



COVID-19 Task Force SV

Boletín informativo Número 17, 28 Julio 2020.

CONTENIDOS.

- Editorial: Unión y solidaridad: Reinventando la práctica de la ginecología y obstetricia durante la pandemia COVID-19.
- Tratamiento de COVID-19 durante embarazo y lactancia. Una propuesta colegiada del Task Force COVID-19 El Salvador.
- Figura de la semana: La angustia de estar embarazada en Tiempos de COVID-19.

EDITORIAL: UNIÓN Y SOLIDARIDAD: REINVENTANDO LA PRÁCTICA DE LA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19.

Colaboración: Dr. Roberto Peña Chang, médico ginecobstetra.

Estamos aún en el mes de julio, mes en que se celebra, con fecha 14, el Día del Médico Salvadoreño. Quisiera iniciar este editorial con unas anécdotas, ocurridas durante mi segundo año de residentado de Ginecología y Obstetricia. En el Servicio de Aislamiento, cada mañana, debía pasar visita con el Jefe del Servicio y, cuando él cruzaba las puertas, levantaba su mirada y caminaba hacia la paciente. Se dirigía a los residentes y decía: “Contame”. Para suerte de la paciente y mala suerte del residente, siempre detectaba a la paciente más delicada del servicio y comenzábamos a temblar... Pasaba por mi cabeza que él quizá hablaba por teléfono antes de llegar, o que quizás era brujo... Como diríamos en *caliche*: Te dejaba “apantallado”. En otra ocasión, para un examen oral, me asignó a una paciente sordomuda ingresada en el mismo servicio... Ya podrán imaginarse lo embarazoso y difícil que fue hacer la historia clínica y el examen físico porque, para hacer más difícil el caso, la paciente no sabía leer ni escribir. Tan solo me cruzó por la mente: “Ay, Peña, qué suerte la que tenés”.

Mucho se ha recordado en este mes sobre los motivos de cada uno para ser Médico; por supuesto, cada quien recuerda con amor y cariño su especialidad. La Ginecología como todas las especialidades, es un arte y ciencia que se aprende educándose, leyendo, estudiando, memorizando, meditando, asistiendo a clases, conferencias, sesiones, cursos y congresos. El arte de la Ginecología y Obstetricia se aprende acompañando e imitando a grandes maestros así como por la experiencia personal acumulada. Tenemos que acostumbrarnos a escuchar, explorar, palpar, conocer la anatomía, la ubicación, la forma y la consistencia de los órganos y tejidos. Se desarrolla

al máximo el sentido del tacto, de forma directa o indirecta por medio de instrumentos o de aparatos: Nada de esto se hereda, se aprende en el desempeño clínico. En todos los hospitales hay médicos que, generosa y espontáneamente, se convierten en maestros, dispuestos a encontrar alumnos interesados en aprender. Serán maestros, amigos, que aclararán dudas y darán orientación al médico residente. Siempre te encontraras también con algún maestro excesivamente rígido, que obedece al principio de autoridad y tendremos que aceptarlos, soportarlos y tratarlos porque, a pesar de su presunción, insolencia y arrogancia, esos maestros antipáticos también tienen conocimientos y experiencias que se pueden aprovechar.

El ejercicio de la Ginecología nos lleva a crear empatía para iniciar una amistad, una relación humana, médico - paciente – familiares; es frecuente que estemos al cuidado no solo una mujer de la familia, sino que de la abuela, de las hermanas, de las primas, de las hijas, de las amigas y de las compañeras de trabajo... Esto nos hace un tanto diferentes y un tanto “especiales” respecto a médicos de otras ramas. Por ejemplo, el paciente que es sometido a una apendicectomía es operado y evaluado en un tiempo corto, pero no aparece de nuevo un cuadro apendicular, aunque pueda eventualmente necesitar del cirujano; en cambio, nosotros, les tomamos el PAP, hacemos controles de anticoncepción, controles de embarazo, atención de partos, cuidados de patología mamaria, leucorreas, histerectomías, por mencionar algunos elementos de la historia ginecológica de nuestras pacientes. Eso nos lleva a una relación larga, duradera y especial, la cual no nos exige de también experimentar el sufrimiento y el dolor, cuando se pierde a una paciente. Todo esto nos lleva a una EXPERIENCIA PERSONAL, QUE NO SE HEREDA SINO QUE SE VIVE. Estas vivencias nos han enseñado a ser afables en el ejercicio clínico, a tener cercanía con las pacientes, lo que implicaba, abrazos, saludos de beso, manifestaciones de cariño con respeto mutuo. Ahora que la DISTANCIA FÍSICA es la regla, tenemos que ser creativos para demostrar cariño y ternura en la comunicación con ellas, cuando la consulta no sea presencial, sino que utilizando la tecnología al alcance, como la telemedicina, la vídeo-llamada, WhatsApp, Messenger, etc.

La pandemia nos ha dejado, luto, dolor, frustración, sensación de impotencia, pero también en medio del cansancio y fatiga debe de surgir la resiliencia, y es así como estamos aprendiendo a usar tecnología para continuar con la educación médica. En lo personal, manejo un grupo de colegas con quienes compartimos conocimientos y ya hemos realizado 11 actividades virtuales, que nos han dejado una lección: continuamos con el vivo deseo de aprender y mejorar, para atender mejor a nuestras pacientes. Todas la especialidades se han visto afectadas en el control de sus pacientes afectos de enfermedades crónicas; se han visto afectados, además, los controles de vacunación, los tamizajes para la detección precoz del cáncer de mama y de cuello de útero, por ejemplo. Superado el estado de shock inicial ante el surgimiento de la nueva enfermedad, debemos aprender cada día algo nuevo, no debemos paralizarnos sino que debemos actuar, adaptarnos, ser ingeniosos, para realizar nuestras labores. Tenemos la ventaja que la mayoría de nuestras pacientes las conocemos desde hace años y eso nos sirve para realizar un tamizaje y filtrar los casos en que podemos brindar el servicio por telemedicina y definiendo qué pacientes requieren consultas presenciales. La recomendaciones para el ejercicio en el consultorio serían de laborar con el mínimo de personal, uso de mascarillas, protectores faciales, barreras de acrílico, alcohol gel y guantes; no ingerir bebidas durante el trabajo, ni alimentos, medidas tanto para las pacientes como para el personal de la oficina. Todas la vivencias de la Facultad de Medicina, las vivencias en las rotaciones de externado, internado y año social, las vivencias de la época residencia hacen que el gremio, en estos momentos difíciles, en que el luto nos embarga, podamos pensar en la UNIÓN , que las diferencias políticas y de credo queden marginadas y, de esa forma, podamos formar un bloque lleno de SOLIDARIDAD, de HERMANDAD, de UNIDAD, de HUMANIDAD.

TRATAMIENTO DE COVID-19 DURANTE EMBARAZO Y LACTANCIA. UNA PROPUESTA COLEGIADA DEL TASK FORCE COVID-19 EL SALVADOR.

- Dra. Myrna Artiga, médica ginecóloga obstetra, mastóloga y ultrasonografista.
- Dra. Claudia Morena Artiga de Vivas, médica ginecóloga obstetra.
- Dr. Roberto Peña Chang, médico ginecólogo obstetra, ultrasonografista.
- Dr. Francisco Reyes Perdomo, médico anesthesiólogo.
- Dr. Hugo Villarroel-Ábrego, médico internista, cardiólogo y ecocardiografista, compilador, editor y encargado de arte gráfico.

Esta propuesta es fruto del trabajo en equipo de un grupo multidisciplinario: ginecobstetras, anesthesiólogo e internista. Todo el Boletín #17 del Task Force COVID-19 El Salvador se consagrará a la presentación de esta propuesta colegiada, basada en la mejor y más reciente evidencia disponible. Es de hacer notar que COVID-19 es una zoonosis que apenas recientemente ha tomado como reservorio al ser humano, por lo que los conceptos aquí vertidos podrán modificarse de modo sustancial en la medida que más y más información fidedigna pueda acumularse, a un ritmo que parece, a estas alturas, difícil de sostener. Mucha de la información aquí presentada ya fue analizada y publicada en Boletines previos por una de las autoras (ver #5 del 16.05.2020, #6 del 21.05.2020), pero se aportan experiencias y datos nuevos con intenciones de guiar la práctica, inspirados en los recursos locales. Los contenidos se detallan a continuación:

1. Historia natural de la enfermedad. Clínica y diagnóstico, generalidades sobre la terapéutica.
2. Consideraciones sobre suplementación zinc, vitamina C y vitamina D en embarazo, durante la pandemia de COVID-19.
3. Lactancia durante pandemia COVID-19: opinión breve.
4. Algoritmo de diagnóstico y manejo de COVID-19 en paciente embarazada.
5. Recomendaciones para analgesia y anestesia en pacientes embarazadas sospechosas o positivas a COVID-19.

La bibliografía será resumida al final del documento.

1. Historia natural de la enfermedad. Clínica y diagnóstico, generalidades sobre la terapéutica.

El virus SARS-CoV-2 está vinculado a la enfermedad por coronavirus-19 (COVID-19), tiene alto potencial de infectividad y en muchos casos no se limita a causar enfermedad respiratoria aguda, evolucionando a disfunción multiorgánica. Los síntomas más comunes son fiebre, fatiga, mialgias, tos seca, disgeusia, anosmia y diarrea; los síntomas de alerta para considerar hospitalización son disnea, fiebre persistente, cefalea intensa, dolor torácico y estado confusional o *delirium*.

Al graficar la evolución de manera lineal del día 0 al 28 podemos, de modo aproximado, definir las siguientes fases (ver **Figura 1**), basándose en los datos promedio:

- Día 0: Día de exposición al virus.
- Días 1-14: **período de incubación**, que tiene un valor de mediana de 5 días.

- Días 5-28: **período clínico**, que incluye un **período presintomático** entre los días 3-5 post exposición; entre los días 3 al 10 hay factibilidad de transmisión, por lo que se llama **período de infectividad**; en casos complicados (neumonía) puede extenderse hasta el día 28.

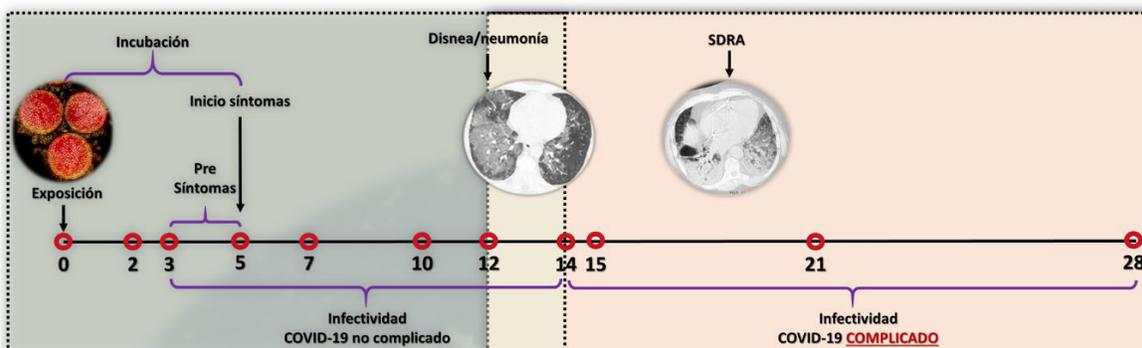


Figura 1. Línea temporal de la evolución de COVID-19. Ver explicación en el texto.

Para hablar de **curación** se requiere:

- Que transcurran al menos 14 días desde el inicio de los síntomas.
- Que haya una gran mejoría de los síntomas.
- Que el paciente esté afebril al menos por 72 horas.

Es importante señalar que, clínicamente, no hay diferencias significativas entre COVID-19 y otros procesos infecciosos respiratorios virales, aunque COVID-19 ha causado lesiones de alta sospecha, como la alta frecuencia de anosmia y afección de piel, falanges y orjejos (“dedos COVID”). El diagnóstico definitivo es posible únicamente por estudios de laboratorio:

- Estudio molecular: Transcriptasa reversa de la reacción en cadena de polimerasa (RT-PCR). Es la prueba de elección porque detecta fragmentos del genoma del virus. La muestra debe tomarse de la vía aérea superior o inferior, ya sea por lavado o hisopado; el hisopado puede ser nasal, nasofaríngeo (ideal) u orofaríngeo; el lavado puede ser por estudio de esputo, aspirado traqueal (ideal) o lavado broncoalveolar. El día ideal para la toma de muestra es entre el 3 y el 7 de iniciados los síntomas, cuando mayor la oportunidad de captar partículas virales infectantes.
- Estudio serológico de antígenos de SARS-CoV-2.
- Estudio serológico de detección de anticuerpos IgM e IgG anti SARS-CoV-2; se indican a partir de al menos el día 12 de síntomas, ayudan a confirmar la infección y en qué etapa se encuentra (IgM positivo indica infección activa, IgG indica que comienza la fase de recuperación).

Hay casos de alta sospecha clínica, con exposición comprobada al virus, con síntomas sugestivos y lesiones radiológicas características; estos casos son considerados operativamente como positivos, aunque la RT-PCR y/o los anticuerpos no resulten positivos (o en caso de que no estén disponibles).

Hay criterios para definir qué pacientes con COVID-19 deben someterse mandatoriamente a exámenes de laboratorio para confirmar diagnóstico:

- Pacientes sintomáticos:
 - Hospitalizados.
 - Que pertenezcan a algún grupo de riesgo: comorbilidades, pacientes embarazadas.

- Pacientes asintomáticos:
 - Que serán sometidos a un procedimiento que genere aerosoles.
 - Que recibirán inmunosupresores, como pacientes transplantados.
 - Asintomáticos que tuvieron contacto con un positivo (recién nacidos de madre positiva).

La idea principal es: Si la persona tiene riesgo para su salud o es un riesgo para la salud de los demás, se recomienda indicar exámenes confirmatorios o, al menos, mantenerse en aislamiento preventivo.

No existen un tratamientos curativos o milagrosos para COVID-19, tampoco hay tratamientos aprobados por las autoridades regulatorias; todo uso de fármacos es *off-label*, o compasivo, extrapolado de otras indicaciones en patologías más o menos similares o fundamentado en hipótesis fisiopatológicas. Esto lleva a enunciar la siguiente máxima: **Hagamos todo, menos daño al paciente.** La estrategia de manejo depende de la severidad del caso y puede clasificarse en:

- Ambulatorio: haciendo uso de telemedicina; se hace énfasis en la prevención de contagios y se basa en el manejo de los síntomas.
- Hospitalario, en un servicio dedicado a COVID-19, Unidad de Cuidados Intermedios o Unidad de Cuidados Intensivos.

La mayoría de los pacientes hospitalizados necesita:

- Manejo de soporte: Reposo, monitoreo, oxigenoterapia, asistencia ventilatoria, control y optimización de signos vitales y marcadores de inflamación/trombosis/injuria cardíaca.
- Control de las comorbilidades, que podrían descompensarse.
- Prevención de eventos tromboembólicos.
- Uso de inmunomoduladores: corticosteroides, tocilizumab.
- Tratamiento de sobreinfecciones bacterianas, si existen.
- Manejo de las disfunciones orgánicas agudas: delirium, ictus, falla cardíaca aguda o choque cardiogénico, neumonía, diabetes debutante, falla renal aguda, entre otras.

El pronóstico es muy pobre en la gran mayoría de pacientes que presentan choque cardiogénico, falla multisistémica o que requieren de ventilación mecánica. Los sobrevivientes enfrentarán severas secuelas que requerirán de oportunas e indispensables estrategias de rehabilitación física o mental.

2. CONSIDERACIONES SOBRE SUPLEMENTACIÓN ZINC, VITAMINA C Y VITAMINA D EN EMBARAZO, DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19.

En todo el mundo se ha implementado una estrategia básica y muy efectiva para evitar el contagio por COVID-19: distanciamiento físico, uso de mascarillas y lavado frecuente de manos... ¿Puede hacerse algo más para evitar el desarrollo o agravamiento de la enfermedad? Un sistema inmunitario activo y saludable también es crucial en la lucha contra el coronavirus-19, y el organismo necesita de suficientes vitaminas y otros micronutrientes para responder a la exposición a una carga viral. No obstante, muchas personas tienen deficiencias nutricionales y hasta estados carenciales y por ello, además de las medidas higiénicas ya citadas, debe prestarse atención al estado nutricional, con especial urgencia durante el embarazo. Las vitaminas C, D y minerales como el zinc, el hierro y

el selenio son importantes: No son remedios milagrosos, sin embargo son necesarios para la integridad del sistema inmune.

A diferencia de los macronutrientes (grasas, carbohidratos, proteínas) los micronutrientes no proporcionan energía pero son esenciales para múltiples rutas metabólicas. En el peor de los casos los estados carenciales ponen a la economía en desventaja para una adecuada respuesta inmune, por lo que su administración se vuelve necesaria. Se analizan acciones específicas de micronutrientes sobre el sistema inmune:

- **Vitamina C:** Hidrosoluble, el organismo elimina rápidamente dosis supratrapéuticas. Antioxidante eficaz contra radicales libres, estimula la migración de células inmunológicas al lugar de infección; impulsa la fagocitosis y participa en la producción de anticuerpos.
- **Vitamina D:** Liposoluble, se acumula y su exceso provoca efectos adversos. Su forma biológicamente activa regula la distribución de la insulina, inhibe crecimiento tumoral, estimula formación de eritrocitos y garantiza la actividad normal de los macrófagos. Los requerimientos en el embarazo son de 400-600 U/día; un mayor aporte reduce el riesgo de diabetes gestacional, sin embargo tiene efecto nulo en preeclampsia, disminución riesgo de parto prematuro o prevención del bajo peso al nacer.
- **Zinc:** Oligoelemento, mineral ligado a numerosos procesos metabólicos. Es importante para las respuestas reparatorias ante injurias. Se cree que contribuye a reducir la susceptibilidad de las infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores ante agentes infecciosos, mediante la regulación de diversas funciones inmunitarias. En el embarazo la suplementación de zinc puede haber reducción relativa de hasta un 14% en la incidencia de partos prematuros al disminuir la severidad de las infecciones maternas. Se recomienda su suplementación en poblaciones con bajo nivel económico. Fuentes alimentarias: pollo, carnes rojas, cereales fortificados. Requerimientos diarios 8 mg (mujeres), pero se acostumbra a suplementar al menos 20 mg/d.

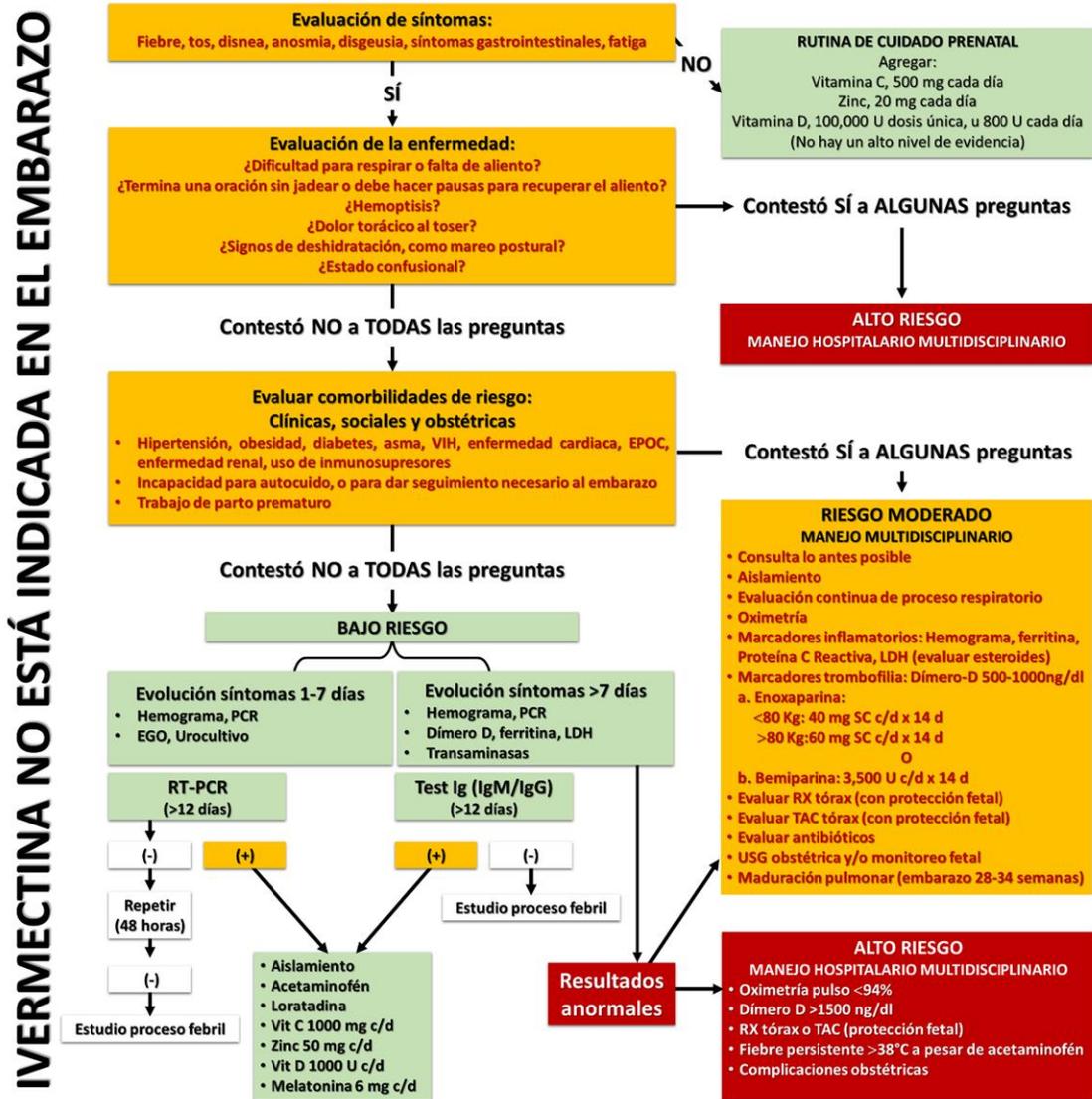
3. LACTANCIA DURANTE PANDEMIA COVID-19: OPINIÓN BREVE.

El Centro de Control de Enfermedades (Atlanta, USA) ha generado información sobre el manejo de embarazo y la lactancia en tiempos COVID-19 y se concluye que hay excepciones raras en las que la lactancia no está recomendada. Elementos clave:

- Si la lactancia debe ser implementada, cómo y cuándo empezar o continuarla debe ser decidido por la madre, en coordinación con el personal de salud a cargo.
- La principal preocupación no es si el virus puede o no ser transmitido a través de la leche materna, recae en la posibilidad que una madre infectada puede transmitir el virus a través de gotitas de *flugge* (“*flush*”), durante la lactancia. Por tanto, una madre lactante con COVID-19, o con síntomas sospechosos, debe de tomar todas las precauciones posibles para evitar contagiar al infante, incluidas la higiene del seno y manos y utilizar mascarillas adecuadas mientras esté lactando.
- Si la madre utiliza una bomba manual o eléctrica para extraer la leche debe lavar sus manos antes de tocar la bomba o la botella de leche y seguir las recomendaciones higiénicas.
- Se puede considerar que una persona que no está enferma de COVID-19 pueda alimentar a un recién nacido con leche extraída de la madre.

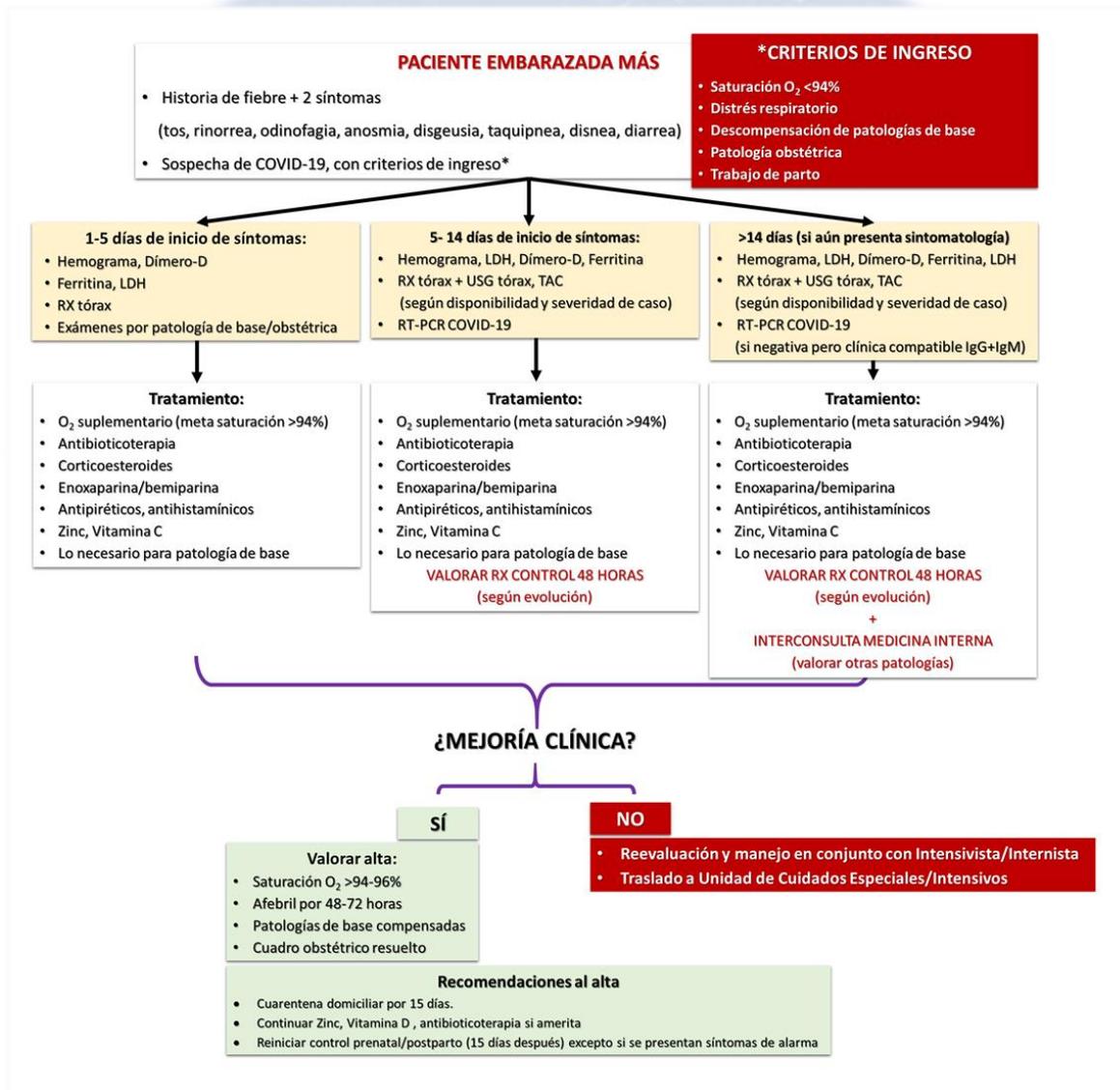
4. ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE COVID-19 EN PACIENTE EMBARAZADA.

Manejo inicial basado en la calidad y severidad de la sintomatología, para identificar a pacientes embarazadas de riesgo moderado o alto, definir el nivel de la estrategia de valoración, los requerimientos de laboratorio para diagnóstico y pronóstico y definir pautas terapéuticas de choque.



5. ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE COVID-19 EN PACIENTE EMBARAZADA: MANEJO INTRAHOSPITALARIO.

Árbol de decisiones para la paciente con perspectivas de manejo hospitalario, según tipo de síntomas, valores de potencial alarma y tiempo de evolución; se consideran pautas para alta y manejo post hospitalización.



6. RECOMENDACIONES PARA ANALGESIA Y ANESTESIA EN PACIENTES EMBARAZADAS SOSPECHOSAS O POSITIVAS A COVID-19.

Manejo de la paciente en trabajo de parto.

- Notificar la admisión de paciente con COVID-19 positiva o sospechosa a todos los miembros del equipo multidisciplinario: médicos obstetra y anestesiólogo, enfermera a cargo, equipo auxiliar de quirófano y equipo de neonatología.
- Las pacientes en trabajo de parto COVID-19 positiva o sospechosas deben ser informadas de los posibles retrasos en la atención que pueden ocurrir debido a la necesidad de colocación de elementos de protección personal (EPP). El trabajo de parto debe ser atendido en la sala más cercana disponible al quirófano obstétrico, preferentemente con presión negativa. Si no se dispone de salas de partos con aislamiento o no es posible la atención en salas de parto, considerar llevar trabajo y atención de parto en quirófano.
- Permitir un solo acompañante para el trabajo de parto, preferentemente el padre; debe ser tratado como infectado y pedirle que use una mascarilla quirúrgica estándar y se lave las manos frecuentemente. Si está sintomático, el acompañante debe permanecer aislado y no podrá asistir al parto. El acompañante debe mantenerse en la habitación en todo momento.
- La paciente debe usar una mascarilla quirúrgica estándar en todo momento.
- Minimizar la cantidad de personal que transita hacia y fuera de la habitación.
- El personal se debe colocar los equipos de protección personal (EPP) en otra habitación. Si es posible se debe asignar una enfermera principal que deberá usar EPP apropiado en la habitación y debe mantenerse en ella en todo momento.
- Asignar una enfermera secundaria que asista a la principal desde afuera de la habitación/quirófano para que la principal no deje su posición; ambas enfermeras deben intercambiar de rol cada 2 horas.
- Monitorización electrónica fetal continua, especialmente posterior a la anestesia neuroaxial.
- Si baja la saturación arterial de oxígeno de la paciente se deberá administrar oxígeno para mantener la saturación en un valor $>94\%$. Informar al equipo de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y al anestesiólogo/proveedor de anestesia si la oxigenación no puede llevarse a $>94\%$ a pesar de la oxigenoterapia.

Analgesia de trabajo de parto.

- La analgesia epidural y espinal no están contraindicadas en pacientes con COVID-19.
- No se recomienda la realización de exámenes de laboratorio previo a la instalación de la analgesia neuroaxial, a menos que la paciente presente clínica sugerente de alguna alteración que los amerite o se encuentre bajo terapia con heparina de bajo peso molecular.
- Se debe ofrecer una técnica neuroaxial precoz y que permita la valoración de efectividad, para reducir el riesgo de anestesia general en caso de emergencia obstétrica.
- Siempre que sea posible, se debe asignar al proveedor de anestesia más experimentado para los procedimientos. Durante la punción neuroaxial se recomienda usar EPP que incluya protección ocular y doble guante.
- Si se encuentra disponible mantener la analgesia de trabajo de parto con métodos automatizados: bombas de infusión o PCEA (analgesia epidural controlada por la paciente), para reducir el tránsito del personal anestésico en la habitación de la paciente.
- Cuando la analgesia epidural esté contraindicada, se debe ofrecer una PCA endovenosa con remifentanilo o fentanilo.

Traslado a quirófano.

- En todos los casos que requieran quirófano, los miembros del equipo quirúrgico (obstetras, anestesiólogos/ anestesistas, enfermeras, auxiliares, neonatólogos) deben usar EPP completo antes de que la paciente sea trasladada.
- La paciente debe ser trasladada por 2 personas “limpias”: la enfermera secundaria (con EPP limpio) y otro trabajador de la salud. Este equipo debe ser asignado al inicio de cada turno. Se deben despejar los pasillos de personas, para evitar contagio.

En el quirófano.

- Elegir un quirófano (idealmente con presión negativa) y máquina de anestesia exclusiva para casos sospechosos o confirmados de COVID-19, durante toda la duración de la pandemia. Este quirófano debe estar clausurado y usarse tan solo para casos de COVID-19. Los EPP deben ser colocados previo ingreso al quirófano.
- Mantener el carro de anestesia fuera de quirófano y solo introducir las drogas e insumos necesarios para cada caso, para ello se recomienda la previa preparación de “kits” para anestesia neuroaxial o general.
- Anestesia epidural o espinal según sea necesario, siempre con los EPP y técnica estéril.
- Evitar anestesia general a menos que sea absolutamente necesaria, pero también considerar dentro de los planes para manejo de técnicas regionales fallidas.
- Si se va a realizar anestesia general, si es posible, todo el personal involucrado en el manejo de la vía aérea debe colocarse mascarilla N95 y protección ocular. Se debe mantener el menor personal posible durante la intubación traqueal, el personal no involucrado en la intubación debería estar fuera del quirófano. Preoxigenación con filtro HME en el extremo de la paciente.
- Si es posible usar aspiración con circuito cerrado.
- Se deben realizar todos los esfuerzos para asegurar el éxito en el primer intento de intubación (utilizar videolaringoscopio si está disponible y se tiene experiencia adecuada en su uso, disponer de conductor o *bougie*, posición en rampa) y evitar proporcionar ventilación con bolsa-máscara. Para ello es fundamental realizar preoxigenación adecuada procurando lograr un sello facial con la máscara, sin fugas. Se debe realizar una intubación traqueal de secuencia rápida. Se recomienda sobreponer un plástico transparente o caja acrílica sobre la cabeza de la paciente para evitar la aerosolización de partículas.
- Para la extubación traqueal aplicar todas las medidas para minimizar la tos y la aspiración de secreciones. Se recomienda sobreponer un plástico transparente o caja acrílica sobre la cabeza de la paciente para evitar aerosolización de partículas. Minimizar el personal en el quirófano y todo personal directamente involucrado debe estar con mascarilla N95.
- Administrar antieméticos para prevenir vómitos postoperatorios. Sin embargo, debido a los riesgos potenciales de los esteroides en el contexto de la infección temprana por SARS-CoV-2, considerar evitar el uso de dexametasona para la profilaxis de náuseas y vómitos postoperatorios en pacientes con COVID-19, preferir otros antieméticos.
- El uso de morfina intratecal no está contraindicado en pacientes con COVID-19.
- Monitoreo postoperatorio se hará en el quirófano y, posteriormente, se trasladará a la paciente y su acompañante a su habitación (con aislamiento de gotitas y contacto), ambos con mascarilla quirúrgica; el personal de traslado deberá tener el EPP adecuado. Si la paciente presenta algún signo de gravedad, se debe trasladar a una unidad de cuidado intermedio.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA.

- Guías y flujogramas de Manejo: Modificados y adaptados de Covid y embarazo de la FIMMF (Fundación Internacional de Medicina Materno Fetal).
- Modificado y adaptado de ACCOG <https://www.cdc.gov/coronavirus2019-nCov/index.html>
- Hospital Universitario La Paz(Madrid) protocolo de trombopprofilaxis en pacientes con infección Covid-19.
- EVMS Critical Care COVID-19 Management Protocol 05-14-2020 [urf:evms.edu/covidcare](http://evms.edu/covidcare)
- Chen R, Zhang Y, Huang L, Cheng B, Xia Z, Meng Q. Safety and efficacy of different anesthetic regimens for parturients with COVID-19 undergoing Cesarean delivery: a case series of 17 patients. Canadian Journal of Anesthesia/ Journal Canadien d'Anesthésie. Springer Science and Business Media LLC; 2020 Mar 16; [http:// dx.doi.org/10.1007/s12630-020- 01630-7](http://dx.doi.org/10.1007/s12630-020-01630-7)
- Ti LK, Ang LS, Foong TW, Ng BS.What we do when a COVID-19 patient needs an operation: operating room preparation and guidance. Can J Anaesth. 2020 Mar;1–3: [https://doi.org/10.1007/s12630-020- 01617-4](https://doi.org/10.1007/s12630-020-01617-4) PMID:32144591
- Bauchat JR, Weiniger CF, Sultan P, Habib AS, Ando K, Kowalczyk JJ, et al. Society for obstetric anesthesia and perinatology consensus statement: monitoring recommendations for prevention and detection of respiratory depression associated with administration of neuraxial morphine for cesarean delivery analgesia. Anesth Analg. 2019 Aug;129(2):458–74. [https://doi.org/10.1213/ ANE.0000000000004195](https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004195) PMID:31082964
- Recomendaciones para la analgesia o anestesia de pacientes obstétricas con COVID-19 Alejandro Jankelevich, Héctor Lacassie Q, Diana Carolina Carmona, Juan Francisco Morales4, Claudio Nazar2 Rev Chil Anest 2020; 49: 317-321 DOI: 10.25237/revchilanestv49n03.082

FIGURA DE LA SEMANA:

La angustia de estar embarazada en Tiempos de COVID-19.



Una mujer embarazada pasa frente a una pintura mural de una mujer con mascarilla, el 23 de marzo de 2020 en una calle de la ciudad china de Hong Kong (afp_tickers).07 abril 2020 - 08:57 (AFP) <https://www.swissinfo.ch/spa/afp/la-angustia-de-estar-embarazada-en-tiempos-del-coronavirus/45673712>