

Protocolo para

COVID - 19

GUÍA PARA EL MANEJO DE MUJERES EMBARAZADAS Y EVENTOS OBSTÉTRICOS

Il Versión 07 de mayo de 2021

Dra. Gladys Esther Mora
Direction
Direction de Salud Saxual y Reproductiva
D.G.P.S. - M.S.P. y B.S.

PROF. DH. MIGUEL RUOTI COSP Medicina Perinatal - Obstetricia Ginecología Reg. Prof. Nº 5.275

Lic. Gustavo Montañez Asesor Tácnico Viceministerio de Recterin y Vigilancia de la Salud M.S.P. y B.S.

Dirigida a:

Profesionales de la salud que atienden a mujeres en etapa de embarazo, parto y puerperio.

Versión del 07 de mayo de 2021. El mismo se irá actualizando conforme vayan apareciendo nuevas informaciones sobre la infección. Está elaborado teniendo en cuenta la evidencia emergente y considerando las guías nacionales e internacionales actualmente disponibles.

COVID – 19. GUÍA PARA MANEJO DE MUJERES EMBARAZADAS Y EVENTOS OBSTÉTRICOS.

Esta guía se encuentra estructurada en 4 partes:

- Manejo durante el embarazo (Control Prenatal)
- Manejo del Trabajo de Parto y el Parto
- Manejo del Puerperio
- > Anticoncepción en tiempos de Covid
- Consideraciones Especiales

PROF. DR. MIGUEL RUOTI COSP Medicina Perinatal - Obstetricia Ginecología Prof. Nº 5.275

MANEJO DURANTE EL EMBARAZO (Evaluación en Consulta Ambulatoria)

Mientras la mujer embarazada no presente sospecha o confirmación de COVID-19 (ni nexo a un caso positivo de COVID-19) se regirá por las normas vigentes según lo establecido en el *Manual Nacional de Normas de Cuidados Preconcepcional, Prenatal, Parto, Nacimiento y Puerperio, seguros e inclusivos* – 2019 (disponible en el siguiente enlace: http://bvs.org.py/post_vitrines/salud-sexual-y-reproductiva/).

Los establecimientos de salud deben adecuar y reorganizar sus servicios a fin de asegurar la atención de embarazadas, puérperas, recién nacidos y personas usuarias de planificación familiar, con o sin cuadro respiratorio.





Paraguay Assor Técnico

Jernini ario de Rectoria y Vigilancia de la Salud

de la gentes.P. y B.S.

A. CONTROL PRENATAL DURANTE LA PANDEMIA

Recomendaciones Generales para la mujer embarazada y su pareja:

- Las embarazadas debe evitar permanecer en ambientes donde se aglomeren personas. Evitar eventos sociales y visitas a domicilio. Respetar en los lugares de trabajo las medidas sanitarias vigentes.
- ➤ Deben acudir a los controles prenatales (al igual que a otros controles médicos si fuera el caso) y ecográficos planificados. Podrá ingresar solo un acompañante a la consulta utilizando mascarilla quirúrgica, todo el tiempo.
- Durante la consulta/ecografía la paciente deberá usar mascarilla quirúrgica.
- No acudir con niños ni con personas mayores de 60 años a los controles.
- ➤ Si debe utilizar el transporte público, tomar las precauciones de uso de mascarilla, distanciamiento físico de al menos 2 metros con otras personas, no tocarse la cara, lavado de manos frecuente con agua y jabón (o uso de alcohol).
- Todas las embarazadas deben hacer un autocontrol de síntomas (conocer los síntomas de alarma para COVID-19) y contactos de riesgo. Si presenta alguno de estos síntomas o se identifica como nexo a un caso positivo de COVID-19 debe comunicase de inmediato al número de teléfono 154, en donde recibirá las recomendaciones iniciales. Luego debe acudir a los hospitales de cabecera o de referencia, pasando primeramente por el triage de esos establecimientos, en donde debe ingresar con mascarilla quirúrgica (si no posee se le proporcionará una mascarilla quirúrgica en la entrada). Luego de la clasificación realizada en el triage seguirá al área respiratoria en donde será atendida por un personal de salud, que debe utilizar el Equipo de Protección Individuals. MIGUEL RUOTI COSP (EPI) correspondiente, y se dispondrá el manejo multidisciplinario.

Donde se cuente con cobertura en Atención Primaria de la Salud: podra pro Nº 5.275 realizarse atención domiciliaria por el equipo de la Unidad de Salud de Familia (USF) local, siguiendo las normas de prevención y control de infecciones.

CONSIDERACIONES GENERALES DEL CONSULTORIO DE ATENCIÓN PRENATAL.

El personal de salud (con el equipo de protección adecuado) debe: realizar cribado de signos/síntomas y temperatura a la paciente (y al acompañante si fuera el caso), antes de ingresar al consultorio o box destinado al prenatal.

Lic. Gustavo Montañez Asesor Técnico Viceministerio de Rectoria y Vigilancia de la Salud

Paraguay M.S.P. / 3.3.

de la gente

Ministerio de SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

Síntomas y Signos relacionados a COVID-19				
Fiebre	Cansancio	Odinofagia	Anosmia/Hiposmia	
Tos persistente	Expectoración	Cefalea	Disgeusia/ Ageusia	
Dificultad respiratoria	Mialgias	Síntomas gastrointestinales	Congestión nasal	

Observación: Si presenta síntomas/signos derivar al servicio de urgencias en donde se realizará una evaluación clínica de la paciente y solicitar RT-PCR (SARS-CoV-2) en hisopado nasofaríngeo (si estuviera disponible). Aquellas pacientes clasificadas como caso sospechoso deben ser notificadas y categorizadas según la severidad del cuadro clínico.

- Estrategias de agendamiento por vía telefónica o por mensajes.
- ➤ Evitar aglomeraciones en las salas de espera, programar citas con horarios estrictos.
- Recomendar a las pacientes conseguir una balanza para control del peso corporal y un aparato para medir la presión arterial (si pudiera).
- ➤ En caso de confirmarse COVID-19 de manejo ambulatorio y por Telemedicina, se recomendará a la paciente contar con un Oxímetro de Pulso y un Termómetro para monitorización y registro diario de parámetros que faciliten identificar Signos de Alarma relacionados a los criterios de Internación.

El esquema de controles prenatales de bajo riesgo y sin complicacion eso (sins. MIGUEL RUOTI COS patologías) es como se muestra en el siguiente esquema:

- 1ra consulta: antes de las 12 semanas
- 2da consulta: entre las 22 y 26 semanas
- 3ra consulta: entre las 27 y 32 semanas
- 4ta consulta: entre las 36 y 38 semanas

Complementar las visitas presenciales con teleconsulta (videollamadas, llamadas telefónicas, mensajes, etc.) donde esto sea posible. Esta no reemplaza a la consulta prenatal presencial.

Si presentaran factores de riesgo o complicaciones durante el embarazo, se debe evaluar caso a caso. Se programarán las consultas, de acuerdo a la patología de base y evolución del embarazo, manteniendo los controles necesarios, ya sea presenciales o por telemedicina, con el fin de asegurar un seguimiento adecuado del embarazo.

Ministerio de
SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL

dys Esther Mora

GOBIERNO NACIONAL Paraguagio de Rectoria y Vigilancia de la Salud M.S.P. y B.S. de la gente

CONSIDERACIONES GENERALES PARA LAS ECOGRAFÍAS **OBSTÉTRICAS**

- Reducir los exámenes sin indicación médica.
- Usar EPI correspondiente.
- > Mantener las salas de ecografía ordenadas y retirar todos los elementos innecesarios.
- > Limpiar a fondo las salas de ecografía al comienzo y fin de la jornada. Incluyendo la computadora, teclado, mouse, ecógrafo, camilla, sillas, picaportes de las puertas, interruptor de luz, etc.
- Antes y después de cada examen:
 - Higiene adecuada de manos con agua y jabón.
 - Limpiar transductores, cables y camilla.
 - Utilizar guantes durante el examen y cambiar luego de cada paciente.
 - Utilizar desinfectantes aprobados para SARS-CoV2.

B. CONSULTA AL SERVICIO DE URGENCIAS

La paciente que consulte por un cuadro compatible con COVID-19 será ingresada con mascarilla quirúrgica y sin acompañante (a menos que sea estrictamente necesario) a la sala o el box destinado para evaluación de pacientes con sospecha de COVID-19. Se realizará manejo multidisciplinario. Contemplar:

- La valoración clínica inicial.
- > Toma de signos vitales: registro en hoja de Escala de Alerta Precoz (EAP).
- Historia clínica: evaluar específicamente factores de riesgo (maternos y FEEDER, MIGUEL RUGFI COSP fetales). ina Perinatal - Obstetriora

Examen físico: incluyendo evaluación respiratoria y saturación de oxígeno.

- RT-PCR COVID-19: mediante hisopado nasofaríngeo (donde esté disponible).
- Exámenes de laboratorio: Hemograma, PCR, función renal y hepática, LDH, pruebas de coagulación, tipificación, Na, K, Ca, Mg, proteínas totales, otros como Dímero D, Ferritina y Procalcitonina según criterio médico.

Radiografía de Tórax o TAC de tórax: si hay indicación clínica. Se actuará como en los demás adultos, pero utilizando las medidas habituales de protección fetal (delantal abdominal).

sther Mora

Ginacologia

SALUD PÚBLICA **BIENESTAR SOCIAL**

Ministerio de

Lic. Gustave Montañez Asesor Técnico rio de Rectoria y Vigilancia de la Salud Parazuay M.S.P. y B.S.

de la gente

- Evaluación Feto-Placentaria: Auscultación de la Frecuencia Cardiaca Fetal. Solicitar ecografía obstétrica, y si la edad gestacional es >28 semanas adicionar Monitorización (donde esté disponible) mediante Registro Basal No Estresante (cardiotocografía). Se sugiere DOPPLER MATERNO FETAL desde las 26 semanas en toda paciente con COVID19 y post COVID19 donde el DIMERO D se encuentre elevado. Esto debido al riesgo aumentado de trombosis y consecuente insuficiencia placentaria.
- Si Dímero D alto y Doppler materno-fetal inicial normal (con heparina iniciada): repetir Doppler cada 2 semanas hasta la normalización del Dímero D o hasta el nacimiento.
- Consideración que el Dímero D aumenta con los trimestres del embarazo. Por lo tanto, tener en cuenta en que trimestre se encuentra la embarazada en el momento de la consulta.
- Según la evaluación en el servicio de Urgencias se decidirá: manejo ambulatorio o internación en el hospital.

ESCENARIO 1: SE DECIDIÓ 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 g c/8 horas vía oral).
- NIGUEL RUCTACION 72 horas (de forma ambulatoria) en casos de alta sospecha de COVID-19. 4) Si se realizó RT-PCR para SARS-CoV-2 y el resultado es negativo: se repetirá
 - Andinina Parinetal Obstatrici Alneral 5) Control cada 3 semanas para biometría fetal. Se debe indicar Doppler de la prol. 12 arteria umbilical si se detecta Postricción de la arteria umbilical si se detecta Restricción del Crecimiento Fetal o en presencia de DIMERO D elevado (tener en cuenta el trimestre del embarazo). En lo posible: se citará en la última hora del día o del turno.
 - 6) Orientación en síntomas de alarma para volver a consultar: fiebre persistente o que reaparece después de la semana de los síntomas iniciales, tos persistente, dificultad respiratoria, desaturación, compromiso progresivo del estado general.

7) Programar monitoreo vía telefónica para controlar la evolución clínica cada 24 a 48 horas, o según la necesidad que amerite el caso. Registrar los datos de estos controles telefónicos.

dys Esther Mora

Ministerio de SALUD PÚBLICA **BIENESTAR SOCIAL**

-Montanez Lic. Gustay

de Recteria y Vigilancia de la Salud

ESCENARIO 2: SE DECIDIÓ INTERNACIÓN EN EL HOSPITAL

Manejo de la embarazada hospitalizada en área destinada para casos de pacientes con sospecha o confirmación de COVID-19.

Criterios de Internación:

- Dificultad respiratoria
- Hemoptisis
- Dolor torácico
- Signos de deshidratación o hipotensión postural
- Cuadros gastrointestinales moderados a severos
- Intolerancia a ingesta líquida
- Alteración del nivel de conciencia
- Radiografía o TAC de tórax con imágenes sugerentes de neumonía por SARS-CoV-2
- Saturación O2 < 95%
- Linfopenia
- Paciente inmunocomprometida o con patología crónica que podría agravarse
- Indicación obstétrica de ingreso
- Sin posibilidad de cuidado, seguimiento o aislamiento correcto en domicilio.
- CURB-65 ≥1 (CURB-65 Evaluación de Gravedad en NAC Neumonía Adquirida en la Comunidad)

Las embarazadas deben ser manejadas por un equipo multidisciplinario que incluya gineco-obstetra, especialistas en Medicina Interna y/o Enfermedades Respiratorias y/o Infectología. Esto definido según los recursos disponibles y la planificación de cada servicio.

Deben hospitalizarse en áreas destinadas para el manejo de pacientes con diagnóstico o sospecha de COVID-19 según la planificación del servicio.

La paciente debe ser aislada en una habitación individual con buena ventilación, o agrupadas con otras pacientes cuando el diagnóstico de COVID-19 se ha confirmado.

MOF. DH. MIGUEL RUOTI COSF

campagingla

Viceministerio de Rectoria y Vigiliancia de la Salud

M.S.P. y B.S.

Medicina Perinatal - Obstetricia Ministerio de SALUD PÚBLICA **BIENESTAR SOCIAL**

Dra. Gladys Esther Mora

Reg. Prof. Nº 5.275

Paraguay de la gente

C. MANEJO EN CASOS DE EMBARAZADAS INTERNADAS CON SÍNTOMAS GRAVES

Ingreso a una Unidad de Cuidados Intensivos. Manejo y tratamiento según protocolos de Terapia Intensiva.

Criterios de ingreso a UCI según Quick SOFA score de evaluación de sepsis y ATS/IDSA de evaluación de severidad de NAC.

Quick SOFA Score:

Más de 1 criterio de los siguientes:

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

ATS/IDSA Score:

NAC severa: 1 criterio mayor ó 3 criterios menores.

Criterios de ingreso en UCI: 1 mayor o 3 menores

Criterios mayores:

- Necesidad de ventilación mecánica invasiva
- Shock con necesidad de vasopresores.

Criterios menores

- Frecuencia respiratoria >30
- PaO2/FiO2<250
- · Infiltrados multilobares
- · Confusión/desorientación
- Uremia (BUN >20mg/DL)
- Leucopenia < 4.000 cél/mm³
- Trombocitopenia: plaquetas < 100.000 cél/mm³
- Hipotermia /Temperatura central < 36°C
- · Hipotensión con necesidad de administración agresiva de fluidos.

CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD:

Las pacientes se pueden clasificar según la gravedad de las infecciones respiratorias en casos leves, moderados y severos.

Se utilizarán la escala de gravedad CURB-65 y la escala de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) ATS/IDSA, como herramientas de ayuda en la decisión inicial de internación en el hospital y como apoyo al criterio clínico.

PROF. DR. MIGUEL RUGTI GOSP

Lic. Gustavo Montañez

Asesor Técnico Viceministerio de Rectoria y Vigilancia de la Salud

M.S.P. y B.S.

Paraguay de la gente

Gladys Dsther Mora Directors

Olivectors

Olivectors D.G.P.S. - M.S.P. y B.S.





Escala de gravedad CURB-65	Cada ítem puntúa 1:
con puntuación total ≥1	
С	Confusión aguda
U	Urea > 19mg/dl
R	R ≥ 30 RPM
В	Presión sistólica ≤90 mmHg o diastólica ≤60 mmHg
65	Edad ≥ 65 (no aplica en embarazadas)

La identificación temprana de aquellos casos con manifestaciones graves permite la realización de tratamientos de apoyo optimizados de manera inmediata y un ingreso (o derivación), segura y rápida a la unidad de cuidados intermedios o intensivos.

Debe tenerse en cuenta que las pacientes con COVID-19 pueden presentar un rápido deterioro clínico.

INFECCIÓN LEVE: Enfermedad no complicada que cursa con síntomas locales en vías respiratorias altas (Tos laríngea, rinorrea). Escala CURB-65=0.

INFECCIÓN MODERADA: es la que presenta neumonía leve, confirmada con radiografía/ TAC de Tórax y sin signos de gravedad. SaO2 aire ambiente >90%. No necesidad de vasopresores ni asistencia ventilatoria. Escala CURB-65 ≤1.

INFECCIÓN GRAVE: En caso de embarazadas con criterios de infección grave o evolución desfavorable materna de Covid-19 durante la gestación, parto o posparto, la paciente se trasladará de forma consensuada con el equipo multidisciplinario a una unidad de cuidados intensivos.

D. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO COVID-19 EN EMBARAZADAS

Si la paciente cursa con un cuadro grave habrá riesgo tanto para ella como para a sociente cursa con un cuadro grave habrá riesgo tanto para ella como para a sociente. DR. MIGUEL RUOTI COSTE la como para parinatal constituto, por lo tanto, bajo esa perspectiva, las embarazadas son un grupo de mandicina parinatal conscientes que requiere un enfrentamiento preventivo más acentuado y, si grava profit nº 5.275 equiere tratamiento, éste se debe administrar.

Hasta la fecha no existe un tratamiento antiviral específico y efectivo comprobado.

Los medicamentos actualmente disponibles podrían utilizarse eventualmente si el equipo de manejo de paciente crítica lo considera necesario y según los protocolos vigentes del MSPyBS, contando con el consentimiento informado de la paciente o, en su defecto, de sus familiares.

Para el tratamiento sintomático se valorará necesidad de soporte respiratorio (si valorará salud SatO2 < 92%), aplicación de HBPM con dosis en función del peso materno cia vigilancia de la Salud vigilancia





Parazuay de la gente (durante ingreso y al alta en función de sus factores de riesgo trombótico, y si se encuentra gestante o en puerperio).

La información de drogas en embarazadas se sustenta en estudios observacionales en la mayoría de los casos. A partir de esa información, se debe cotejar el riesgo versus el beneficio.

En caso de pacientes con embarazos menores a 34 semanas que requieran interrupción del embarazo, se debe administrar corticoides para inducción de madurez pulmonar fetal en las mismas dosis y con las mismas indicaciones que en cualquier embarazada en riesgo de parto prematuro.

E. ALTA HOSPITALARIA (EN CASOS EN LOS QUE NO SE PRODUJO EL PARTO)

Se dará de alta a la embarazada con COVID-19 o con sospecha (si no se pudo realizar RT-PCR o el mismo dio resultado negativo) cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- Paciente afebril por 48 horas.
- > Gasometría normal, sin necesidad de oxígeno adicional
- Mejoría de síntomas respiratorios y del estado general.
- Exámenes de laboratorio en normalización si estaban previamente alterados (Hemograma, PCR, Hepatograma, LDH, Ferritina, Dimero D).
- Si al ingreso tenía Rx de Tórax/TAC de tórax anormal, controlar que no haya progresión radiográfica.

Luego de evaluación por especialista en enfermedades respiratorias sexiste compromiso pulmonar.

Indicaciones al alta:

- 1) Aislamiento domiciliario según protocolo.
- Indicaciones apropiadas para cada caso.
- 3) Debe recomendarse deambular, para evitar el riesgo de tromboembolismo venoso.
- 4) Control mediante consulta telefónica en 48 a 72 horas (o según necesidad).
- 5) Control cada 3 semanas con biometría fetal y seguimiento según hallazgos.

6) Consulta en Urgencias si aparece agudización o empeoramiento de alguno de los síntomas de infección por COVID-19.

Lic. Gustavo Montañez
Asesor Técnico
Viceministerio de Rectoria y Vigilancia de la Salud
M.S.P. y B.S.

Paraguay de la gente

PROF. DR. MIGUEL RUOTI COSI Medicina Perinatal - Obstetricia

> Ginecología Reg. Prof. Nº 5.275

Direction de Salud Ser Direction de SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL



- Consulta en Urgencias por otra causa obstétrica.
- 8) La suspensión del aislamiento domiciliario se hará dependiendo de la gravedad del caso, según el protocolo vigente.

MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO, EL PARTO Y OTROS PROCEDIMIENTOS OBSTETRICOS

Si una paciente que consulta por motivo obstétrico presenta además síntomas de sospecha de COVID-19 (fiebre, tos y dificultad respiratoria, etc.), habrá que proceder con las medidas de aislamiento y procedimientos diagnósticos para la COVID-19 y las medidas de protección correspondientes.

En las gestantes con COVID-19 confirmada, sin criterios de gravedad, con inicio espontáneo del parto, o con indicación de finalizar la gestación por causas obstétricas (Rotura Prematura de Membranas, gestación prolongada, sospecha de alteración del bienestar fetal, etc.), la vía del parto dependerá de las condiciones obstétricas y del estado fetal.

MOMENTO Y VÍA DEL PARTO: la decisión del momento y vía de parto debe ser individualizada, considerando: gravedad del cuadro, comorbilidades existentes, historia obstétrica, edad gestacional y condición fetal.

CASOS CON COVID-19 SIN SÍNTOMAS O CON SÍNTOMAS LEVES A **MODERADOS**

En estos casos, con pacientes estables y buena respuesta al tratamiento (si se instauró alguno) y sin compromiso fetal, el embarazo puede continuar hasta el término. En cuanto a la vía de parto, va a depender del compromiso respiratorio materno y de las condiciones obstétricas, pero en general debe promoverse el parto vaginal. PROF. DR. MIGUEL RUOTI COSP

CASOS CRÍTICOS

rteg. Prof. Nº 5.275 En caso de deterioro materno grave el equipo multidisciplinario decidirá necesidad de finalizar el embarazo. La vía de elección será la cesárea (eventualmente cesárea perimortem). Esta decisión se tomará en función de los riesgos y la gravedad materna. El uso de corticoides no está contraindicado, pero no debería retrasar la interrupción del embarazo.

Para la atención inmediata del recién nacido seguir la Manual de Atención

Neonatal 2ª edición.

Ministerio de

SALUD PÚBLICA

BIENESTAR SOCIAL

Mora

Esther

Gladys Directora

Dirección de Salud Sexual

Lic. Gustavo Montañez Assor Técnico

Viceministerio de Recieria y Vigilancia de la Salud M.S.P. y B.S.

Medicina Perinatal - Obstetricia

Ginecología

MANEJO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

Todo el proceso de trabajo de parto y parto, en mujeres con COVID -19 o con sospecha, se realizará en una sala en aislamiento, con la mínima cantidad de personal de salud, y todos los que intervengan deben utilizar equipo de protección individual adecuado según protocolo.

La paciente deberá utilizar mascarilla quirúrgica durante todo el proceso.

Se debe realizar monitorización fetal continua. Se realizará control de signos vitales según hoja de escala de alerta precoz.

La analgesia neuroaxial se podrá realizar según disponibilidad del servicio. La anestesia general debe ser evitada en lo posible.

La atención del parto se realizará en el área donde la paciente se encuentre internada (si existen condiciones) o en un pabellón con sala de partos previamente designado, con el mínimo personal presente, todos ellos con los elementos de protección adecuados.

La recuperación postparto inmediato 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.

POR LO TANTO:

Todo el trabajo del parto y parto vaginal o quirúrgico, o el procedimiento obstétrico que se presente (Ej.: Aspiración Manual Endouterina [AMEU], laparoscopía/laparotomía, etc.) se realizará en una sala de aislamiento o en el quirófano establecido en el protocolo vigente y con la utilización del EPI correspondiente. La colocación del EPI, se realizará fuera de las salas de parto o quirófanos establecidos en un lugar previamente acondicionado.

PARA EL PARTO VAGINAL

Para la atención del trabajo de parto y parto se deberá utilizar la hoja de alerta precoz y la partograma (si aplica) para control de la evolución del trabajo de parto.

La finalización del evento será determinada de acuerdo a la evolución materno fetal.

Se debe limitar las exploraciones vaginales y las amniotomías.

Dra. Gladys Esther Mora
Directora
Directora 9 Reproductiva
D.G.P.S. - M.S.P. y B.S.

Medinina Perinetal - Obstetricia
Ginagologia
Freg. Prof. Nº 5.275

Ministerio de
SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL

NACI

GOBIERNO
NACIONAL

Lic. Gustavo Montañez
Asesor Técniso
Viceministerio de Recteria y Vigilancia do la Salud
M.S.P. y B.S.

Paraguay de la gente La analgesia no está contraindicada en gestantes con sospecha o infección confirmada por COVID-19, de preferencia se deberá administrar de forma precoz para minimizar el riesgo de una anestesia general en caso de necesidad de finalización urgente (RCOG).

En una paciente infectada, el momento de mayor riesgo de exposición, de los profesionales al virus, es el relacionado con el contacto directo de gotas provenientes de la vía aérea durante la manipulación de la misma, en la intubación y extubación.

Debería facilitarse que el manejo del trabajo de parto y parto, lo realice el mismo gineco-obstetra u obstetra, para minimizar el riesgo de exposición.

Mientras dure la pandemia solo se permitirá la entrada de un acompañante durante el proceso de trabajo de parto y parto según las condiciones de bioseguridad del establecimiento.

Los cuidados del Recién Nacido se realizarán en la misma sala donde se atienda el parto.

Se pondrá en conocimiento a la embarazada de los beneficios y riesgos potenciales del contacto piel con piel según la información actualizada. La elección informada será tomada por la misma.

PARA LA CESÁREA

Ginecología

Esther Mora

Ministerio de

Se tendrá en cuenta las indicaciones obstétricas y fetales habituales. Ante condiciones clínicas maternas desfavorables en cualquier momento del embarazo, trabajo de parto y parto.

Mientras dure la pandemia solo se permitirá la entrada de un acompañante durante en quirófano según las condiciones de bioseguridad del establecimiento.

Siempre y cuando sea posible, se realizarán los cuidados del Recién Nacido en la cuna térmica instalada en el guirófano.

PARA OTROS PROCEDIMIENTOS OBSTETRICOS

Otras intervenciones quirúrgicas tales como: legrado, laparoscopía, AMEU, se realizarán en el quirófano establecido y con la utilización de EPI correspondiente.

Las muestras de tejidos (placentas, restos ovulares) de las pacientes con infección confirmada o probable, deberán ser consideradas potencialmente infecciosas y trasladadas al laboratorio de Anatomía Patológica con las medidas de protección establecidas.

PF. DH. Midutel Puot Noase autorizará la entrega de la placenta si la madre la solicitara en este período Medicina Parinetal - Obete de pandemia por COVID-19. Lic. Gustavo Montañez Reg. Prof. Nº 5.275

MANEJO DURANTE EL PUERPERIO

GOBIERNO SALUD PÚBLICA NACIONAL **BIENESTAR SOCIAL**

Ascsor Tácnico Viceministerio de Rectoria y Vigitancia de la Salud

MANEJO POSPARTO:

La recuperación postparto o post-anestésica tras cesárea, se realizará en las mismas condiciones de aislamiento y bajo la vigilancia del personal de salud.

ANALGESIA

La analgesia posparto de mujeres con COVID-19 se hará de modo similar a cualquier puérpera, de acuerdo al uso habitual del servicio.

Medicamentos paracetamol, AINEs, opioides o tramadol son opciones que pueden valorarse.

LACTANCIA MATERNA

Para manejo de la lactancia remitirse al documento de *Recomendaciones para la Atención Neonatal durante la Emergencia Sanitaria por COVID-1*9, de la Dirección de Salud Integral de la Niñez y la Adolescencia (DIRSINA).

ALTA MATERNA

El alta de la madre debe seguir las indicaciones de alta de cualquier persona con COVID-19, considerando que puede transmitir la infección hasta 14 días después de la resolución del cuadro (o 4 semanas tras el inicio de síntomas o PCR negativa). Se mantendrá tratamiento con HBPM (dosis profilácticas).

Entregar por escrito los signos de alarma y las indicaciones de alta, que deberá tener en cuenta para acudir de forma urgente al establecimiento de salud más cercano, así como las fechas, horas, lugar y número telefónico de contacto para los controles.

Orientación/consejería en planificación familiar teniendo en cuenta el post evento obstétrico como actividad principal antes del alta.

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 el área correspondiente para su manejo con seguimiento posterior por parte del equipo de Obstetricia como interconsultor, con el fin de minimizar el riesgo de contagio de otras pacientes embarazadas, puérperas y recién nacidos.

edicius Perinatal - Obstetricia

(Alnecología Reg. Prof. Nº 5.275

BIENESTAR SOCIAL

Dra. Glack's Esther Mora Direction de Satud Sexual y Reproductiva

D.G.P.S. - M.S.P. y B.S.

Ministerio de SALUD PÚBLICA

Lic. Gustavo Montañez

Aseser Tégnico

Viceministerio de Recució y Vigitancia de la Salud

M.S.P. y B.S.

Paraguay de la gente

ANTICONCEPCIÓN EN TIEMPOS DE COVID-19

Hacer los procesos más simples para que las mujeres puedan acceder a los métodos lo más fácilmente posible sin comprometer la seguridad.

Priorizar el acceso a los anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARCs), como los implantes anticonceptivos, los DIU posparto o los inyectables, porque son más efectivos y el acceso a las visitas postparto pueden verse limitadas.

Orientar en el uso correcto y consistente de la anticoncepción de barrera.

Estimular el uso de doble método.

No hay situación o condición alguna en la que la Anticoncepción hormonal de emergencia sea considerada categoría 3 ó 4. Siempre es categoría 1 o 2.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

- No realizar descansos periódicos, ya que aumenta el riesgo de Trombo Embolismo Venoso (TEV).
- No discontinuar uso de Anticoncepción Hormonal sin consulta con un profesional.
- Consejería sobre riesgo de TEV y sintomatología para detectarla a tiempo.
- > Recordar y comunicar que el riesgo de TEV en embarazo y puerperio es mucho mayor que el uso de Anticonceptivos Orales (ACO).
- ➤ No iniciar Anticoncepción hormonal en pacientes con DIMERO D elevado hasta su normalización. Sin embargo, si la paciente ya se encuentra usando un Método hormonal, no se aconseja su interrupción independientemente del valor del DIMERO D.

➤ En caso de optar por un Anticonceptivo hormonal combinado o de monodroga, se sugiere utilizar las que tengan progestágenos con efectos antiandrogénicos o derivados de la espironolactona (drospirenona), ya que esto podría tener cierto efecto protector contra las nuevas variantes de COVID, donde las pacientes con estados hiperandrogénicos son más susceptibles de hacer formas graves.

Insistir con el hábito de ejercicios físicos diarios y alimentación saludable.

Mericina Perinatal - Obstetricia

Ginecología Reg. Prof. № 5.275

Dra. Gladys Esther Mora

Dirección de Salud Sexual y Reproductiva D.G.P.S. M.S.P. y B.S.

Ministerio de SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL GOBIERNO
NACIONAL

Lic. Gustavo Montañez
Aseser récnice
Viceministerio de Rectoria y Vigilancia de la Saluc
M.S.P. y B.S.

Parazuay de la gente

ASINTOMÁTICAS

Se recomienda la continuación sin modificación de la anticoncepción hormonal en adolescentes infectadas asintomáticas de manejo ambulatorio y sin factores de riesgo.

SINTOMÁTICAS

. Con sintomatología leve

Continuar con la Anticoncepción hormonal combinada o cambiar por Anticoncepción solo de gestágenos si hay algún otro factor de riesgo.

. Con sintomatología respiratoria y/o neumonía

Retirar Anticoncepción hormonal combinada y administrar Heparina de Bajo Peso Molecular (HBPM) a dosis profilácticas. Si precisa Anticoncepción hormonal cambiar por Anticonceptivos de solo gestágenos y HBPM a dosis profiláctica.

En los casos que se haya retirado o cambiado tratamientos, podrá volverse al tratamiento anterior a la enfermedad, una vez curada la paciente y recuperada la movilidad habitual. Se mantendrá la terapia con HBPM hasta un mínimo de 7 días tras el alta hospitalaria o hasta la movilización completa.

CONSIDERACIONES ESPECIALES

MADURACIÓN PULMONAR FETAL CON CORTICOIDES:

La evidencia actual sugiere que en el contexto de una COVID-19 la administración de corticoesteroides para la maduración pulmonar fetal (betametasona 12 mg/ 2 dosis en intervalos de 24 horas), no produce efectos perjudiciales maternos (RCOG),. La indicación de su administración no demorará la necesidad de finalización urgente del embarazo por causa materna (ISUOG).

En embarazadas con síntomas leves o asintomáticos se sugiere realizar maduración pulmonar según condición obstétrica pasando la fase viral.

Dra. Gladys Esther Mora Directora Dirección de Salud Sexual y Reproductiva D.G.P.S. - M.S.P. y B.S.

Ministerio de

SALUD PÚBLICA

BIENESTAR SOCIAL

PROF. DR. MIGUEL RUOTI COSP Medicina Perinatal - Obstetricia Ginecología

GOBIERNO
NACIONAL

Parazuay de la gente

Lic. Guatavo Montafiez Asesor Técnico Viceministerio de Rectoria y Vigitancia de la Salud M.S.P. y 3.S.

CRIBADO EN EMBARAZADAS

Según el caso, las recomendaciones son las siguientes:

Ingresos Programados: cesárea programada o inducción programada del trabajo de parto.

 Solicitar RT-PCR de SARS-CoV2 en forma ambulatoria hasta 3 días antes del ingreso (donde esté disponible). Cuando ingrese al hospital, se manejará de acuerdo al resultado del examen.

PREECLAMPSIA

Los hallazgos de laboratorio para COVID-19 pueden superponerse con los encontrados en el síndrome de HELLP y la preeclampsia con características graves.

Los criterios de diagnóstico para la preeclampsia permanecen sin cambios durante la pandemia, y el manejo debe ser dictado por las pautas establecidas. Sin embargo, es razonable considerar la prueba de PCR para SARS-CoV-2 si un paciente con elevación de las transaminasas y trombocitopenia tiene factores de riesgo adicionales para COVID-19.

> Lic. Gustavo Montañez Aseser Techico Viceministerio de Recteria y Vigitancia de la Salud

M.S.P. y B.S.

Dra. Gladys Esther Mora Dirección de Salud Sexual y Reproductiva D.G.P.S. - M.S.P. y B.S.

PROF. DR. MIGUEL RUOTI COSP Medicina Perinatal - Obstetricia Ginecología keg. Prof. № 5.275







TROMBOPROFILAXIS - PRENATAL, PARTO, POSPARTO. (RCOG)

		INGRESO	DOMICILIO
	Gestante que no		НВРМ
Infección asintomática/leve	requiere ingreso		profiláctica 10
			días
	Gestante	НВРМ	НВРМ
	ingresada por	profiláctica	profiláctica 10
	causa obstétrica		días
	Puérpera	HBPM	НВРМ
		profiláctica	profiláctica 6
			semanas
			postparto
	Gestante	HBPM	HBPM
	<4 factores de	profiláctica	profiláctica 30
Infección	riesgo*		días
moderada/grave	Gestante ≥ 4	HBPM	HBPM
	factores de	profiláctica	profiláctica
	riesgo*		durante
			gestación y
			durante 6
			semanas
			postparto
	Puérpera	HBPM dosis	HBPM
		ampliada	profiláctica 6
			semanas

* incluida la infección por Covid-19 como factor de riesgo

Lic. Gustavo Montañez Asesor Teanled

Viceministerio de Recteria y Vigilancia de la Salud M.S.P. y B.S.

Ora. Gladys Esther Mora Directora
Direction de Salnd Sexual y Reproductiva
D.G.P.S. - M.S.P. y B S.

PROF. DR. MIGUEL RUOTI COSP Medicina Perinatal - Obstetricia Ginecología Reg. Prof. Nº 5.275 Ministerio de SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL





TABLA A: FACTORES DE RIESGO TROMBOTICOS MAYORES EN EL EMBARAZO Y PUERPERIO (RCOG 2015).

- Ingreso hospitalario
- Comorbilidades (Cáncer, Enfermedad cardiaca o pulmonar, Lupus eritematoso sistémico, Enfermedades inflamatorias (intestinal o poliartropatía), Síndrome nefrótico, Diabetes mellitus tipo I con nefropatía, Drepanocitosis
- Uso de drogas por vía parenteral
- Procedimiento quirúrgico
- Además, en Embarazadas, Síndrome de hiperestimulación ovárica severo (SHO), solo en primer trimestre
- Además, en Puerperio. IMC mayor o igual a 40, Cesárea intraparto,
 Reingreso hospitalario

TABLA B: FACTORES DE RIESGO TROMBOTICOS MENORES EN EL EMBARAZO y PUERPERIO (RCOG 2015).

- IMC > 30kg/m² al inicio de la gestación
- Edad > 35 años
- Paridad >= 3
- Fumadora >10 cigarrillos/día
- Síndrome varicoso grave
- Preeclampsia actual
- Inmovilización >= 3 días
- Historia familiar de ETV por FR no identificable o en relación con estrógenos en familiar de primer grado
- Gestación multiple
- Infección sistémica
- Viajes de larga duración (>=4 horas)
- Además, en Embarazadas: Técnicas de reproducción asistida (FIV),
 Deshidratación/Hiperemesis gravídica
- Además, en puerperio: Feto muerto intrautero, Parto prolongado, Cesárea electiva

Lic. Gustavo Montañez

Assesor Féculico
Viceministerio de Ractoria y Vigitançia de la Salud
M.S.P. y B.S.

raguay

Dra. Gladys Esther Mora
Directora
Direction de Salud Sexual Confession
D.G.P.S. - M.

Ministerio de SALUD PUBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL



PR. MICHUEL RUOTI COSP

fertinina Porinatal - Obstetricia

Dosis recomendada de enoxaparina de acuerdo al peso materno según RCOG(61)

Peso materno en kilogramos	Dosis de enoxaparina	
< 50	20 mg/día	
51 a 90	40 mg/día	
91 a 131	60 mg/día	
131 a 170	80 mg/día	
> 170	0,6 mg/kg/día	

Recomendaciones para la prevención de trombosis.

- 1. Hidratación adecuada.
- 2. Fomentar la deambulación dentro del domicilio.
- 3. Hacer ejercicios de flexo-extensión y movimientos circulares con los pies varias veces al día.
- 4. Evitar estancias prolongadas de pie o sentado y evitar cruzar las piernas.
- 5. Realizar ejercicio suave, como pilates para embarazada o yoga.

Lic. Gustavo Montañez

Asesor Tacnico

Viceministerio de Ractoria y Vigitancia de la Salud

M.S.P. y B.S.

Dra. Gladys Esther Mora Directora Direction de Salus Saxual y Reproductiva D.G.P.S. - M.S.P. y B.S.

PROF. DR. MIGUEL RUOTI COSP

Medicina Perinatal - Obstetricia Medicina Perinatal - Obstetricia Ginecología meg. Prof. № 5.275







BIBLIOGRAFIA:

- 1) M. López, A. Goncé, E. Meler, S. Hernández, T. Cobo, M. Palacio, L. Guirado, P. Ferrer, MD Gómez-Roig, F. Figueras (Medicina Marteno Fetal); B. Tena, I. León, A. Caballero, A. Plaza (Anestesiología); Felipe García (Infecciones); MD Salvia, V. Fumadó (Neonatología). Protocolo: Coronavirus (COVID-19) y gestación (V13 8/3/2021). Servei de Medicina Maternofetal i Servei de Neonatologia. Servei d'Anestesiologia i Reanimació. Secció d'Anestesiologia ICGON-ICNU. Servei de Malalties Infeccioses Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona. Fecha del protocolo: 18.3.2020; Actualización: 8.marzo.2021.
- 2) Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19). Embarazo y lactancia. Disponible en: https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/pregnancy-breastfeeding.html. Abril de 2021.
- 3) Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy. Information for healthcare professionals. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). The Royal College of Midwives. Royal College of Paediatrics and Child Health. Disponible en: https://www.rcog.org.uk/coronavirus-pregnancy.
- 4) COVID-19 y Embarazo. División de Obstetricia y Ginecología. Departamento de Obstetricia. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. 2da Actualización: 14 de abril de 2020.

5) Lineamiento técnico. Abordaje de infección por COVID-19 en el período Medigina Perinatal operinadal de contingencia. Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de Ginecología los Reyes". Secretaría de Salud — México. gob.mx/salud/inper

pregnancy and puerperium: information for healthcare professionals.

7) YANG H, WANG C and POON L. C. Novel coronavirus infection and pregnancy. Opinion. Ultrasound Obstet Gynecol 2020. Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). DOI: 10.1002/uog.22006.

8) Guía provisional de la FIMMF para la Embarazada con Infección por Coronavirus – COVID 19. Fundación Internacional de Medicina Materno Fetal (FIMMF). Bogotá, Colombia. www.maternofetalla.com

Dra. Gladys Esther Directora
Direction de Salud Sexual y Reproduction D.G.P.S. - M.S.P. y B.S

Ministerio de SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

GOBIERNONACIONAL

Paraguay M.S.P. y D.S.

de la gente

- 9) Boelig RC, Saccone G, Bellussi F, Berghella V, MFM Guidance for COVID-19, American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM (2020), https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100106.
- 10) Hollier L. Coronavirus (COVID-19), embarazo y lactancia: un mensaje para Disponible en: https://www.acog.org/patientresources/faqs/pregnancy/coronavirus-pregnancy-and-breastfeeding. Última actualización: 14 de abril de 2020.
- 11) Boletín FLASOG. Año 3, número 26, abril 2020. Boletín Especial COVID19. Recomendaciones para prevención y tratamiento de COVID-19.
- 12) Consenso de la Sociedad Paraguaya de Hematología y Medicina Transfusional. Recomendaciones de Profilaxis y Tratamiento Antitrombótico en Pacientes con Enfermedad por SARS-CoV-2 (COVID-19). Abril de 2020.
- 13) Posicionamiento de la Sociedad Española de Contracepción.
- 14) COVID-19 Anticoncepción & Planificación familiar. Declaración de FIGO -COVID-19 / Anticoncepción / Planificación familiar.

15) Anticoncepción Hormonal y Coronavirus. AACOG: Asociación Argentina de Controversias en Obstetricia y Ginecología.

Directors

Medicina Perinatal - Obstetricia Ginecología Reg. Prof. Nº 5.275

PROF. DR. MIGUEL RUOTI COSP







Lic. Gustavo Mastañez

Astock Toenica Viceministerio de la como e y postación de la Sarod M.S.P. y 3.5.