

# PROTOCOLO DE MANEJO DE CASOS SARS-CoV-2 (COVID-19) EN GESTANTES, PUÉRPERAS Y/O DIADAS

2020

Subsecretaría de Salud Pública- Subsecretaria de Redes Asistenciales

División de Prevención y Control de Enfermedades | Departamento de Ciclo Vital

División de Gestión de la Red Asistencial | Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria

División de Atención Primaria | Departamento de Gestión de Cuidados



Documento elaborado por el **Departamento de Ciclo Vital de la División de Prevención y Control de Enfermedades** en conjunto con **Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria** y **Departamento de Gestión de Cuidados**.

Se cuenta con la colaboración y revisión de profesionales de la Sociedad Científica Chilena de Pediatría y Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología.

Este Protocolo puede sufrir actualizaciones de acuerdo a situación epidemiológica del País.

Este Protocolo se complementa con Medidas de Prevención de Infección por COVID-19 en Unidades de Neonatología.

Subsecretaría de Salud Pública- Subsecretaria de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud. 18 de marzo de 2020.

Documento en revisión. Prohibida su reproducción total o parcial.



## CONTENIDO

|                                                                       |    |
|-----------------------------------------------------------------------|----|
| I. ASPECTOS GENERALES DEL DOCUMENTO                                   | 4  |
| OBJETIVO                                                              | 4  |
| ALCANCE                                                               | 4  |
| GLOSARIO                                                              | 5  |
| CONTEXTO                                                              | 5  |
| II. GENERALIDADES SOBRE EL DIAGNÓSTICO DE CASOS                       | 7  |
| DEFINICIÓN DE CASO                                                    | 7  |
| CONSIDERACIONES GENERALES                                             | 7  |
| GENERALIDADES DE LA INFECCIÓN POR SARS-CoV 2 (COVID-19) EN GESTANTES: | 9  |
| III. RECOMENDACIONES DE MANEJO CLÍNICO                                | 11 |
| MEDIDAS GENERALES                                                     | 11 |
| CONSULTA DE URGENCIA GINECO-OBSTÉTRICA                                | 12 |
| HOSPITALIZACIÓN EN ALTO RIESGO OBSTÉTRICO (ARO)                       | 13 |
| ATENCIÓN DURANTE EL TRABAJO DE PARTO                                  | 14 |
| ATENCIÓN DURANTE EL PARTO                                             | 15 |
| ATENCIÓN EN PABELLÓN                                                  | 17 |
| ATENCIÓN EN RECUPERACIÓN OBSTÉTRICA (PUERPERIO INMEDIATO)             | 18 |
| ATENCIÓN EN PUERPERIO                                                 | 18 |
| ALTA HOSPITALARIA                                                     | 19 |
| EDUCACIÓN                                                             | 20 |
| IV. ANEXOS                                                            | 22 |
| V. REFERENCIAS                                                        | 25 |

## **I. ASPECTOS GENERALES DEL DOCUMENTO**

---

### **OBJETIVO GENERAL**

Establecer recomendaciones para la atención oportuna de las gestantes, puérperas y/o diadas que acudan en forma espontánea y/o derivadas a consulta de Obstetricia y Ginecología en los casos con sospecha o confirmación de COVID-19.

### **OBJETIVO ESPECÍFICOS**

Establecer recomendaciones específicas para el personal de salud que atiende a las gestantes, puérpera y/o diada con caso sospechoso o confirmado de COVID-19.

Determinar el manejo clínico ambulatorio de gestantes, puérperas y/o diadas con caso confirmado o sospechoso de COVID-19.

Determinar el manejo clínico de gestantes, puérperas y/o diadas hospitalizadas en los Servicios de Obstetricia y Ginecología con caso confirmado o sospechoso de COVID-19.

### **ALCANCE**

El siguiente protocolo establece las recomendaciones para una atención oportuna, segura y de calidad a las gestantes, puérperas y/o diadas y su entorno familiar, así como también, al personal de salud que atiende esta población.

---

## GLOSARIO

**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**ESPII:** Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional.

**MINSAL:** Ministerio de Salud.

**COVID-19:** Enfermedad por Coronavirus 2019.

**IRAG:** Infección Respiratoria Aguda Grave.

**APS:** Atención Primaria de Salud.

**SARS:** Síndrome Respiratorio Agudo Severo.

**EPP:** Elementos de Protección Personal.

**ISP:** Instituto de Salud Pública.

**SAIP:** Sala Atención Integral de Parto.

**RN:** Recién Nacido.

**CDC:** Center of Disease Control and Prevention ( Centro de Control y Prevención de Enfermedades).

**LM:** Lactancia Materna.

## CONTEXTO



El 31 de diciembre de 2019, las autoridades de salud de China notificaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS) un brote infección respiratoria aguda asociado a un nuevo coronavirus. Este nuevo virus, es una cepa particular que no había sido identificada previamente en humanos, por lo que existe poca información sobre la historia natural de la enfermedad, epidemiología e impacto clínico. La infección respiratoria causada por este nuevo virus ha sido denominada SARS-Cov-2. La enfermedad causada por este nuevo virus se ha denominado por consenso internacional COVID-19 [1,2].

El virus rápidamente comenzó a propagarse desde Wuhan, provincia de Hubei - China, hacia otras provincias y países aledaños. Debido al aumento súbito de casos y de países afectados, el 30 de enero de 2020, el Director General de la OMS declaró que el brote de COVID-19 constituye una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) [3].

A nivel mundial, al 18 de marzo de 2020 se han confirmado 211.853 casos de COVID-19, con 8.724 fallecidos [4].

El 11 de marzo de 2020, El Director de la Organización Mundial de la Salud declaró el actual brote de COVID-19 como Pandemia, dada la alta propagación del virus a nivel global [5].

El 14 de marzo de 2020, el Ministro de Salud de Chile, Dr. Jaime Mañalich Muxi, declara que el país entra a fase 3 dado que se ha perdido la trazabilidad de todos los casos, lo que incrementa el riesgo de contagio[6].

El 16 de marzo de 2020, el Presidente de la República, Sr. Sebastián Piñera Echeñique, declara que el país entra a fase 4, dado que existen lugares de Chile donde el virus circula libremente [7].

Las medidas que se van tomando dependen de la situación y la fase epidemiológica del virus en el país, que se califican en 4 fases:

|               |                                                                          |                                                                |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <b>Fase 1</b> | País sin casos                                                           | <b>Etapas de<br/>contención</b>                                |
| <b>Fase 2</b> | País con casos, importados o detectados localmente, con trazabilidad     |                                                                |
| <b>Fase 3</b> | País con <i>clusters</i> de casos en tiempo, lugar o exposición en común | <b>Etapas de<br/>mitigación: foco en<br/>atención clínica.</b> |
| <b>Fase 4</b> | País con gran brote comunitario de transmisión local                     |                                                                |

(\*) Las etapas de contención y mitigación se pueden desarrollar simultáneamente

## II. GENERALIDADES SOBRE EL DIAGNÓSTICO DE CASOS

---

### DEFINICIÓN DE CASO

De acuerdo al Ord. N° 748 del 06 de marzo del 2020 [8], Ministerio de Salud de Chile, se define los siguientes casos:

#### Caso sospechoso

- A. Paciente con enfermedad respiratoria aguda (fiebre y al menos un signo o síntoma de enfermedad respiratoria) y con ninguna otra etiología que explique completamente la presentación clínica y con historia de viaje o residencia en un país/área o territorio que reporta transmisión local de COVID-19 durante los 14 días previos al inicio de síntomas.
- B. Paciente con cualquier enfermedad respiratoria aguda y que haya estado en contacto con un caso confirmado o probable de COVID-19 en los 14 días previos al inicio de síntomas
- C. Paciente con infección respiratoria aguda grave (que presente fiebre, tos y dificultad respiratoria) que requiera hospitalización y con ninguna otra etiología que explique completamente la presentación clínica.

**Caso probable:** Caso sospechoso en que el panel de coronavirus inespecífico resultó “positivo”, junto a un resultado “no concluyente” para la prueba específica para COVID-19.

**Caso Confirmado:** Caso sospechoso en que la prueba específica para COVID-19 resultó “Positivo”.

Para fines de estas recomendaciones, se considerará **Recién Nacido (RN) Sospechoso** aquel que incluye el antecedente materno de infección dentro los 14 días previos y 28 días posteriores al parto. También se considera sospechoso si ha estado en contacto directo con algún infectado. No es necesario que tenga síntomas para sospechar la infección.

Esta definición puede ser modificada, de acuerdo a contexto epidemiológico-clínico, por lo cual, consultar frecuentemente la página web [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl) la definición actualizada.

### CONSIDERACIONES GENERALES

En el escenario actual, se recomienda a la red nacional de epidemiología y a los equipos de salud reforzar las medidas de detección precoz de casos sospechosos; según la definición de caso vigente; realizar la identificación de contactos para el seguimiento epidemiológico y asegurar la toma

---

adecuada de las muestras clínicas requeridas, con envío oportuno al laboratorio local y al Instituto de Salud Pública de Chile (ISP), con el objetivo de implementar y financiar oportunamente las medidas de salud pública [9].

A los equipos de salud, reforzar la aplicación de precauciones estándar en la atención clínica de pacientes con síntomas respiratorios y capacitar permanentemente sobre el correcto uso de los elementos de protección personal (EPP), reduciendo el traslado de la usuaria a lo estrictamente necesario.

Los estándares para el aislamiento de estas usuarias, según la OMS y MINSAL son los siguientes [10]:

**Precauciones estándar:**

- Higiene de manos
- Uso de Equipo de Protección Personal (EPP) adecuado: gorro, guantes de nitrilo, mascarilla.
- Prácticas de seguridad de inyección
- Gestión segura de residuos
- Limpieza ambiental y esterilización de equipos de atención al paciente.

**Precauciones ante riesgo por contacto y gotitas:**

- Aislamiento de pacientes
- Ventilación adecuada (lo que se considera adecuado para salas generales con ventilación natural es 60 L / s por paciente)
- EPP: Uso de mascarilla tipo quirúrgico más protección ocular (antiparras o escudo facial transparente que protege desde los ojos hasta bajo el mentón (si se usa escudo no se requiere mascarilla), delantal de manga larga impermeable y guantes (después de la atención al paciente quitar y desechar todos los EPP y realizar higiene de las manos).

**Precauciones ante riesgo de transmisión aérea y para procedimientos generadores de aerosoles:**

- Ventilación del sitio donde se realiza el procedimiento (para ventilación natural: flujo de aire de al menos 160 L / s por paciente o en salas de presión negativa con al menos 12 cambios de aire por hora y dirección controlada de flujo de aire cuando se usa ventilación mecánica).
  - EPP: respirador para partículas (N95, FFP2 o equivalente), protección para los ojos (antiparras o escudo facial), guantes limpios, no estériles, uso de delantal impermeable de mangas largas para los procedimientos que se espera que tengan altos volúmenes de fluido.
  - En todos los casos: después de la atención al paciente, se debe quitar y desechar todos los EPP y realizar la higiene de las manos.
  - Se necesita un nuevo conjunto de EPP cuando se brinda atención a un paciente diferente.
- 

## **GENERALIDADES DE LA INFECCIÓN POR SARS-CoV 2 (COVID-19) EN GESTANTES:**

Según la evidencia científica disponible, el manejo clínico de las gestantes con COVID-19 es de soporte, y no considera grandes diferencias respecto a la población general. De esta manera el enfoque para la prevención, evaluación, diagnóstico y tratamiento de las gestantes, puérperas y/o diadas con sospecha de COVID-19 debe ser similar a la población general.

En base a datos limitados y casos de coronavirus observados previamente (SARS-CoV y MERS-CoV), y un pequeño número de casos de COVID-19, se cree que las mujeres embarazadas podrían tener un mayor riesgo de enfermedad, morbilidad o mortalidad severas en comparación con la población general, debido a los cambios fisiológicos propios de la gestación.

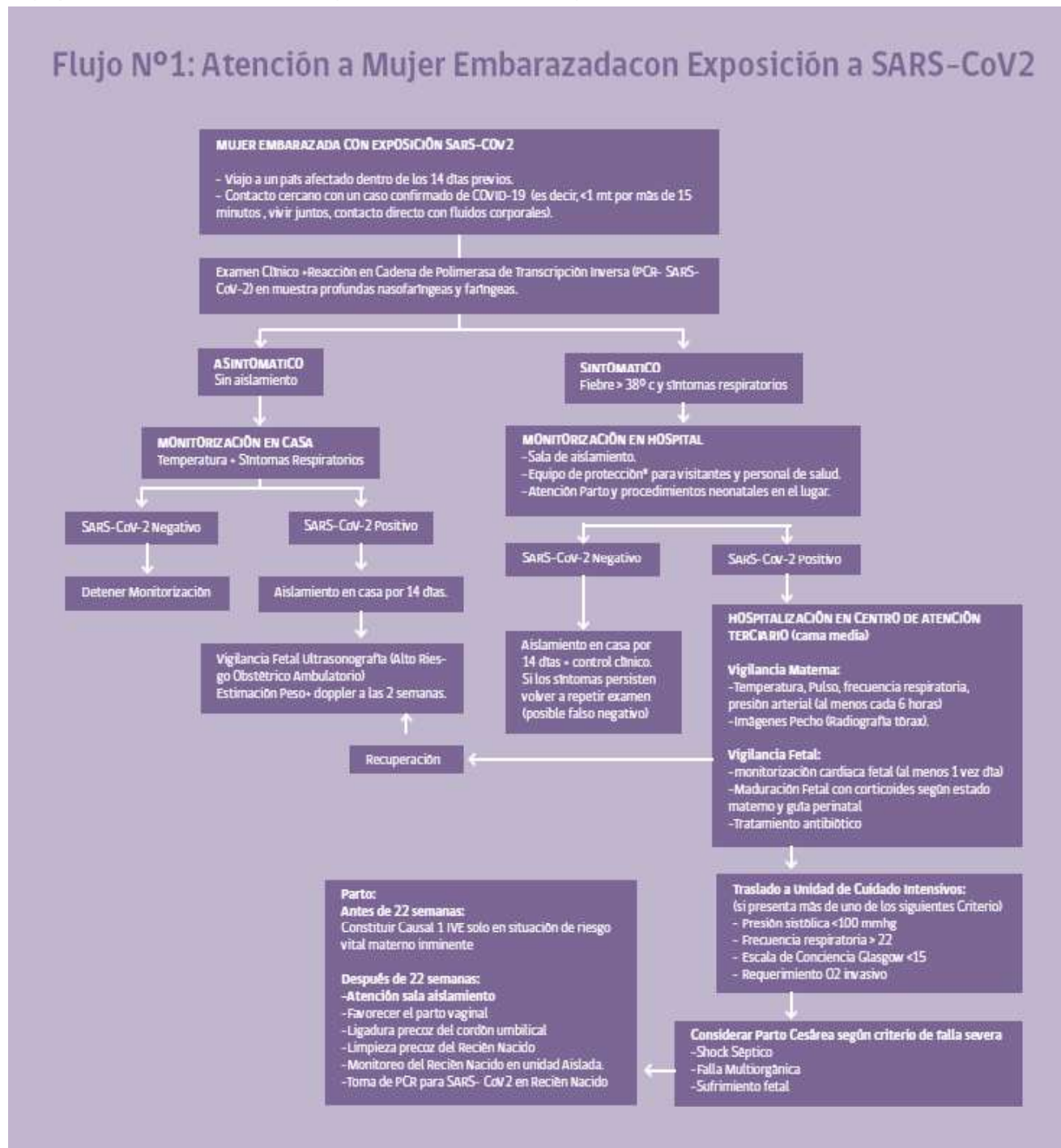
Históricamente, las embarazadas han sido afectadas en forma más severa frente a brotes de infecciones respiratorias en comparación a mujeres de grupos etarios similares no embarazadas; en situaciones tales como, la epidemia de influenza en 1918, la epidemia Asiática de Influenza (1957-1958), y más recientemente en la pandemia de H1N1 del 2009 y de SARS-2003 (cabe recordar que SARS-COV también es un coronavirus y comparte el 85% de la secuencia genómica con COVID-19) [11, anexo 1].

Respecto de la transmisión perinatal, existen estudios recientes donde se han estudiado muestras de líquido amniótico, sangre de cordón umbilical, hisopado faríngeo del recién nacido y leche materna que resultaron negativas para COVID-19, por lo que no se cuenta con evidencia suficiente que determine la transmisión vertical de COVID-19 durante el embarazo [12,13]. Como se mencionó anteriormente, es importante señalar que dado el parecido genómico con SARS-COV, donde no hubo casos reportados de transmisión materna fetal durante el brote, es de esperar un comportamiento similar.

Hasta el momento, en algunas embarazadas positivas para COVID-19 se han reportado casos de partos prematuros, sin embargo, esta información se basa en datos limitados y no está claro que estos, sean producto de la infección materna por dicho virus [14].



## Flujograma N°1: Atención a Mujer Embarazada con Exposición a SARS-CoV2.



Favre G, Et al; Guidelines for pregnant women with suspected SARS-CoV2 Infection. Lancet Infectious Diseases 2020; Published online march 3. [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30157-2](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30157-2)

\*Cuadro Adaptado a la normativa y marco legal vigente en Chile.

### III. RECOMENDACIONES DE MANEJO CLÍNICO [15,16,17,18]

---

#### MEDIDAS GENERALES

Recomendaciones que deben otorgar los equipos de salud a las usuarias durante el embarazo y puerperio:

- No asistir a recintos educacionales o al trabajo en la medida de lo posible.
- No asistir a áreas públicas de forma innecesaria (malls, cines, parques, etc)
- Asistir a los establecimientos de salud sólo en caso de control prenatal habitual o consulta de urgencia Gineco-Obstétrica en caso de presentar alguno de los principales síntomas del COVID-19 tales como tos seca, fiebre sobre 38°C o dificultad respiratoria u otro síntoma (revisar anexo 1) o presentar algún signo de alarma propio del embarazo.
- No utilizar el transporte público en la medida de lo posible.
- Quedarse en casa y evitar visitas.
- Ventilar las habitaciones de manera periódica.
- Limitar los viajes a los estrictamente necesarios.

En el caso de embarazadas sanas que cursan su trabajo de parto y parto, se recomienda la hospitalización abreviada y visitas restringidas; esto para disminuir su exposición a contagiarse y al mismo modo evitar la propagación del virus.

En caso de dudas respecto a su situación comunicarse con Salud Responde, disponible las 24 horas del día al 600 360 7777 para su respectiva orientación.

El personal de salud no deberá transitar con uniforme de trabajo asistencial en la calle ni en medios de transporte, es decir, deberá diferenciar la ropa de tránsito versus el uniforme clínico.

## CONSULTA DE URGENCIA GINECO-OBSTÉTRICA

### *Recomendaciones de ingreso de caso sospechoso*

- Identificar precozmente a las gestantes que cumplen con definición de caso sospechoso de nuevo Coronavirus (COVID-19):
  - Admisionista o administrativa de SOME debe preguntar motivo de consulta a usuaria dirigiendo pesquisa a sintomatología (tos seca, fiebre y dificultad respiratoria). Consultar si ha tenido contacto con personas COVID-19 o con alguien con neumonía con etiología no aclarada. Entregar mascarilla a la usuaria inmediatamente e implementar medidas de seguridad, según el Ordinario N° 276 del MINSAL [21].
  - En el caso que la atención sea a una usuaria confirmada previamente, se debe utilizar mascarilla recomendada.
  - En el caso de que usuaria presente sintomatología o factores de riesgo, tales como los mencionados en casos sospechosos, se debe activar inmediatamente protocolo, dando aviso a profesional matró/a de turno del Triage, para que tome las precauciones de protección personal.
  - Profesional matró/a de Triage, corrobora sintomatología. Si procede como sospecha, debe ser atendida de forma prioritaria para minimizar su permanencia en el mismo espacio con otros pacientes.
  - Para el triage de urgencia y atención propiamente de la usuaria se debe disponer de un box individualizado y adaptado para la atención de casos, con el fin de disminuir la posibilidad de contagio de otras gestantes. Es decir, debe realizar la espera con medidas de aislamiento.
  - El médico Gineco-Obstetra realizará la evaluación clínica correspondiente y se tomará exámenes para nuevo coronavirus (muestra que será enviada según protocolo ministerial) y se obtendrá el resultado en el menor tiempo posible.
- Aplicar y reforzar medidas de precauciones estándar para funcionarios con atención directa, aislamiento de contacto más precauciones de gotitas, así mismo, reforzar higiene de manos antes y después de atender a una usuaria, así como también de superficies.
- Manejo de desechos y ropa de paciente con delantal y guantes.
- Usar material clínico y dispositivos médicos esterilizados y desinfectados, según corresponda.
- En el caso de usuaria sospechosa y que no requiera hospitalización; se debe entregar alta a domicilio en espera de confirmación por el ISP, con mascarilla, indicación de aislamiento domiciliario (cuarentena), medidas generales COVID-19 e informar que será contactada según protocolo [22], derivación a Unidad de Alto Riesgo Obstétrico de Atención Ambulatoria para Doppler de control a las 2 semanas. Adicionalmente se debe indicar consultar en urgencia en

caso de presentar la agudización de alguno de los principales síntomas de COVID-19 o algún signo de alarma propio del embarazo.

- Toda embarazada sospechosa o confirmada que no requiera manejo de cama crítica, debe ser hospitalizada en aislamiento en la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico (ARO).
- En caso de no contar con cama en sala individual, se debe implementar las medidas de aislamiento recomendadas [23].
- En casos sospechosos o confirmados que requieran hospitalización por criterios gineco-obstétricos o por compromiso del estado general por COVID-19, el traslado de la usuaria a la unidad de ARO se debe realizar con precauciones estándares más aislamiento de contacto y gotitas.
- En cuanto al personal, se sugiere estructurar los turnos de atención directa con un número mínimo necesarios de personas para las áreas de aislamiento de pacientes con sospecha o enfermedad por COVID-19.
- Se debe aplicar protocolo para el aseo y desinfección de la unidad, procurando que este proceso sea eficiente para el mayor tiempo de disponibilidad de los espacios físicos [20].

\* En los casos confirmados se debe notificar inmediatamente a través del referente de epidemiología del establecimiento y completar formulario correspondiente.

## **HOSPITALIZACIÓN EN ALTO RIESGO OBSTÉTRICO (ARO)**

- Se recomienda hospitalizar en pieza individual. En caso de no ser posible se debe implementar las medidas de aislamiento recomendadas.
- Se recomienda que la usuaria identifique a una persona sana que tendrá la autorización para visitarla durante el transcurso de la hospitalización. Esta visita será acotada de acuerdo a restricción horario determinada por cada establecimiento.
- Aplicar y reforzar medidas de precauciones estándar para funcionarios con atención directa, precauciones de gotitas (Higiene respiratoria gotas/aire), de contacto e higiene de manos y superficies.
- Manejo de desechos y ropa de paciente con delantal y guantes.
- Usar material clínico y dispositivos médicos esterilizados y desinfectados, según corresponda.
- Respecto del manejo clínico de la usuaria de Alto Riesgo Obstétrico durante su hospitalización, se debe realizar evaluación de la Unidad Feto Placentaria al menos cada 6 horas y monitorización fetal al menos una vez al día, en relación a la maduración pulmonar fetal debe realizarse según Guía Perinatal vigente [21]

- Todo equipamiento que se utilice para la atención de la paciente será de uso exclusivo. Los equipos que requieran ser compartidos (por ejemplo: monitor fetal) deberán ser sometidos a protocolos estrictos de desinfección.
- En cuanto al personal (matrón/a, TENS, auxiliar servicio), se sugiere estructurar los turnos de atención directa con un número mínimo necesarios de personas para las áreas de aislamiento de pacientes con sospecha o enfermedad por COVID-19.
- Se debe aplicar protocolo para el aseo y desinfección de la unidad, procurando que este proceso sea eficiente para el mayor tiempo de disponibilidad de los espacios físicos [18].

## ATENCIÓN DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

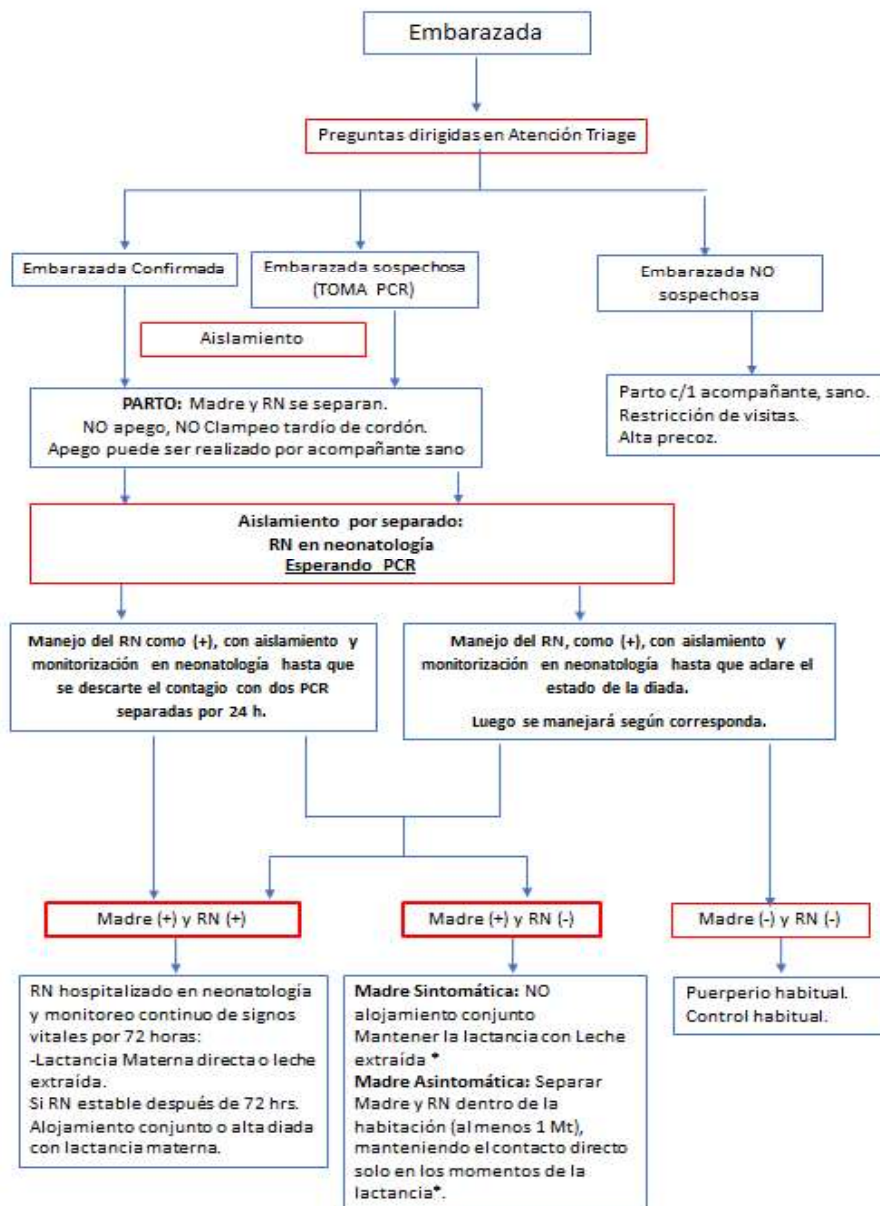
- Privilegiar el ingreso de las usuarias confirmadas y/o sospechosas para COVID-19 a SAIP, en caso de no contar con esta, el ingreso se realizará a la unidad de prepartos; en ambos casos se debe procurar mantener medidas estrictas de aislamiento (contacto y gotitas).
- En caso de contar con SAIP, la atención de la usuaria se realizará en esta sala hasta su puerperio inmediato.
- Desde el ingreso de una usuaria con COVID-19 confirmada o sospechosa, se debe comunicar y coordinar con equipo de Anestesia y Neonatología (Se tomará muestra para confirmación o descarte de COVID-19 al Recién Nacido)
- La atención de la usuaria desde su ingreso se deberá realizar por un solo equipo de atención por turno, tanto de médico gineco-obstetra, matrón/a y TENS.
- Se debe realizar monitorización horaria de signos vitales incluyendo saturación de oxígeno y frecuencia respiratoria.
- En caso de requerimiento de oxígeno terapia se debe administrar precozmente, iniciando con 5 litros por minuto y garantizar una saturación  $>94\%$  [17, 18].
- Se recomienda monitorización fetal continua.
- Según la evidencia científica disponible a la fecha, el tipo de parto será según la preferencia de la mujer cuando las condiciones materno-fetales lo permitan.
- Cabe la pena mencionar que el COVID-19 no modifica el manejo obstétrico estándar, incluyendo la analgesia y/o anestesia del parto.
- Sin perjuicio de lo anterior, se debe reducir al mínimo la necesidad de anestesia general o el uso de óxido nitroso, dado que existe el riesgo de mayor aerosolización y propagación del virus.
- Se debe mantener el acompañamiento significativo (1 persona sana) durante el trabajo de parto, manteniendo las precauciones estándar más aislamiento de contacto y gotitas.

- En cuanto al personal (matrón/a, TENS, auxiliar de servicio), se sugiere estructurar los turnos de atención directa con un número mínimo necesario de personas para las áreas de aislamiento de pacientes con sospecha o enfermedad por COVID-19.
- Se debe dar cumplimiento para protocolo para el aseo y desinfección de la unidad, procurando que este proceso sea eficiente para el mayor tiempo de disponibilidad de los espacios físicos [23].

## ATENCIÓN DURANTE EL PARTO

- Privilegiar el ingreso de las usuarias confirmadas y/o sospechosas para COVID-19 a SAIP
- En caso de contar con SAIP, la atención de la usuaria se realizará en esta sala hasta su puerperio inmediato.
- En caso de no contar con SAIP, se debe procurar ante el traslado desde sala de pre-partos a sala de parto, mantener todas las precauciones de aislamiento para evitar contagio.
- El número de personal en SAIP, pabellón y salas de partos debe ser el indispensable.
- En caso de un ingreso en parto inminente de una usuaria confirmada y/o sospechosa para COVID-19, NO olvidar coordinarse con Neonatología, (se tomará muestra para confirmación o descarte de COVID-19 al Recién Nacido)
- El equipo de salud (matrón/a, TENS, auxiliar de servicio), que atienda a la mujer en el parto, mantendrá estrictamente las precauciones estándares más aislamiento de contacto y gotitas.
- Se debe mantener el acompañamiento significativo (1 persona sana) durante el parto, manteniendo las precauciones estándar más aislamiento de contacto y gotitas, en todo momento.
- Realizar ligadura precoz del cordón umbilical.
- En el caso de éstas usuarias, no se recomienda el contacto piel con piel entre la madre y el recién nacido, por lo que podrá ser realizado por el acompañante significativo sano, elegido por la usuaria.
- En cuanto al personal (matrón/a, TENS, auxiliar de servicio), se sugiere estructurar los turnos de atención directa con un número mínimo necesarios de personas para las áreas de aislamiento de pacientes con sospecha o enfermedad por COVID-19.
- Se debe aplicar protocolo para el aseo y desinfección de la unidad, procurando que este proceso sea eficiente para el mayor tiempo de disponibilidad de los espacios físicos [23].

**Flujograma N°2:** Atención del Recién Nacido hijo de madre sospechosa o confirmada por COVID-19.  
Rama de Neonatología, Sociedad Chilena de Pediatría [19,20].



\* Medidas: Mascarilla y Lavado Manos.

Estas medidas puede variar de acuerdo a cuadro clínico presentado por ambos, condición local de cada centro y situación epidemiológica del momento.

Fuente: Creación Propia MINSAL- Rama Neonatología, Sociedad Chilena de Pediatría.

1. Si la madre a pesar de lo indicado decide hacer contacto piel a piel, lo hará con mascarilla y lavado estricto de manos. Se deberá dejar registro en la ficha clínica de la información entregada por el equipo de neonatología y la decisión de la mujer.
2. Se deberá dar pecho, de acuerdo a la evaluación de riesgo de contagio por COVID-19 por neonatología, tomando las medidas de protección tales como: uso de mascarilla y lavado de manos. En caso de no estar en condiciones de amamantar, la madre deberá extraerse leche realizando higiene de manos y procurando la esterilización del extractor (uso exclusivo) en caso de utilizarlo.
3. En el caso de Madre (+) y RN (-) Asintomática se realiza alojamiento conjunto y se indicará a la madre restringir el contacto con el recién nacido solo a los periodos de alimentación y se mantendrá la distancia recomendada (mínimo 1 mt) entre la cuna del RN y la madre. Dejando consignado en ficha clínica, dicha decisión.
4. Entregar información resumida a los padres o familiares de las medidas de aislamiento y preventivas.

**Todas estas medidas pueden cambiar según la evolución de la pandemia, aparición de nueva información y recomendaciones del CDC y MINSAL.**

## **ATENCIÓN EN PABELLÓN**

- El número de personal en pabellón debe ser el estrictamente indispensable.
  - Recordar comunicarse y coordinar con equipo de Neonatología el procedimiento quirúrgico (se tomará muestra para confirmación o descarte de COVID-19 al Recién Nacido).
  - El equipo de salud que atienda a la mujer durante la cirugía, debe utilizar precauciones estándares y aislamiento de contacto y gotitas.
  - Se recomienda ligadura precoz del cordón umbilical.
  - En el caso de éstas usuarias, no se recomienda el contacto piel con piel entre la madre y recién nacido, este podrá ser realizado por acompañante significativo sano, elegido por la usuaria.
  - Se debe mantener el acompañamiento significativo (1 persona sana) durante la cirugía, manteniendo las precauciones estándar más aislamiento de contacto y gotitas en todo momento.
  - Se debe procurar, ante el traslado desde el pabellón a la recuperación obstétrica, mantener todas las precauciones estándares más aislamiento de contacto y gotitas para evitar contagio durante el mismo.
  - Se debe aplicar protocolo para el aseo y desinfección de la unidad, procurando que este proceso sea eficiente para el mayor tiempo de disponibilidad de los espacios físicos [23].
- 

## ATENCIÓN EN RECUPERACIÓN OBSTÉTRICA (PUERPERIO INMEDIATO)

- Paciente atendida en SAIP, realiza su puerperio inmediato en la misma sala.
- En caso de no contar con SAIP, el postparto inmediato se realizará en recuperación obstétrica con las medidas de precaución estándar más aislamiento de gotitas y contacto. En este caso, la separación entre camas, debe ser de al menos un metro y se recomienda implementar adicionalmente medidas físicas de separación (por ejemplo: biombo).
- Se debe mantener el acompañamiento significativo (1 persona sana) durante puerperio inmediato, manteniendo las precauciones estándar más aislamiento de contacto y gotitas en todo momento.
- Se debe procurar, ante un traslado desde SAIP o recuperación obstétrica a sala de puerperio, mantener todas las precauciones estándares más aislamiento de contacto y gotitas para evitar contagio durante el traslado.
- Procurar educar a la puérpera en estimulación de la mama para favorecer la producción de calostro, y la posterior extracción periódica durante el puerperio mediato, hasta que pueda amamantar directamente a su recién nacido.
- Se debe aplicar protocolo para el aseo y desinfección de la unidad, procurando que este proceso sea eficiente para el mayor tiempo de disponibilidad de los espacios físicos [23].

## ATENCIÓN EN PUERPERIO

- En caso de que la usuaria permanezca como sospechosa o esté confirmada para COVID-19, se debe mantener las condiciones de aislamiento de contacto y gotitas, extremando la aplicación de las precauciones estándares, incluido durante el traslado a Neonatología en caso de amamantamiento y/o visita de su recién nacido.
- En caso de alojamiento conjunto, se deberá resguardar la separación de al menos 1 metro de la cama de la puérpera y la cuna del recién nacido, así como también las estrictas medidas de control (lavado de manos y uso de mascarilla).
- Si se realiza alojamiento conjunto se indicará a la madre restringir el contacto con el recién nacido solo a los periodos de alimentación al pecho si esa ha sido su elección de alimentación
- La atención clínica de la puérpera se realizará de acuerdo a la Norma General Técnica para la Atención Integral en el Puerperio [25], tomando los resguardos específicos señalados en el Flujograma N° 2.
- Se valorará permanentemente el agravamiento de la sintomatología respiratoria asociada a COVID-19 a modo de pesquisar oportunamente alguna complicación.
- Así mismo, se debe realizar monitorización de signos vitales al menos cada 6 horas, incluyendo saturación de oxígeno y frecuencia respiratoria mientras se encuentre hospitalizada.

- Se debe aplicar protocolo para el aseo y desinfección de la unidad, procurando que este proceso sea eficiente para el mayor tiempo de disponibilidad de los espacios físicos [23].
- Se recomienda mantener la estadía de la puérpera mientras el RN se encuentra en monitorización protocolizada (72 hrs.)
- El RN será separado de la madre y hospitalizado **para monitorizar sus signos vitales** hasta que no se descarte la infección en ella y en el RN. De ser positivo, el RN debe ser hospitalizado y monitorizarse por 72 hrs. Si la madre es positiva y la primera PCR del RN es negativa, se debe hacer una 2da PCR y esperar a que sea negativa.

## ALTA HOSPITALARIA

### ***Alta Mujer (Gestante o Puérpera) COVID-19 POSITIVO:***

Se realizará alta de la usuaria en el caso de mejoría clínica, según los siguientes parámetros:

- Evolución sin fiebre por al menos 48 horas, sin antipiréticos.
- Gasometría normal, y sin necesidad de O2 adicional.
- Franca mejoría de síntomas respiratorios y estado general.
- Resultados de Laboratorio: En normalización si previamente estuvieron alterados.
  - Hemograma.
  - Proteína C reactiva.
  - Radiografía de tórax: mejoría de imágenes radiológicas.
- Evaluación por médico Internista o broncopulmonar en caso de haber presentado compromiso pulmonar.
- Indicación de aislamiento domiciliario (cuarentena) en el hogar según protocolo MINSAL [22].

### ***Indicaciones al alta de la gestante:***

- Realizar derivación coordinada y asistida a la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico de Atención Ambulatoria para control al menos en 2 semanas.
  - Se recomienda realizar ecografía obstétrica con Doppler Fetal.
  - Adicionalmente se debe indicar consultar en urgencia en caso de presentar la agudización de alguno de los principales síntomas de COVID-19 o algún signo de alarma propio del embarazo.
  - Se debe indicar mantener sus controles habituales en APS posterior a los 14 días de cuarentena.
- 

### ***Alta de Recién Nacido:***

- **Recién nacido COVID-19 NEGATIVO (madre positiva):**
  - Alta a las 48 horas con medidas de aislamiento para gotitas y contacto por al menos 14 días. Mantener el RN a un metro de distancia de la madre y familiares positivos.
  - Restringir el contacto con el recién nacido solo a los periodos de alimentación.
  - La lactancia materna se debe realizar con medidas de protección:
    - Lavado de manos.
    - Uso de mascarillas.
    - Tiempo acotado al periodo de alimentación.
    - Extracción de leche manual con mascarilla y lavado de manos.
    - En caso de uso de extractor, este debe ser esterilizado o hervido rigurosamente, previo al uso.
- **Recién nacido COVID-19 POSITIVO (madre positiva):**
  - Alta por neonatólogo.
  - El aislamiento domiciliario (cuarentena) se debe mantener en el hogar según protocolo MINSAL [22].
  - Convivencia del binomio sin restricción.
  - Eliminación de pañales y elementos de aseo en bolsas cerradas.
- **Recién nacido COVID-19 NEGATIVO (madre negativa):**
  - Alta de acuerdo al manejo habitual de la diada según norma de puerperio [25].

### ***Indicaciones al alta de la diada [26]:***

- Realizar derivación coordinada y asistida (APS) para control de diada (Madre y/o RN COVID-19 positivo) en domicilio a los 7 días del nacimiento.
- Se entregará a la madre positiva educación respecto de la detección de signos de alarma en el RN que indican su consulta en urgencia:
  - Dificultad para alimentarse
  - Fiebre
  - Tos
  - Signos de dificultad respiratoria: respiración rápida (> 60/min), Retracción, quejido, cianosis

### **IMPORTANTE:**

|                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Notificar el alta del seguimiento y su condición clínica a epidemiología del Servicio de Salud correspondiente. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### **EDUCACIÓN**

Recomendaciones importantes que debe reforzar el equipo de salud al alta de la usuaria COVID-19 positivo.



-Si la usuaria persiste con tos en su domicilio, deberá utilizar un pañuelo desechable para cubrir su nariz y boca al momento de toser, y posteriormente botar el pañuelo en un contenedor con tapa o bien en una bolsa cerrada y realizar higiene de manos con agua y jabón o con soluciones en base de alcohol.

-Si la usuaria está en contacto con otras personas en su domicilio a menos de un metro de distancia (por ejemplo, compartir habitación) deberá usar una mascarilla de uso individual hasta la resolución de los síntomas, y adicionalmente, sus contactos domiciliarios también usarán este tipo de mascarillas mientras se mantenga el contacto. Estas mascarillas son de uso individual, no pueden ser compartidas ni reutilizadas.

-Promover la vacunación contra la Influenza para ella y su grupo familiar.

## IV. ANEXOS

### ANEXO 1:

| TABLA DE COMPARACION SARS/MERS/COVID-19                                 |                                                                                                                        |                                                                                         |                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CARACTERÍSTICAS                                                         | SÍNDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SARS)                                                                              | SÍNDROME RESPIRATORIO DE ORIENTE MEDIO (MERS)                                           | COVID-19                                                                                                     |
| PRIMER PACIENTE REPORTADO                                               | Guangdong, China. Noviembre de 2002                                                                                    | Zarga, Jordania, en abril de 2012 y en Jeddah, Arabia Saudita en Junio de 2012.         | Wuhan, China, Diciembre de 2019                                                                              |
| VIRUS                                                                   | SARS-CoV                                                                                                               | MERS-CoV                                                                                | SARS-CoV-2                                                                                                   |
| <i>Tipo de Coronavirus</i>                                              | Betacoronavirus                                                                                                        | Betacoronavirus                                                                         | Betacoronavirus                                                                                              |
| <i>Receptor en célula huésped</i>                                       | Enzima convertidora de angiotensina 2                                                                                  | Dipeptidil peptidasa 4                                                                  | análisis estructural sugiere receptor de enzima convertidora de angiotensina 2                               |
| <i>Similitudes</i>                                                      | Referencia                                                                                                             |                                                                                         | 79% a SARS- CoV<br>50% a MERS – CoV                                                                          |
| <i>Animales que pueden ser huésped del virus</i>                        | Murciélagos (reservorio natural), Civeta de palma enmascarado y mapaches japoneses pueden ser huéspedes intermediarios | Murciélagos (reservorio natural), Camello dromedario puede ser un huésped intermediario | Murciélagos. Los animales vendidos en el mercado de Wuhan podrían representar un huésped intermediario       |
| PERIODO DE INCUBACION                                                   |                                                                                                                        |                                                                                         |                                                                                                              |
| <i>Media (95% CI: días)</i>                                             | 4.6 (3.8 a 5.8)                                                                                                        | 5,2 (1,9-14,7)                                                                          | 5,2 días (intervalo de confianza del 95% [IC], 4,1 a 7,0); 95a percentil de la distribución fue de 12,5 días |
| <i>Rango de días</i>                                                    | 2-14                                                                                                                   | 2-13                                                                                    | 2-14                                                                                                         |
| <i>Tiempo desde el inicio de la enfermedad hasta la hospitalización</i> | 2-8 días                                                                                                               | 0-16 días                                                                               | 12,5 días (media) (IC del 95%, 10,3 a 14,8) - inicio antes                                                   |

|                                         |                    |                 |                                                                                                 |
|-----------------------------------------|--------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                         |                    |                 | del 1 de enero.<br>9,1 días (media);<br>95% IC, 8.6 a 9.7<br>(inicio desde 1 al<br>11 de enero) |
| número de reproducción<br>básica (R0)   | 2-3                | < 1             | 2,2 (95% CI, 1,4 a<br>3.9)                                                                      |
| <b>CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES</b> |                    |                 |                                                                                                 |
| Adultos                                 | 93%                | 98%             | Casi todos los<br>pacientes<br>reportados son<br>adultos                                        |
| Niños                                   | 5-7%               | 2%              | Los niños son<br>reportados<br>infrecuentemente<br>(<1% del total de<br>casos reportados)       |
| Rango de edad (años)                    | 1-91               | 1-94            | 10-89 años                                                                                      |
| Edad promedio (años)                    | Promedio 39,9 años | Mediana 50 años | Mediana 59 años                                                                                 |
| Porción por sexo (H:M)                  | 43%:57%            | 64,5%:35,5%     | 56%:44%                                                                                         |
| <b>MORTALIDAD</b>                       |                    |                 |                                                                                                 |
| Tasa de letalidad general               | 9,6%               | 35-40%          | Estimación inicial<br>es del 1%                                                                 |
| <b>MANIFESTACIONES CLÍNICAS</b>         |                    |                 |                                                                                                 |
| Fiebre                                  | 99-100%            | 98%             | 83-100%                                                                                         |
| Tos                                     | 62-100%            | 83%             | 59-82%                                                                                          |
| Mialgia                                 | 45-61%             | 32%             | 11-35%                                                                                          |
| Dolor de Cabeza                         | 20-56%             | 11%             | 7-8%                                                                                            |
| Diarrea                                 | 20-25%             | 26%             | 2-10%                                                                                           |
| <b>HALLAZGOS DE LABORATORIO</b>         |                    |                 |                                                                                                 |
| Anomalías en radiografía de<br>tórax    | 94-100%            | 90-100%         | 100%                                                                                            |
| Leucopenia                              | 25-35%             | 14%             | 9-25%                                                                                           |
| Linfopenia                              | 65-85%             | 32%             | 35-70%                                                                                          |
| Trombocitopenia                         | 40-45%             | 36%             | 5-12%                                                                                           |

\*Adaptado de Rasmussen SA, Smulian JC, Lednicky JA, Wen TS, Jamieson DJ, Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Pregnancy: What obstetricians need to know, American Journal of Obstetrics and Gynecology (2020).

## V. REFERENCIAS

- 1.- Organización Mundial de la Salud. (2020). Infecciones por coronavirus. 05 de marzo de 2020, de OMS Sitio web: [https://www.who.int/topics/coronavirus\\_infections/es/](https://www.who.int/topics/coronavirus_infections/es/)
  - 2.- Organización Mundial de la Salud. (2020). Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19). 05 de marzo de 2020, de OMS Sitio web: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>
  - 3.- Organización Mundial de la Salud. (2020). Declaración sobre la segunda reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) acerca del brote del nuevo coronavirus (2019-nCoV). 05 de marzo de 2020, de OMS Sitio web: [https://www.who.int/es/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/es/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))
  - 4.- Coronavirus COVID-19 Global Cases by the Center for Systems Sciences. <https://www.gisaid.org/epiflu-applications/global-cases-covid-19/>
  - 5.- Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. Situación Epidemiológica, COVID-19 Chile. Informe de situación COVID-19. N° 9. 14 de marzo de 2020.
  - 6.- COVID- 19 Ministerio de Salud confirma que Chile pasó a fase 3. <https://www.minsal.cl/covid-19-ministerio-de-salud-confirma-que-chile-paso-a-fase-3/>
  - 7.- Oficio Presidencial N° 003 de 16 de marzo de 2020, que imparte instrucciones y medidas de prevención y reacción por casos de brote de COVID-19 a los ministerios y a los servicios públicos que dependan o se relacionen a través de ellos. Diario Oficial.
  - 8.- Ministerio de Salud. Ordinario B51 N° 748 del 06 de marzo de 2020. Actualización de definición de caso sospechoso para vigilancia epidemiológica ante brote COVID-19 en China.
  - 9.- Ministerio de Salud. Modifica Decreto N° 4 de 2020 del 06 de marzo de 2020, que Decreta Alerta Sanitaria por el periodo que se señala y otorga facultades extraordinarias que indica por emergencia de salud pública de importancia internacional (EESPI) por brote del nuevo Coronavirus (2019-NCOV). Santiago, marzo de 2020. Diario Oficial.
  - 10.- Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. Lista de verificación de alistamiento para la respuesta al COVID-19 en Hospitales, versión 5. Febrero 10, 2020.
  - 11.- Abarzúa Camus, Fernando. COVID-19 y Embarazo, <https://sochog.cl/wp-content/uploads/2020/03/COVID-19-y-embarazo.pdf.pdf>
-

- 12.- Huijun Chen, Juanjuan Guo, Chen Wang, Fan Luo, Xuechen Yu, Wei Zhang, et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records; Lancet 2020; 395: 809–15.
  - 13.- Abdullah Assiri, Glen R. Abedi, Malak Al Masri, Abdulaziz Bin Saeed, Susan I. Gerber, and John T. Watson; Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus Infection During Pregnancy: A Report of 5 Cases From Saudi Arabia; Clinical Infectious Diseases, BRIEF REPORT; 2016;63(7):951–3.
  - 14.- Rasmussen SA, smulian JC, Lednický JA, Wen TS, Jamieson DJ. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Pregnancy: What Obstetricians need to know. am J Obstet Gynecol [internet].2019;2020.
  - 15.- Inpatient Obstetric Healthcare Guidance. Centers of Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/inpatient-obstetric-healthcare-guidance.html>
  - 16.- Interim infection prevention and control recommendations. Centers of Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/infection-control/control-recommendations.html>
  - 17.- Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy. Information for healthcare professionals; Version 2: Published Friday 13 March 2020. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.
  - 18.- Sonja A. Rasmussen, MD, MS, John C. Smulian, MD, MPH, John A. Lednický, PhD, Tony S. Wen, MD, Denise J. Jamieson, MD, MPH. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Pregnancy: What obstetricians need to know. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*; 0002-9378(20)30197-6
  - 19.- Medidas de Prevención de Infección por COVID-19 Unidades de Neonatología, Rama de Neonatología de la SOCHIFE. Marzo de 2020
  - 20.- Recomendaciones para el Manejo del Recién Nacido en Relación con la Infección por SARS-CoV-2. Sociedad Española de Neonatología. Versión 4.1. 16 de marzo de 2020
  - 21.- Ministerio de Salud. Ordinario B51 N°276. Actualización de Alerta y Refuerzo de Vigilancia Epidemiológica ante Brote de 2019-nCoV. 30 de Enero de 2020
  - 22.- Ministerio de Salud. Indicaciones para Personas en Aislamiento Domiciliario por COVID-19.
  - 23.- Ministerio de Salud. Circular C37 N°10, del 05 de diciembre del 2018. Recomendaciones sobre aseo y desinfección de superficies ambientales para la prevención de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS).
  - 24.- Ministerio de Salud. Guía Perinatal 2015.
  - 25.- Ministerio de Salud. Norma General Técnica para la Atención Integral en el Puerperio 2015.
- 



26.- Dong Y, Mo X, Hu Y, et al. Epidemiological characteristics of 2143 pediatric patients with 2019 coronavirus disease in China. Pediatrics. 2020; doi: 10.1542/peds.2020-0702.

