

Los conceptos y recomendaciones establecidos en esta guía pretenden orientar la atención de los pacientes, sin embargo, todo usuario deberá tener un manejo individualizado de acuerdo con sus condiciones particulares.

Para la elaboración se consultaron fuentes bibliográficas confiables, con el objetivo de proveer información completa y generalmente acorde con los estándares aceptados en el momento de la edición. Dada la continua evolución de las tendencias médicas y normativas, en cualquier momento pueden surgir cambios.

IMPORTANCIA DEL TEMA

Por ser una infección emergente, la información sobre cómo el SARS-CoV2 puede afectar a las gestantes y sus bebés, es limitada y cambiante día a día, pero es de gran importancia conocer y manejar la población obstétrica teniendo en cuenta los cambios fisiológico-adaptativos de la gestación, extrapolando el manejo de la población general y ajustando metas según su condición, buscando obtener el mejor resultado materno-perinatal.



Consideraciones COVID-19 en gestantes

- El riesgo de enfermedad grave por COVID-19 durante el embarazo puede ser mayor que en la población en general.
- El **75%** de las gestantes son **asintomáticas**.
- De las gestantes **sintomáticas**, el **85% presentan síntomas leves**. Los síntomas más frecuentes en la gestación son tos, fiebre y cefalea. **10-15%** de las pacientes evolucionan a **formas graves**.
- Son signos de descompensación: $FiO_2 > 35$, $FR > 25$, Escalamiento rápido de soporte de oxígeno, bajo gasto urinario y somnolencia.
- Los factores de riesgo de COVID-19 grave son similares en el embarazo a los de la población general.
- La transmisión vertical es posible, pero los mecanismos para que se produzca son inciertos. La mayoría de los recién nacidos adquieren la infección por transmisión horizontal. **La enfermedad neonatal grave es rara**. No se ha comprobado presencia del virus en leche o secreciones vaginales.
- En gestantes que requieren soporte de oxígeno, las metas de oxigenación son más estrictas con relación a la población general, **se buscan metas de saturación entre 94-98%**. En las gestantes que requieran **soporte de oxígeno se debe considerar el uso de esteroides previa administración de Ivermectina para la prevención de Strongyloides**.
- El COVID y la gestación están asociados de forma independiente a mayor riesgo de eventos tromboembólicos. Por esta razón, para toda gestante con COVID-19 (+) se debe hacer **enfoque de riesgo para trombosis** y definir la necesidad de tromboprofilaxis, tema que se amplía en esta guía. Todas las gestantes con COVID-19 deben recibir educación sobre beneficios de la deambulacion y la adecuada hidratación como medidas no farmacológicas para la prevención de trombos.
- Se debe **alentar a las madres con COVID-19 a que amamenten si pueden hacerlo**, observando siempre las normas de bioseguridad como uso de mascarilla y lavado de manos.
- Cada vez hay más evidencia disponible sobre la seguridad y efectividad de la vacunación contra el COVID-19 durante el embarazo. **Los beneficios de recibir la vacuna contra el COVID-19 superan a cualquier riesgo conocido o potencial de vacunarse durante el embarazo**. No aumentan riesgo de aborto, malformaciones congénitas y muerte fetal, entre otras y tampoco hay evidencia de afectación de la fertilidad. Por el contrario hay evidencia de anticuerpos potencialmente protectores para el recién nacido detectados en sangre del cordón y leche materna

Factores de riesgo para enfermedad grave

La gestación se asocia a un mayor riesgo de infección grave respecto a la población no gestante, **especialmente en el tercer trimestre** y cuando se asocia a los siguientes factores de riesgo:

- Edad materna avanzada (> 35 años)
- IMC elevado
- Hipertensión crónica
- Diabetes (pregestacional y gestacional)
- Enfermedades cardiopulmonares
- Enfermedades renales estadios III-IV
- Inmunosupresión (trasplantadas, infección VIH < 350 CD4, tratamientos inmunosupresores o tratamiento con corticoides equivalentes a > 20 mg prednisona durante > 2 semanas).

COVID 19 y preeclampsia/HELLP

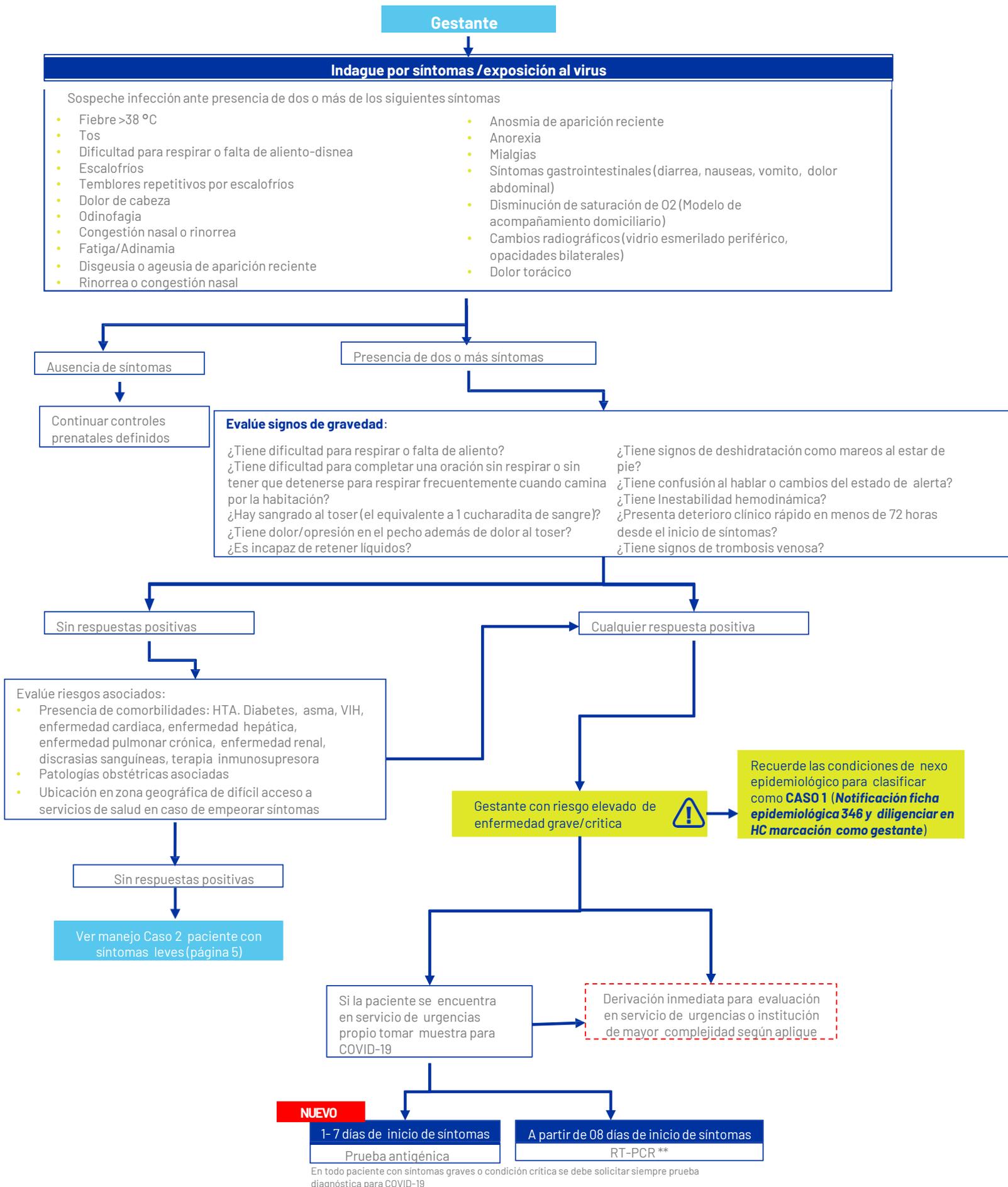
Un **11%** de las gestantes con neumonía grave por COVID-19 pueden desarrollar un **síndrome similar a la preeclampsia**.

	PREECLAMPSIA/HELLP	Síndrome similar a la Preeclampsia
Presión arterial	↑↑	↑↑
AST, ALT	↑↑	↑↑
Proteinuria	↑↑	↑↑
DHL	↑↑	↑
Trombocitopenia	↓↓	↓
Creatinina elevada	↑↑	↑
Premonitorios	Si	No
Otros Hallazgos altamente sugestivos	<ul style="list-style-type: none"> Pulsatilidad de las arterias uterinas mayor al percentil 95 para la edad gestacional Valores de sFlt-1 / PIGF ≥ 85 (en gestaciones por debajo de las 34 semanas) o ≥ 110 (en gestaciones iguales o mayores a 34 semanas). 	
Criterios para finalizar la gestión	Si	No
Recuperación de parámetros de laboratorio al finalizar embarazo	Si	No (mejora incluso estando en embarazo)

Recomendaciones para el seguimiento de las gestantes durante pandemia COVID

- Se recomienda continuar con los controles prenatales programados según la ruta COVID implementada para esta población. En los casos con sospecha o aislamiento activo debido a infección por COVID, el seguimiento se hará de forma virtual. **Al terminar el aislamiento activo, la gestante deberá tener control presencial en sede para revaloración del riesgo.** Quienes se han recuperado por enfermedad grave o crítica por COVID-19 que requirieron ingreso hospitalario, el seguimiento y plan de manejo se debe redefinir por parte de obstetra de IPS básica, además, se debe hacer una valoración del crecimiento fetal cuatro (4) semanas después de su recuperación, a menos que haya una razón clínica preexistente para una exploración en un periodo menor.
- A toda gestante que no asista o no se logre contactar para confirmación de la cita de control prenatal programada, se le debe realizar gestión por inasistencia y reprogramación de su control.
- Las IPS deben implementar un plan de bioseguridad que permita cumplir con medidas de distanciamiento social para reducir el riesgo de transmisión entre las gestantes, el personal de las sedes y otros usuarios que asistan a las mismas.
- Debido al mayor riesgo de problemas asociados a la salud mental y violencia en el contexto de pandemia, se recomienda al equipo de salud, indagar por estas situaciones a todas las gestantes durante los controles prenatales como mínimo durante el ingreso a control prenatal, una vez en cada trimestre y en el postparto. En caso de identificar algún signo de alarma, el profesional deberá activar la ruta correspondiente a cada caso.
- Se sugiere que las ayudas dx de laboratorio ordenadas durante la gestación, sean realizadas en un mismo momento para evitar múltiples desplazamientos (Aplica también para las sedes que tengan imagenología y de laboratorio clínico en la misma sede).
- Se debe continuar la suplementación con multivitamínicos a todas las gestantes.
- Se debe garantizar la aplicación de vacunas definidas por el PAI a todas las gestantes.**
- Se debe garantizar la realización de ecografía obstétrica en tercer trimestre a todas las gestantes con antecedente de COVID, independiente de la clasificación del mismo.
- El antecedente de COVID en el embarazo se debe tener presente siempre como un diagnóstico y factor de riesgo obstétrico. En ese sentido, se debe educar a la paciente sobre la necesidad de mencionar el antecedente en todas sus consultas prenatales e incluso en los seguimientos posteriores al recién nacido. Esto porque aún se desconoce el impacto real a mediano y largo plazo en el feto y en los hijos de madres cuyos embarazos cursaron con infección por COVID 19. **Si fue un caso 1 requiere seguimiento el resto del embarazo por obstetra, si fue un caso 2 o 5 puede continuar seguimiento por medicina general.**
- Gestantes con indicación de uso profiláctico de ácido-acetilsalicílico (ASA) relacionado con otros factores de riesgo para la gestación, pueden continuar su uso, incluso si son diagnosticadas con COVID 19.

Enfoque general gestantes con sospecha de enfermedad por COVID 19



Clasificación y enfoque COVID en gestantes

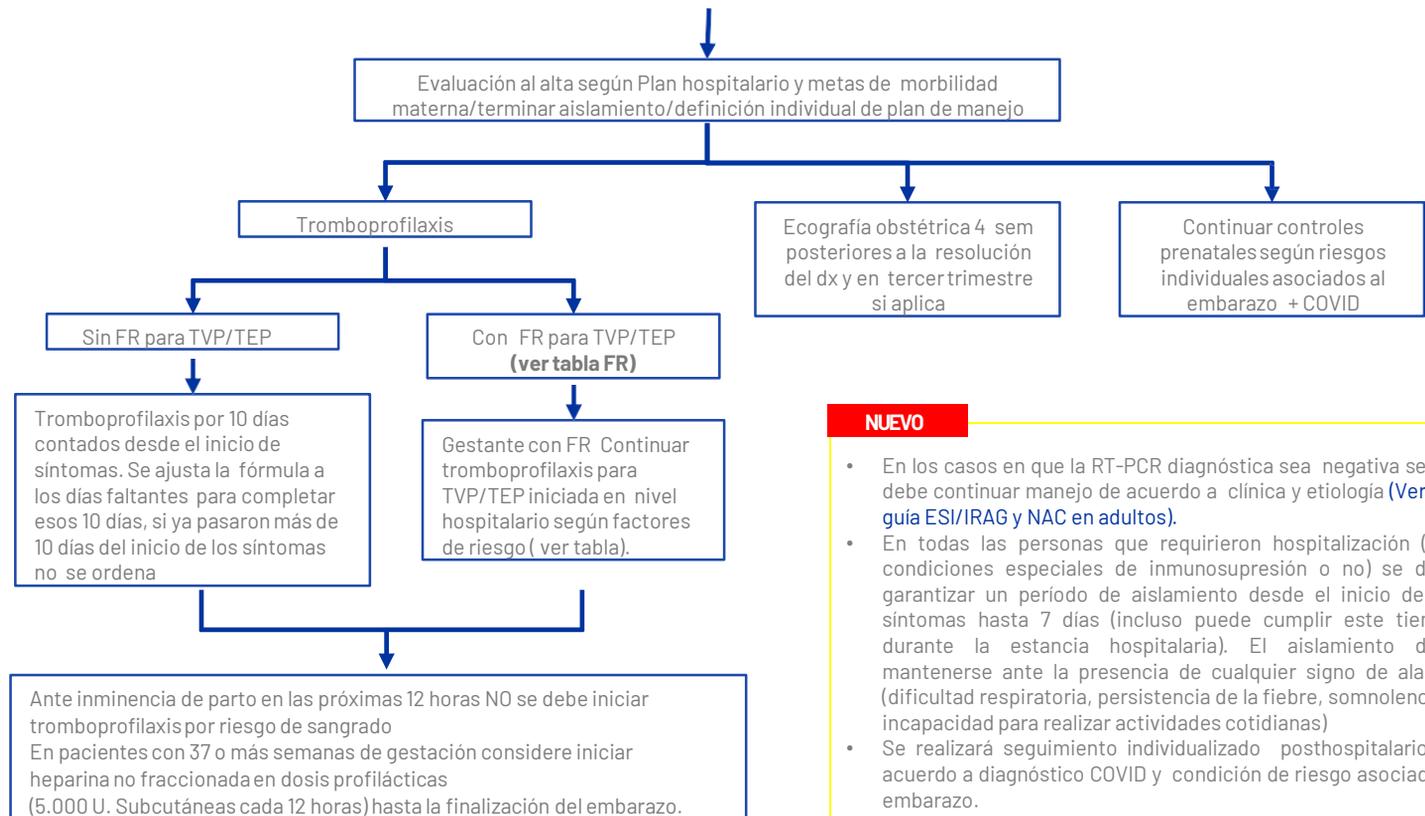
Recuerde las condiciones de nexo epidemiológico para clasificar como **CASO1 (Notificación ficha epidemiológica 346 y diligenciar en HC marcación como gestante)**

Caso 1
gestante con síntomas graves

Derivación inmediata para evaluación en servicio de urgencias o institución de mayor complejidad según aplique

Estudios complementarios y resultados que indican sugieren pronóstico negativo
No se deben enviar de rutina en pacientes con covid confirmado leve - asintomático que sean hospitalizados por otra causa, en estos casos se debe hacer seguimiento clínico y garantizar trombotoprofilaxis.

Ayuda dx	Hallazgos que confieren riesgo
Hemograma	-Linfocitos: ≤ 800 cel/uL -Neutrófilos: >10.000 -Plaquetas < 150.000
LDH	≥ 300 mg/dl
Proteína C reactiva	≥ 10 mg/dl
Dimero D	>1000 mg/dl (recordar que por cambios propios de la gestación, este valor puede estar 2-3 veces por encima de los valores normales para población general)
Troponina I	Positiva
Radiografía de tórax	Infiltrados Pulmonares Bilaterales (75%) y Consolidación (59%). Puede excluir complicaciones como: atelectasias, infiltrados, derrame RECUERDE LA PROTECCIÓN ABDOMINAL
Panel Viral	En los casos donde sospeche infección por influenza
Monitoreo fetal (a partir de semana 32)	Signos de hipoxia fetal



NUEVO

- En los casos en que la RT-PCR diagnóstica sea negativa se debe continuar manejo de acuerdo a clínica y etiología (Ver guía ESI/IRAG y NAC en adultos).
- En todas las personas que requirieron hospitalización (con condiciones especiales de inmunosupresión o no) se debe garantizar un período de aislamiento desde el inicio de los síntomas hasta 7 días (incluso puede cumplir este tiempo durante la estancia hospitalaria). El aislamiento debe mantenerse ante la presencia de cualquier signo de alarma (dificultad respiratoria, persistencia de la fiebre, somnolencia o incapacidad para realizar actividades cotidianas)
- Se realizará seguimiento individualizado posthospitalario de acuerdo a diagnóstico COVID y condición de riesgo asociado al embarazo.
- En toda persona con infección respiratoria aguda grave inusitada o síntomas críticos con (deterioro clínico en menos de 72 horas sin etiología clara), si hay **ALTA SOSPECHA** de COVID19 y la prueba es negativa, realizar prueba RT-PCR a las 48 - 72 horas. Se considera **ALTA SOSPECHA** a todo cuadro clínico compatible o anomalías en radiografía de tórax compatible con COVID-19



Clasificación y enfoque COVID en gestantes

Recuerde diligenciar la notificación (ficha epidemiológica 346)



Sintomas leves e independiente del estado de vacunación

Tenga en cuenta los factores de riesgo**

Si consulta entre 1-7 días de inicio de síntomas

Prueba antigénica**

Si el paciente tiene una clasificación de riesgo (prioridad 1 y 2) o tiene movilidad reducida se ordena RT PCR para toma de muestra domiciliaria.

Para la red de aliados donde no está presente Ayudas Diagnósticas Sura, la prueba a solicitar dependerá de la disponibilidad por parte del laboratorio (RT PCR o Antigénica).

Si consulta a partir de 8 días de inicio de síntomas

- No solicite prueba diagnóstica
- No se recomienda aislamiento
- No se realiza seguimiento
- Educación en medidas de bioseguridad y autocuidado

Caso confirmado

Resultado de muestra COVID-19

+

-

- Seguimiento virtual programa CPR: 24-72h post confirmación dx.
- Aislamiento obligatorio hasta un mínimo de 7 días desde fecha de inicio de síntomas independiente de estado de vacunación.
- Tenga presente que durante las últimas 24 horas (día 6) el paciente no haya tenido fiebre sin el uso de medicamentos antipiréticos, y los síntomas como tos, dolores musculares o dificultad para respirar van en mejoría.
- Síntomas y signos de alarma que advierten la necesidad de evaluación médica inmediata son: Dolor abdominal severo que limita el desarrollo de tus actividades cotidianas, postración en cama, dolor o presión severa y constante en el pecho, inconsciencia o dificultad para despertar, fiebre por encima de 38° C que no mejora con medicamentos o acompañada con alguno de los síntomas mencionados.
- Incapacidad solo de acuerdo con los síntomas. No se dará prórroga por período de aislamiento.
- Agregar CIE10: U071 y los demás dx.
- El núcleo familiar asintomático que es contacto estrecho y no se encuentre vacunado o con esquema incompleto debe permanecer en aislamiento estricto y usando mascarilla por 7 días.
- Otros seguimientos definidos para pacientes COVID(+)
- Si hay FR TVP/TEP inicio de trombofilaxis (ver tabla FR y dosis paginas 7 y 8)
- Educación signos alarma COVID+ gestación

- Si hay ALTA SOSPECHA de COVID19 por contacto estrecho o clínica, realizar prueba RT-PCR a las 48-72
- Incapacidad solo de acuerdo a la severidad de los síntomas. No se dará prórroga por período de aislamiento

Caso descartado

- Continuar manejo según clínica y etiología.
- Recomendaciones para distanciamiento social.
- No requiere aislamiento ni incapacidad.
- Agregar a los diagnósticos el código CIE 10: Z038 y continuar con los demás dx

Evaluación por obstetra de IPS básica al alta/terminar aislamiento- definición individual de plan de manejo

Continuar trombofilaxis según FR

Ecografía obstétrica en tercer trimestre

Continuar controles prenatales según riesgos individuales asociados al embarazo + COVID

Mejoría de síntomas al terminar aislamiento

¿Tiene Signos de alarma?

SI

Caso recuperado

- Valoración médica presencial en busca de complicaciones asociadas a Covid 19.
- El aislamiento debe mantenerse ante la presencia de cualquier signo de alarma.
- Incapacidad solo de acuerdo a la severidad de los síntomas. No se dará prórroga por período de aislamiento

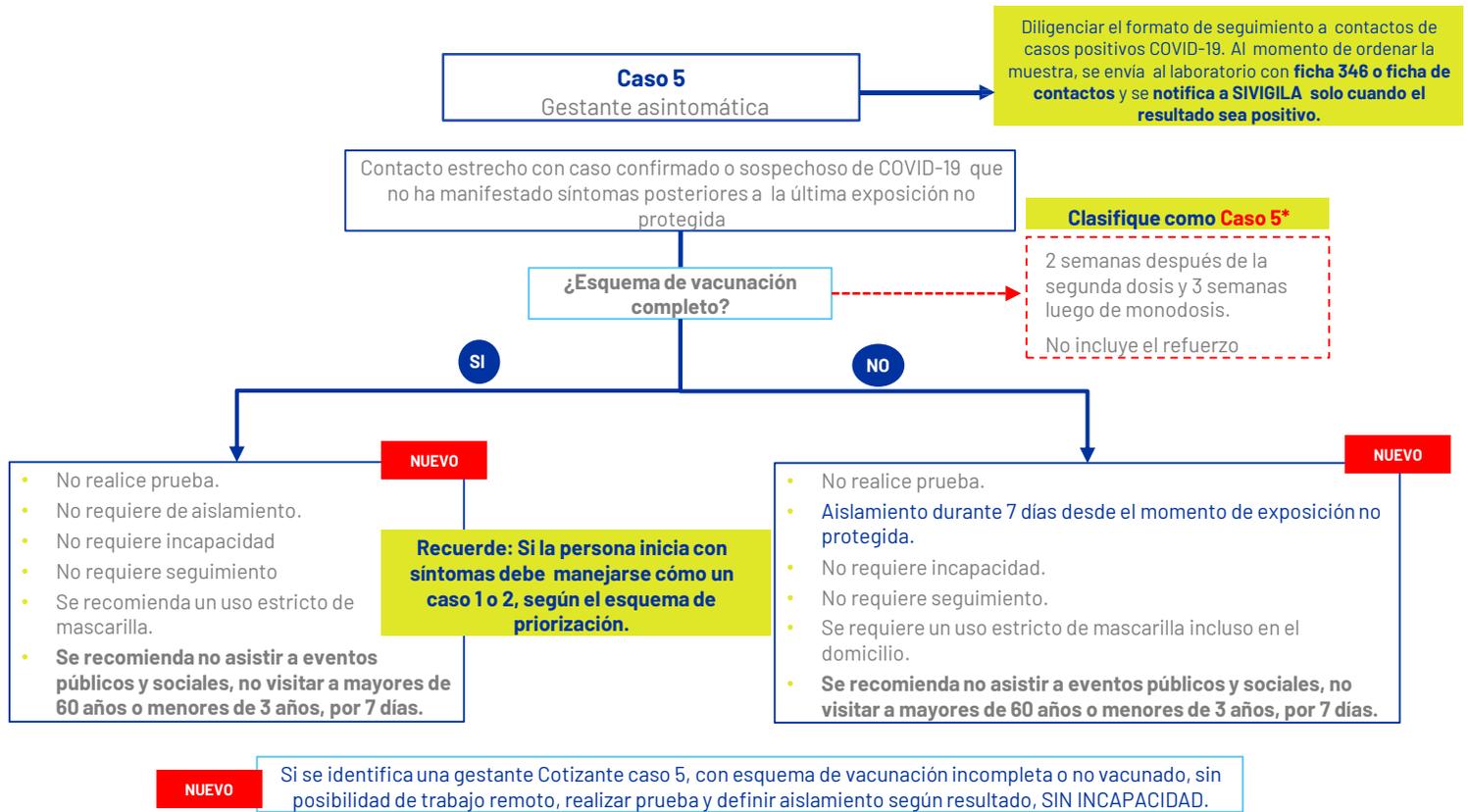
- En gestantes con infección por COVID Caso 2 sin FR para TVP/TEP NO está indicada la trombofilaxis
- Ante inminencia de parto en las próximas 12 horas **NO se debe iniciar trombofilaxis por riesgo de sangrado**
- En pacientes con 37 o más semanas de gestación considere iniciar heparina no fraccionada en dosis profilácticas (5.000 U. Subcutáneas cada 12 horas) hasta la finalización del embarazo.



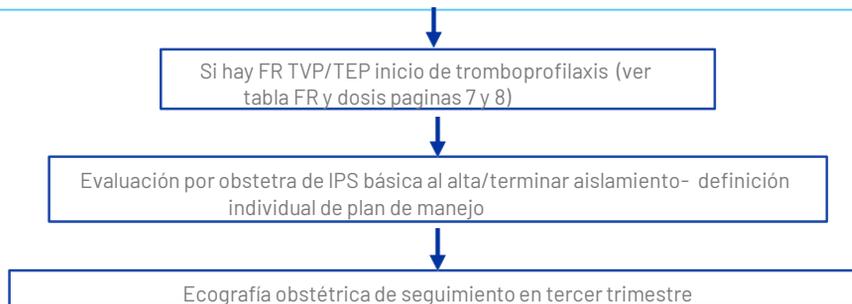
Las pruebas antigénicas no pueden ser tomadas y procesadas en el domicilio del paciente por razones de bioseguridad y viabilidad para su procesamiento (las condiciones para la realización de esta prueba deben cumplir con los estándares de uso profesional: Superficie plana, condiciones de humedad y temperatura controladas y tiempo de procesamiento mínimo de 15 minutos).

***Nexo epidemiológico: contacto estrecho previo con caso confirmado de COVID-19 o en el marco del estudio de un conglomerado en el que se identifique un caso confirmado por laboratorio

Clasificación y enfoque COVID en gestantes



- En aquellos casos de gestantes asintomáticas que cuenten con una **prueba positiva** deberán cumplir un esquema de 7 días de aislamiento independientemente de su estatus de vacunación previo, contados a partir de la fecha de la toma de la muestra, SIN INCAPACIDAD médica.
- Continuar autocontrol supervisado con instrucciones claras para notificar la identificación de inicio de síntomas o signos de alarma, tales como: aparición de fiebre, disnea, odinofagia, mialgias, etc.
- Seguimiento virtual programa CPR: 24-72h post confirmación dx.
- El núcleo familiar que es contacto estrecho debe permanecer en aislamiento estricto
- Agregar a los diagnósticos el código principal CIE10: U071 y continuar con los demás dx.



- En gestantes con infección por COVID Caso 2 sin FR para TVP/TEP NO está indicada la tromboprofilaxis
- Ante inminencia de parto en las próximas 12 horas **NO se debe iniciar tromboprofilaxis por riesgo de sangrado**
- En pacientes con 37 o más semanas de gestación considere iniciar heparina no fraccionada en dosis profilácticas (5.000U. Subcutáneas cada 12 horas) hasta la finalización del embarazo.



Factores de riesgo para Eventos tromboembólicos venosos durante la gestación, el parto o el puerperio

Factores de riesgo preexistentes	Score
TEV anterior (excepto un evento único relacionado con una cirugía mayor)	4
TEV previo provocado por cirugía mayor	3
Trombofilia de alto riesgo conocida	3
Comorbilidades médicas, p. Ej. cáncer, insuficiencia cardíaca; lupus eritematoso sistémico activo, poliartropatía inflamatoria o enfermedad inflamatoria intestinal; síndrome nefrótico; diabetes mellitus tipo I con nefropatía; anemia drepanocítica; usuario actual de drogas intravenosas	3
Antecedentes familiares de TEV no provocada o relacionada con los estrógenos en un familiar de primer grado	1
Trombofilia conocida de bajo riesgo (sin TEV). <i>a. Si la trombofilia de bajo riesgo conocida se presenta en una mujer con antecedentes de TEV en familiares en primer grado la trombopprofilaxis debe continuarse durante 6 sem. posteriores al parto.</i>	1a
Edad (> 35 años)	1
Obesidad IMC ≥ 30	1
Obesidad IMC ≥ 40	2
Partos ≥ 3	1
Tabaquismo	1
Varices gruesas	1
Factores de riesgo obstétrico	Score
Preeclampsia en el embarazo actual	1
Técnicas de reproducción asistida (ART)/Fertilización in vitro (IVF)	1
Embarazo múltiple	1
Cesárea en trabajo de parto	2
Cesárea electiva	1
Parto instrumentado	1
Trabajo de parto prolongado (> 24 horas)	1
Hemorragia postparto > 1 litro o transfusión de sangre	1
Parto prematuro < 37 en el embarazo actual	1
Mortinato en embarazo actual	1
Factores de riesgo transitorios	Score
Cualquier procedimiento quirúrgico en el puerperio, excepto reparación inmediata del periné (ej Apendicetomía, tubectomía)	3
Deshidratación/hiperémesis	3
Síndrome de hiperestimulación ovárica severo (solo primer trimestre)	4
Infección sistémica actual	1
Inmovilidad	1

Adaptación y traducción de: Royal College of Obstetricians and Gynecologists. Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium. Green-top Guideline No. 37. Abril 2015.

- Si la puntuación total es **≥ 4 antes del parto**, considerar la trombopprofilaxis desde el primer trimestre de gestación.
- Si la puntuación total es de **3 antes del parto**, considere la trombopprofilaxis a partir de las 28 semanas de gestación.
- Si la puntuación total es **≥ 2 después del parto**, considere la trombopprofilaxis durante al menos 10 días.
- Para ingresos hospitalarios antes del parto, considere la posibilidad de trombopprofilaxis.
- En caso de ingreso prolongado (estancia ≥ 3 días) o reingreso hospitalario durante el puerperio, considerar la trombopprofilaxis.
- En esta escala, la infección por COVID se considera como **infección sistémica actual**, por lo tanto, a **toda gestante con COVID positivo** se le otorga **un punto (1)** dentro del score de riesgo.

Tipos de intervenciones para la prevención de eventos tromboembólicos venosos durante la gestación, el parto o el puerperio

- **Medidas generales:** hidratación y la deambulación
- **Medidas no farmacológicas:** medias de compresión. A continuación se detallan las contraindicaciones para el uso de medias de compresión:
 - Pacientes con sospecha o confirmación de enfermedad arterial periférica.
 - Pacientes con injerto en bypass arterial periférico.
 - Pacientes con lesión nerviosa, neuropatía periférica o alguna otra causa de alteración sensorial de las extremidades
 - Pacientes con condiciones en las que el uso de las medias pueda causar daño como piel frágil, dermatitis etc.
 - Pacientes con alergia conocida al material de las medias
 - Pacientes con edema de miembros inferiores severo o edema pulmonar por falla cardíaca congestiva
 - Tamaño o forma de la pierna inusual, obesidad mórbida sin talla apropiada de la media
- **Medidas farmacológicas:** heparinas de bajo peso molecular (HBPM), tipo enoxaparina, utilizando dosis ajustada según peso

PESO	DOSIS ENOXAPARINA
< 50 kg	20 mg/día
50 -90 Kg	40 mg/día
91-130 Kg	60 mg/día
131 -170 Kg	80 mg/día
Dosis para anticoagulación	1mg/Kg/dosis cada 12 horas

El uso de heparinas de bajo peso molecular estaría contraindicado en:

- Sangrado activo antenatal o posparto
- Mujer considerada de riesgo alto de sangrado (por ejemplo, placenta previa)
- Mujer con alteración de la coagulación (Enf. de von Willebrand, hemofilia o coagulopatía adquirida)
- Trombocitopenia (< 75.000)
- Enfermedad renal (TFG < 30 mL/min/1,73m²) o hepática severa (TP alargado o varices esofágicas)
- Hipertensión no controlada (TAS > 200 mmHg o TAD > 120 mmHg)
- Accidente cerebrovascular agudo en las 4 semanas anteriores (hemorrágico o isquémico)

Resumen indicaciones tromboprofilaxis para la prevención de eventos tromboembólicos venosos en mujeres con COVID durante la gestación, el parto o en las primeras 6 semanas postevento obstétrico



	Caso 1	Caso 2	Caso 5
FR para TVP/TEP	Según tabla de FR, debe quedar ordenada desde manejo institucional	Según tabla de FR	Según tabla de FR
Sin FR para TVP/TEP	10 días *	No se indica	No se indica

*Días contados desde el inicio de síntomas. Se ajusta la fórmula a los días faltantes para completar esos 10 días, si ya pasaron más de 10 días del inicio de los síntomas no se ordena

Otras consideraciones de importancia en gestantes con COVID

- La **enfermedad grave** por COVID en embarazo **se asocia a mayor tasa de cesárea y prematuridad** de causa iatrogénica. Hay un ligero aumento en muerte fetal pero es raro y se presenta en condiciones críticas de la madre.
- La vía del parto en gestantes con COVID 19 se determina por condiciones obstétricas, encontrando mayor incidencia de cesáreas en los casos graves. **El momento de finalización del embarazo depende de las indicaciones obstétricas y de la condición materna** (especialmente en casos graves por su condición ventilatoria). En casos de enfermedad leve o asintomática NO hay indicación para hacer inducción temprana del trabajo de parto (ej. 37 sem) pero tampoco se debe diferir la inducción cuando la misma está indicada por otra patología obstétrica en presencia de COVID activo (ej. THAE). Se fomenta contacto piel a piel y ligadura de cordón de forma habitual con medidas de prevención como aseo y mascarilla. En trabajo de parto activo a la pacientes sintomáticas se les debe hacer monitorización continua.
- **Durante el embarazo, la saturación periférica de oxígeno (SpO2) debe mantenerse en $\geq 95\%$ y la presión parcial de oxígeno (PaO2, medida en gases arteriales) mayor de 70 mmHg**, para mantener un adecuado gradiente de difusión de oxígeno de la madre al feto. **La posición prono es factible en el embarazo tanto en personas despiertas como intubadas.**
- Las indicaciones para el uso de esteroides en gestantes son las mismas de la población general (necesidad de oxígeno suplementario).
- En gestantes con **enfermedad grave** por COVID, se puede considerar el uso de **dexametasona en dosis de 6 mg IV cada día por 10 días**, esteroide con mayor evidencia en manejo de COVID pero que tiene paso placentario. En casos de enfermedad moderada, se debe considerar cambio a esteroide sin paso placentario tipo Prednisolona en dosis de 40mg/día VO por 10 días.
- En caso de que sea necesario realizar **maduración pulmonar fetal** en gestantes con indicación de manejo con esteroide por COVID, se recomienda el uso de **dexametasona en dosis 6mg/12h IV durante 48h.**
- **En las gestantes que van a recibir esteroides para manejo por COVID se debe administrar una dosis de ivermectina de 200 µg/Kg VO antes de iniciar el tratamiento.**



Vacunación en gestantes

- Las vacunas para las mujeres gestantes y durante los 40 días postparto, aplican de acuerdo con las recomendaciones del respectivo laboratorio fabricante una vez culmine el proceso para la aprobación por parte del INVIMA y conforme a los lineamientos que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Las gestantes son población priorizada, independientemente de la etapa en la que se encuentre la ejecución del Plan Nacional de Vacunación.
- Por directriz del Minsalud, a las mujeres embarazadas se les debe aplicar vacuna Pfizer.
- La vacunación se puede aplicar a partir de las 12 semanas del embarazo
- Las vacunas COVID-19 se pueden administrar con otras vacunas del esquema definido para protección en la gestación y no es necesario postergarlas durante ningún período de tiempo antes o después de recibir la vacuna COVID-19.
- Los efectos secundarios a vacunación covid en gestantes, son similares a los de la población general: efectos locales, malestar, fiebre, escalofríos, mialgia y cefalea. Se presentan con mayor frecuencia después de la segunda dosis y se resuelven a las 72 h. A diferencia de la población general **SI se recomienda hacer manejo rápido de los síntomas secundarios a la vacunación** en la gestante, evitando principalmente periodos largos de fiebre. No se aconseja uso de AINES para el manejo de los síntomas.

Recomendaciones para el cuidado de neonatos asintomáticos con madres confirmadas con COVID-19

o En caso que la madre opte por permanecer completamente aislada del recién nacido:

Se recomienda que el neonato asintomático por lo demás sano, permanezca en la institución hospitalaria, aislado de la madre, las primeras 24 horas de vida, este aislamiento puede hacerse de 2 formas dependiendo del recurso institucional:

- a) Puede hospitalizarse en habitación individual con cuidador sano o
- b) Puede hospitalizarse en la unidad neonatal, mientras cumple los cuidados rutinarios para el egreso.

Se recomienda que el neonato asintomático por lo demás sano, luego de las primeras 24 horas de vida, permanezca aislado en casa, a cargo de un cuidador sano, en habitación individual.

o En caso que la madre opte por permanecer en alojamiento conjunto con el recién nacido:

Se recomienda que el recién nacido asintomático hijo de madre sintomática permanezca en alojamiento conjunto día y noche, tanto en el hospital como en casa observando las siguientes medidas:

- Higiene de manos frecuente durante 40 a 60 segundos antes de tocar al niño o niña, antes de amamantar o antes de extraerse la leche y después del cambio de pañal.
- Uso permanente y adecuado de tapabocas.
- Evitar hablar especialmente durante el amamantamiento o extracción de la leche.
- Limpieza del tórax (tronco) y del seno antes de amamantar.
- Mantener las medidas de desinfección rutinaria de las superficies con las que entre en contacto.
- Cuna separada a 2 metros de la madre si es posible.

- **Se recomienda realizar PCR-RT en aspirado nasofaríngeo entre 3 a 5 días después del parto a todos neonatos asintomáticos de madres con confirmación de infección por SARS-CoV-2/COVID-19.**
- **En los neonatos asintomáticos de madres con diagnóstico probable por SARS-CoV-2/COVID-19, no se realiza prueba diagnóstica y se realizan todas las medidas de aislamiento establecidas anteriormente**
- **La consulta de egreso del programa de control prenatal para el binomio con sospecha o aislamiento activo por COVID, se realizara de manera virtual. Una vez se cumpla con el aislamiento obligatorio, el binomio madre-hijo deberá tener una cita presencial en sede, según definiciones de ruta CPR vigente**



Referencias

1. Asociación Colombiana de infectología (ACIN). Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS COV-2 / COVID 19 en sensores de atención de la salud. Recomendaciones basadas en el consenso de expertos e informadas en la evidencia. Versión 4. Abril 2021. <http://revistainfectio.org/index.php/infectio/issue/view/110>
2. Angelidou A, Sullivan K, Melvin P, et al. Association of Maternal Perinatal SARS-CoV-2 Infection with Neonatal Outcomes During the COVID-19 Pandemic in Massachusetts. JAMA Netw Open [Internet]. 2021 [cited 4 May 2021];4(4). Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2779051>
3. Norman M, Navér L, Söderling J. Association of Maternal SARS-CoV-2 Infection in Pregnancy With Neonatal Outcomes. JAMA [Internet]. 2021 [cited 4 May 2021];. Available from: <https://t.co/ANkXkaxnwp>
4. Organización Mundial de la Salud (OMS)/ Organización Panamericana de la Salud (OPS). Alerta Epidemiológica. COVID-19 durante el embarazo. Agosto 13 de 2020.
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para el uso de pruebas diagnósticas para SARS-CoV-2 (COVID-19) en Colombia COVID-19. Versión 10. 2022
6. Instituto Nacional de Salud. Anexo. Instructivo para la vigilancia en salud pública intensificada de infección respiratoria aguda asociada al nuevo coronavirus 2019 (COVID 19) Bogotá DC Versión 12. Julio 24 de 2020. Publicado el 26 de julio.
7. Instituto Nacional de Salud. Orientaciones para la vigilancia en salud pública de la COVID-19. Versión 2. Julio 23 de 2020
8. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Symptom-Based Strategy to Discontinue Isolation for Persons with COVID-19. Julio 22 de 2020
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para el manejo clínico de pacientes con infección por nuevo coronavirus COVID-19. Versión 2. 1 de Julio 2020
10. Asociación Colombiana de infectología (ACIN). Adendo. Actualización. Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS COV-2 / COVID 19 en sensores de atención de la salud. Recomendaciones basadas en el consenso de expertos e informadas en la evidencia. Versión 3. junio 2020.
11. Organización Mundial de la Salud. Manejo Clínico de la COVID-19. Orientaciones Provisionales. 27 de mayo 2020.
12. Tarang Jethwa, Carolina Stefany Paredes Molina, et al. Establishing Mayo Clinic's Coronavirus Disease 2019 Virtual Clinic: A Preliminary Communication. Mayo 2020.
13. Guía de CDC de Atlanta (marzo 16 de 2020) <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/disposition-in-homepatients.html>
14. Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo. Declaración de consenso en medicina crítica para la atención multidisciplinaria del paciente con sospecha o confirmación diagnóstica de COVID-19. Marzo 30 de 2020.
15. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para el uso de pruebas diagnósticas de SARS-CoV-2 (COVID-19) En Colombia. Bogotá DC. Versión 3. Mayo 4 de 2020.
16. Instituto Nacional de Salud. Orientaciones para la vigilancia en salud pública de la COVID-19. Versión 1. Mayo 2 de 2020.
17. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Overview of Testing for SARS-CoV-2. abril 2020
18. Universidad Nacional de Colombia. Guía Práctica Clínica Para Tromboprofilaxis en Embarazo Parto y Puerperio. Bogotá 2016
19. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium. Green-top Guideline No. 37. Abril 2015.
20. Ministerio de Salud y Protección Social. Instrucciones para el registro, codificación y reporte de Enfermedad Respiratoria Aguda causada por el nuevo coronavirus COVID-19, en los registros médicos de morbimortalidad del Sistema de Salud. Bogotá DC. Versión 1. Abril 2020.
21. Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología GD de la G de PC, Grillo-Ardila CF, Mogollón-Mariño AC, Amaya-Guío J, Molano-Franco D, Correa LP. Guía de práctica clínica para la prevención de eventos tromboembólicos venosos durante la gestación, el parto o el puerperio. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2017 Dec 20;68(4):286. Available from: <https://revista.fecolsoq.org/index.php/rcog/article/view/3084>
22. Maternal and Neonatal Characteristics and Outcomes of COVID-19 in Pregnancy: An Overview of Systematic Reviews Int. J. Environ. Res. Public Health 2021, 18, 596. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020596>
23. Pregnancy and COVID-19 Physiol Rev. 2021 Jan 1; 101(1): 303-318.
24. Pre-eclampsia-like syndrome induced by severe COVID-19: a prospective observational study BJOG 2020;127:1374-1380.
25. PROTOCOLO: CORONAVIRUS (COVID-19) Y GESTACIÓN (V12 22/1/2021) Hospital Clínic | Universitat de Barcelona
26. Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) Version 12: Published Wednesday 14 October 2020
27. Evaluación y tratamiento ambulatorio para mujeres embarazadas con sospecha o confirmación de enfermedad por coronavirus 2019 (Coronavirus Disease 2019, COVID-!), ACOG agosto 25, 2020