

Guías de abordaje y seguimiento

Manejo de gestantes con diagnóstico o sospecha de COVID-19

Equipo técnico SURA / Versión 3. Mayo 2021

Mónica Gil Arbeláez
Ginecología y Obstetricia

Mayo 5 de 2021

SURA © Todos los derechos reservados





CONSIDERACIONES

- Enfermedad grave por COVID-19 
- 75% de las gestantes: asintomáticas.
- Sintomáticas: 85% presentan síntomas leves.
- Síntomas más frecuentes: tos, fiebre y cefalea.
- 10-15%: formas graves.
- Los factores de riesgo similares
- Transmisión vertical es posible
- RN: transmisión horizontal (rara la enfermedad grave)

CONSIDERACIONES



- Metas de oxigenación son más estrictas con relación a la población general.
- Necesidad de oxígeno → esteroides → prevención de Strongyloides.
- Covid y gestación: FR independientes para eventos tromboembólicos → enfoque de riesgo para trombosis → trombopprofilaxis
- Todas: deambulación y la adecuada hidratación.
- Fomentar lactancia con medidas de protección.



FR enfermedad grave

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



2º y 3º trimestre



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	SINDROME SIMILAR A LA PREECLAMPSIA
Presión arterial	↑↑	↑↑
AST, ALT	↑↑	↑↑
Proteinuria	↑↑	↑↑
DHL	↑↑	↑
Trombocitopenia	↓↓	↓
Creatinina elevada	↑↑	↑
Premonitorios	Si	No
Otros Hallazgos altamente sugestivos	- Pulsatilidad de las arterias uterinas mayor al percentil 95 para la edad gestacional - Valores de sFlt-1 / PlGF ≥ 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)





MATERNIDAD SEGURA





Seguimiento de gestantes en pandemia

- Controles prenatales programados según la ruta.
- Aislamiento activo → virtual.
- Al terminar el aislamiento → control presencial para revaloración del riesgo.
- Gestión por inasistencia y reprogramación
- IPS → plan de bioseguridad
- Salud mental y violencia → ingreso, cada trimestre y postparto
- Optimizar visitas para ayudas Dx
- Continuar multivitamínicos y vacunas definidas por el PAI a todas las gestantes

Continuar ASA profiláctica

Seguimiento post COVID

- ARO → obstetra de IPS básica
- Mencionar antecedente
- Enfermedad grave o crítica por COVID-19
 - Valoración del crecimiento fetal cuatro (4) semanas después de su recuperación



Ecografía obstétrica en tercer trimestre a **TODAS** las gestantes con antecedente de COVID, independiente de la clasificación del mismo.





Tromboprofilaxis



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).	1a
a. Si la trombofilia de bajo riesgo conocida se presenta en una mujer con antecedentes de TEV en familiares en primer grado la tromboprofilaxis debe continuarse durante 6 sem posteriores al parto.	
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

Interpretación de la tabla

- ≥ 4 antes del parto = tromboprofilaxis desde el primer trimestre de gestación
- 3 antes del parto = tromboprofilaxis a partir de las 28 semanas
- ≥ 2 después del parto = tromboprofilaxis durante al menos 10 días.
- Ingresos hospitalarios antes del parto, considere la posibilidad de tromboprofilaxis
 - Ingreso prolongado (estancia ≥ 3 días) o reingreso hospitalario durante el puerperio, considerar la tromboprofilaxis.

COVID se considera como infección sistémica actual → toda gestante COVID positivo = 1 punto





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			



Prevención TVP/TEP



- Medidas generales: hidratación y la deambulaci3n
- Medidas no farmacol3gicas: medias de compresi3n
 - Contraindicaciones: enfermedad arterial perif3rica, lesi3n nerviosa, neuropatía perif3rica o alguna otra causa de alteraci3n sensorial de las extremidades, alteraciones en la piel, alergia al material, edema de miembros inferiores severo o edema pulmonar por falla cardiaca congestiva

HBPM

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

Contraindicado en: • Sangrado activo antenatal o posparto o alto riesgo de sangrado • Mujer con alteración de la coagulación • 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)



- 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.
- Ante inminencia de parto en las próximas 12 horas **NO se debe iniciar tromboprofilaxis por riesgo de sangrado**
- **SOLO en las siguientes poblaciones, con condiciones especiales, el seguimiento debe extenderse hasta los 20 días desde el momento de la toma de la muestra, debido a su período de mayor excreción viral.**
 - ✓ Trasplante de médula ósea en inmunosupresión/Trasplante de órgano sólido
 - ✓ VIH con CD4<200
 - ✓ ERC-terminal
 - ✓ Neoplasia hematológica en quimioterapia activa
 - ✓ Inmunodeficiencias primarias
 - ✓ Uso esteroides por 15 días o mas a dosis de 10 mg/d o mas
 - ✓ Uso antiTNF/rituximab/inhibidores de calcineurina/azatioprina/micofenolato





¿Desabastecimiento ?

Concepto técnico

Desabastecimiento de Enoxaparina y uso de heparinas de bajo peso molecular (HBPM) en TROMBOPROFILAXIS

Grupo de evaluación de tecnologías en salud¹
Martes 4 de mayo de 2021

Dada la situación actual de **desabastecimiento de Enoxaparina en sus presentaciones de 20 y 80 mg** en relación a la sobre demanda de heparinas de bajo peso molecular en el uso hospitalario debido a la pandemia, y que **solo se dispone actualmente de Enoxaparina en sus presentaciones de 40 y 60 mg**. Se realizó una revisión de la evidencia científica disponible, así como la opinión de expertos temáticos para dar el siguiente concepto técnico y recomendaciones para la gestión de esta situación:



Las dosis de heparina deben ser:

Peso	Enoxaparina (3)	Dalteparina (24, 25)	Nadroparina (24, 26)
< 50 kg	20 mg/día	2500 U/día	2850 U/día (0,3 ml)
50-90 kg	40 mg/día	5000 U/día	
91-130 kg	60 mg/día	7500 U/día	
131 -170 kg	80 mg/día	10000 U/día	
Dosis para anticoagulación	1 mg/kg/dosis cada 12 h	5000 U cada 12 h	171 U/kg/día

Las contraindicaciones para el uso de heparinas de bajo peso molecular son:

Trastorno conocido que ocasione sangrado: hemofilia, enfermedad de von Willebrand, coagulopatías adquiridas, otras

Hemorragia antenatal o posparto activa

Mujeres que tengan factores de riesgo para hemorragia obstétrica mayor (p. ej.: placenta previa)

Trombocitopenia (recuento plaquetario menor de $75 \times 10^9/l$)

Evento cerebrovascular isquémico o hemorrágico reciente (últimas cuatro semanas)

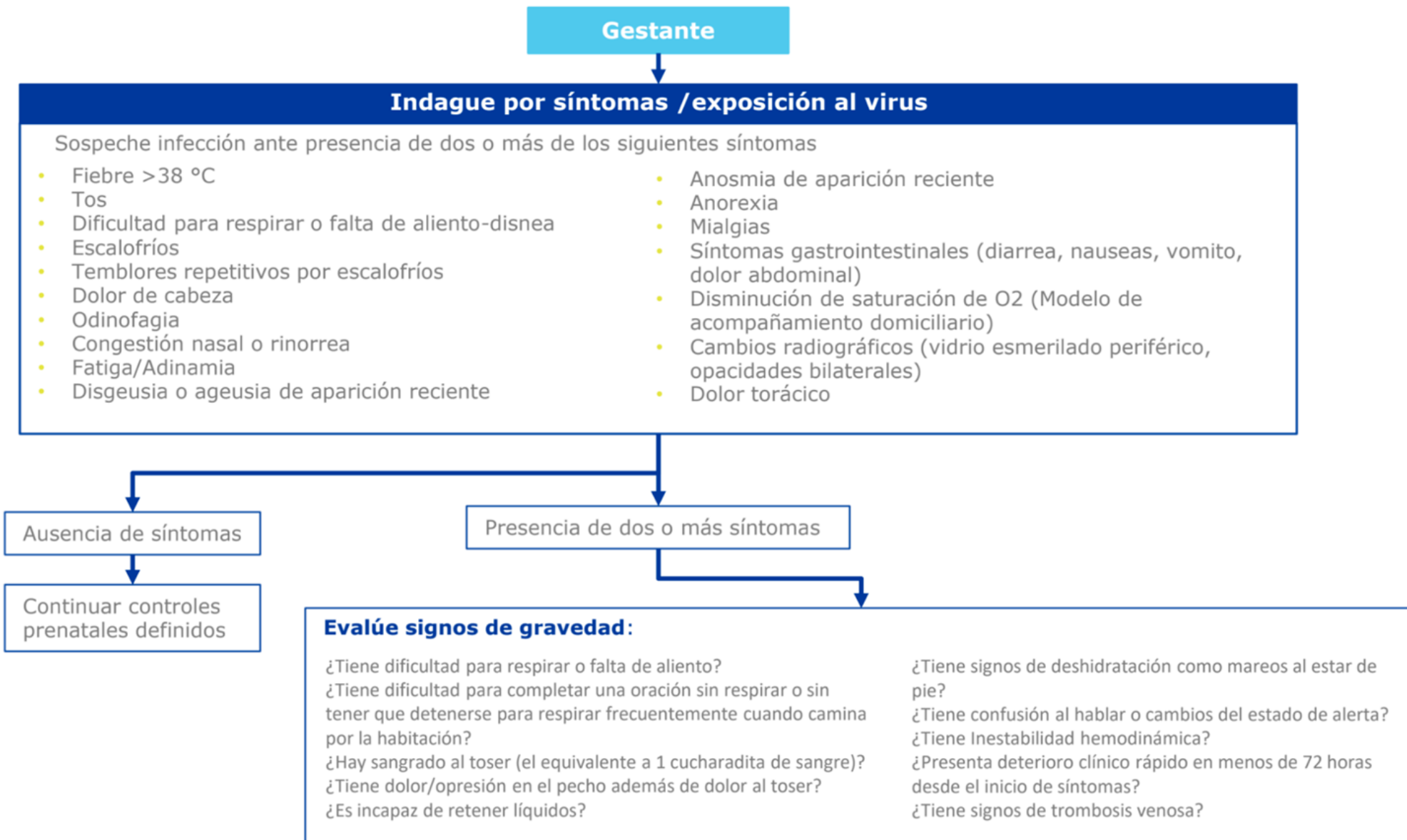
Enfermedad renal severa (TFG < 30 ml/min/1,73 m²)

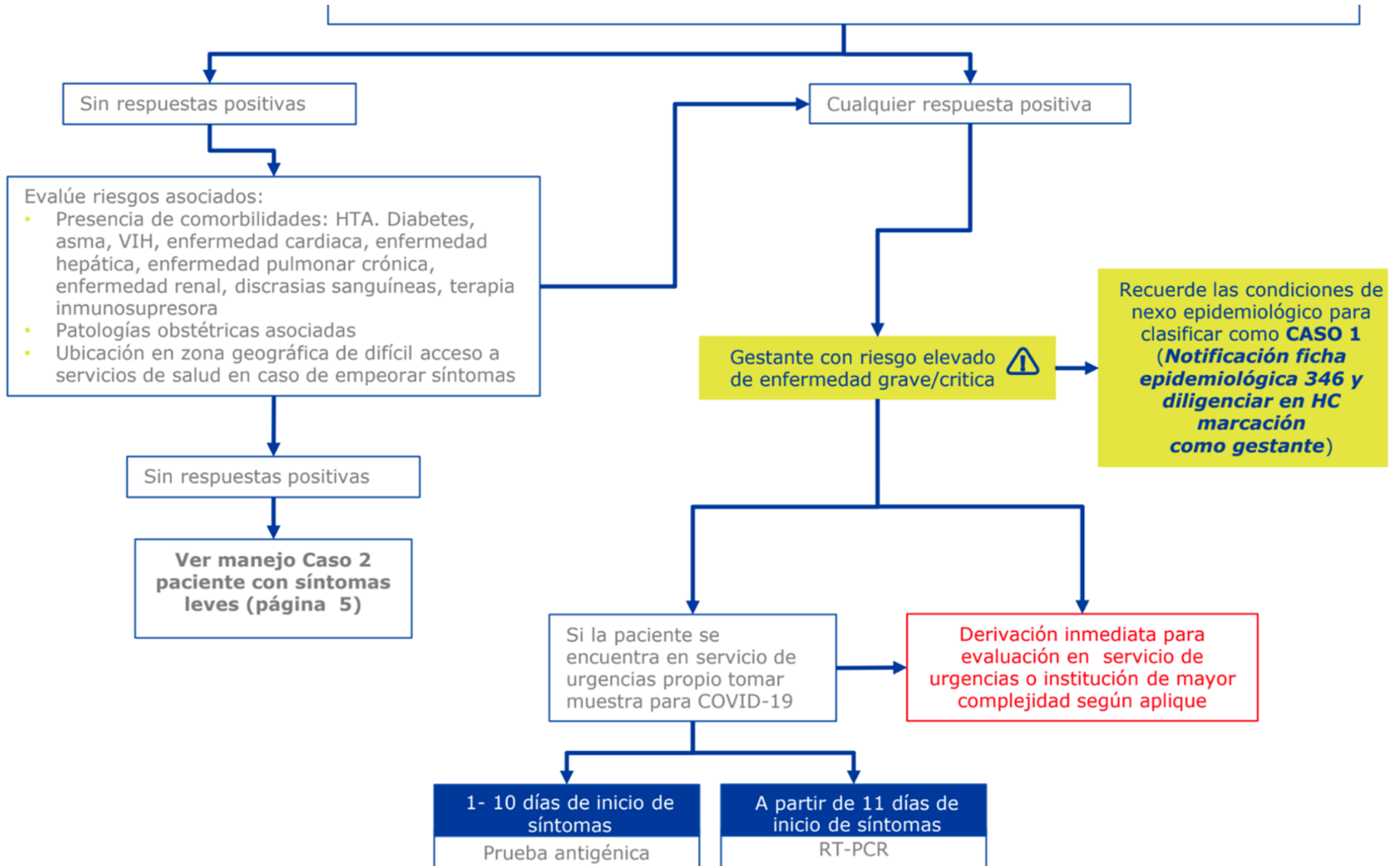




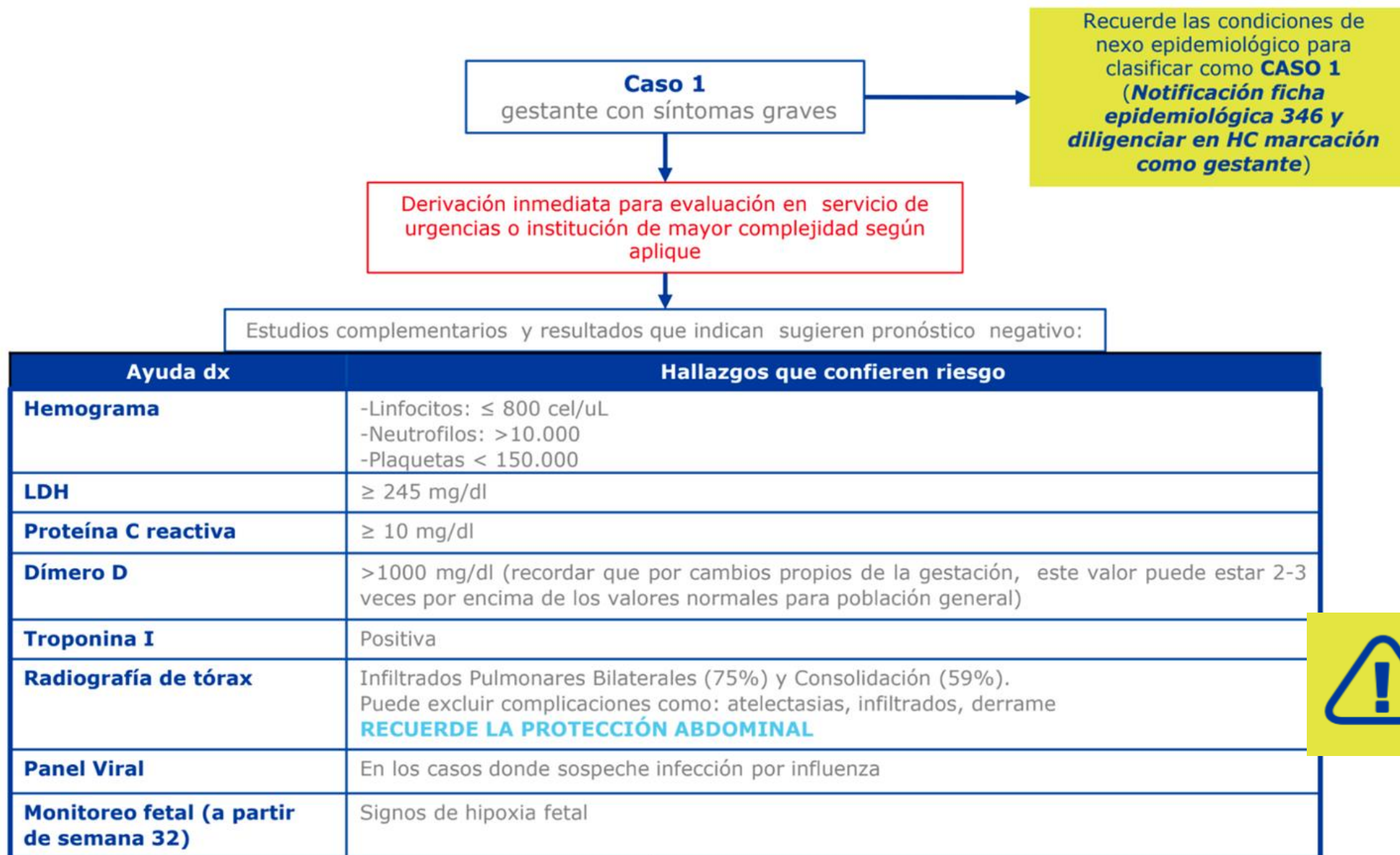
Algoritmos de manejo por definición de caso

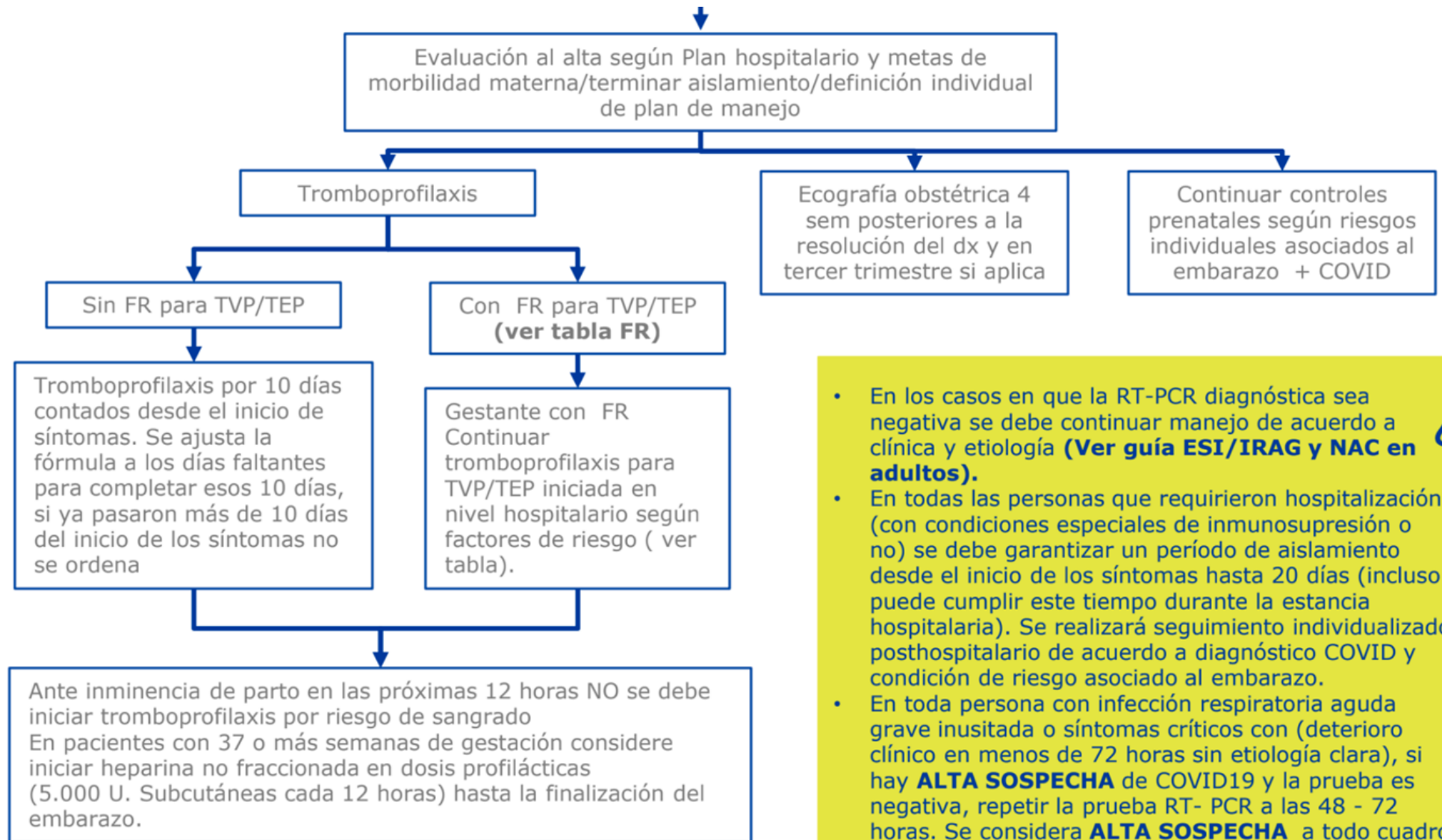
Enfoque general gestantes con sospecha de enfermedad por COVID 19





Clasificación y enfoque COVID en gestantes

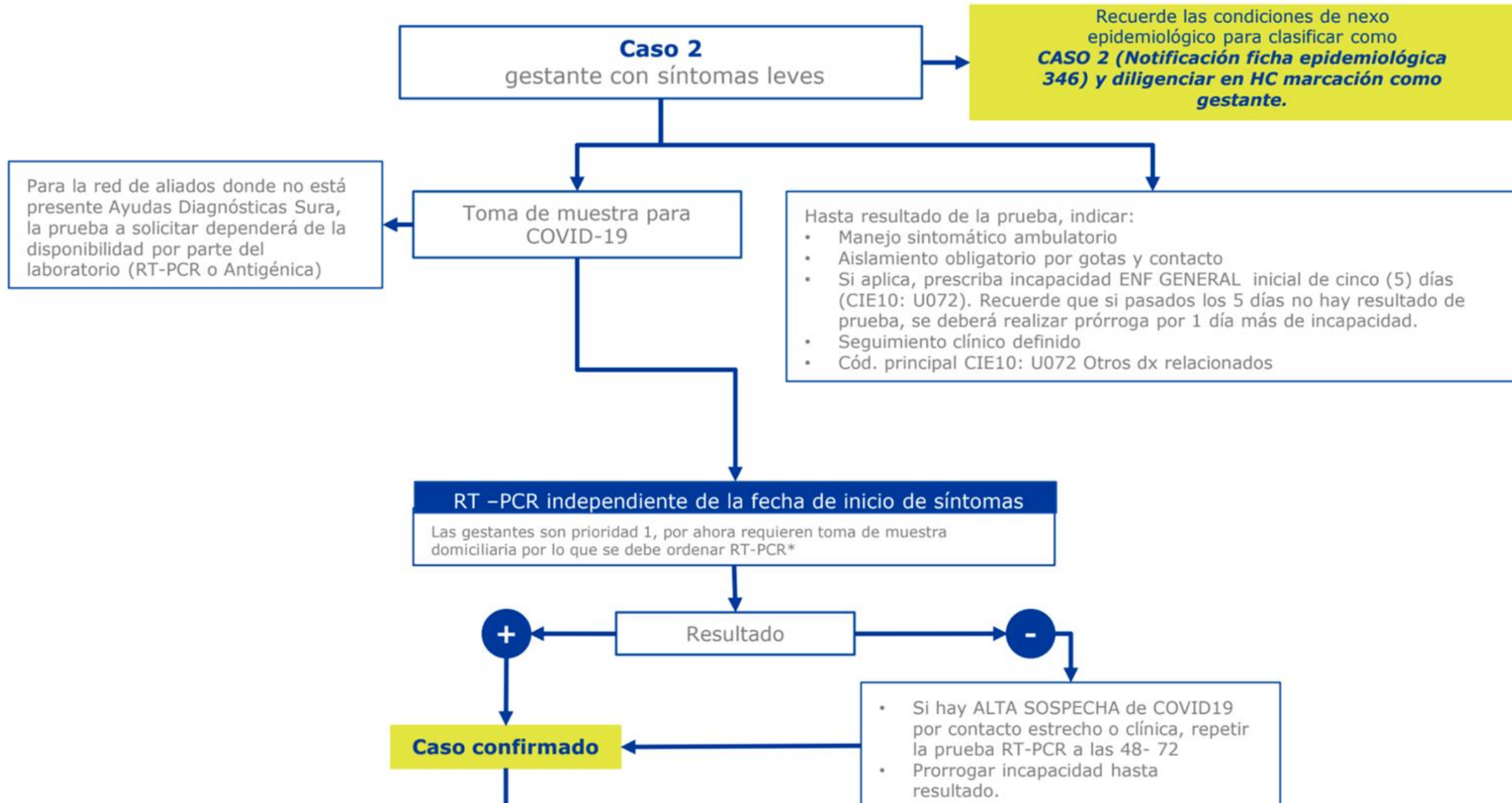




- En los casos en que la RT-PCR diagnóstica sea negativa se debe continuar manejo de acuerdo a clínica y etiología (**Ver guía ESI/IRAG y NAC en adultos**). 
- En todas las personas que requirieron hospitalización (con condiciones especiales de inmunosupresión o no) se debe garantizar un período de aislamiento desde el inicio de los síntomas hasta 20 días (incluso puede cumplir este tiempo durante la estancia hospitalaria). 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, repetir la 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



- Si aplica, prórroga de incapacidad ENF GENERAL hasta un mínimo de 10 días desde fecha de inicio de síntomas.
- Seguimiento virtual programa CPR: 24-72h post confirmación dx.
- Otros seguimientos definidos para pacientes COVID (+)
- Agregar CIE10: U071 y los demás dx
- **Aislamiento obligatorio estricto** mínimo 10 días desde la fecha del inicio de los síntomas. En los últimos 3 días debe tener mejoría o resolución de síntomas-aislamiento del grupo familiar por ser contacto estrecho
- Si hay FR TVP/TEP inicio de tromboprofilaxis (ver tabla FR y dosis paginas 7 y 8)
- Educación signos alarma COVID+ gestación

Continúa negativo

Caso Descartado

- Continuar manejo según clínica y etiología.
- Recomendaciones para distanciamiento social.
- Incapacidad según pertinencia por su cuadro clínico NO COVID.
- Agregar a los diagnósticos el código CIE 10: Z038 y continuar con los demás dx
- Continuar controles prenatales según riesgos identificados

Mejoría de síntomas al terminar aislamiento

NO

SI

- Continúa en seguimiento y aislamiento hasta completar 3 días de resolución o mejoría de síntomas.
- Prórroga de incapacidad según pertinencia clínica de acuerdo a la definición anterior. CIE10: U071 si tiene prueba, de lo contrario continua con CIE10: U072

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

Continuar tromboprofilaxis según FR

Ecografía obstétrica en tercer trimestre

Continuar controles prenatales según riesgos individuales asociados al embarazo + COVID

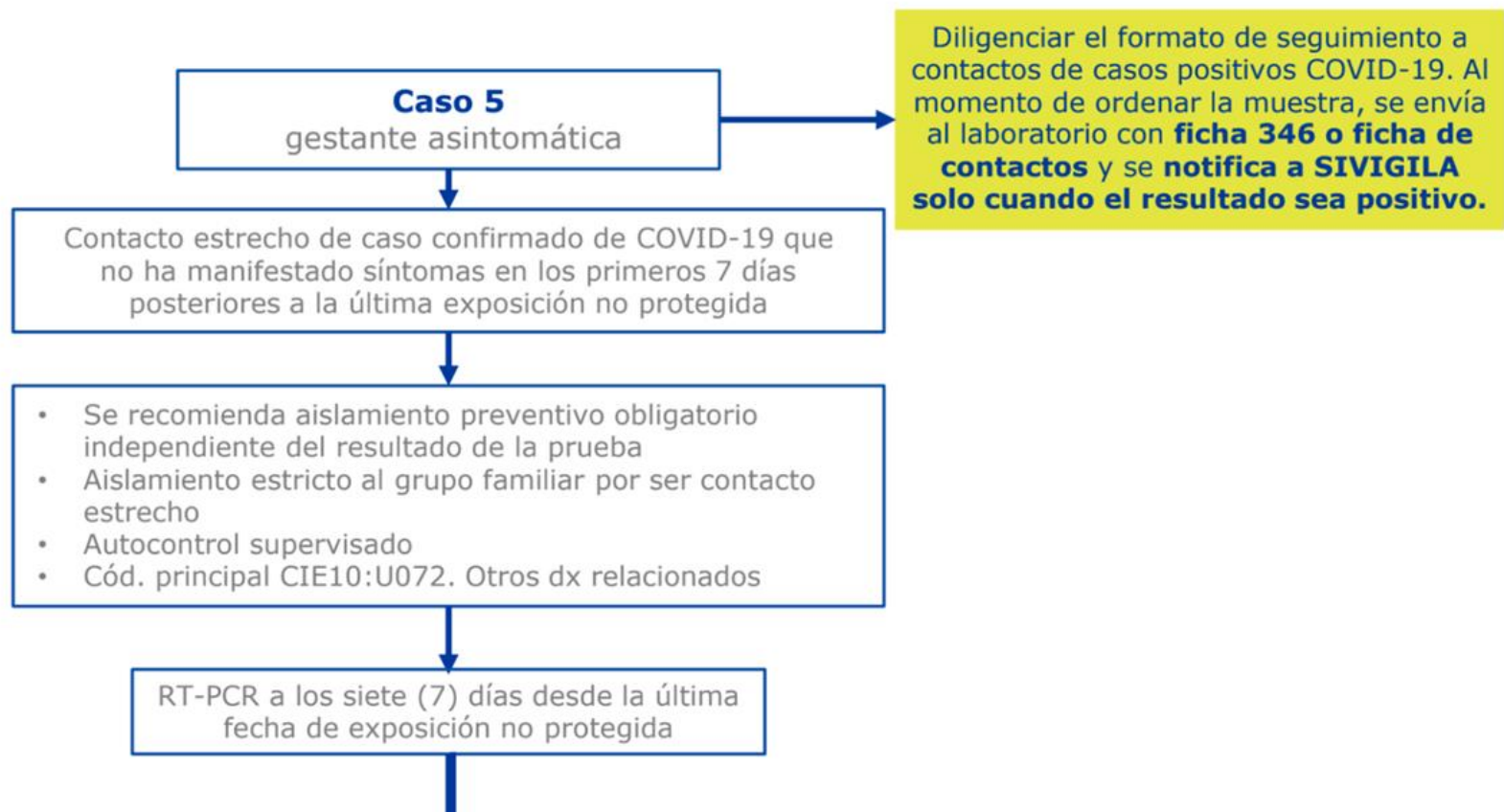
Caso recuperado

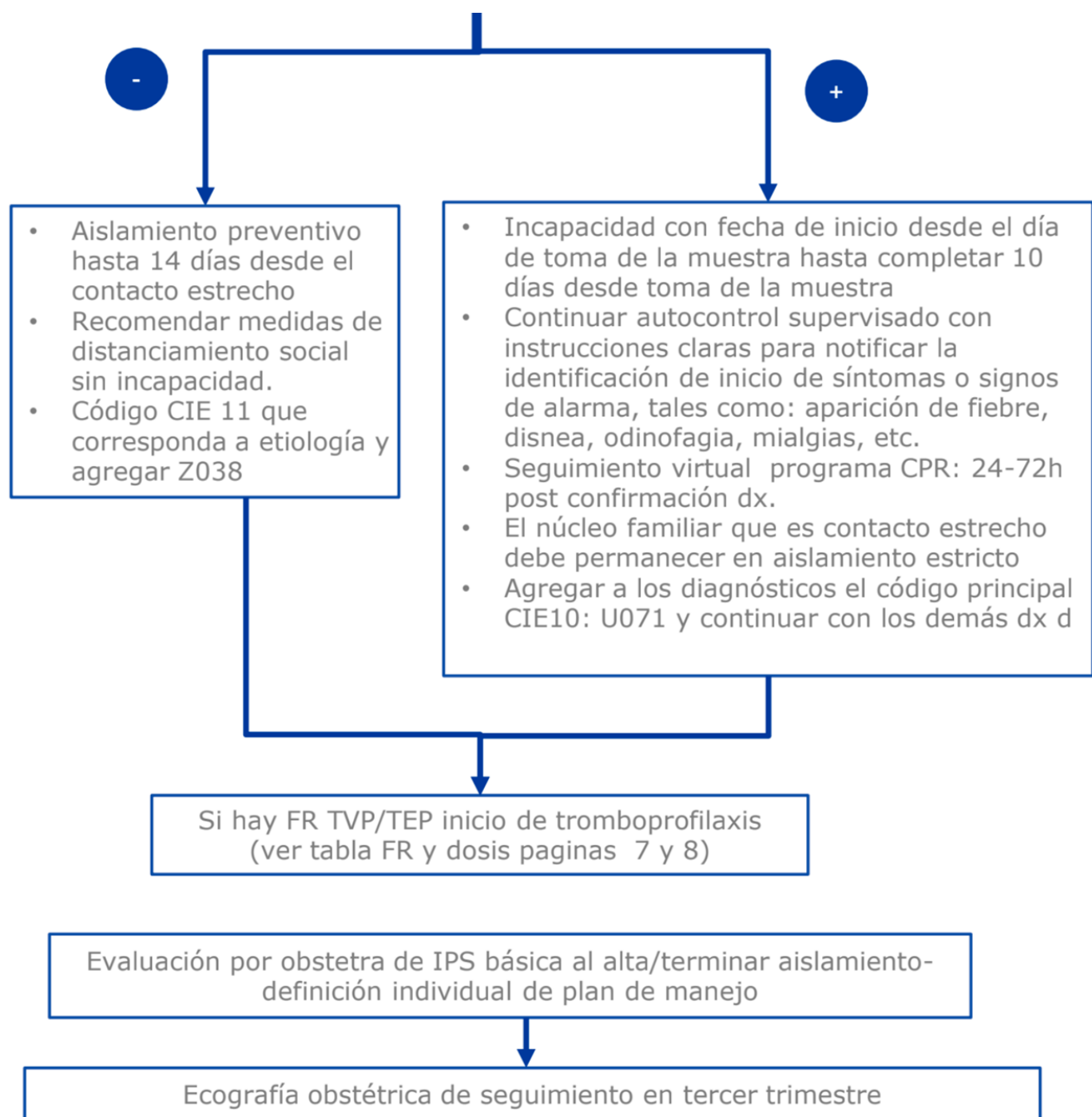
- En gestantes con infección por COVID Caso 2 sin FR para TVP/TEP NO está indicada la tromboprofilaxis
- Ante inminencia de parto en las próximas 12 horas **NO se debe iniciar tromboprofilaxis por riesgo de sangrado**
- En pacientes con 37 o más semanas de gestación considere iniciar heparina no fraccionada en dosis profilácticas(5.000 U. Subcutáneas cada 12 horas) hasta la finalización del embarazo.
- **SOLO en las siguientes poblaciones, con condiciones especiales, el aislamiento debe extenderse desde el inicio de síntomas hasta 20 días, debido a su período de mayor excreción viral.**
 - ✓ Trasplante de médula ósea en inmunosupresión/Trasplante de órgano sólido
 - ✓ VIH con CD4<200
 - ✓ ERC-terminal
 - ✓ Neoplasia hematológica en quimioterapia activa
 - ✓ Inmunodeficiencias primarias
 - ✓ Uso esteroides por 15 días o mas a dosis de 10 mg/d o mas
 - ✓ Uso antiTNF/rituximab/inhibidores de calcineurina/azatioprina/micofenolato





Clasificación y enfoque COVID en gestantes





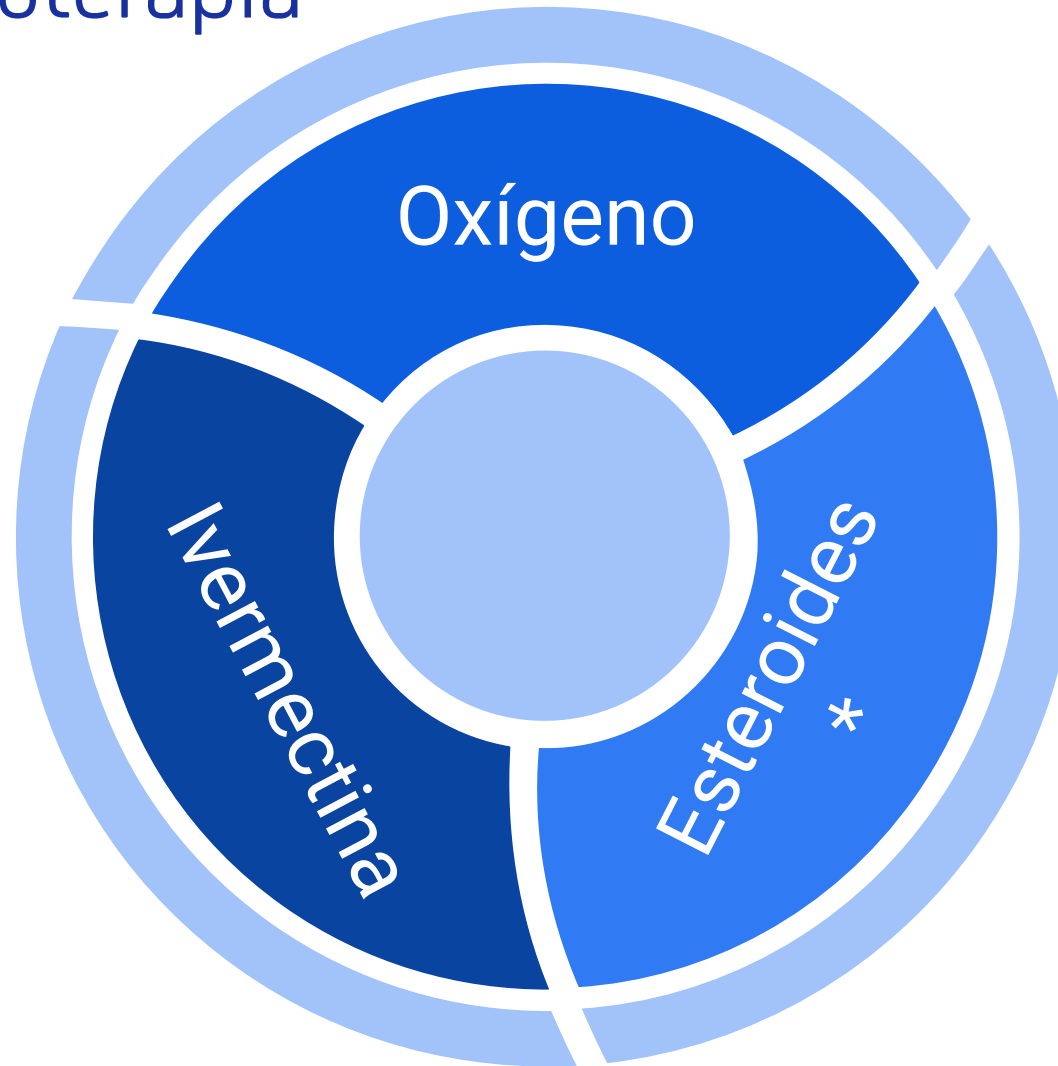
Otras consideraciones de covid en gestante

- Mayor tasa de cesárea y prematuridad de causa iatrogénica
- La vía del parto en gestantes con COVID 19 se determina por condiciones obstétricas, encontrando mayor incidencia de cesáreas en los casos críticos.
- Terminación del embarazo:
Indicaciones obstétricas y de la condición materna hipoxemia refractaria → intentar pronó, no descartar ECMO
Enfermedad leve o asintomática NO hay indicación para hacer inducción temprana del trabajo de parto pero tampoco se debe diferir si está indicada





Oxigenoterapia



*** Excepto otras indicaciones para maduración fetal**



Oxigenoterapia

- Metas:
 - Saturación periférica de oxígeno (SpO₂) $\geq 95\%$
 - PaCO₂ entre 28 – 45 mmHg
 - PaO₂ mayor de 70 mmHg
 - Se debe evitar la hiperoxemia**

DLI compresión aorto-cava

Acople: dexmedetomidina

Inducción de secuencia rápida para intubación
propofol, fentanilo, succinilcolina





Esteroides

- Enfermedad grave:

Dexametasona en dosis de 6 mg IV cada día por 10 días mejor OR vs paso placentario.

- Enfermedad moderada:

Prednisolona en dosis de 40 mg/día VO por 10 días.

- Maduración pulmonar fetal en gestantes con indicación de manejo con esteroide por COVID → dexametasona en dosis 6mg/12h IV durante 48h.
- Indicación de esteroides para manejo por COVID → ivermectina de 200 microg/Kg VO antes de iniciar el tratamiento



Recién nacido asintomático



Madre completamente aislada del recién nacido:

- Vigilancia en hospital las primeras 24 h

- En habitación con otro cuidador o en unidad neonatal

- Después de 24 h cuidado en casa con cuidador sano

Alojamiento conjunto con el recién nacido:

- Día y noche

- Higiene de manos 40-60 seg antes de amamantar o antes de extraerse la leche y después del cambio de pañal

- Uso permanente y adecuado de tapabocas.

- Evitar hablar (amamantamiento o extracción)

- Limpieza seno antes de amamantar

- Aseo superficies

- Cuna separada a 2 metros



Recién nacido asintomático

- 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





Conclusiones

- Mayor riesgo de complicaciones
- Metas más estrictas
- Cambios fisiológicos
- Diagnósticos diferenciales y concurrentes
- Control ecográfico a las 4 semanas en casos graves y 3 TM a todas
- Esteroides + oxígeno + ivermectina
- Covid no indica cesárea
- Indicaciones precisas para exámenes adicionales
- Tromboprofilaxis
- Lactancia
- Deambulación e hidratación
- **Prevención !!!**

**Vacunación en gestantes aún
no se incluye en el plan nacional
de vacunación**

¡Gracias!

