
 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS		 huca+ hospital universitario central asturias
	Edición: 2	Dirección Médica

Gestación y coronavirus

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

AUTORES	REVISORES	AUTORIZADO
Jose Adánez, Salomé Álvarez Rodríguez	Profesor. Ferrer	Dirección Médica
Fecha: 14-3-20		

Evidencias actuales

Las evidencias son de escasa potencia y los protocolos cambian con mucha rapidez. En el momento actual se puede afirmar que:

1. **No hay evidencia de transmisión vertical**¹. No se ha detectado el virus en líquido amniótico, sangre de cordón, toma orofaríngea del neonato, o leche materna. No hay evidencia de transmisión por fluidos genitales. La transmisión puede ocurrir en el periodo neonatal.
2. En contraste con la gripe y otras enfermedades respiratorias COVID 19 no parece incrementar el riesgo de enfermedad grave en gestación. La mayor parte de mujeres gestantes tendrán **síntomas moderados o leves** (tos seca, fiebre y /o cierta dificultad respiratoria).² Aun así , se debe evaluar el estado materno por el Servicio de Urgencias, acorde a protocolo.
3. El manejo **ambulatorio** está indicado y recomendado si cumple criterios de inclusión² (Tabla I)
4. La presencia de forma severas (neumonía o hipoxia) determina el manejo de la gestación. La prioridad debe ser siempre la **estabilización materna** antes de la terminación, de manera similar a la preeclampsia grave³.
5. **No hay evidencia de mayor tasa de aborto, pérdida fetal en segundo trimestre o malformaciones**³.
6. El manejo del estado fetal se determina según protocolo de bienestar fetal y acorde a las semanas de gestación y viabilidad⁴.
7. No esta clara la asociación a prematuridad de inicio espontáneo. No hay evidencia de que los corticoides para maduración pulmonar empeoren la progresión de la enfermedad materna. **Se indica la administración corticoides**³ de manera individualizada acorde a protocolo del HUCA. No demorar la terminación urgente por la maduración pulmonar. No administrar en el pretérmino tardío o diabetes mal controlada.
8. El diagnóstico de gestación positiva para COVID19 per se **no es indicación de terminación de la gestación.**
9. **La vía de parto** no se debe modificar por el diagnóstico de gestación positiva para COVID19, salvo que el estado respiratorio materno requiera una terminación urgente³.
10. Se debe realizar monitorización materna fetal continua intraparto. (en 8 de los 19 casos publicados en China refieren sufrimiento fetal)^{1,5,6}.
11. El diagnóstico de gestación positiva para COVID19 no es una contraindicación para analgesia epidural y se recomienda para prevenir la anestesia general en caso de su requerimiento urgente³. El Servicio de Anestesia valorará o no su contraindicación.
12. No se aconseja la administración de óxido nitroso sin filtro para virus (poro < 0,05 um)
13. No está contraindicado el parto instrumental y se debe informar y/o ofrecer si la mujer muestra signos de hipoxia o agotamiento³.
14. De momento y aunque no hay evidencia de transmisión vertical pero sí neonatal se evitará el pinzamiento tardío en neonato a término, realizando al menos milking en pretérmino.
15. Se debe **evitar el contacto piel con piel y la lactancia materna** directa.

PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN ANTE GESTANTE CON SOSPECHA DE INFECCIÓN POR CORONAVIRUS EN EL HUCA

1. Atención en urgencias:

Ante la llegada de una embarazada con un cuadro clínico compatible con infección respiratoria aguda (inicio súbito de cualquiera de los siguientes síntomas: tos, fiebre, disnea) de cualquier gravedad, y , en los 14 días previos al inicio de los síntomas cumpla cualquiera de los siguientes criterios epidemiológicos: historia de viaje a áreas con evidencia de transmisión comunitaria (las áreas consideradas actualmente se pueden consultar en el siguiente enlace: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/areas.htm>) o historia de contacto estrecho con un caso probable o confirmado, será considerada como sospecha de infección por SARS-CoV-2, siendo etiquetada como caso en investigación.

Las medidas recomendadas en este momento son las siguientes:

El Médico de Urgencias establecerá de forma rápida si cumple los criterios de caso en investigación de SARS-CoV-2. Las gestantes que se identifiquen como casos en investigación deberán separarse de otros pacientes, se les pondrá una mascarilla quirúrgica y serán conducidas de forma inmediata a una zona de aislamiento a la espera de los resultados de las pruebas diagnósticas (PCR). Si el box de aislamiento de urgencias generales está ocupado, se utilizara como box de aislamiento de la paciente obstétrica, la consulta n.º I De Urgencias de ginecología.

Se comunicará al Ginecólogo quien tendrá en cuenta las semanas de embarazo y los potenciales riesgos para el feto.

La valoración obstétrica y las pruebas relacionadas con el embarazo, se realizaran en la medida de lo posible en el box de aislamiento, desplazandose ginecólogo y matrona a dicho box. El control del bienestar fetal se realizará en función de los criterios obstétricos, acorde con las semanas de embarazo.

Si se decide ingreso pero no precisa paso a área de partos, este se realizará en la UCI 7, debido a la mayor morbilidad de las gestantes y a la cercanía con el servicio de partos. En este caso, las pruebas complementarias obstétricas y la valoración se realizaran en la medida de lo posible, dentro del aislamiento de la UCI7, minimizando los traslados de la gestante al mínimo indispensable. Acudirá a prestar cuidados obstétricos cuando lo requiera la gestante, una matrona del área de partos.

Se valorará el manejo ambulatorio si cumple los siguientes criterios:

Criterios de exclusión para el manejo ambulatorio en gestante sospechosa o confirmada de coronavirus

Signos de gravedad de la enfermedad
Dificultad respiratoria
Dolor en el pecho
Vómitos
Signos de deshidratación
Confusión o inicio de dificultad en las respuestas
Comorbilidad
Diabetes
Asma
Enfermedad crónica cardíaca, renal, hematológica o inmunodepresión
Indicaciones obstétricas de ingreso
APP
Alteración de bienestar fetal: CTG anómalo u oligoamnios
Sociales
Incapacidad de autocuidado o seguimiento

(2)

Si no presenta criterios de exclusión

- Derivar al paciente acorde a protocolo de manejo ambulatorio con recomendación de hidratación y reposo
- Control ambulatorio e ingreso si aparece algún criterio de exclusión
- Continuar protocolo de embarazo programado.
- Se informará a su matrona y centro de salud de positivo para CV,

2.- Parto de madre sospechosa o confirmada de coronavirus:

Se remitirá al Área de Partos, previo aviso Ginecólogo de guardia y matronas de turno, y se ubicará en UTPR I para la realización del trabajo de parto, parto y puerperio inmediato .

- Llegada a la Unidad de partos: La paciente deberá llevar mascarilla quirúrgica que le tape nariz y boca. Si la paciente precisara silla de ruedas para el traslado, habría que colocar una sábana limpia en la silla de ruedas, si va en cama se la cubrirá con una sábana limpia. El personal celador que la acompañe llevará mascarilla quirúrgica y guantes. La medida más importante es la higiene de manos. La paciente entrará en partos por la puerta del pasillo trasero, según se ha consensuado con el servicio de celadores.
- El personal que ayude a colocar a la embarazada en la cama del paritorio tiene que ponerse el equipo de protección indicado. Importante ver protocolo de colocación y retirada del mismo. Se coloca la monitorización.
- La paciente será aislada en UTPR I. En el pasillo, cerca de la puerta, se colocará la bandeja con los equipos de protección individual (EPIs) y el gel hidroalcohólico. La puerta debe permanecer cerrada. Las puertas del resto de UTPR también permanecerán cerradas.
- La paciente no saldrá de paritorio.
- Si precisa analgesia epidural, se preparará el carro y la perfusión fuera. Anestesiista entrará con EPI correspondiente. Antes de salir se desinfectará el carro utilizado el spray desinfectante.
- La persona acompañante:
 - La pareja se considera contacto por lo que deberá llevar mascarilla quirúrgica (será contactado por Salud Pública que le hará el seguimiento). Mientras tanto, debería seguir medidas generales de higiene respiratoria y reforzar la higiene de manos.
 - Se le acompañará hasta a UTR I, para entrar tiene que ponerse el equipo completo de protección.
 - Se explicará al acompañante que no debe salir salvo casos excepcionales . Para salir se retirará el EPI según protocolo y realizará higiene de manos. Se colocará una mascarilla quirúrgica que le cubra nariz y boca. Para volver a entrar se vuelve a poner EPI.
- Todo personal (matrona, TCAE, ginecología, pediatría, anestesia...) que entre en UTPR I se colocará los EPIs en el siguiente orden:
 - Higiene de manos
 - Bata impermeable
 - Máscara del alta filtración FFP2 o FFP3
 - Gafas de protección
 - Guantes
- Para salir de la habitación, la retirada de EPIs comienza dentro de la habitación y se realizará de la siguiente forma.
 - Retirada de guantes. Desechar a contenedor amarillo.
 - Higiene de manos
 - Retirada de bata impermeable, intentando no contactar con la cara externa. Desechar a contenedor amarillo.
 - Higiene de manos

- Retirada de gafas. SE deben limpiar con spray desinfectante
 - Higiene de manos
 - Salir de la habitación. Una vez fuera, retirar máscara de alta filtración y desechar a cubo amarillo.
 - Higiene de manos
- La documentación referente al parto se quedará fuera de la habitación en el control de enfermería, exceptuando el consentimiento informado de identificación del recién nacido. Éste se colocará dentro del paritorio encima de un paño estéril. Antes de tomar las huellas de la mujer, ésta realizará higiene de manos supervisada por la matrona. Tras el parto, se tomarán las huellas del RN previamente limpiado la mano o pie. Una vez se haya tomado, se colocará una funda de plástico a la hoja.
 - La matrona hará salidas limitadas de paritorio (WC) quitándose EPI y volviéndose a poner según protocolo recomendaciones de Salud Laboral. Para el material o ayuda que pueda precisar llamarán al timbre. Para el parto, la matrona avisará con el timbre. Una TCAE y otra matrona se pondrán EPI y entrarán. Si es preciso desde fuera se avisará al ginecólogo y pediatra que deberán proceder del mismo modo.
La matrona que ha asistido el parto se quitará EPI si está sucio, saldrá y se pondrá otro limpio para volver a entrar. A las 1 y 2 horas postparto, entra TCAE y se realiza puerperio inmediato a madre.
Se realizara monitorización fetal continua y de constantes maternas incluidas temperatura, TA, pulso, y saturación de O₂ que se tratará de mantener >94%.
 - Tras parto y alumbramiento, todos los residuos generados se eliminarán en el contenedor de riesgo biosanitario que habrá dentro del paritorio, incluida la placenta. La mujer se quedará en la cama de paritorio. La matrona circulante saldrá del paritorio y registrará los datos del parto.
 - La TCAE saldrá con el instrumental sucio. El instrumental se sacará dentro de una bolsa y se depositará en mezcla de agua con detergente enzimático. Una vez limpio y seco, se empaquetará y seguirá su ruta habitual a Esterilización.
 - **No hay evidencia de transmisión vertical.** No se ha detectado el virus en líquido amniótico, sangre de cordón, toma orofaríngea del neonato, o leche materna. Por consiguiente, el RCOG no contraindica el clampaje tardío del cordón umbilical actualmente. El borrador del Ministerio de Sanidad por el contrario lo contraindica. Se recomienda al menos el milking en el prematuro.
 - **Evitar el contacto piel con piel** para reducir la posibilidad de contagio.
 - **La lactancia materna directa no se recomienda.** Podría exprimir la leche una persona sana bajo estricta asepsia⁷
 - Si hubiera que trasladar al RN a la unidad neonatal, acercar incubadora a la puerta. En el traslado no serían necesarias EPI, ya que va en incubadora cerrada. Si hubiera que ir ventilando, si se requiere EPI.
 - Se pide cama en planta de AISLAMIENTO, según protocolo. Celador se pone EPIs y entra con la cama limpia. Ayuda a la madre en la transferencia a la cama limpia. Una vez está acomodada, se coloca una sábana limpia e irá con mascarilla quirúrgica. Una vez colocada en su cama el celador se retirará los EPIs según protocolo, se realizará higiene de manos y se colocará una mascarilla quirúrgica y guantes para su traslado a planta.

- Aviso a limpiadora para limpieza terminal del paritorio. Hay que reforzar limpieza de las superficies que han podido tener mayor contacto.

La ropa de cama utilizada en el paritorio se introducirá en una bolsa hidrosoluble que posteriormente se cerrará. A su vez, esta bolsa se introducirá en la bolsa de tela que seguirá el circuito habitual.

ES IMPORTANTE ASEGURAR UNA CORRECTA LIMPIEZA DE LAS SUPERFICIES Y DE LOS ESPACIOS.

- Todo el material sanitario usado en el paritorio que vaya a ser utilizado posteriormente con otro paciente deberá ser correctamente limpiado y desinfectado o esterilizado, dependiendo del tipo de material de que se trate, de acuerdo a los protocolos habituales del centro.
- La higiene de manos es la medida principal de prevención y control de la infección. Deberá realizarse, según la técnica correcta y siempre en cada uno de los siguientes momentos además, se realizará higiene de manos antes de colocarse el equipo de protección individual y después de su retirada.
- **El recién nacido se considera contacto**, habrá que valorar cada situación individualmente. (Criterios de la SEN)

Se deberá reducir al mínimo el número de personas en la habitación y el personal que esté presente deberá llevar el EPI.

Existen contenedores para recogida de material desechable específico.

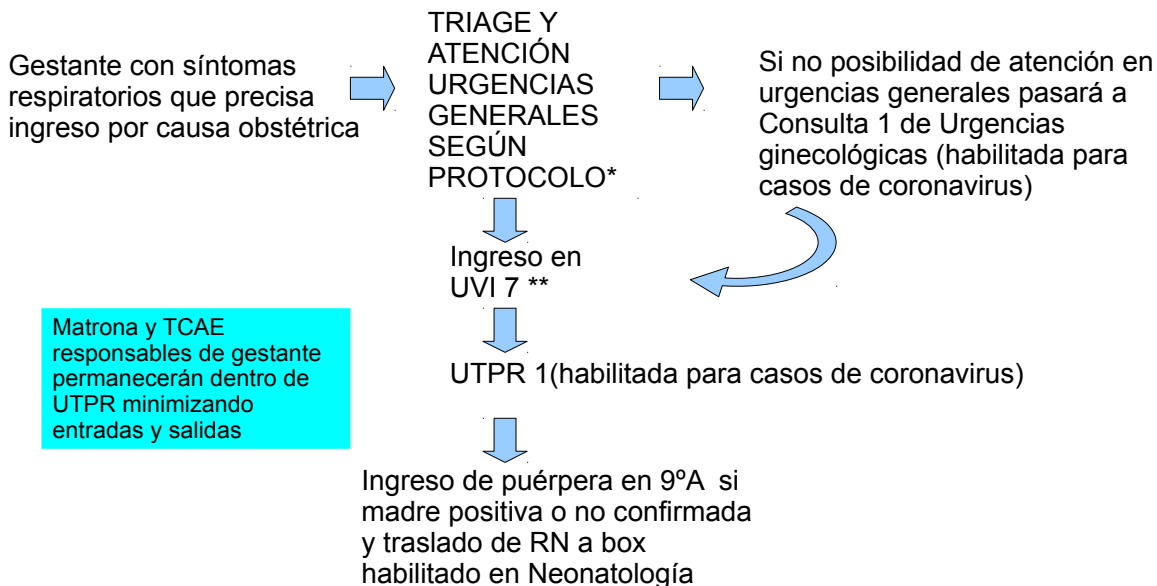
Si durante el parto se le realiza la toma de frotis para PCR : avisar a Laboratorio para valorar prueba rápida , explicando la situación.

En el caso de cesárea o necesidad de quirófano postparto, se aplicará el circuito de cirugía coronavirus.

Si existe riesgo de cesárea urgente hay que incluir el tiempo de colocación de EPI en el preparativo de cesárea urgente, por lo que el equipo debe estar preparado y entrenado.

2.- Algoritmo de actuación en caso de ingreso:

Algoritmo de actuación gestante con sospecha de coronavirus



*Valoración obstétrica en urgencias generales por parte de matrona de urgencias ginecológicas/paritorio según carga asistencial

**Ingreso en UVI 7 por ser paciente de riesgo y por proximidad al paritorio. Mientras permanezca en UVI 7 se prestarán allí todos los cuidados obstétricos, minimizando traslados innecesarios a Área obstétrica. La atención a la gestante en el área de urgencias será prestada por una matrona de paritorio.

Bibliografía

1. Rasmussen S, Smulian J, Lednický J, et al. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Pregnancy: What obstetricians need to know. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2020 doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.02.017>.
2. ACOG SMFM Outpatient and management for pregnant women with suspected or confirmed Novel Coronavirus 2020.
3. RCOG Coronavirus (COVID-19) Coronavirus Infection in Pregnancy 2020.
4. Protocolo del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Central de Asturias. Criterios de ingreso en área de partos. Bienestar fetal anteparto. Analgesia en fase latente de parto. Disponible en <http://www.hca.es/huca/web/contenidos/servicios/dirmedica/0mi.html>
5. Chen H, Guo J, Wang C, 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 doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30360](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30360)
6. Chen S, Huang B, Luo DJ, et al. Pregnant women with new coronavirus infection: a clinical characteristics and placental pathological analysis of three cases.
7. ACOG Practice Advisory: Novel Coronavirus 2019 (COVID-19). March 2020
8. Protocolos de Hospital de Txagorritxu y 12 de Octubre.