



FACULTAD DE MEDICINA
PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CHILE

Guía de Manejo

COVID - 19 y EMBARAZO

División de Obstetricia y Ginecología
Departamento de Obstetricia

El presente documento es una contribución (NO OFICIAL) realizada por un grupo de médicos obstetras pertenecientes a la Unidad de Medicina Materno Fetal de la División de Obstetricia y Ginecología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Es una guía de manejo elaborada en base a la evidencia existente en la actualidad y a la opinión de expertos en Medicina Materno Fetal. Debe ser considerada como una guía y no como una norma de manejo. La pandemia de COVID – 19 es un problema de salud global en desarrollo y el flujo de información nueva es constante, por lo que los contenidos aquí descritos pueden cambiar.

Fecha de última revisión:

26 de marzo de 2020

Participantes:

Dra. Javiera Fuenzalida Carrasco

Dra. Mónica Theodor Donoso

Dra. Caterina Solari Grünwald

Dr. José Poblete Lizana

Dr. Jorge Carvajal Cabrera

Dr. Claudio Vera Pérez-Gacitúa

Dra. Alexandra Calvo Quiroz

Dr. Juan Pedro Kusanovic Pivcevic

CONTENIDOS

- I. Generalidades Coronavirus y embarazo
 1. Introducción
 2. Mecanismos de transmisión
 3. Definición de casos
 4. Diagnóstico
 5. Descripción de la enfermedad
- II. Complicaciones
 1. Maternas
 2. Fetales y neonatales
- III. Manejo durante el embarazo
 1. Evaluación en consulta ambulatoria
 2. Evaluación en servicio de urgencias
 3. Manejo ambulatorio embarazada SARS-CoV-2 (+)
 4. Manejo hospitalizado ambulatorio embarazada SARS-CoV-2 (+)
 5. Tratamiento farmacológico
 6. Alta hospitalaria
- IV. Parto
 1. Momento y vía de parto
 2. Manejo durante el trabajo de parto
 3. Manejo durante el puerperio
- V. Consideraciones generales
- VI. ANEXOS
- VII. REFERENCIAS

I. GENERALIDADES CORONAVIRUS Y EMBARAZO

Introducción

El brote actual de la nueva enfermedad por Coronavirus (COVID-19) es la tercera propagación documentada de un coronavirus animal en humanos que ha resultado en una pandemia sin precedentes. El síndrome respiratorio agudo severo relacionado con el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) se ha extendido por todo el mundo desde el primer reporte de un caso en Wuhan, Provincia de Hubei, China en diciembre del 2019.

Los Coronavirus son virus ARN monocatenario positivos envueltos, pertenecientes a la familia *Coronaviridae*. Las anteriores epidemias causadas por β -coronavirus zoonóticos, SARS-CoV y MERS-CoV, cuentan con aproximadamente 10.000 casos en las últimas dos décadas con tasas de letalidad de 10% para SARS-CoV y 35% para MERS-CoV.

SARS-CoV-2 pertenece al mismo subgrupo de β -coronavirus y tiene un número básico de reproducción (R_0), es decir, el número esperado de casos secundarios generados por un caso primario, de 2 a 2,5. Los últimos reportes de la OMS estiman una tasa de letalidad global de 3 a 4%.

El embarazo es un estado de inmunosupresión relativa que hace a las

mujeres más vulnerables a las infecciones virales, asociado principalmente a los cambios cardiopulmonares propios de la gestación, los cuales agregan mayor morbimortalidad a estos cuadros. Tanto el SARS-CoV como el MERS-CoV fueron responsables de complicaciones severas durante el embarazo, incluyendo ingreso a UCI, necesidad de ventilación mecánica, falla renal y muerte. De hecho, la tasa de letalidad en embarazadas con SARS-CoV alcanzó el 25%.

A pesar de estos antecedentes, actualmente, no hay evidencia que las mujeres embarazadas sean más susceptibles a la infección por SARS-CoV-2, o que aquellas con la infección tengan más riesgo de desarrollar neumonía. Por otro lado, existe preocupación sobre las potenciales consecuencias que podría tener la infección sobre el feto y recién nacido. En estas dos áreas, la evidencia es aún limitada.

Mecanismos de Transmisión

El mecanismo de transmisión es de persona a persona por gotas respiratorias luego de un contacto cercano (<2 metros) con una persona infectada o contacto directo con superficies contaminadas. La transmisión vertical es muy poco probable y no ha sido descrita en las series publicadas, ni tampoco se ha podido probar en infecciones por los otros virus de la misma familia (SARS-CoV y MERS-CoV). Hasta la fecha, solo se han

reportado dos casos de recién nacidos infectados; sin embargo, muy probablemente, en ambos casos se trató de transmisión por contacto neonatal. Existen estudios donde se han analizado muestras de líquido amniótico, sangre de cordón umbilical, hisopado faríngeo del recién nacido y leche materna que resultaron negativas para SARS-CoV-2, por lo que no se cuenta con evidencia suficiente que determine la transmisión vertical del virus durante el embarazo.

Definición de Casos (Ministerio de Salud MINSAL, 23/03/2020)

1. Caso Sospechoso:

1.1. **Viajeros:** paciente con enfermedad respiratoria aguda que presente fiebre o al menos un signo o síntoma de enfermedad respiratoria ; y con historia de viaje o residencia en un país/área o territorio que reporta transmisión local de COVID-19 (excepto Chile) durante los 14 días previos al inicio de síntomas.

1.2. **Contactos:** paciente con cualquier enfermedad respiratoria aguda y con antecedentes de contacto con un caso confirmado o sospechoso de COVID-19 en los 14 días previos al inicio de los síntomas.

1.3. **Circulación local:** paciente con infección respiratoria aguda que sea residente o se encuentre de paso en

una región con circulación comunitaria de SARS-CoV-2; y que presenta fiebre (37,8º) y al menos uno de los siguientes síntomas: odinofagia, tos, mialgias o disnea.

1.4. **Vigilancia:** paciente con infección respiratoria aguda grave que requiera hospitalización.

2. Caso Probable

Caso sospechoso en que el análisis de laboratorio por PCR para COVID-19 resultó no concluyente.

3. Caso Confirmado

Caso sospechoso en que la prueba específica para COVID-19 (RT-PCR) resultó “Positivo” (UC o ISP).

4. Recién Nacido (RN) Sospechoso

Antecedente materno de infección dentro de los 14 días previos y 28 días posteriores al parto. También se considera sospechoso si ha estado en contacto directo con algún infectado. No es necesario que tenga síntomas para sospechar la infección.

Es probable que una proporción importante de las infecciones por SARS-CoV-2 ocurran de contactos asintomáticos o con síntomas leves que no fueron sospechosos ni investigados. Ante este escenario, existirán casos sin un contacto identificable y un umbral menor de sospecha en pacientes con

síntomas respiratorios o gastrointestinales puede ser necesario.

5. Contacto

- 5.1. Persona que otorgó atención directa un paciente SARS-CoV-2 (+) sin utilizar el equipo de protección adecuado.
- 5.2. Estar en el entorno cercano de una persona SARS-CoV-2 (+) (oficina, sala de clases, hogar, reunión).
- 5.3. Viaje en proximidad de 1 a 2 metros de una persona SARS-CoV-2 (+) en cualquier medio de transporte.

Diagnóstico

- 1. El diagnóstico se realiza mediante RT-PCR de secreciones, donde la muestra es obtenida de hisopado nasofaríngeo. El resultado está disponible en aproximadamente 24 horas en el Laboratorio de la Red de Salud UC-CHRISTUS y debe ser confirmada en el ISP (esta confirmación demora al menos 72 hrs).
- 2. Paciente sintomática con RT-PCR negativa y TAC de tórax con hallazgos sugerentes de neumonía por SARS-CoV-2.

Descarte de la Enfermedad

La infección por COVID-19 puede descartarse si existen dos RT-PCR negativas con al menos 24 horas de separación.

Descripción de la Enfermedad

1. Incubación:

El período de incubación de la enfermedad es de 4 a 6 días en promedio, pero puede variar de 2 a 14 días.

2. Cuadro Clínico:

La enfermedad se presenta, en general, con síntomas leves. Puede ir desde asintomática hasta un cuadro grave de neumonía y SDRA (20% de los casos). Los síntomas más reportados son fiebre (84%) y tos (30-60%). Además, los pacientes pueden presentar mialgias (30%), fatiga (20%), disnea (18%), odinofagia (15%), cefalea (3-4%) y síntomas gastrointestinales en hasta un 10%.

3. Hallazgos de Laboratorio:

El recuento de leucocitos puede estar reducido o aumentado. Se ha observado linfopenia (<1000 cels/mm³) en hasta un 60% de los casos. La PCR puede estar elevada (60%), algunos pacientes pueden

tener trombocitopenia leve (13%), LDH y transaminasas elevadas (30%).

4. Hallazgos Radiológicos:

6.1. **Radiografía de Tórax:** el hallazgo más frecuente es el patrón de neumonía multilobar y bilateral.

6.2. **TAC de Tórax:** el hallazgo radiológico más frecuente en el TAC de tórax es una imagen en vidrio esmerilado (53%).

En el subgrupo de pacientes embarazadas, además del hallazgo característico, se ha reportado una mayor incidencia de consolidación pulmonar incluyendo imagen de vidrio esmerilado con consolidación y consolidación completa

El 18% de los pacientes con enfermedad leve y el 3% de los pacientes con enfermedad grave no presentan cambios radiológicos.

Los signos radiológicos de neumonía viral fueron reportados en la mayoría de las pacientes embarazadas con COVID-19 en las que se realizó el TAC. La evidencia actual incluso sugiere que la evaluación mediante TAC de tórax podría tener una mejor sensibilidad diagnóstica que la RT-PCR (98% vs 71%).

II. COMPLICACIONES

Complicaciones Maternas

La evidencia actual no muestra diferencias entre pacientes embarazadas y población no gestante. Sin embargo, los datos aún son limitados. Una serie reciente que incluye 55 casos de China no reporta cuadros de neumonía severa ni muerte materna.

Si analizamos los riesgos maternos de las infecciones por virus similares al SARS-CoV-2, como el SARS-CoV y el MERS-CoV, podemos observar que existe más riesgo de ingreso a UCI, ventilación mecánica, falla renal y CID.

Complicaciones Fetales y Neonatales

La evidencia actual es limitada, solo se han descrito en la literatura 55 casos de gestantes de tercer trimestre con COVID-19. Dentro de las complicaciones reportadas están el parto prematuro (43%), la rotura prematura de membranas, restricción de crecimiento fetal (9%), aborto u óbito fetal (2%) y pérdida del bienestar fetal intraparto, al igual que lo descrito para las infecciones por virus de la misma familia.

Los resultados conocidos de infecciones similares por SARS-CoV y MERS-CoV mostraban un mayor riesgo de aborto, parto prematuro, restricción de crecimiento fetal (RCF), y pérdida del bienestar fetal intraparto. Además, en ninguna de todas las series publicadas se logró demostrar transmisión vertical del virus, coincidiendo con lo reportado previamente para SARS-CoV. Existen dos casos reportados de infección neonatal, en los que parece probable una infección postnatal por contacto.

III. MANEJO DURANTE EL EMBARAZO

Evaluación en consulta ambulatoria

En toda paciente en consulta ambulatoria se debe investigar la presencia de:

- FIEBRE > 37.8°C, tos seca, cansancio, expectoración, mialgia, odinofagia, disnea, cefalea, síntomas gastrointestinales.
- Antecedente de viaje o contacto con casos confirmados o personas con patología respiratoria con síntomas característicos.

Si no ha presentado síntomas ni antecedentes de riesgo se realizará un control prenatal de rutina.

Si presenta síntomas o antecedentes de riesgo de infección, se debe solicitar RT-PCR (SARS-CoV-2) en hisopado nasofaríngeo. Si entre los síntomas se encuentra la fiebre, debe realizarse además un panel viral respiratorio.

Aquellas pacientes clasificadas como caso sospechoso deben ser categorizadas según la severidad del cuadro clínico:

- **Paciente de Alto Riesgo:**

Si presenta alguno de los síntomas/signos siguientes:

- Dificultad respiratoria
- Hemoptisis
- Dolor torácico
- Signos de deshidratación
- Hipotensión postural
- Intolerancia a ingesta líquida
- Confusión o lentitud mental

A este grupo de pacientes se debe:

Derivar a hospitalizar con medidas de aislamiento.

SIEMPRE avisar al lugar de derivación.

Asegurar medidas de aislamiento de personal de traslado.

- **Paciente de Riesgo Moderado:**

Si presenta alguno de los antecedentes siguientes, que confieren mayor riesgo clínico y social:

- Comorbilidades (HTA, DM, asma, VIH, patología cardíaca, respiratoria, renal, hepática, hematología o terapia inmunosupresora)
- Patología obstétrica
- Sin posibilidad de cuidado, seguimiento o aislamiento correcto en domicilio

A este grupo de pacientes se debe derivar a servicio de urgencias respiratorio con medidas de aislamiento para evaluación de severidad clínica con exámenes.

- **Paciente de Bajo Riesgo:**

Paciente que no presenta características clínicas de severidad actuales ni antecedentes previos, y que puede cumplir con las indicaciones y aislamiento. Se deriva a domicilio para manejo sintomático, reposo, aislamiento, hidratación, monitorización de otros síntomas y precauciones obstétricas habituales.

Es importante en estas pacientes programar un control vía telemedicina en 24 horas para evaluar evolución.

Evaluación inicial en Urgencia (en concordancia con el manejo de Urgencia Adulto):

La paciente que consulte por cuadro respiratorio o por antecedente de contacto (+) será ingresada al Box destinado a pacientes con sospecha de COVID-19 con mascarilla y sin acompañante.

Historia clínica: evaluar específicamente factores de riesgo maternos y fetales.

Examen físico: incluyendo evaluación respiratoria y saturación de oxígeno.

RT-PCR COVID-19 mediante hisopado nasofaríngeo.

Panel viral respiratorio si al examen físico presenta más de 38°C.

Exámenes de laboratorio: Hemograma, PCR, función renal y hepática, LDH, pruebas de coagulación (otros según criterio médico).

Radiografía de Tórax o TAC de tórax según criterio médico, partiendo con radiografía como primera línea.

Evaluación UFP: RBNE si tiene >28 semanas. Ecografía si tiene <28 semanas.

Según la evaluación se decidirá manejo hospitalizada o ambulatorio.

Manejo Ambulatorio

Las pacientes asintomáticas o con síntomas leves pueden ser manejadas de forma ambulatoria con las siguientes recomendaciones:

1. Aislamiento domiciliario hasta cumplir con los criterios de fin de aislamiento.
2. Hidratación abundante.
3. Tratamiento sintomático con Paracetamol, dosis máxima de 1 gr c/6hrs vo.
4. Si RT-PCR para SARS-CoV-2 negativa se repetirá a las 72 horas (de forma ambulatoria) en casos de alta sospecha de COVID – 19.
5. Control cada 3 semanas para biometría. Se efectuará Doppler de arteria umbilical si se detecta RCF. Se citará en la última hora del día, la paciente debe acudir con mascarilla y el personal de salud que la atenderá utilizar equipo de protección personal (mascarilla quirúrgica, pechera, guantes y antiparras). Posterior al examen, se procederá al aseo terminal del box de atención.
6. Educación en síntomas de alarma para reconsultar: fiebre persistente, dificultad respiratoria, compromiso progresivo del estado general.

7. Programar visita telefónica o telemedicina para controlar la evolución clínica cada 48 a 72 horas.

Manejo Hospitalizada con síntomas moderados

Criterios de Hospitalización:

- Dificultad respiratoria
- Hemoptisis
- Dolor torácico
- Signos de deshidratación o hipotensión postural
- Intolerancia a ingesta líquida
- Alteración del nivel de conciencia
- Radiografía o TAC de tórax con imágenes sugerentes de neumonía por SARS-CoV-2
- Saturación <95%
- Insuficiencia respiratoria
- Sepsis
- Shock
- Paciente inmunodeprimida o con patología crónica que podría agravarse
- Indicación obstétrica de ingreso
- Sin posibilidad de cuidado, seguimiento o aislamiento correcto en domicilio.

Las embarazadas deben ser hospitalizadas en unidades designadas para manejo de pacientes con diagnóstico o sospecha de COVID-19 (Unidad de Paciente Crítico, Unidad Médico - Quirúrgica) y no en unidad de Medicina Materno Fetal ni Puerperio. La paciente debe ser aislada en una habitación individual, idealmente con presión negativa. Si esto no es posible, se puede realizar el aislamiento en una habitación individual, o en caso necesario, con pacientes agrupadas cuando el diagnóstico de COVID-19 se ha confirmado. El manejo será multidisciplinario y se detalla a continuación:

1. O2 para obtener una saturación de pulso >95% .
2. Medidas generales: hidratación oral o endovenosa, paracetamol oral o endovenoso a dosis máxima de 1 gr/6 horas.
3. Monitorización materna de signos vitales (PA, FC, FR) y saturación de oxígeno cada 4- 6 horas.
4. Exámenes de laboratorio: Hemograma, PCR, función renal y hepática, pruebas de coagulación, gases venosos o arteriales, ácido láctico.
5. Dos hemocultivos periféricos.
6. Panel de virus respiratorios.
7. En una paciente con cuadro sospechoso, ante dos RT-PCR negativas, solicitar serología para *Chlamydia pneumoniae* y *Mycoplasma pneumoniae*; antígeno urinario para *Streptococcus pneumoniae* y *Legionella pneumophila*.
8. Evaluar uso de antibióticos de amplio espectro si sospecha de sobreinfección bacteriana (Ceftriaxona 1 gr día + Azitromicina 500 mg/día)
9. Realizar TAC de tórax con protección abdominal en paciente con RT-PCR negativa al ingreso que presenta compromiso respiratorio moderado a severo.
10. Monitorización fetal mediante RBNE diario en embarazos mayores a 28 semanas.
11. Biometría cada 2 semanas y Doppler de arteria umbilical si corresponde.

Manejo Hospitalizada con síntomas graves

Ingreso a unidad de cuidados intensivos. Manejo y tratamiento según protocolos de medicina intensiva.

Quick SOFA Score:

Más de 1 criterio de los siguientes:

- Presión arterial sistólica <100 mmHg
- Frecuencia respiratoria > 22 x minuto
- Glasgow <15

Tratamiento Farmacológico

Si bien hasta la fecha no existe un tratamiento antiviral efectivo comprobado, distintos grupos están utilizando inhibidores de la proteasa (Lopinavir/Ritonavir), hidroxicloroquina, azitromicina e interferón. Ninguno de estos medicamentos está contraindicado durante el embarazo y podrían utilizarse eventualmente si el equipo de manejo de paciente crítica lo considera necesario y según protocolos locales con consentimiento informado de la paciente o familiar.

En cuanto al uso de corticoides para maduración pulmonar, su uso no está contraindicado, aunque algunas series

muestran un retraso en la resolución de la neumonía en pacientes con SARS-CoV o MERS. En caso de pacientes con embarazos menores a 34 semanas que requieran interrupción del embarazo, se administrarán siempre evaluando caso a caso de forma multidisciplinaria.

Alta Hospitalaria

Embarazada SARS-CoV-2 (+)

- Paciente sin fiebre por 48 horas sin uso de antipiréticos.
- Gasometría normal, sin necesidad de oxígeno adicional.
- Mejoría de síntomas respiratorios y estado general.
- Exámenes de laboratorio en normalización si estaban previamente alterados (Hemograma, PCR).
- Luego de evaluación por especialista en enfermedades respiratorias si existe compromiso pulmonar.

Indicaciones de Alta:

1. Aislamiento domiciliario según protocolo.
2. Control cada 3 semanas con biometría y seguimiento según hallazgos. Si RCF el seguimiento se realizará según protocolo local.

3. Consulta en Urgencia si aparece agudización de alguno de los síntomas de infección por COVID-19.
4. Consulta en Urgencia por otra causa obstétrica.

IV. PARTO

Momento y Vía del Parto

Debe ser individualizado, dependiendo de la gravedad del cuadro, comorbilidades existentes, historia obstétrica, edad gestacional y condición fetal.

1. Casos leves a moderados

En estos casos, con pacientes estables con buena respuesta al tratamiento y sin compromiso de la unidad feto placentaria, el embarazo puede continuar hasta el término. En cuanto a la vía de parto, va a depender del compromiso respiratorio materno y las condiciones obstétricas, pero en general debe promoverse el parto vaginal.

2. Casos críticos:

2.1. Embarazos \geq 24 semanas

La interrupción del embarazo debería considerarse independiente de la edad gestacional. La vía de

elección será la cesárea. El uso de corticoides no está contraindicado, pero debe decidirse en forma multidisciplinaria y en ningún caso debería retrasar la interrupción si hay riesgo materno.

2.2. Embarazo < 24 semanas

Manejo similar a no embarazada. Considerar interrupción en caso de que el embarazo condicione el manejo de la paciente.

Manejo durante el Trabajo de Parto

Todo el proceso de trabajo de parto y parto, en mujeres SARS-CoV-2 (+), se realizará en una sala en aislamiento, con la mínima cantidad de personal de salud y todos los que intervenga deben utilizar equipo de protección personal.

La paciente deberá utilizar mascarilla durante todo el proceso.

Se debe realizar monitorización fetal continua.

Se realizará control seriado de signos vitales con frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno en forma horaria.

La analgesia neuroaxial no está contraindicada. La anestesia general debe ser evitada.

Se recomienda evitar el apego, se desaconseja retardar el clampeo del cordón umbilical. Aislamiento del recién nacido de la madre.

La atención del parto se realizará en un pabellón previamente designado con el mínimo personal presente y con la debida protección.

La recuperación postparto inmediata se realizará en la sala de aislamiento.

El puerperio se realizará en una unidad dispuesta para hospitalización de pacientes con diagnóstico o sospecha de COVID-19 y no en la maternidad a fin de disminuir exposición de otras pacientes y recién nacidos.

Manejo durante el Puerperio

La información científica actual no permite definir con precisión cuál es el mejor manejo del recién nacido cuya madre es SARS-CoV-2 (+). Aparentemente, no existe transmisión vertical del coronavirus, de modo que, al momento del parto, el RN se considera no infectado. Es probable que el apego y en general el contacto cercano con la madre lleve a contagio del RN, pese a la implementación de medidas de cuidado.

Existen diferentes opciones de manejo para el RN de madre SARS-CoV-2 (+):

1. Aislamiento del RN y lactancia materna mediante extracción. Con administración de la leche por un tercero sano.
2. Aislamiento de RN y lactancia mediante fórmula.
3. Mantención del RN con su madre y amamantamiento, para lo cual la mujer debe mantener estrictas medidas de cuidado (mascarilla quirúrgica, lavado de manos antes de manipular al RN, ubicar la cuna del RN a 2 metros de la cama de la madre).

La Guía MINSAL, recientemente publicada, propone separar a la madre del RN, realizar PCR al RN y monitorizarlo por 48 a 72 hrs.

La elección deberá ser efectuada previo al parto, para lo cual la embarazada debe tener una evaluación por el Neonatólogo que asistirá el parto. La decisión de manejo debe ser comunicada al equipo tratante.

- **Analgesia:**

Se recomienda evitar el uso de AINEs en el contexto de infección por COVID-19. Las recomendaciones para analgesia en el periodo post-parto son las siguientes:

Cesárea:

- Paracetamol 1 gr c/6-8 hrs ev

- BIC de tramadol 300 mg en 500 cc SF a 20 ml/hora

- Morfina 3 mg ev SOS

Parto:

- Paracetamol 1 gr c/6-8 hrs ev o vo

- Morfina 3 mg ev SOS

• **Aislamiento:**

El recién nacido debe quedar en aislamiento de contacto y gotas por 14 días. Esto puede realizarse en una habitación separada o en la misma habitación a 2 metros de distancia de la madre.

Para considerar curada a la paciente se debe tener 2 PCR negativas con 24 horas de separación y ausencia de síntomas por 3 días. Sólo en ese momento podrá suspenderse el aislamiento del RN.

• **Lactancia materna:**

No existe evidencia hasta la fecha de paso de SARS-CoV-2 a la leche materna. Las series publicadas han realizado una búsqueda activa de éste en la leche usando RT-PCR, con resultados siempre negativos. Dado los pocos casos reportados hasta la fecha y que existen dos casos de infección neonatal (producida probablemente por contacto postnatal) algunos autores desaconsejan la lactancia materna hasta tener más

datos. Existe la opción de extracción de leche y descartar para mantener el estímulo y alimentar al RN con fórmula hasta la resolución de la infección materna, o extracción materna y administración de la leche por parte de un familiar no contacto. Esto último en aquellas pacientes que puedan mantener todas las precauciones para evitar la contaminación de la leche.

• **Alta materna:**

En caso de infecciones leves o asintomáticas, el alta de la madre será según condiciones obstétricas, educando sobre medidas de aislamiento domiciliar y del recién nacido. El seguimiento se realizará vía telefónica a las 48-72 horas y luego a la semana.

Como analgesia al alta se indicará Paracetamol 1 gr c/ 6 a 8 horas por 3 a 5 días vo.

En caso de requerir retiro de puntos o corchetes se citará a la paciente de forma ambulatoria a última hora del día, con mascarilla y protección del personal de salud previamente descrito y se realizará aseo terminal del box de atención posterior. En caso de requerir consulta de urgencia por algún motivo, se deberán seguir las recomendaciones previamente mencionadas.

- **Indicación de mantener hospitalización por causa materna:**

Si una vez completadas las 48-72 horas de puerperio la paciente tiene indicación de seguir hospitalizada por COVID 19, se mantendrá ingresada en la unidad correspondiente para su manejo con seguimiento posterior por parte del equipo de MMF como interconsultor, con el fin de minimizar el riesgo de contagio de otras pacientes embarazadas, púérperas y recién nacidos.

V. CONSIDERACIONES GENERALES

A toda paciente que:

- Consulte en el Servicio de Urgencia de la Maternidad
- Ingrese en trabajo de parto
- Ingrese para inducción o cesárea
- Ingrese para legrado por aborto retenido

Deberá preguntarse dirigidamente por posibles contactos y síntomas de infección por COVID-19.

Si existe alguna sospecha de enfermedad o antecedente de contacto (+) se procederá a entregar una mascarilla e ingresará para evaluación al box destinado para esto.

Se manejará como caso sospechoso con todas las medidas de aislamiento hasta el resultado del examen.

Si es posible, se aplazará por 24 horas la inducción, cesárea o legrado hasta obtener el resultado del examen, manteniendo durante ese periodo un aislamiento domiciliario.

Suspensión Aislamiento Domiciliario: (Recomendación CDC)

Estrategia basada en Test:

Resolución de la fiebre sin uso de antipiréticos

- + Mejoría de síntomas respiratorios
- + RT-PCR SARS-CoV2 (-) en dos ocasiones separadas por más de 24 hrs.

Estrategia no basada en Test:

Al menos 7 días desde el inicio de los síntomas + 72 horas desde resolución de la fiebre sin uso de antipiréticos y mejoría de los síntomas respiratorios.

En caso de paciente asintomático con RT-PCR SARS-CoV2 (+), pasados 7 días desde el primer test positivo, siempre que no haya desarrollado síntomas posteriormente.

En caso de paciente asintomático contacto de un caso COVID-19, pasados 14 días desde el contacto.



VI. ANEXOS

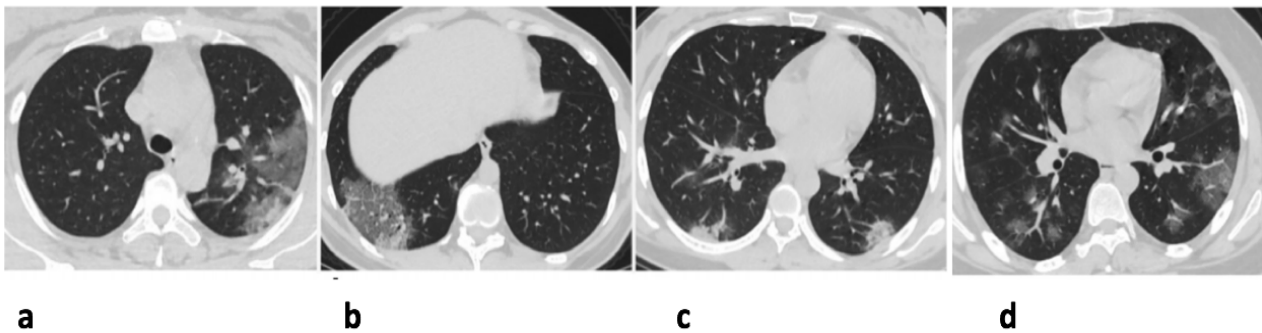
ANEXO 1: CARACTERÍSTICAS DEL TAC DE TÓRAX DE PACIENTES EMBARAZADAS CON COVID-19

Localización	Sin lesiones	7%
	Unilateral	30%
	Bilateral	63%
Compromiso Lóbulos	Sin lesión	7%
	1 lóbulo	24%
	2 lóbulos	7%
	3 lóbulos	14%
	4 lóbulos	7%
	5 lóbulos	39%
Distribución	Periférico.	97,5%
	Central	2,5%
Lesiones	Opacidad en vidrio esmerilado	53%
	Opacidad en vidrio esmerilado con consolidación	25%
	Opacidad en vidrio esmerilado con reticulaciones	5%
	Consolidación	20%

Tabla 1: Características del TAC de tórax de pacientes embarazadas con COVID-19.

H. Liu, F. Liu and J. Li et al., Clinical and CT imaging features of the COVID-19 pneumonia: Focus on pregnant women and children, Journal of Infection.

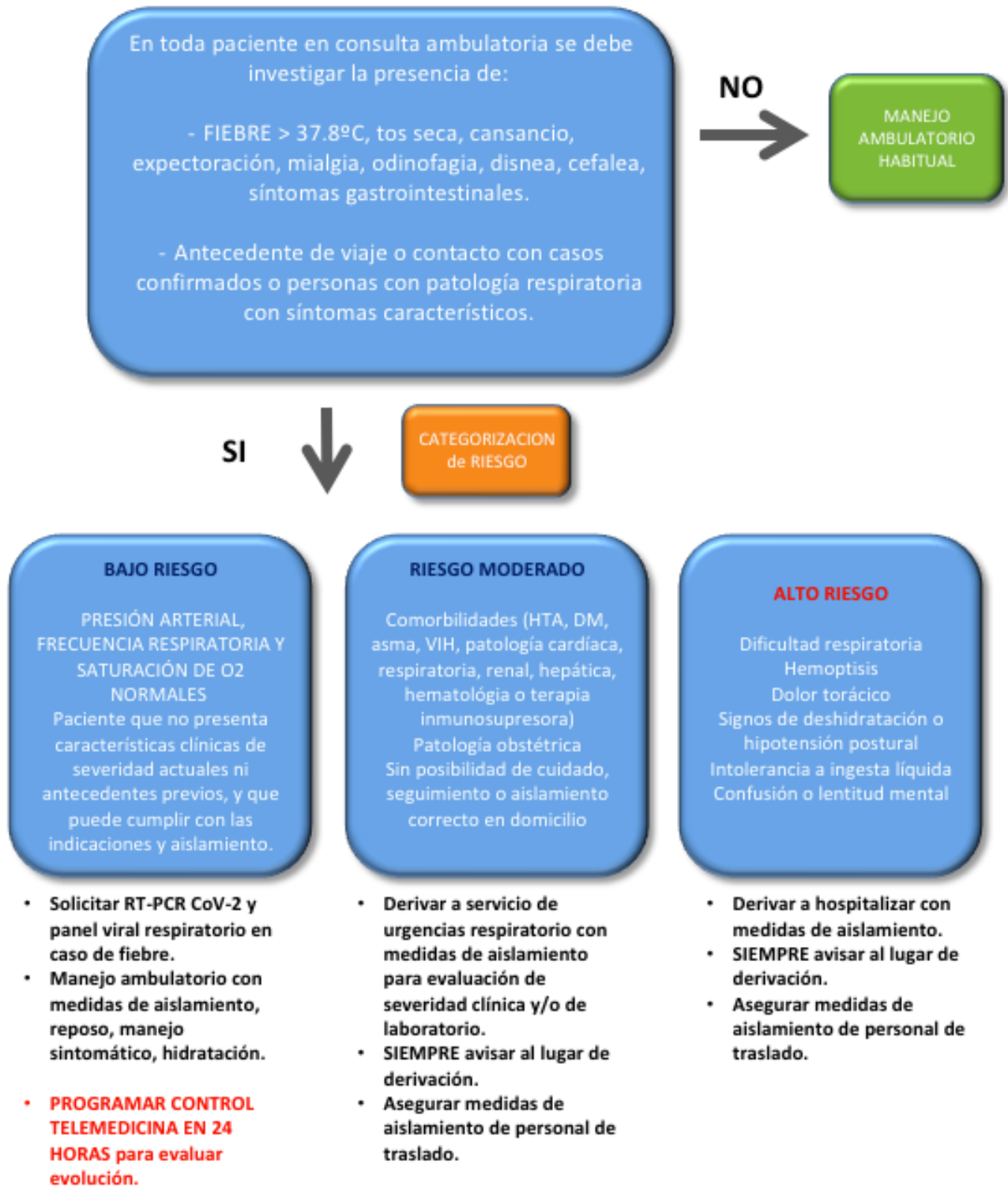
IMAGEN 1: Características del TAC de tórax de pacientes embarazadas con COVID-19



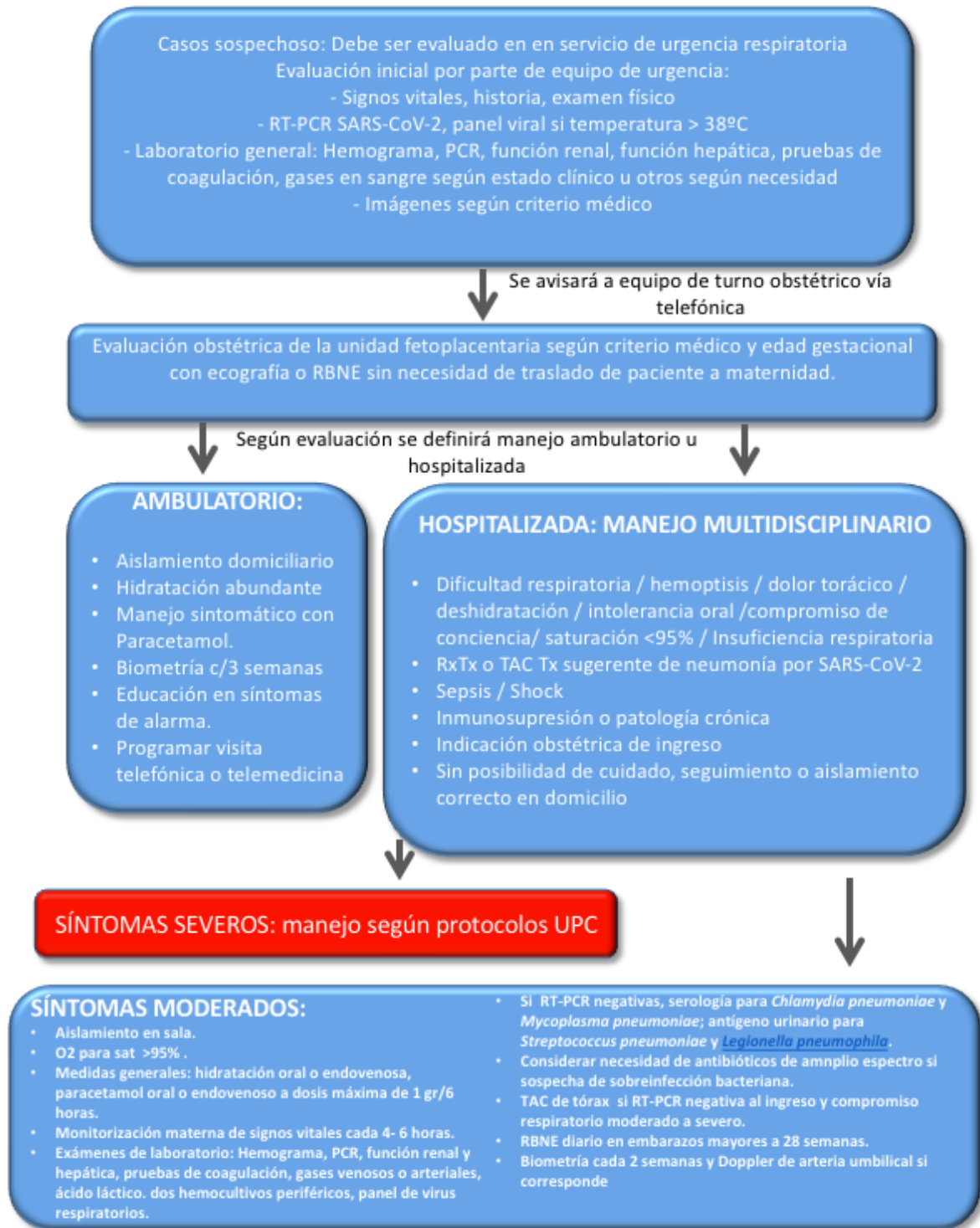
H. Liu, F. Liu and J. Li et al. / Journal of Infection. Imágenes Autorizadas

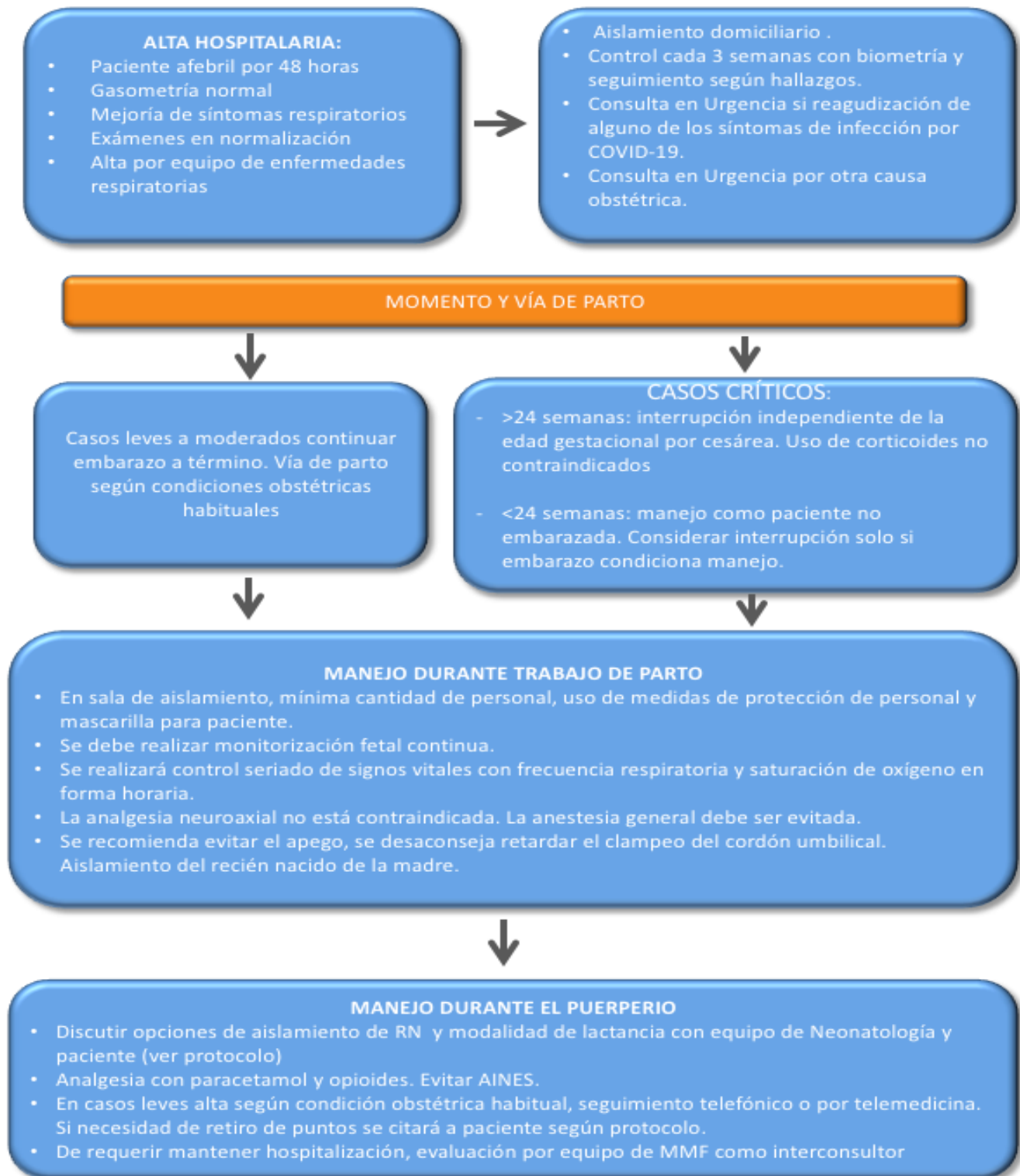
- a. Opacidad en vidrio esmerilado con consolidación en distribución periférica del lóbulo izquierdo superior.
- b. Opacidad en vidrio esmerilado con consolidación y opacidades reticulares de distribución periférica en lóbulo derecho inferior.
- c. Consolidación completa bilateral de distribución periférica de lóbulos inferiores.
- d. Múltiples opacidades en vidrio esmerilado periféricas en ambos pulmones.

ALGORITMO 1: PACIENTE EMBARAZADA EN CONSULTA AMBULATORIA



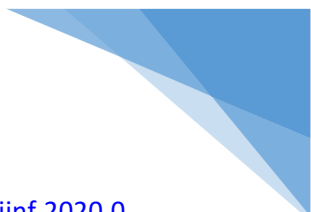
ALGORITMO 2: PACIENTE EMBARAZADA CON SOSPECHA O DIAGNOSTICO COVID – 19 EN SERVICIO DE URGENCIAS





VII. REFERENCIAS

1. Chen, D., Yang, H., Cao, Y., Cheng, W., Duan, T., Fan, C., . . . Belfort, M. A. (2020). Expert consensus for managing pregnant women and neonates born to mothers with suspected or confirmed novel coronavirus (COVID-19) infection. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, .
<https://doi.org/10.1002/ijgo.13146>
2. Chen, H., Guo, J., Wang, C., Luo, F., Yu, X., Zhang, W., . . . Zhang, Y. (2020). Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *The Lancet*, *395*(10226), 809–815.
[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30360-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30360-3)
3. Fan, C., Lei, D., Fang, C., Li, C., Wang, M., Liu, Y., . . . Wang, S. (2020). Perinatal Transmission of COVID-19 Associated SARS-CoV-2: Should We Worry? *Clinical Infectious Diseases*, .
<https://doi.org/10.1093/cid/ciaa226>
4. Jiao, J. (2020). Under the epidemic situation of COVID-19, should special attention to pregnant women be given? *Journal of Medical Virology*, .
<https://doi.org/10.1002/jmv.25771>
5. Liang, H., & Acharya, G. (2020). Novel corona virus disease (COVID-19) in pregnancy: What clinical recommendations to follow? *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *99*(4), 439–442.
<https://doi.org/10.1111/aogs.13836>
6. Liu, D., Li, L., Wu, X., Zheng, D., Wang, J., Yang, L., & Zheng, C. (2020). Pregnancy and Perinatal Outcomes of Women With Coronavirus Disease (COVID-19) Pneumonia: A Preliminary Analysis. *American Journal of Roentgenology*, , 1–6.
<https://doi.org/10.2214/ajr.20.23072>
7. Liu, H., Liu, F., Li, J., Zhang, T., Wang, D., & Lan, W. (2020). Clinical and CT imaging features of the COVID-19 pneumonia: Focus on pregnant women and children. *Journal of Infection*, .
<https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.03.007>
8. Mullins, E., Evans, D., Viner, R. M., O'Brien, P., & Morris, E. (2020). Coronavirus in pregnancy and delivery: rapid review. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, .
<https://doi.org/10.1002/uog.22014>
9. Poon, L. C., Yang, H., Lee, J. C. S., Copel, J. A., Leung, T. Y., Zhang, Y., . . . Prefumo, F. (2020). ISUOG Interim Guidance on 2019 novel coronavirus infection during pregnancy and puerperium: information for healthcare professionals. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, .
<https://doi.org/10.1002/uog.22013>

- 
10. Rasmussen, S. A., Smulian, J. C., Lednický, J. A., Wen, T. S., & Jamieson, D. J. (2020). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Pregnancy: What obstetricians need to know. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, .
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.02.017>
 11. Schwartz, D. A. (2020). An Analysis of 38 Pregnant Women with COVID-19, Their Newborn Infants, and Maternal-Fetal Transmission of SARS-CoV-2: Maternal Coronavirus Infections and Pregnancy Outcomes. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, .
<https://doi.org/10.5858/arpa.2020-0901-sa>
 12. MINSAL, 2020. Protocolo De Manejo De Casos SARS-Cov-2 (COVID-19) En Gestantes, Puérperas Y/O Díadas.
 13. SOCHINF, 2020. Recomendaciones manejo clínico de infección respiratoria por nuevo coronavirus 2019 (2019 n-cov) comité de infecciones emergentes - comité consultivo de iaas sociedad chilena de infectología 7 febrero 2020.
 14. Dashraath,, P., & Wong, J. (2020). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic and Pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, .
 15. H. Liu, F. Liu and J. Li et al., Clinical and CT imaging features of the COVID-19 pneumonia: Focus on pregnant women and children, *Journal of Infection*,
<https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.03.007>
 16. Centers for Disease Control and Prevention. Interim Guidance for Implementing Home Care of People Not Requiring Hospitalization for 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV). Updated January 31, 2020. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-home-care.html> (Accessed on February 04, 2020).