Sociedad de Medicina Materno Fetal (SMFM) de Estados Unidos (15).

- Escenario Clínico -

Evaluar como lista de chequeo

Paciente gestante con Temperatura mayor o igual a 38 C o uno o más de los siguientes:

- **Tos (con o sin producción de esputo)**
- **Dificultad para respirar:**
 - Frecuencia respiratoria mayor o igual a 22 x min (Taquipnea)



○ Aleteo nasal o uso de músculos accesorios

○ **Síntomas gastrointestinales (náuseas, vómito, diarrea)**

+

Nexo epidemiológico:

○ **Historia reciente de viaje a países con circulación SARS-CoV-2 (China, Italia, Iran, Korea del Sur, España, Alemania, Francia, Estados Unidos,... Venezuela, Ecuador y Panamá) confirmada en los 14 días previos al inicio de los síntomas.**

y/o

○ **Persona que atiende pacientes con Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG: Persona con infección respiratoria aguda con antecedente de fiebre y tos no mayor a 10 días de evolución que requieran manejo intrahospitalario) de etiología desconocida**

y/o

○ **Contacto estrecho (contacto a menos de 2 metros o durante 15 minutos o contacto directo con secreciones de un caso probable o confirmado) en los últimos 14 días con un caso probable o confirmado por SARS-CoV-2.**

Si la respuesta es positiva continúe con la



Evaluación Primaria

EVALUACION PRIMARIA

Evaluación de signos vitales

- Tiene tensión arterial media (TAM) menor o igual a 65 mmHg (Cálculo de la TAM = TA sistólica – TA diastólica/3, este resultado se suma a la TA diastólica) o Tensión Arterial Sistólica (TAS) menor o igual a 100 mmHg.
- Tiene frecuencia cardíaca (Fc) mayor o igual a 90 x minuto.
- Tiene frecuencia respiratoria (Fr) mayor o igual a 22 x minuto.
- Saturación de O² (SatO²) menor o igual 95%
- Temperatura (T) mayor o igual 38 grados C, persistente.
- Alteración del nivel de conciencia (Escala de Glasgow menor o igual 13 puntos).

Evaluación clínica

- ¿Tiene dificultad para respirar (aleteo nasal, tirajes supraclaviculares o intercostales)?
- ¿Tiene dificultad para completar una oración sin jadear?
- ¿Tiene necesidad de parar para respirar con frecuencia cuando camina?
- ¿La paciente tiene hemoptisis?
- ¿Tiene dolor o presión en el pecho cuando tose?



- ¿Es incapaz de tolerar vía oral (líquidos)?
- ¿Muestra signos de deshidratación, como mareos cuando está en pie?
- ¿Responde menos de lo normal (somnolienta/letárgica/confusa) durante el interrogatorio?

Evaluación paraclínica (si tiene la disponibilidad)

- Falla de cualquier órgano.
- PaO₂/FiO₂ menor o igual a 300 mmHg.
- Dímero D alto (Mayor 1 ug/L): Asociado a mayor mortalidad.

Cualquier respuesta *positiva* en la *evaluación primaria*, la paciente debe recibir manejo intrahospitalario

(Paciente de riesgo elevado)

- Envíe a urgencias/hospitalización, al sitio designado por la institución.

Si las respuestas a la *evaluación primaria* son *negativas*, realice Evaluación Secundaria.

EVALUACION SECUNDARIA



Evalúe:

- Comorbilidades (hipertensión, diabetes, asma, VIH, enfermedad cardíaca, enfermedad hepática crónica, enfermedad pulmonar crónica, enfermedad renal crónica, discrasia sanguínea, cualquier factor de inmunosupresión)
- Condición obstétrica (ejemplo, parto pretérmino)
- Incapacidad para el auto-cuidado
- Dificultad en el seguimiento

Cualquier respuesta *positiva* en la *evaluación secundaria*, la paciente debe ser enviada a aislamiento y estudios adicionales, en nivel de mayor complejidad de atención (cuidado interdisciplinario, insumos y disponibilidad paraclínica necesaria), para determinar el compromiso respiratorio y/o complicaciones

(Paciente de riesgo moderado)

Incluye

- Examen físico.
- Pulsoximetría.
- Rx de tórax (con protección abdominal).



- Gases arteriales.
- TAC de pulmón (con protección abdominal) no debe ser excluida si clínicamente está recomendada.
- Realizar registro cardio tocográfico. En caso de trabajo de parto, mantener la monitorización electrónica fetal continua por el mayor riesgo de compromiso fetal y necesidad de cesárea de emergencia.

Si la paciente tiene compromiso respiratorio y/o complicaciones

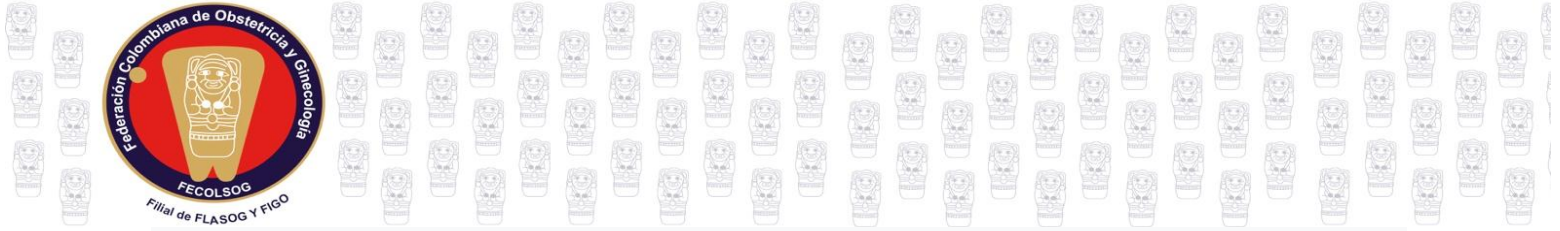
- Admitir para evaluación y tratamiento

Si la paciente **NO tiene compromiso respiratorio y/o complicaciones y es capaz de autocuidado **Y** seguimiento**

- Referir para manejo en casa (Ver paciente de riesgo bajo).

Si las respuestas de la **evaluación secundaria son **negativas**, la paciente debe recibir manejo en casa**

(Paciente de riesgo bajo)



- Manejo sintomático.
- Reposo.
- Hidratación.
- Signos de alarma:
 - Entrega de indicaciones por escrito (al paciente y su cuidador) que especifique los signos de alarma en lenguaje sencillo y claro:
 - Respiración más rápida de lo normal.
 - Dolor y/o silbido en el pecho
 - Vómito persistente
 - Fiebre persistente
 - Somnolencia, confusión o dificultad para despertar
 - Ataques o convulsiones
 - Boca seca
 - Orinar poco o nada
- Monitorización y seguimiento por el personal de salud del desarrollo de cualquiera de los síntomas descritos arriba.
- Reiniciar algoritmo si hay presencia de nuevos síntomas.
- Precauciones obstétricas de rutina.

6. MANEJO.



En caso de que una paciente gestante contraiga la infección por SARS-CoV-2, puede presentar un curso clínico similar al de la población no gestante.

Recomendamos las siguientes medidas:

Medidas generales de control de la infección:

- Los médicos del área de obstetricia deberían obtener una historia de viaje detallada en todas las pacientes y específicamente preguntar sobre viaje en los últimos 14 días hacia o desde áreas con amplia diseminación de SARS-CoV-2.
- Todas las mujeres embarazadas, deberían ser evaluadas para fiebre y signos y síntomas de infección respiratoria, antes del ingreso a unidad de Trabajo de Parto y nacimiento o clínica de cuidado prenatal.
- Pacientes embarazadas con síntomas respiratorios deberían ser separadas de otras pacientes en espera de ser atendidas y se les debería proporcionar una mascarilla quirúrgica.
- El personal de salud debería ser adherente a las precauciones estándar de contacto y respiratorio.

“Persona Bajo Investigación” o caso confirmado: seguir las siguientes recomendaciones:

- Triage rápido y colocación de mascarilla quirúrgica en el paciente.



- Traslado inmediatamente a una Habitación de Aislamiento de Infecciones Respiratorias (cuarto individual a presión negativa). Una vez en la habitación la mascarilla puede ser retirada.
- Educación sobre la etiqueta de la tos y la higiene de las manos.
- Comunicación rápida para el control de infecciones.
- Mantenga la puerta de la habitación cerrada.
- Implementar precauciones de aislamiento aéreo y de contacto.
- Coloque un letrero de "Nuevo aislamiento respiratorio" en la puerta
- Se recomienda el cumplimiento estricto de todas las recomendaciones de los CDC por parte de todos los trabajadores de salud involucrados en el cuidado del paciente (bata, N95, careta o gafas, lavado a mano y guantes)
 - Bata
 - Mascara N95 O respirador purificador de aire [PAPR]
 - Si se planea un procedimiento de inducción con aerosol (por ejemplo, aplicación de oxígeno por canula nasal, intubación, nebulización, etc.), se debe usar un PAPR
 - Protector facial preferentemente o gafas
 - higiene de las manos antes de los guantes
- Recolección adecuada de muestras para ser enviadas al Servicio de salud. Para obtener una guía de recolección adecuada, consulte el



siguiente enlace <https://www.cdc.gov/coronavirus/COVID-19/guidelines-clinical-specimens.html>

- Limitar el acceso de visitantes y de trabajadores sanitarios a los estrictamente necesarios para la atención (médico tratante, enfermero y terapeuta respiratorio).
- Registros de firma.
- Apoyo sintomático y estrecha monitorización clínica para detectar posibles complicaciones.
- Después de salir de la habitación:
 - Entrar en la antesala y cerrar la puerta del paciente
 - Retirarse guantes, bata, careta o gafas, tapabocas y/o respiradores.
 - Desechar bolsas plásticas, el material contaminado (guantes, bata, tapabocas y/o respiradores).
 - Realizar higiene de manos.
 - Si usa PAPR, deseche el visor de PAPR en la basura y limpie el PAPR con desinfectado aprobado por el hospital
- El paciente debe permanecer en la sala de presión negativa hasta que ya no se sospeche de COVID-19.



Manejo actual de COVID-19 en embarazo: Si bien, no hay tratamiento específico aprobado por instituciones como la FDA, se recomiendan intervenciones estándar de manejo que incluyan:

- Aislamiento Contacto y respiratorio (por gotas)
- Posicionamiento de gestante (evitar compresión aorto-cava)
- Monitorización inicial no invasiva materno-fetal. La monitorización electrónica fetal debe suministrarse por el alto riesgo de compromiso fetal y por ende la elevada tasa reportada de cesárea de emergencia.
- Tamizar otras infecciones respiratorias e infección bacteriana (coinfeción)
- Terapia con O₂ temprana (Meta SatO₂ \geq 95% - pO₂ \geq 70 mmHg)
- Ventilación mecánica no invasiva/invasiva ante signos de falla respiratoria
- Reanimación volumétrica (cristaloides) evitando la sobrecarga hídrica
- Hasta el momento no hay medicamentos antivirales específicos aprobados para el tratamiento de la infección por SRAS-CoV-2. Sin embargo, ante la emergencia sanitaria y la necesidad de brindar soporte en los casos en los cuales se requiera, se promueve el uso de antivirales de acuerdo a las condiciones clínicas de la paciente.
- Inicio de antibiótico empírico.
- Tratamiento empírico para influenza.

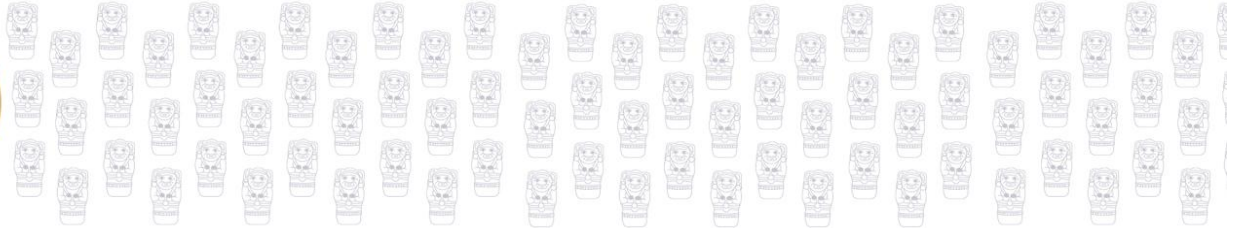


- No uso rutinario de esteroides (a considerar como inductores de maduración pulmonar fetal o en insuficiencia suprarrenal relativa en choque séptico)
- Finalización y modo de nacimiento: evaluar la condición materna, edad gestacional, bienestar fetal y deseo materno.
- Comunicación clara y permanente con paciente y/o familiares sobre diagnóstico y estado clínico.
- No hay actualmente vacuna para prevenir COVID-19.

7. RECOMENDACIONES PARA EL NEONATO.

Posterior al parto, el recién nacido se recomienda separarlo de la madre hasta que esta ya no se considere potencialmente infecciosa. El manejo siempre estará a cargo de pediatría. Idealmente debería colocarse al bebé en una habitación de presión negativa individual hasta que ya no considere infeccioso. Se recomienda además que el personal dedicado a su atención, solo debe cuidar a los recién nacidos expuestos. Si hay más de un bebé nacido de una madre con COVID-19, los bebés podrían agruparse en una habitación según las necesidades del servicio.

8. LACTANCIA MATERNA



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

- Lavarse las manos antes de tocar al bebé, el extractor de leche o los biberones.
- Usar una mascarilla para amamantar el bebé.
- Siga las recomendaciones para la limpieza de la bomba después de cada uso
- Considerar la posibilidad de que personal sano alimente el recién nacido con leche extraída.

La información hasta el momento es escasa sobre la lactancia materna, pero de acuerdo un estudio de seis casos chinos analizados, la leche materna fue negativa para COVID-19; sin embargo, dada la pequeña cantidad de casos, esta evidencia debe interpretarse con precaución y se debe discutirse con ella los riesgos y beneficios de la lactancia materna, incluido el riesgo de sostener al bebé cerca de la madre.

Cabe anotar además que el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos recomienda que durante el período de separación de madre y recién nacido se aconseje a la madre que se extraiga la leche, previa limpieza de las manos, con un extractor de leche adecuado, y esta leche pueda administrarse al recién nacido por una persona sana.



Finalmente, el documento de consenso para la prevención y el control de la infección perinatal por el SARS-CoV-2 publicado recientemente por un grupo de expertos chinos recomienda a las madres con sospecha o diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 que no realicen lactancia materna hasta que se disponga de más datos acerca de su seguridad.

9. RECOMENDACIONES

Las mujeres embarazadas preocupadas por la exposición o los síntomas que indican una posible infección con COVID-19 deben llamar a las líneas telefónicas de la lista enunciada a continuación:

- Línea Ministerio de Salud:
 - Nacional 01 8000 95 55 90
 - Bogotá 330 50 41
- Arauca
 - Línea 125 de emergencias en salud
 - Información del tema 350 412 01 27
- Atlántico
 - CRUED (035) 323 62 20
- Barranquilla
 - 379 33 33
 - 317 517 39 64
 - 315 300 20 03
- Bogotá
 - Secretaría Distrital de Salud de Bogotá 364 96 66
- Boyacá
 - 311 483 41 04
 - 740 74 64
- Caldas
 - Línea Caldas (6) 880 08 18
 - 310 426 79 06
 - Línea 123 Manizales



- Cali
 - Orientación a ciudadanía
 - 519 51 00
 - 519 51 01
 - 519 51 02
 - Orientación a profesionales 486 55 55 Opción 3
- Cartagena
 - Centro regulador de urgencias y DADIS: 123
- Cauca
 - 301 273 77 87
- Córdoba
 - Línea nacional 01 8000 95 55 90
- Cesar
 - Línea del Ministerio 018000 955590
 - CRUE 320 565 31 59
- Guaviare
 - 321 394 65 60
 - 321 394 53 50
- Huila
 - 870 66 33
 - 870 22 77
 - CRUE 870 30 96
- Magdalena
 - 312 807 03 26
- Medellín
 - Medellín y Valle de Aburrá 123
 - Resto de Antioquia # 774
- Meta
 - Línea departamento 321 394 53 51
 - CRUE 321 204 76 05
- Montería
 - 320 530 82 09
- Quindío
 - 322 581 64 22
- Risaralda
 - 315 282 30 59
- Tolima
 - 322 812 39 75
- Valle del Cauca
 - 301 273 77 87
 - 620 68 19

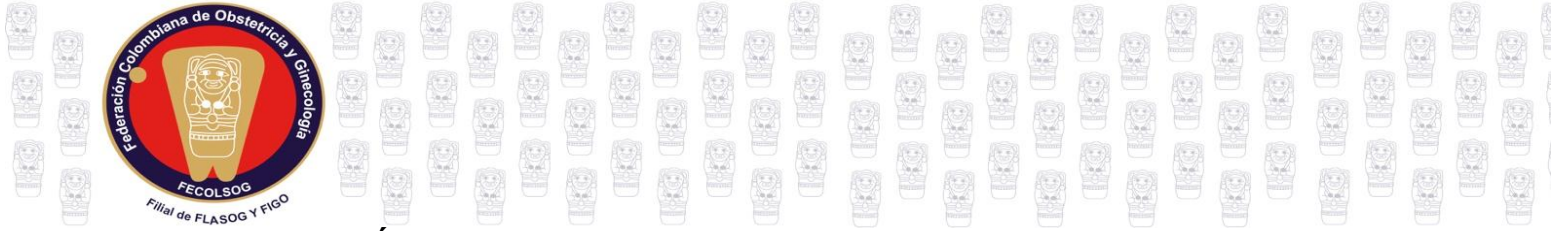


- Línea Exclusiva Cali 486 55 55 Opción 7
- Valledupar
 - 310 633 22 91

En lo posible no deben visitar su consultorio médico de cabecera. Las mujeres que regresan de áreas del mundo que indican un posible mayor riesgo de transmisión de coronavirus o que han estado en contacto con un caso conocido de COVID-19 deben llamar a las líneas citadas. Se debe aconsejar a las mujeres con síntomas sugestivos de COVID-19 que se auto-aíslen hasta que se les indique lo contrario. Las recomendaciones de auto aislamiento incluyen:

- No asistir a su lugar de estudio, al trabajo, o áreas públicas
- No utilizar el transporte público.
- Quedarse en casa y no permitir visitas.
- Ventilar las habitaciones mediante la apertura de ventanas.
- Separarse lo más posible de otros miembros de su hogar, usando sus propias toallas, vajilla y utensilios y comiendo en diferentes momentos.

Las pacientes que tengan síntomas respiratorios, o un caso en estudio, o confirmado de COVID-19, deberán informar a su prestador de salud sobre su caso y se deberán agendar los controles prenatales de acuerdo con las disposiciones locales de su IPS/EPS. En lo posible (excepto en caso de presentar una urgencia obstétrica o complicación médica), se debe tratar de agendar las citas de control prenatal para después de pasar el periodo de cuarentena.



10.ATENCIÓN PRENATAL NO URGENTE DURANTE EL BROTE

EPIDEMIOLÓGICO.

Las atenciones prenatales durante el brote epidemiológico no tienen una regulación vigente por parte del Ministerio de Salud. No obstante, de acuerdo con lineamientos del ACOG y de la SMFM (15), nos permitimos sugerir que como parte de los esfuerzos de mitigación para control de la epidemia de COVID-19, se debería incluir el acceso limitado al cuidado prenatal de rutina. Los prestadores de salud (EPS, IPS, personal médico y paramédico) deben asegurar la atención prenatal y la realización de pruebas que las pacientes con condiciones de riesgo alto requieran, manteniendo los estándares mas altos de seguridad para los prestadores de salud que entren en contacto con las pacientes. Se sugiere también optimizar las condiciones para el empleo de la telemedicina como herramienta de trabajo. Para las atenciones o consultas que por algún motivo deban realizarse de manera ambulatoria (consulta externa) durante el brote epidemiológico, se sugiere acudir en lo posible sin acompañamiento (siempre y cuando la paciente no tenga limitación de movimiento), y limitando en la medida de lo posible el contacto físico y la comunicación oral. Se sugiere de igual manera durante el brote epidemiológico evitar procedimientos electivos. Sugerimos las siguientes medidas a tener en consideración para la atención ambulatoria de pacientes obstétricas sin síntomas respiratorios durante el brote epidemiológico:



1. Si no es urgente, reprogramar la cita.
2. Si es urgente asista solo, o con 1 solo acompañante en casos de movilidad limitada.
3. Si el paciente no sabe definir si es urgente o prioritario, se deberá informar al personal médico (telefónicamente o por asistencia virtual), quien brindará orientación sobre la pertinencia de la atención.
4. Si es urgente y ha estado con síntomas gripales, o ha estado en contacto con personas de riesgo, asistir con tapabocas e informar a los asistentes de consulta, para tomar medidas de prevención, antes de la llegada al consultorio.

En consultorio:

1. Espaciar los tiempos entre pacientes a 30 minutos para evitar aglomeraciones en la sala de espera.
2. No saludar a ningún paciente de mano o beso. Las asistentes tampoco. Las asistentes deberían de usar guantes desechables para recepción de documentos.
3. Tomar la temperatura (digital) a todo paciente y acompañante que ingrese el consultorio.
4. Restringir el ingreso de representantes médicos y visitantes médicos, al igual que personal no necesario para el funcionamiento del consultorio.



5. Al llegar cada paciente al consultorio informarle que acuda al baño para lavarse las manos y que se aplique alcohol glicerinado, Si la paciente tuviera síntomas respiratorios debe seguir la ruta de atención indicada por el Ministerio de Salud.

6. Lavado de manos entre consultas: médicos y asistentes.

7. Limpiar y desinfectar todas las superficies de contacto, incluyendo la mesa de consulta y la de las asistentes posterior a cada consulta. Lo anterior incluye la limpieza y desinfección de los transductores empleados durante los procedimientos ecográficos. Para la desinfección de los transductores debe consultar la guía del equipo o consultar al representante de la casa fabricante de su equipo de ultrasonido sobre el uso específico de soluciones desinfectantes aptas a ser usadas en su equipo. Es conveniente tener en cuenta que algunas sustancias pudieran lesionar la superficie de su equipo, por lo cual es conveniente identificar correctamente cual sustancia desinfectante utilizar.

8. Retirar de todas las zonas comunes, revistas, folletos y todo material susceptible de haber estado en contacto con los pacientes y encontrarse contaminado.

9. Comunicación vía telefónica con las pacientes explicando la situación actual y la manera como se llevará a cabo la atención. El uso de redes sociales facilita que la información de la situación real llegue a las pacientes de manera efectiva.



BIBLIOGRAFIA

1. Phelan AL, Katz R, Gostin LO. The Novel Coronavirus Originating in Wuhan, China: Challenges for Global Health Governance. *JAMA*. 2020 Jan 30;
2. Gorbalenya AE, Baker SC, Baric RS, de Groot RJ, Drosten C, Gulyaeva AA, et al. *Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: The species and its viruses – a statement of the Coronavirus Study Group*. *Microbiology*; 2020
3. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med*. 2020;**382**:727–33.
4. Lu R, Zhao X, Li J, Niu P, Yang B, Wu H, et al. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. *Lancet*. 2020;**395**:565–74.
5. Rasmussen SA, Smulian JC, Lednický JA, Wen TS, Jamieson DJ. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Pregnancy: What obstetricians need to know. *Am J Obstet Gynecol*. 2020 Feb 24;
6. Schwartz DA, Graham AL. Potential Maternal and Infant Outcomes from (Wuhan) Coronavirus 2019-nCoV Infecting Pregnant Women: Lessons from SARS, MERS, and Other Human Coronavirus Infections. *Viruses*. 2020;**12**.
7. Chen H, Guo J, Wang C, Luo F, Yu X, Zhang W, et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *Lancet*. 2020;**395**:809–15.
8. Chen S, Huang B, Luo DJ, Li X, Yang F, Zhao Y, et al. Pregnant women with new coronavirus infection: a clinical characteristics and placental pathological analysis of three cases]. *Zhonghua Bing Li Xue Za Zhi*. 2020;**49**:E005.
9. Sanz Cortes M, Rivera AM, Yopez M, Guimaraes CV, Diaz Yunes I, Zarutskie A, et al. Clinical assessment and brain findings in a cohort of mothers, fetuses and infants infected with ZIKA virus. *Am J Obstet Gynecol*. 2018;**4**:440.e1-440.e36.
10. Lauer SA, Grantz KH, Bi Q, Jones FK, Zheng Q, Meredith HR, et al. The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application. *Ann Intern Med*. 2020 Mar 10;
11. Clinical Analysis of 10 Neonates Born to Mothers With 2019-nCoV Pneumonia. *Transl Pediatr*. 2020;**9**:51-60.
12. A Case of 2019 Novel Coronavirus in a Pregnant Woman With Preterm Delivery. *Clin Infect Dis*. 2020; pii: ciaa200. doi: 10.1093/cid/ciaa200



13. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. World Health Organization 2020. Interm guideline.
14. PROTOCOLO ESI-IRAG.pdf. Available from:
<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/PROTOCOLO%20ESI-IRAG.pdf>
15. COVID-19-Algorithm5.pdf. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Available from: <https://www.acog.org/-/media/Practice-Advisories/COVID-19-Algorithm5.pdf?dmc=1&ts=20200315T2346288504>