

## Maternidad Segura y COVID-19

### Antecedentes

Aunque varias preguntas siguen sin estar claras acerca de las mujeres embarazadas y sus recién nacidos, las epidemias previas nos dan un marco de referencia de lo que puede suceder con las infecciones virales respiratorias en el embarazo. Hoy, reducir la carga de salud pública de COVID-19 debería ser nuestra prioridad número uno.

Como obstetras y ginecólogos, tenemos la obligación de ayudar a lograrlo implementando medidas tan simples como difundir la conciencia en nuestra comunidad y entre las mujeres embarazadas sobre las prácticas seguras de higiene de manos, etiqueta para la tos, distanciamiento social, quedarse en casa cuando están enfermas y desinfectar superficies contaminadas.

Otra forma es alentando el uso de llamadas telefónicas siempre que sea posible para detectar los viajes recientes, la fiebre y los síntomas respiratorios a fin de evaluar la necesidad del paciente de recibir apoyo hospitalario o pruebas complementarias antes de presentarse a sus citas. La reducción del riesgo del paciente a través de la exposición a la atención médica es de suma importancia, entendiendo que los sistemas de salud y los proveedores de atención médica pueden convertirse en el vector más común para la transmisión de COVID-19.

### Cuidado prenatal

La atención prenatal se basa en años de evidencia para mantener seguras a las madres y los bebés durante el embarazo y, como tal, la mayor parte de la atención prenatal debe considerarse como atención esencial. Sin embargo, con esta pandemia, parece prudente que el principio general sea minimizar las visitas al consultorio en persona.

Para las mujeres de bajo riesgo, un esquema razonable sería ver al paciente en cada trimestre, cronometrado con las pruebas programadas. Por ejemplo, a las 12 semanas para el cribado genético, 20 semanas para el escaneo y revisión de la morfología, 28 semanas para el cribado de diabetes gestacional, la administración de inmunoglobulina y la vacuna Tdap, 32 semanas, 36 semanas para el cultivo de estreptococos del grupo B y 38 semanas de cita.

A medida que la pandemia se expande, se debe considerar incluso menos visitas. Cuando sea práctico, las citas deben realizarse por teléfono o con videoconferencia, según corresponda, para el seguimiento de la comorbilidad médica.

Las mujeres con síntomas de COVID-19 deben hacerse la prueba y retrasar una cita si es posible, durante el período de auto cuarentena. Si los síntomas persisten, deben llamar y hacer una cita para la prueba y / o la hospitalización. Los avances en telesalud y monitoreo remoto hacen que las visitas virtuales sean una realidad en algunos lugares. Las medidas adicionales deben incluir limitar el número de personas de apoyo / visitantes

con pacientes para visitas ambulatorias y hospitalarias, incluidas las áreas de parto y parto.

## Pacientes sospechosos de COVID-19

No hay estudios que brinden orientación sobre el monitoreo fetal de una mujer embarazada asintomática; El monitoreo debe basarse en el tipo de síntomas que se experimentan. Si un paciente es febril o tiene dificultades respiratorias, debe ser hospitalizado. Algunas recomendaciones proponen un monitoreo intraparto continuo para mujeres infectadas dada la tasa de compromiso fetal en dos series chinas. El cumplimiento de las precauciones de infección es clave en todos los pasos. Existen datos limitados para guiar el manejo postnatal de bebés de madres infectadas. Sin embargo, deben considerarse personas bajo investigación (PUI), aunque hasta ahora no se ha informado de transmisión vertical en estos casos. La investigación centrada en la detección de anticuerpos puede cambiar nuestra comprensión del proceso de la enfermedad y la posible comunicación transplacentaria.

Hay acuerdo en que los bebés nacidos de madres infectadas deben hacerse la prueba de COVID-19. No se ha estudiado si una unidad madre-bebé debería experimentar aislamiento. Algunos han recomendado que los bebés deben aislarse de la madre infectada durante 14 días o hasta que se suspendan las precauciones basadas en la transmisión de la madre. Esto se puede hacer colocándolos en habitaciones separadas o utilizando barreras físicas (por ejemplo, una cortina entre la madre y el recién nacido) y manteniendo al recién nacido a  $\geq 6$  pies de distancia de la madre. La decisión de separar a la madre y al recién nacido debe tomarse con un obstetra, pediatra, neonatólogo, partera y / o personal de enfermería e involucrar a las madres.

Cuando se trata de la lactancia materna, en una mujer que es COVID-19 positiva, el principal riesgo para los bebés es el contacto cercano con la madre, que probablemente arroje gotitas infecciosas en el aire. La investigación de China, aunque limitada, no ha mostrado virus en la leche materna. A la luz de la evidencia actual, los beneficios de la lactancia materna parecen superar cualquier riesgo potencial de transmisión del virus a través de la leche materna. Por lo tanto, se recomienda el suministro de leche materna directamente o mediante extracción. Esta guía puede cambiar a medida que evoluciona nuestro conocimiento. Para las mujeres que desean amamantar, se deben tomar precauciones para limitar la propagación viral al bebé observando una higiene estricta de las manos antes de tocar al bebé. Durante la lactancia, se debe usar una máscara facial. Para aquellos que desean extraer leche, se debe usar un extractor de leche dedicado, y se debe realizar una limpieza adecuada después de cada uno.

Como obstetras, es de suma importancia mantenerse actualizado ya que la situación con COVID-19 se desarrolla rápidamente. Esto incluye ser actualizado sobre la transmisión local en el área de nuestra práctica, ya que tenemos obligaciones con nuestros pacientes que merecen no menos que nuestro compromiso total durante estos tiempos difíciles.

## Recursos de telehealth

<https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2020/02/implementing-telehealth-in-practice>

## Acerca de la FIGO

La FIGO es una organización profesional que reúne asociaciones ginecológicas y obstétricas de todo el mundo.

La visión de la FIGO es que las mujeres del mundo alcancen los estándares más altos posibles de salud física, mental, reproductiva y sexual y bienestar durante toda su vida, y llevamos adelante actividades de programas globales, con un enfoque particular en África subsahariana y el sudeste asiático.

La FIGO promueve un escenario mundial, en especial, en relación con los objetivos del desarrollo sostenible concerniente a la salud reproductiva, materna, de recién nacidos, niños y adolescentes y las enfermedades no transmisibles (objetivo de desarrollo sostenible 3). También trabajamos para elevar la condición de las mujeres y permitir su participación activa para reivindicar sus derechos sexuales y reproductivos, incluidos el abordaje de la mutilación genital femenina y la violencia de género (objetivo de desarrollo sostenible 5).

Además, brindamos educación y capacitación para nuestras asociaciones miembros y desarrollamos capacidades para quienes provienen de países de bajos recursos mediante el fortalecimiento del liderazgo, las prácticas recomendadas y la promoción del diálogo sobre políticas.

La FIGO tiene relación oficial con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y estado consultivo con la Organización de las Naciones Unidas (ONU).