

Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida.



**GOBIERNO DE
MÉXICO**

Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida.

Versión 1: 10 de abril de 2020¹.

Durante la pandemia de COVID-19, los servicios de salud sexual y reproductiva, y de manera particular, la atención durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida, se clasifican como servicios esenciales que deben mantenerse en apego a las medidas de prevención y mitigación de la transmisión de COVID-19. Dadas las características de la población, el comportamiento epidemiológico y las persistentes brechas de desigualdad en salud de la población mexicana, éstas se traducen en riesgos diferenciales para las mujeres en edad fértil y durante el proceso reproductivo, por lo que es necesario intensificar esfuerzos para garantizar su continuidad y calidad.

De manera concomitante a las estrategias de respuesta ante el coronavirus (SARS-CoV-2), la selección de las prioridades depende de la carga local de enfermedades. De manera inicial y enfática se orienta a la prevención de otras enfermedades transmisibles, de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, y de la exacerbación de las enfermedades crónicas, mismas que pueden estar presentes en mujeres embarazadas y en edad reproductiva. Asimismo, el manejo de complicaciones y emergencias obstétricas requiere un balance entre tiempo y recursos para mantener la oportunidad en la atención.

Por ello, se requiere establecer mecanismos de planeación, coordinación e implementación de las medidas necesarias para satisfacer la demanda de atención en salud materna y perinatal. De acuerdo con proyecciones del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, para el periodo de abril a junio del año en curso, se estima la ocurrencia de cerca de 260,000 eventos obstétricos en el país, un aproximado de 235,000 nacimientos y cerca de 25,000 abortos. Además, considerando las condiciones habituales de atención, se otorgarían alrededor de 1,150,000 consultas de control prenatal y casi 200,000 consultas durante el puerperio.

¹ El presente documento se basa en la mejor evidencia disponible a la fecha y, en su caso, será revisado con base en la publicación de nuevos datos.

Síntesis de evidencia sobre COVID-19 y salud reproductiva

Todas las mujeres embarazadas, con sospecha, o diagnóstico confirmado de COVID-19, incluyendo quienes se encuentren en aislamiento domiciliario, deben tener acceso a servicios de calidad, incluyendo atención obstétrica, neonatal, aborto seguro (en los marcos previstos por la ley), anticoncepción post evento obstétrico, prevención y atención de la violencia y apoyo psicosocial o en salud mental, según se requiera. Asimismo, es fundamental garantizar el acceso a la información clara y veraz para la toma de decisiones en el marco de los derechos sexuales y reproductivos.

Una mujer embarazada con COVID-19 puede cursar asintomática, tener síntomas leves o llegar a una condición más grave, como cualquier otra persona, sobre todo cuando presenta comorbilidades o factores de riesgo. En un contexto en que la evidencia científica a nivel internacional se está generando, es necesario extremar las precauciones y medidas de sana distancia en las mujeres embarazadas.

No se ha confirmado la transmisión vertical toda vez que las muestras de líquido amniótico, tejido placentario, sangre de cordón umbilical y exudado faríngeo en los recién nacidos fueron negativas en las series de casos publicadas hasta ahora (Chen *et al*, 2020; Zhu *et al*, 2020; Schwartz, 2020). No obstante, ante la notificación del caso de un recién nacido confirmado a las 36 horas de vida extrauterina, las medidas de higiene y precauciones basadas en la transmisión deben asegurarse durante la atención del parto y después del nacimiento.

La infección por COVID-19 no se ha asociado a un mayor riesgo de aborto, muerte prenatal o efectos en el desarrollo fetal. Existen reportes de casos de parto pretérmino espontáneo, de los cuales, la mayoría fueron interrumpidos después de las 34 semanas de gestación por evidencia de compromiso fetal o por bienestar materno.

En las investigaciones clínicas realizadas, las muestras de leche humana también han sido negativas a COVID-19, por lo que no hay evidencia de transmisión por leche materna ni contraindicación para la lactancia materna, si la condición de salud de la mujer lo permite. Si el estado de salud de la persona recién nacida amerita traslado y estancia en cuidados intermedios o intensivos neonatales, es posible realizar la

extracción de leche materna, así como otorgar el apoyo para iniciar la lactancia posteriormente.

Series de casos: resultados maternos y perinatales

La Organización Mundial de la Salud integró la misión conjunta para el análisis de casos de COVID-19 y su impacto en los resultados obstétricos y perinatales. En un primer corte a principios de marzo, reportaron la investigación de 304,147 mujeres embarazadas, con 64 casos confirmados, 82 sospechosos y un caso que cursó infección asintomática. Del total de confirmados, 8% tuvieron enfermedad grave y 1% se reportó en estado crítico. De este análisis se concluyó que las mujeres embarazadas no presentan un riesgo mayor que el resto de la población para desarrollar enfermedad grave, pero la presencia de comorbilidades sí es un factor que influye en la severidad, tanto en mujeres embarazadas como en la población en general.

Cabe señalar que a la fecha no se cuenta con datos del resultado perinatal cuando la infección se adquiere en el primer o segundo trimestre, ya que los resultados de tres series publicadas, solo abordaron casos confirmados en el tercer trimestre:

Chen, H. <i>et al</i> (2020)	Hospital Zhongnan de la Universidad de Wuhan, China (20 al 31 de enero) • Reportó 9 casos de mujeres embarazadas en el tercer trimestre. • Edad gestacional: 36 a 39 semanas • Todas con historia epidemiológica de contacto o exposición. • Otros familiares infectados: 4 casos. • Comorbilidades previas: ninguna. • Complicaciones en el embarazo: influenza (1); hipertensión gestacional (1); preeclampsia (1). • Tiempo entre el inicio de síntomas y la resolución del evento obstétrico: 1-7 días. • Cesárea indicada en todos los casos por COVID-19 + Neumonía + factores concomitantes: RMP (2); sufrimiento fetal (2); dos cesáreas previas (1); antecedente de dos muertes prenatales (1); preeclampsia (1); elevación de enzimas hepáticas (1). • Ninguna de las nueve pacientes desarrolló neumonía severa o falleció. • Nueve recién nacidos vivos • Ninguno con datos de asfisia neonatal, ni se requirió terapia intensiva. • Un caso de restricción de crecimiento intrauterino se asoció a enfermedad hipertensiva desde las 27 SDG. • Los nacimientos pretérmino se asociaron a otras causas y no a la infección por COVID-19 en sí misma.
---	---

Zhu, H. <i>et al</i> (2020)	Datos de cinco hospitales de la Provincia de Hubei, China (20 de enero al 5 de febrero) • Reportó 9 casos de mujeres embarazadas en el tercer trimestre (uno gemelar). • Edad gestacional: 31 a 39 semanas • Comorbilidades previas: ninguna. • Complicaciones en el embarazo: placenta previa (1); sangrado vaginal en el primer trimestre (1). • Los síntomas se presentaron antes (4), el día del parto (2) y después de la resolución del embarazo (3). • Vía de resolución del embarazo: cesárea (7); parto (2 – entre estos el gemelar). • En seis casos hubo datos de sufrimiento fetal. • Diez recién nacidos vivos. • Complicaciones en recién nacidos: dificultad respiratoria (6); síntomas gastrointestinales (4); fiebre (2); taquicardia (1); vómito (1). • Un caso de muerte neonatal.
Schwartz, D. (2020)	Incluye los 18 casos anteriores y 20 más que sucedieron en China. • Análisis de 38 casos. • 37 confirmados por PCR • Se presentaron complicaciones obstétricas, pero no hubo muertes maternas. • Se reportaron 30 recién nacidos. • Dos fueron confirmados con COVID-19; uno a las 36 horas y otro a los 17 días, sin datos de transmisión vertical, sino atribuidos a exposición ambiental.

Recomendaciones generales

Es importante señalar que, dado el escenario epidemiológico en que nos encontramos, con presencia de transmisión comunitaria y reconociendo las estimaciones de casos asintomáticos, no podemos establecer unidades libres de COVID-19. Sin embargo, las medidas de prevención y mitigación deberán ser incorporadas en todos los niveles de atención.

Asimismo, es fundamental la coordinación intersectorial, interinstitucional y entre los diferentes niveles de organización de las Secretarías de Salud estatales para la planeación, monitoreo, intervención oportuna y difusión de información, así como para la incorporación de las siguientes recomendaciones:

1. Reforzar medidas de prevención

a) Medidas de higiene y protección

- Medidas transversales que deben aplicarse a los espacios de atención (salas de espera, consultorios, áreas de urgencias, etc.)
- Reforzar lavado de manos con agua y jabón y técnica apropiada (o uso de alcohol en gel a una concentración superior al 60%).
- Aumentar la frecuencia de limpieza de los espacios y desinfección de superficies de alto contacto.
- Desinfección de equipo médico conforme a las especificaciones.

Para más información consultar: “Lineamiento general para la mitigación y prevención de COVID-19 en espacios públicos cerrados”.

b) Equipo de protección para el personal de salud

- Medidas de protección personal para la atención de la salud reproductiva, de acuerdo con el tipo de procedimientos y la distancia entre personal de salud y pacientes.

MEDIDA DE PROTECCIÓN PERSONAL	Procedimiento invasivo / generación de aerosoles / COVID-19 confirmado (Distancia < 1 m)	Atención del parto en pacientes sin síntomas respiratorios	Hospitalización y exploración física	Consulta externa y triage (Distancia > 1 m)	Administrativo / vigilancia o intendencia (no reconversión) (Distancia > 1 m)
Higiene de manos	SI	SI	SI	SI	SI
Guantes	SI	SI	SI	NO	NO
Mascarilla quirúrgica	NO	SI	SI	SI	NO
Respirador N95	SI	NO	NO	NO	NO
Goggles o careta	SI	SI	SI	NO	NO
Bata	SI	SI	SI	NO	NO
Desinfección de superficies de contacto	SI	SI	SI	SI	SI

Para más información consultar: “Proceso de prevención de infecciones para las personas con COVID-1 (enfermedad por SARS-COV-2). Contactos y personal de salud”.

c) Establecer un filtro de supervisión para la identificación de personas con síntomas respiratorios al ingreso a todo establecimiento.

Incluye las siguientes acciones:

- Cuestionario de detección de signos y síntomas.
- Aplicación de alcohol en gel a una concentración superior al 60%.
- Toma de temperatura con termómetro (digital, cintas térmicas o sensores infrarrojos), realizando la adecuada desinfección entre cada paciente.
- Difusión de las medidas de prevención y datos de sospecha de COVID-19.
- Cada unidad deberá de garantizar que se tienen flujos de atención separados para las personas que refieran síntomas respiratorios a su ingreso.
- A las personas con síntomas respiratorios se les deberá de colocar un cubrebocas a su ingreso además de la aplicación de alcohol en gel.

Para más información consultar: “Lineamiento general para la mitigación y prevención de COVID-19 en espacios público cerrados”.

d) Sana distancia

- Una distancia de al menos 1.8 metros entre cada persona en las salas de espera, reduce la probabilidad de exposición.

Estas medidas deben ser informadas al personal de salud y a la población a su ingreso a los establecimientos. Para ello, pueden emplearse diversos medios como impresos, pantallas internas, redes sociales, intranet o información verbal.

2. Establecer un plan estatal para garantizar la atención de la salud reproductiva.

Como parte del plan de respuesta estatal, es fundamental incorporar las medidas para dar continuidad a la atención en el embarazo, parto, puerperio y los cuidados de la persona recién nacida, tanto de las personas sanas como sospechosas y en casos confirmados de COVID-19.

Es altamente recomendable que cada entidad designe un equipo coordinador para la implementación de la respuesta, integrado por profesionales de salud con diferentes áreas de especialidad, incluyendo salubristas, ginecobstetras y pediatras, así como garantizar la comunicación entre las Jefaturas de Epidemiología y de Salud Reproductiva para la toma de decisiones.

Para la operatividad, es necesaria la participación del primer nivel de atención, los hospitales designados para la atención materno-infantil, las jurisdicciones sanitarias y la Secretaría de Salud Estatal. La capacidad de respuesta para la atención de la salud reproductiva puede mantenerse con algunas consideraciones iniciales:

- Identificar unidades del primer nivel de atención que cuenten con espacios para la atención prenatal y obstétrica o aquellas que puedan ser instaladas con mínimas adecuaciones. Estas podrán ser habilitadas con los insumos correspondientes, para evitar saturar los hospitales o un mayor riesgo de exposición de mujeres consideradas sanas y de bajo riesgo obstétrico.
- Planificar la instalación de establecimientos alternos y exclusivos para la atención materna y perinatal, tomando como punto de partida el criterio de agrupar pacientes con condiciones similares.
- Agilizar la incorporación de personal de salud dedicado a la atención obstétrica, incluyendo la enfermería obstétrica y la partería profesional, que permitan asegurar la disponibilidad de recursos humanos para la atención.
- Establecer las modificaciones temporales en los estándares de atención a la salud reproductiva, considerando el escenario epidemiológico y el riesgo de cada mujer (Por ejemplo: reducir el número de consultas de atención prenatal, reducir las consultas en el posparto, atención de urgencias menores en atención primaria, reducir el número de personal enfocado en la atención).
- Valorar la conformación de un equipo de atención obstétrica y neonatal (disponible por llamada) que pueda trasladarse para la atención de mujeres en estado crítico en hospitales de reconversión que no cuentan con equipos para la resolución del evento obstétrico.

- Definir e implementar el mecanismo de notificación y vigilancia epidemiológica, de conformidad con el “Lineamiento estandarizado para la vigilancia epidemiológica y por laboratorio de COVID-19”, para seguimiento de las mujeres embarazadas sospechosas o confirmadas con COVID-19, así como de los resultados perinatales y condición de salud de la persona recién nacida.

3. Articulación con el lineamiento de reconversión hospitalaria

De acuerdo con lo establecido en el “Lineamiento de Reconversión Hospitalaria”, los hospitales enfocados en la atención ginecobstétrica no deberán formar parte de los planes de reconversión, dado que estas unidades permiten dar continuidad a la atención médica y servicios esenciales para la población.

Sin embargo, hay hospitales de reconversión parcial o total que cuentan con servicios de ginecobstetricia, los cuales podrán ser la primera opción para el tratamiento de casos confirmados de mujeres embarazadas con COVID-19. Para ello, es necesario articular el plan de respuesta para la atención obstétrica y neonatal con los lineamientos antes mencionados.

La referencia a hospitales puede estar limitada en la medida en que aumenta la demanda de atención por COVID-19 y se establezcan las medidas de reconversión hospitalaria, por lo que el primer nivel de atención puede ser incorporado como la primera línea de atención del parto en casos de bajo riesgo obstétrico y mujeres consideradas sanas.

Cabe señalar que, ante la presencia de este escenario, el rol de la atención primaria se torna fundamental para la atención de diversas patologías y emergencias menores. También se recomienda una reorganización temporal de servicios que permita la atención de grupos de pacientes con condiciones similares. Con base en ambos planteamientos, el fortalecimiento de unidades del primer nivel de atención en términos de recursos materiales, humanos e insumos para la atención es una alternativa necesaria, que contempla:

- Habilitar espacios físicos adicionales: centros de salud, unidades de medio camino, centros de salud ampliados, clínicas comunitarias y casas maternas.

- Estos serán exclusivamente para la atención obstétrica en casos de bajo riesgo, sin síntomas respiratorios.
- Incorporar personal de enfermería obstétrica, partería profesional, partería tradicional y medicina general (con experiencia en atención obstétrica).
- Movilizar o dotar con los insumos destinados para la atención.
- Asegurar la articulación con unidades resolutorias para atender complicaciones:
 - » Hospital para la atención ginecobstétrica que no forme parte del plan de reconversión.
 - » Hospital de reconversión para referencia de casos sospechosos de COVID-19
- Prever opciones de traslado.

Recomendaciones específicas

1. Atención en el embarazo y control prenatal

La atención prenatal es un servicio esencial, dado que las complicaciones asociadas al embarazo, parto y puerperio son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en las mujeres en edad reproductiva.

En el escenario epidemiológico actual y para prevenir el contagio del SARS-CoV-2, es recomendable que las consultas de control prenatal se lleven a cabo en el primer nivel de atención, con las siguientes medidas de prevención:

- Espaciar la frecuencia de las consultas y reducir el número de personas citadas por día, conforme al siguiente esquema (si no inicia el control prenatal en el primer trimestre, no es necesario agendar citas adicionales):

CONSULTA	SEMANA DE GESTACIÓN (aproximado)
1	Primer trimestre
2	20
3	28
4	32
5	36
6	38

- Priorizar en la consulta prenatal la atención de mujeres con embarazo de alto riesgo, para quienes se debe mantener la programación de consulta prenatal completa y valorar cuidadosamente si requiere atención en un segundo nivel (o “Módulo Mater”).
- Si acude acompañada por algún familiar, esta persona deberá esperar afuera de la unidad, manteniendo la sana distancia.
- El personal de salud buscará de manera intencionada, factores de riesgo y sintomatología para sospecha de COVID-19.
- Ante la presencia de síntomas, solicitar que realice lavado de manos y colocar cubrebocas a la paciente y familiar (si estuviera presente)
- Definir y señalar desde el acceso al establecimiento, una ruta de traslado interno para la atención de personas que acuden con síntomas respiratorios. De ser posible, ubicar un consultorio lo más cercano a la entrada.
- Los casos sospechosos permanecerán en aislamiento domiciliario por 14 días y podrán retomar las consultas si el cuadro respiratorio se ha resuelto.
- La sospecha e identificación de influenza sigue siendo prioritaria. Ante la sospecha de influenza y de acuerdo con vigilancia epidemiológica, continuar con las recomendaciones terapéuticas para mujeres embarazadas (incluyendo la indicación para oseltamivir).
- La vacuna contra la influenza está indicada tanto para las mujeres embarazadas, como para el personal de salud.

Información para las mujeres embarazadas y población que acude a control prenatal:

- a) Insistir en las medidas de higiene a implementar en el hogar (cuidado personal, evitar compartir utensilios del hogar con otras personas, higiene de alimentos, superficies y espacio físico), las medidas de sana distancia e indicar el aislamiento domiciliario voluntario.
- b) Si está disponible en casa, recomendar la toma semanal de presión arterial, llevar el registro escrito y acudir a la unidad si presenta presión arterial mayor a 130/90.
- c) No automedicarse.
- d) Reforzar signos de alarma en el embarazo y entregarlos por escrito.

- e) Datos de alarma en caso de síntomas respiratorios para favorecer una búsqueda de atención médica oportuna, al tener dos o más de los siguientes datos: fiebre mayor a 38°C, cefalea, tos.
- f) No acudir a consulta de atención prenatal si presenta síntomas respiratorios y permanecer en aislamiento domiciliario por 14 días.
- g) Acudir al hospital ante la presencia de datos de alarma respiratorios u obstétricos (Indicar la unidad hospitalaria, según el caso). Si es posible, establecer comunicación vía telefónica con la unidad de salud para dar seguimiento.
- h) De ser posible, no utilizar transporte público para acudir a las consultas o al hospital, sobre todo si presenta síntomas respiratorios. Si requiere utilizarlo y tiene síntomas respiratorios, utilizar cubrebocas durante el traslado.

2. Atención del trabajo de parto, parto y de la persona recién nacida.

El modo de nacimiento debe ser individualizado en función de las indicaciones obstétricas y con respeto de los derechos humanos, perspectiva de género e interculturalidad, así como apego al consentimiento informado.

El manejo obstétrico de cada caso debe responder a variables como la edad gestacional, la presencia de comorbilidades y la evaluación continua de la condición materna y fetal, de acuerdo con las siguientes pautas de tratamiento:

- La mayoría de las infecciones son leves a moderadas, por lo que generalmente no requieren la interrupción del embarazo.
- La indicación para cesárea deberá tomarse cuando esté medicamente justificada y fundamentarse adecuadamente en el expediente clínico.
- En casos severos con datos de falla orgánica, insuficiencia respiratoria, sepsis severa se valorará la interrupción de la gestación.
- En casos sospechosos o confirmados con trabajo de parto espontáneo, el personal de salud deberá prepararse para la reanimación neonatal y probable traslado a unidad de terapia intermedia o intensiva.

Para el ingreso a unidad tocoquirúrgica o unidad de atención obstétrica en primer nivel:

- Realizar filtro de supervisión al ingreso y en sala de espera.

- Limitar el número de familiares en sala de espera a un acompañante por paciente, asegurando la sana distancia.
- Proveer agua y jabón o alcohol en gel para el lavado frecuente de manos en la sala de espera.
- Reconocer factores de riesgo y sintomatología para sospecha de COVID-19.
- Entregar bata desechable y pasar a baño para lavado de manos, retiro de ropa interior y colocación de bata para revisión física.
- Valorar condición materna y fetal.

Ante la sospecha de infección por COVID-19:

- Colocar cubrebocas a personas que acudan con síntomas respiratorios desde el momento en que ingresan al establecimiento y verificar que se realice lavado o higiene de manos.
- Definir ruta para la atención de personas que acuden con síntomas respiratorios y trabajo de parto inminente, la cual deberá ser señalada desde la entrada al establecimiento.
- Aplicar medidas de prevención en el traslado al interior de la unidad.
- Establecer precauciones de gotas y contacto.
- Valorar la posibilidad de traslado oportuno y seguro a una unidad de reconversión para pacientes con COVID-19.

Información para la población:

- a) Las principales inquietudes se relacionan con las restricciones para la visita de los familiares, lo cual deberá explicarse a las mujeres y familiar acompañante en el momento del ingreso.
- b) Informar periódicamente a los familiares sobre la condición de las mujeres y de la persona recién nacida.

3. Atención del aborto seguro

No hay datos de que la infección por COVID-19 aumente el riesgo de aborto en el primer o segundo trimestres, sin embargo, se sabe que entre 8 y 12% de los embarazos considerados normales culminan en un aborto.

En este sentido, la atención integral del aborto seguro incluye el manejo de diversas situaciones clínicas entre las que se encuentran el aborto incompleto y la pérdida gestacional del primer trimestre (huevo muerto retenido). De acuerdo con la evidencia internacional, ambos diagnósticos, sin complicaciones adicionales, pueden ser manejados de manera ambulatoria con medicamento.

La implementación de la atención ambulatoria permite otorgar el servicio mediante la consulta inicial en urgencias, otorgando el tratamiento para autoadministración, acompañado de consejería, indicaciones y signos de alarma. De ser posible, se puede acordar un medio de comunicación vía telefónica para seguimiento.

4. Atención en el puerperio, egreso hospitalario y lactancia.

Las principales recomendaciones son el egreso hospitalario temprano, si la condición de la mujer y de la persona recién nacida lo permiten, y el aislamiento preventivo en domicilio por 14 días.

Durante la estancia hospitalaria en el puerperio inmediato se deberán implementar medidas de prevención y mitigación:

- Aislamiento de casos sospechosos.
- Favorecer la sana distancia, reduciendo el número de camas por área.
- Contar con personal de enfermería para apoyo en las salas de alojamiento conjunto.
- El contacto persona a persona solo está permitido entre la mujer y su hija(o).
- Las visitas de familiares deberán suspenderse.
- Verificar se encuentren disponibles los insumos para lavado de manos, así como alcohol gel a concentración superior a 60% para promover higiene de manos.

El análisis de la morbilidad y mortalidad materna en México ha orientado a la relevancia del seguimiento durante el puerperio, estimando necesarias dos visitas posparto. Dado que la indicación principal es el aislamiento domiciliario preventivo,

será necesaria la valoración de cada caso. De manera general, se ha recomendado una consulta en el primer nivel de atención, a las dos semanas, para realizar una valoración integral con énfasis en la vigilancia de la tensión arterial, síntomas de vasoespasmo, revisión de herida quirúrgica (en caso de cesárea o cirugía abdominal) y descartar datos de infección posparto. De no existir complicaciones, el resto de las consultas pueden diferirse.

Lactancia materna

El inicio temprano de la lactancia, la alimentación exclusiva al seno materno durante los primeros seis meses y complementaria hasta los dos años de edad, son factores de protección para las personas recién nacidas y conllevan múltiples beneficios para las madres y sus hijas e hijos. Por ello, la Secretaría de Salud ha implementado diversas estrategias para promover y apoyar la lactancia materna, en conformidad con las evidencias y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

No hay evidencia de transmisión del COVID-19 a través de la leche materna, por lo que se recomienda que la lactancia sea iniciada y mantenida aún en caso de infección confirmada, desde que la madre desee amamantar y esté en condiciones clínicas adecuadas para hacerlo. Las medidas de prevención para reducir el riesgo de transmisión del virus a través de gotitas respiratorias durante el contacto físico y la lactancia son:

Para madres sospechosas o confirmadas con COVID-19 que se encuentren en aislamiento en domicilio:

- Lavar las manos durante por lo menos 20 segundos antes de tocar al bebé o antes de retirar la leche materna (extracción manual o en la bomba extractora).
- Utilizar una bata limpia mientras amamante, dejándola exclusivamente para este momento y lavándola frecuentemente.
- Usar cubrebocas durante las tomas (cubriendo completamente nariz y boca) y evitar hablar o toser.

- Si tose o estornuda, deberá cambiar el cubrebocas inmediatamente y lavar las manos nuevamente.
- Se debe considerar la posibilidad de solicitar la ayuda de alguien que esté saludable para apoyar a la mujer, quien deberá de seguir las medidas de prevención de infecciones, con énfasis en higiene de manos y utilizar cubrebocas.
- Seguir rigurosamente las recomendaciones para limpieza de las bombas de extracción de leche después de cada uso.

Para madres sospechosas o confirmadas con COVID-19 que se requieran hospitalización, hay dos escenarios posibles:

1. **Alojamiento conjunto:** la madre y la persona recién nacida permanecen en la misma habitación, aisladas de otras pacientes.
 - Colocar la cuna a 1.5 metros de la cama de la madre.
 - Implementar las medidas para lactancia en domicilio, antes mencionadas.
 - Asegurar existencia de insumos para lavado de manos o higiene de manos.
 - Idealmente, permitir el apoyo de un familiar sano, quien deberá seguir las precauciones de gotas y contacto.
2. **Separación temporal:** Solamente si las condiciones de salud de la madre o la persona recién nacida no permiten el alojamiento conjunto o es imposible realizar las adecuaciones en el establecimiento.
 - Alentar a iniciar o continuar la lactancia materna, mediante extracción de leche y apoyo por personal de salud.
 - Proporcionar extractor de leche materna y realizar las medidas de higiene personal y del aparato.
 - Contar con las condiciones para preservación de leche materna.
 - Apoyo para iniciar o continuar la lactancia al ser dados de alta: técnica adecuada, libre demanda y medidas de higiene y prevención.

De acuerdo con la OMS y la OPS, en caso de que el estado clínico de la madre no permita el amamantamiento o la extracción de leche materna, se recomienda alternativas que permitan sostener la alimentación con leche humana o en su

defecto, con sustitutos apropiados de la leche materna, informados por el contexto cultural, la aceptabilidad de la madre y la disponibilidad del servicio.

Bancos de leche humana

- Deberán continuar en servicio haciendo énfasis en las medidas preventivas y de seguridad.
- La donación de leche humana podrá realizarse verificando que se cumplan todas las medidas de higiene durante la extracción, almacenamiento y manejo, apoyadas por personal de salud.
- Las mujeres con sospecha o confirmación de COVID-19, no podrán donar leche humana debido a las medidas de aislamiento.

Tamiz metabólico y auditivo neonatal

En la atención de las personas recién nacidas sin complicaciones y de mujeres aparentemente sanas, es posible programar la consulta para revisión y toma de muestra para tamiz metabólico y auditivo neonatal. Éste deberá realizarse en hospitales que no entren en el plan de reconversión, asegurando las medidas de prevención y mitigación, o bien, valorar el traslado del material y el personal capacitado a unidades de primer nivel enfocados en atención de la salud materna y neonatal.

Para las personas recién nacidas de madres sospechosas o confirmadas, se deberá valorar el egreso, seguimiento y consultas subsecuentes, según el caso.

Información para la población

- a) El aislamiento en el puerperio puede tener repercusiones a nivel físico mental y social, por lo que se deberá informar ampliamente sobre estas medidas, incluyendo la difusión de líneas telefónicas para apoyo en salud materna, salud mental y prevención de violencia.
- b) Contar con el apoyo de una persona sana para el cuidado de la mujer y de la persona recién nacida.

- c) No recibir visitas durante el periodo de aislamiento preventivo en domicilio. Proveer a la mujer alternativas para mantener comunicación con su red de apoyo, como el contacto vía telefónica, señalando la importancia de este apoyo continuo.
- d) Para minimizar los riesgos de transmisión y agravamiento, en casos de sospecha o confirmación de infección por COVID-19, el acompañante deber ser, idealmente, una persona que ya estuvo en contacto con el paciente en los días previos al parto y que no presente síntomas o factores de riesgo para desarrollar COVID-19.
- e) Brindar información completa sobre datos de alarma para complicación obstétrica, complicaciones en la persona recién nacida y síntomas respiratorios.
- f) Informar a la madre y familiares los sitios y horarios, donde se llevarán a cabo las acciones preventivas con la persona recién nacida. (toma de tamiz metabólico y auditivo neonatal).

5. Medidas en el traslado intra e interhospitalario

- Avisar al área o a la unidad receptora y confirmar que cuentan con las condiciones para recepción de pacientes.
- Colocar cubrebocas y ropa limpia a la paciente durante el traslado. El paciente NO requiere mascarilla N95.
- El personal que traslada a la paciente y que la recibe deberá de utilizar el equipo de protección personal apropiado, conforme a lineamientos de proceso de prevención y control de infecciones.
- En caso de utilizar elevadores no se permitirá ingresen durante el traslado otras personas fuera del equipo de atención que acompaña a la paciente.
- Realizar desinfección de superficies utilizadas para el traslado.
- En caso de traslados entre hospitales, se deberá de desinfectar la ambulancia siguiendo las recomendaciones de limpieza y desinfección antes y después del uso de la unidad.
- En casos confirmados se deberán valorar los beneficios de realizar el traslado.

Para más información consultar:

- » “Lineamiento para la atención de pacientes por COVID-19”
- » “Proceso de prevención de infecciones para las personas con COVID-19 (enfermedad por SARS-COV-2). Contactos y personal de salud”.
- » “Lineamiento de reconversión hospitalaria”

6. Líneas telefónicas disponibles

Se deberá informar continuamente a la población sobre la disponibilidad de las líneas telefónicas para orientación en general, así como determinar la necesidad de acudir a un servicio de urgencias.

En caso de presentar síntomas, datos de alarma o dudas sobre COVID-19:

- Unidad de Inteligencia Epidemiológica y Sanitaria: **800 00 44 800**
- Línea directa COVID-19 por entidad federativa:
<https://coronavirus.gob.mx/contacto/#directorio>

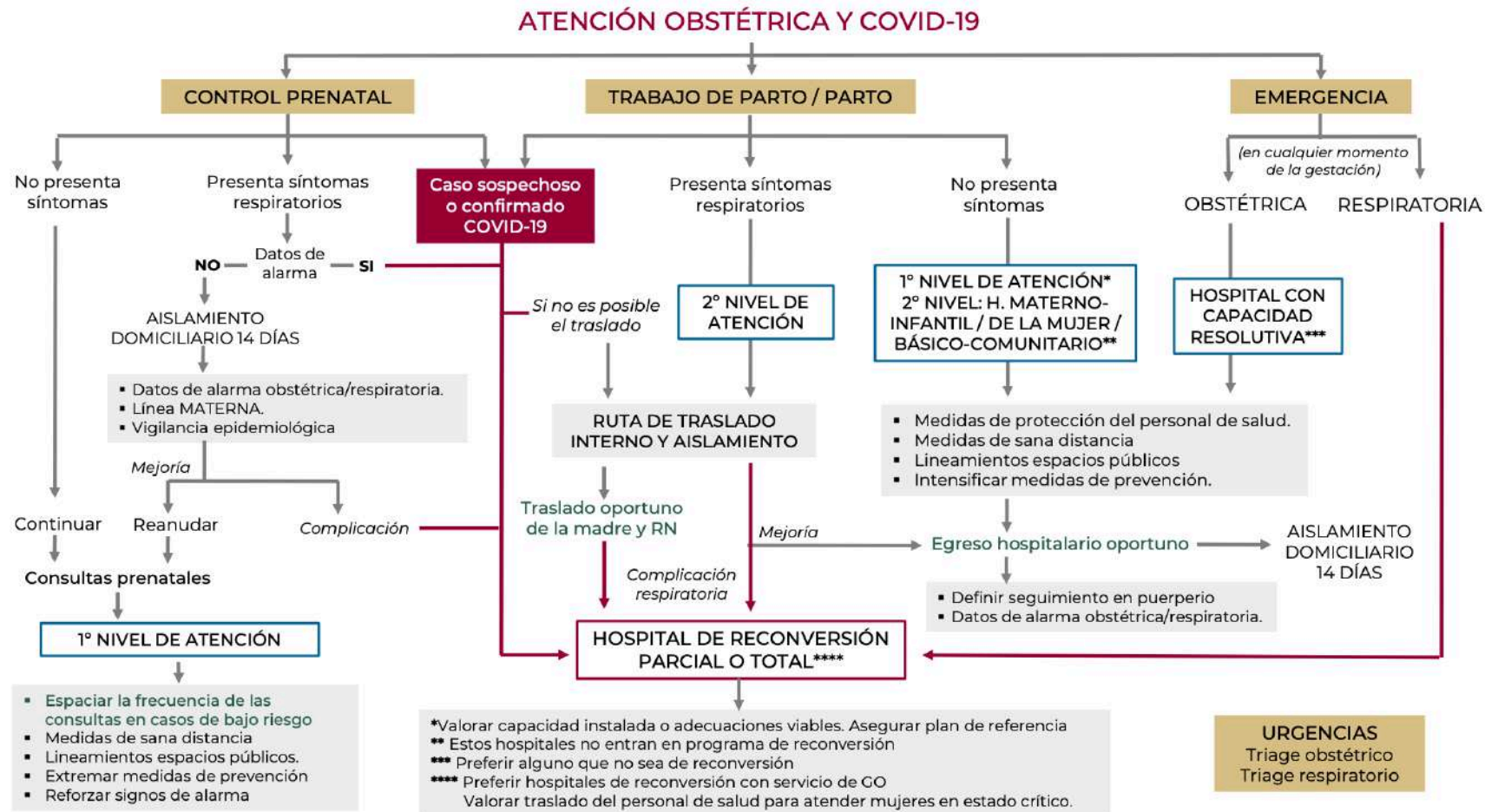
Información relacionada con salud sexual y reproductiva:

- Línea MATERNA: **800 628 37 62 (MATERNA)**. Información sobre signos de alarma en el embarazo, atención de emergencias obstétricas, orientación para atención en el embarazo, parto y puerperio, apoyo en lactancia materna.
- Planifica TEL: **800 624 64 64**. Sistema de atención del Consejo Nacional de Población y el Instituto Mexicano del Seguro Social que otorga información sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos, de manera confidencial y personalizada.

Para orientación relacionada con salud mental y prevención o atención de la violencia:

- **Línea de la vida: 800 911 20 00.** Orientación relacionada con la Estrategia Nacional de Prevención de Adicciones (ENPA), en situaciones de salud mental relacionadas con el coronavirus SARS-COV-2 (COVID-19), apoyo en casos de violencia.
- **9-1-1.** Además de ser la línea para atención de emergencias en general, tiene capacidad para atender los casos de violencia familiar y de género y para canalizar a las personas en situación de violencia a las instancias de ayuda correspondientes.

7. Flujograma de atención obstétrica



Referencias / Documentos de consulta:

Nacionales

Gobierno de México / Secretaría de Salud / Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (2020) Lineamiento para la atención de pacientes por COVID-19. Fecha: 14 de febrero de 2020.

Gobierno de México (2020) Lineamiento general para la mitigación y prevención de COVID-19 en espacios públicos cerrados. Fecha: marzo, 2020.

Gobierno de México / Secretaría de Salud (2020) Proceso de prevención de infecciones para las personas con COVID-1 (enfermedad por SARS-COV-2). Contactos y personal de salud. Fecha: marzo, 2020.

Gobierno de México / Secretaría de Salud (2020) Lineamiento estandarizado para la vigilancia epidemiológica y por laboratorio de COVID-19. Fecha: marzo, 2020.

Secretaría de Salud (2020) Lineamiento de Reconversión Hospitalaria. Fecha: 5 de abril, 2020.

Internacionales

American College of Obstetrics and Gynecologists (2020)

- » COVID-19 FAQs for Obstetrician-Gynecologists, Obstetrics
<https://www.acog.org/clinical-information/physician-faqs/covid-19-faqs-for-ob-gyns-obstetrics>
- » Committee Opinion 726 Hospital Disaster Preparedness for Obstetricians and Facilities Providing Maternity Care
- » Outpatient Assessment and Management for Pregnant Women With Suspected or Confirmed Novel Coronavirus (COVID-19)

Center for Disease Control and Prevention, CDC (2020) Pregnancy and Breastfeeding. Information about Coronavirus Disease 2019. Última revisión: 3 de abril de 2020.

Chen, H. *et al* (2020) 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.

Fundación Internacional de Medicina Materno-Fetal (2020) Guía provisional de la FIMMF para la Embarazada con Infección por Coronavirus – COVID 19. Información para profesionales de salud. Fecha: marzo 2020.

Ministerio de Salud de Costa Rica (2020) Lineamientos generales sobre lactancia materna y COVID-19. Versión 1. Fecha: 19 de marzo de 2020.

Organización Panamericana de la Salud (2020) COVID-19: Recomendaciones para el cuidado integral de mujeres embarazadas y recién nacidos. Fecha: 27 de marzo de 2020.

Royal College of Obstetrics and Gynecologists (2020) Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy. Information for healthcare professionals. Versión 6 Fecha: 3 de abril de 2020.

Schwartz, D. (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* In-Press.

<https://doi.org/10.5858/arpa.2020-0901-SA>

World Health Organization (2020) Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected. Interim guidance. Fecha: 13 de marzo de 2020.

World Health Organization (2020). COVID-19: Operational guidance for maintaining essential health services during an outbreak. Interim guidance. Fecha: 25 de marzo de 2020.

Zhu, H. *et al* (2020) Clinical analysis of 10 neonates born to mothers with 2019-nCoV Pneumonia. *Transl Pediatr* 2020;9(1):51-60 | <http://dx.doi.org/10.21037/tp.2020.02.06>

GOBIERNO DE MÉXICO

