

ATENCIÓN AL EMBARAZO, LACTANCIA Y PUERPERIO DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

**(ADAPTACIÓN PARA EL SERVICIO MURCIANO
DE SALUD DEL PIAM 2012)**

Actualizado a 13 de noviembre de 2020

13/11/2020 12:16:48

BARCELO BARCELO, INMACULADA CONCEPCION

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-c168e00d-25a1-4d6e-103b-00569b6280



AUTORES

Pilar Abia Ladrón de Guevara. Matrona. Centro de Salud Murcia-San Andrés.

Esther Baeza Pereñíguez. Matrona. Centro de Salud Los Alcázares.

Juan Luis Delgado Marín. Ginecólogo. Jefe de Sección Obstetricia H. Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA).

Juan José Pedreño Planes. Médico de Familia. Centro de Salud Murcia-San Andrés. Coordinador Programa Integral de Atención a la Mujer (PIAM).

Mónica Ruiz Hernández. Matrona. Centro de Salud Murcia-San Andrés.

REVISORES

Francisca Postigo Mota. Matrona. Dirección General de Asistencia Sanitaria del SMS. Responsable del Programa Integral de Atención a la Mujer (PIAM) de la DGAS.

Jose Eliseo Blanco Carnero. Obstetra. Jefe de Sección de Obstetricia. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA).

13/11/2020 12:16:48

BARCELÓ BARCELÓ, INMACULADA CONCEPCION

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-c168e0dd-25a1-4d6e-103b-00569b6280

DEFINICIONES BÁSICAS

- **EDAD GESTACIONAL:** tiempo transcurrido desde el primer día de la última menstruación hasta el momento considerado. Se expresa en días y/o en semanas.
- **DURACIÓN DEL EMBARAZO:** tiempo transcurrido desde el primer día de la última menstruación hasta la fecha del parto, independientemente de que el producto de la concepción nazca vivo o muerto. Se expresa en semanas.
- **PARTO:** expulsión o extracción de un feto de 500 g o más de peso (o 22 semanas de gestación), vivo o muerto.
- **PARTO PRETÉRMINO:** parto que ocurre antes de las 37 semanas (259 días) de gestación.
- **PARTO A TÉRMINO:** el que se produce entre las semanas 37 y 41 completas (259-293 días) de gestación.
- **PARTO POSTÉRMINO:** el que se produce a las 42 semanas (294 días) o más de gestación.
- **EMBARAZO PROLONGADO:** el que dura más de 42 semanas.
- **ABORTO:** expulsión o extracción de un feto o embrión de menos de 500 g (aproximadamente de menos de 22 semanas de gestación).

Protocolos SEGO. DEFINICIONES PERINATOLÓGICAS. 2010

13/11/2020 12:16:48

BARCELÓ BARCELÓ, INMACULADA CONCEPCION

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-c168e00d-25a1-4d6e-103b-00569b6280

ÍNDICE

1. JUSTIFICACIÓN	6
1.1. OBJETIVO.....	6
2. CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO NORMAL.....	6
2.1. CAPTACIÓN Y PRIMERA VISITA	7
2.2. SEGUNDA VISITA (12-13 SG).....	13
2.3. TERCERA VISITA (16-18 SG)	13
2.4. CUARTA VISITA (18-22 SG).....	14
Presta atención: Obstetra.....	14
2.5. QUINTA VISITA (25-26 SG)	14
2.6. SEXTA VISITA (28-30 SG).....	15
2.7. SÉPTIMA VISITA (34-36 semanas).....	17
2.8. OCTAVA VISITA (38-39 semanas)	17
2.9. NOVENA VISITA (40 semanas) – (MONITOR)	18
2.10. A PARTIR DE LA SEMANA 40 LA GESTANTE ES CONTROLADA POR OBSTETRICIA.....	18
3. LACTANCIA	18
4. PUERPERIO	19
4.1. REVISIÓN PUERPERAL: PRESENCIAL (O TELEFÓNICA si fuera necesario por situación de al pandemia)	20
4.2. REVISIÓN DEL RECIÉN NACIDO	21
5. RECOMENDACIONES PREVIAS A LA VISITA DOMICILIARIA	22
6. ACTUACIÓN ANTE LA LLEGADA DE UNA EMBARAZADA AL CENTRO DE SALUD CON SOSPECHA DE COVID-19.....	23
7. ACTUACIÓN EN EMBARAZADAS CON COVID-19 CONFIRMADAS POR TEST DIAGNÓSTICOS.....	24
8. ACTUACIÓN EN MUJERES CON COVID-19 DIAGNOSTICADAS DURANTE EL PUERPERIO.	25
ALGORITMO 1	27
ALGORITMO 2	28

CONTROL DE CAMBIOS		
Nº DE REVISIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN PRINCIPAL
1	21 de abril de 2020	Edición inicial
2	12 de noviembre de 2020	Ecografía 3 ^{er} trimestre Modalidad de visitas y flujogramas Actuación ante embarazadas con sospecha o confirmación de COVID-19

13/11/2020 12:16:48

BARCELO BARCELO, INMACULADA CONCEPCION

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-c168e00d-25a1-4d6e-103b-005056946280



1. JUSTIFICACIÓN

La pandemia originada por un nuevo virus de la familia de los Coronaviridae, denominado SARS-CoV-2, ha originado una crisis sanitaria mundial que afecta de manera directa a España. La enfermedad causada por este nuevo virus se ha denominado por consenso internacional COVID-19.

En la Región de Murcia hemos elaborado un plan de actuación para adaptar la Atención al Embarazo, Lactancia y Puerperio en Atención Primaria, extremando las medidas de precaución al tratarse de una enfermedad transmisible, sin menoscabar la calidad de la atención.

Se sabe que las mujeres embarazadas experimentan cambios inmunológicos y fisiológicos que pueden hacerlas más susceptibles a las infecciones respiratorias virales, incluido COVID-19. Varios estudios revelaron que las mujeres embarazadas con diferentes enfermedades respiratorias virales tenían un alto riesgo de desarrollar complicaciones obstétricas y resultados adversos perinatales en comparación con las mujeres no grávidas, debido a los cambios en las respuestas inmunes. También sabemos que las mujeres embarazadas pueden estar en riesgo de enfermedad grave, morbilidad o mortalidad en comparación con la población general, tal y como se observa en los casos de otras infecciones por coronavirus relacionadas [incluido el coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV) y el coronavirus del síndrome respiratorio del Medio Oriente (MERS-CoV)] y otras infecciones respiratorias virales, como la gripe, durante el embarazo.

1.1. OBJETIVO

El objetivo de este documento es ofrecer una guía que nos sirva para asegurar la atención y cuidados de la mujer durante el seguimiento del embarazo y el puerperio de forma estructurada y adaptada a las nuevas circunstancias que marcan la situación de pandemia.

2. CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO NORMAL

Las consultas periódicas de control de embarazo son una oportunidad para valorar el estado de salud general de la mujer, incluyendo la presencia de sintomatología compatible con infección por SARS-CoV-2. Por ello en cada una de estas visitas que detallamos a continuación, se preguntará por la presencia de sintomatología COVID-19 (fiebre, tos, dificultad respiratoria, odinofagia, anosmia, diarrea, malestar general). En caso de presentar sintomatología se derivará a su médico de familia (MF).

También será necesario recordar las recomendaciones generales para evitar la transmisión del SARS-CoV-2:

- Al toser o estornudar cubrirse la nariz y la boca con el codo flexionado.
- Lavado frecuente de manos.
- Evitar tocarse los ojos, nariz y boca ya que las manos facilitan su transmisión.



- Usar pañuelos desechables para eliminar secreciones respiratorias, tirarlos tras su uso y lavarse las manos con agua y jabón o solución hidroalcohólica.
- Evitar aglomeraciones y transporte público.
- Limitar las relaciones sociales.
- Limitar los viajes.
- Limitar las visitas en hospital y casa durante la pandemia.
- Limpieza del hogar con dilución de lejía (20 ml de lejía -4 cucharadas de postre- por litro de agua), prestando atención especial a los pomos de las puertas y armarios.
- Ventilación del hogar durante un periodo de tiempo prudencial.
- Desinfección y limpieza de la/s superficie/s con dilución de lejía.

En caso de sintomatología, autoaislarse en el domicilio y ponerse en contacto con su médico/a de familia.

2.1. CAPTACIÓN Y PRIMERA VISITA

Presta atención: Matrona.

Tipo de Visita: No Presencial – Telefónica.

Observaciones: Las analíticas se solicitan vía telemática.

a. Mujer que consulta porque está embarazada.

- Primera visita: comprobar el embarazo con test de gestación positivo incluyéndolo en la primera analítica de embarazo.
- Captación tardía: la embarazada se incorporará al programa a partir del control que le corresponda a su semana de gestación (SG).

b. Valoración del riesgo obstétrico.

Si en una mujer embarazada se identifican factores de riesgo (PIAM 2012) en la captación o primera visita en Atención Primaria, éstos quedarán registrados en la Historia Clínica/Cartilla Maternal para que la unidad obstétrica de referencia tenga la información oportuna y valore a la mujer en la visita de las 12 semanas, salvo en los tres supuestos que más abajo se mencionan, que han de ser evaluados antes de las 12 semanas de gestación.

Precisan consulta obstétrica antes de las 12 semanas de gestación los siguientes procesos:

- Abortos de repetición (3 o más de 3 abortos).
- Embarazo ectópico previo.
- Enfermedad trofoblástica gestacional previa.

El resto de procesos pueden ser valorados en la semana 12 por obstetricia.

La aparición de factores de riesgo durante el seguimiento del embarazo en Atención Primaria, serán comunicados a la unidad obstétrica de referencia a través de la INP (Interconsulta No



Presencial) en aquellas áreas donde esté activada o a través de la vía habitual de comunicación con este servicio.

c. Valoración psicosocial (punto 1.7– Secuencia básica de la exploración psicosocial: breve exploración psicosocial. (Subprograma de Atención al Malestar Biopsicosocial de la Mujer).

No olvidemos la importancia de la valoración psicosocial. No obstante, ésta puede realizarse adecuadamente por vía telefónica para que las consultas presenciales se alarguen lo menos posible.

d. Pruebas y recomendaciones.

Cuando acuda a la primera analítica, es recomendable facilitar a la gestante más de una duquesita de recogida de orina para sucesivas analíticas que se soliciten por vía telemática.

Solicitud de 1ª analítica (a realizar en la 10ª semana):

1. Hemograma. Glucemia basal. Creatinina. Bilirrubina Total. Ácido úrico. GOT. GPT. TSH. Grupo sanguíneo. Rh. Test de Coombs indirecto (con independencia del grupo sanguíneo y Rh. Si la mujer es Rh negativa y la prueba es negativa, repetir cada 4 semanas a partir de las 24 semanas de gestación).
2. Serología de lúes, rubéola, hepatitis B y VIH.
3. Serología de Chagas (las gestantes seropositivas serán avisadas directamente desde microbiología – Unidad Regional de Medicina Tropical HCUVA, para seguimiento y control).
4. Orina: anormales y sedimento.
5. Urocultivo.
6. Test de O`Sullivan en la primera visita si la gestante tiene riesgo de diabetes gestacional:
 - a. Obesidad (IMC igual o superior a 30).
 - b. Intolerancia glucídica o diabetes gestacional previa.
 - c. Historia de diabetes en familiares de primer grado.
 - d. Antecedentes de hijo nacido con macrosomía.
 - e. Malos antecedentes obstétricos: abortos de repetición, muerte fetal, etc.
7. Solicitar fracción β -hCG (gonadotropina coriónica humana) y PAPP-A (proteína plasmática A asociada al embarazo). A la mujer se le informará y entregará la hoja de Consentimiento Informado en la visita de las 12 semanas con el obstetra.

El sentido de la determinación de la PAPP-A y fracción libre de la β -hCG alrededor de la semana 10 de gestación (mejor momento para realizar este análisis), independientemente de que se realice o no cálculo de riesgo de aneuploidías, es que se pueden valorar en el primer trimestre como índices de función placentaria precoz, de forma que puedan ser utilizados estos resultados no solo para determinar el riesgo de aneuploidías, sino para establecer factores de riesgo o pronósticos en la gestación, y así poder adecuar la asistencia a la gestante de forma individualizada.



Recomendar:

1. Profilaxis con ácido fólico:
 - a. Mujeres con alto riesgo de tener un hijo con defectos del tubo neural (DTN): epilepsia, diabetes mellitus, obesidad – IMC>35-, antecedentes de gestación de DTN:
 - 4 mg/día de ácido fólico en los 3 primeros meses del embarazo. Existiendo estudios que aconsejan que a partir del tercer mes se administren 0,4 a 0,8 mg/día durante el resto del embarazo y la lactancia.
 - b. Mujeres de bajo riesgo (sin antecedentes de gestación con DTN):
 - 0,4 a 0,8 mg/día de ácido fólico en los 3 primeros meses del embarazo. No obstante, hay estudios que aconsejan que se mantengan durante toda la gestación y la lactancia.
2. En caso de conocer que sea portadora de la mutación MTHFR, dar Metafolin® durante todo el embarazo.
3. Profilaxis con yodo: 200 mcg/día de yodo durante los 3 primeros meses del embarazo. No obstante, hay estudios que aconsejan que se mantengan durante toda la gestación y la lactancia.

**LA MATRONA SE PONDRÁ EN CONTACTO CON EL MÉDICO DE FAMILIA PARA QUE REALICE LA RECETA ELECTRÓNICA CON LOS SUPLEMENTOS OPORTUNOS.*

Promoción de la salud en el embarazo.

- Conocer el estado de salud de cada mujer. Conocer la disposición emocional de la mujer hacia el embarazo y los cambios que la maternidad conlleva.
- Ofrecer una asistencia a la maternidad continuada y de calidad. Facilitar información veraz, evitando la que genere estrés y ansiedad basada en descripción de patologías que no existan en su caso concreto.
- Recomendar una alimentación equilibrada y hábitos de higiene dental.
- Identificar posibles riesgos relacionados con el trabajo productivo o remunerado y reproductivo o doméstico. Aconsejar prestar atención a su necesidad de descanso y tiempo de ocio.
- Informar sobre distintas formas de expresar o disfrutar la sexualidad.
- Informar sobre las medidas de prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) tanto en la mujer como a la pareja.
- Informar sobre los riesgos del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias adictivas en el embarazo.



- Sobre el consumo de medicamentos, informar que sólo deben ser utilizados en aquellos casos donde el beneficio supere los riesgos.
- Fomentar la actividad física y la práctica de ejercicio moderado. Aconsejar ejercicio físico en el agua dado que también parece tener beneficios positivos para las molestias propias del embarazo (lumbalgias, pesadez de miembros inferiores, etc.) y efectos relajantes.
- Facilitar recomendaciones a las mujeres embarazadas que vayan a realizar viajes internacionales.
- Promover el bienestar psicológico y emocional de las gestantes. El acompañamiento efectivo por la pareja o persona de confianza de la gestante a lo largo del proceso, facilita el bienestar emocional de la mujer y tiene efectos preventivos.
- Poner en marcha las medidas necesarias para la detección y abordaje de la violencia y abuso sexual.
- Integrar la promoción, la educación y el apoyo a la lactancia materna, respetando las circunstancias personales, sociales, laborales, de contexto y culturales de cada mujer.
- Cumplir el Código de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna, evitando prácticas publicitarias.
- Mejorar la coordinación entre las consultas prenatales, las maternidades hospitalarias, los centros de AP y los grupos de apoyo a la lactancia materna.
- Los factores de riesgo social que se identifiquen deben quedar reflejados en OMI-AP, pero no en la Cartilla Maternal.
- Las gestantes con riesgo social han de ser asesoradas por Trabajo Social para valoración e intervención.

e. Abrir cartilla de embarazo y realizar anamnesis de la gestante.

- ❖ **Apertura y cumplimentación de la Cartilla Maternal:**
 1. Datos de filiación (incluido país de procedencia).
 2. Antecedentes familiares (enfermedades infecto-contagiosas en convivientes).
 3. Antecedentes personales.
 4. Antecedentes obstétricos.
 5. Antecedentes ginecológicos.
 6. Gestación actual.
- ❖ **Datos a recabar:**
 1. Fecha de la última regla (FUR).
 2. Fecha probable de parto (FPP).
 3. Edad gestacional (en caso de dudas se solicitará ecografía urgente a UGA/hospital).

13/11/2020 12:16:48

BARCELÓ BARCELÓ, INMACULADA CONCEPCION

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-c168e00d-25a1-4d6e-103b-005696280

4. Fórmula gestacional: G – P – C – A.
5. Consumo de Tabaco – Alcohol – Drogas.
6. Consumo fármacos.
7. Aceptación del embarazo: Deseado. Aceptado. Deseos de interrupción, tanto por la mujer como por su entorno.
8. Peso, talla, IMC y tensión arterial.
9. Síntomas de embarazo.
10. Valoración del suelo pélvico. Incontinencia urinaria y/o fecal.
11. Edemas.
12. Varices, etc.

- ❖ Información sobre consejo genético.

f. Información sobre el seguimiento del embarazo durante el período de pandemia por COVID-19 (pruebas, visitas, etc.).

- ❖ **Recomendaciones generales a las embarazadas:** “Manejo de la mujer embarazada y el recién nacido con COVID-19 del Ministerio. Versión 17 de Junio de 2020”.
https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Documento_manejo_embarazo_recien_nacido.pdf
 - Lavado frecuente de manos.
 - Al toser o estornudar cubrirse la nariz y la boca con el codo flexionado.
 - Evitar tocarse los ojos, nariz y boca ya que las manos facilitan la transmisión.
 - Usar pañuelos desechables para eliminar secreciones respiratorias y tirarlo tras su uso.
 - Evitar aglomeraciones y transporte público.
 - Limitar las relaciones sociales.
 - Limitar los viajes a los estrictamente necesarios.

g. Información general sobre embarazo:

1. Cuidados del embarazo. Facilitar hoja con recomendaciones generales para la mujer embarazada.
2. Signos de alarma. Explicar síntomas y signos por los que la embarazada debe consultar (motivos de consulta urgente).
3. Cambios fisiológicos.
4. Alimentación y ejercicio.
5. Hábitos como el tabaco, alcohol y drogas.
6. Profilaxis buco-dental.
7. Facilitar medidas de prevención de toxoplasmosis.
8. Valoración de la Inmunidad antitetánica.
9. Informar de la administración de la vacuna de la Tosferina en el 3º trimestre.



10. Recomendar la vacunación antigripal en las gestaciones del 2º y 3º trimestre que coincidan con el período estacional de la gripe.
11. Recomendar la vacunación de hepatitis B en el 2º-3º trimestre, en población de riesgo.
12. Consejos para mejorar las molestias normales del embarazo.

h. Citar el primer control ecográfico.

- ❖ Se realiza entre la 12 y 13 semanas de gestación.
- ❖ Se calcula la fecha recomendada y se cita a la embarazada con obstetricia.
- ❖ La cita se facilitará en SELENE mediante el Programa Mostrador de su centro de salud.

ANOTAR NÚMERO DE TELÉFONO DE LA GESTANTE PARA COMUNICAR RESULTADOS DE LA 1ª ANALÍTICA POR TELÉFONO

i. Actitud ante los resultados de la 1ª analítica (analítica del 1º trimestre).

**LA GESTANTE ACUDIRÁ EN LA SEMANA 10 AL CENTRO DE SALUD PARA EXTRACCIÓN DE SANGRE 1ª ANALÍTICA*

**LA MATRONA COMUNICARÁ POSTERIORMENTE POR TELÉFONO LOS RESULTADOS A LA GESTANTE. VALORARÁ CON EL MÉDICO DE FAMILIA LAS ALTERACIONES Y POSIBLES TRATAMIENTOS AÑADIDOS*:*

1. Valorar resultados:
 - a. Hemograma:
 - Si anemia: tratar.
 - Si plaquetas <100.000: derivar a C. Alto Riesgo.
 - b. Lúes positiva: tratar y derivar a C. Alto Riesgo.
 - c. Rubéola:
 - Inmune: seguimiento normal.
 - Negativa: vacunar postparto.
 - d. VIH positivo: derivar a C. Alto Riesgo.
 - e. Hepatitis B activa: derivar a C. Alto Riesgo.
 - f. Sedimento de orina:
 - Bacteriuria positiva: tratar.
 - Piuria y nitritos positivos: tratar.
 - g. Valorar urocultivo.
2. La valoración de la β -HCG y la PAPP-A será efectuada por el/la ginecólogo/a en la segunda visita, semana 12 de gestación.
3. Anotar resultados en historia clínica.



4. En las mujeres gestantes con grupo Rh negativo, se les informará de la administración de la inmunoglobulina anti-D entre las semanas 28-34. Se aplica dosis única de 300 mcg (1.500 UI).
5. En el supuesto de aplicar la inmunoglobulina anti-D por amniocentesis con un margen de 12 o más semanas anteriores a la semana 28, hay que repetir la dosis.

j. Citar para la próxima visita con matrona, aproximadamente hacia las 16-18 semanas.

2.2. SEGUNDA VISITA (12-13 SG)

Presta atención: Obstetra.

Tipo de Visita: Presencial.

- Informar sobre cribado combinado de primer trimestre y de los controles ecográficos sucesivos del embarazo, recogidos en un consentimiento informado.
- Realizar ecografía del primer trimestre (según protocolo de la SEGO).
- La información del resultado del cribado combinado se realizará según la disponibilidad de cada área.
- Control clínico donde se valoran los factores de riesgo, la primera analítica y la cartilla maternal.
- La gestante sin factores de riesgo o de bajo riesgo mantendrá el seguimiento del embarazo en su centro de salud con su médico/a de familia y matrn/a.
- Si la gestante tiene factores de riesgo, el/la obstetra individualizará los controles y la atención a realizar en el seguimiento del embarazo, sin perder el contacto con el centro de salud.
- Dar cita a la embarazada para la ecografía del segundo trimestre (18-22 semanas de gestación).

2.3. TERCERA VISITA (16-18 SG)

Presta atención: Matrona.

Tipo de Visita: Presencial.

- Exploración de los factores de riesgo.
- Control clínico:
 1. Peso.
 2. IMC, si precisa.
 3. Tensión arterial.
 4. Valorar edemas.
- Detección de latido cardíaco fetal.



- Preguntar y aclarar molestias o dudas.
- Educación sanitaria.
- Solicitar 2ª analítica (2º trimestre):
 1. Solicitar el Test de O'Sullivan (test de sobrecarga oral con 50 g de glucosa), para realizarlo en la semana 24-28 de gestación.
 2. Hemograma.
 3. Creatinina. Bilirrubina Total. Ácido úrico. GOT. GPT.
 4. Anormales y sedimento.
 5. Coombs indirecto, en mujeres Rh negativo.
- Si riesgo alto de preeclampsia detectado en eco de las 12 SG (ver informe a través de Ágora- Selene), asegurarnos que sigue tratamiento y explicar sintomatología de alerta para acudir a controlar TA.
- Comprobar que está citada para la 2ª ecografía (18-22 SG).
- Comunicar al médico de familia cualquier incidencia.
- Citar a la gestante para visita telefónica a las 25-26 SG con la matrona.

2.4. CUARTA VISITA (18-22 SG)

Presta atención: Obstetra.

Tipo de Visita: Presencial.

- Informar del proceso que se le va a realizar.
- Realizar ecografía del segundo trimestre (según protocolo de la SEGO).
- Informar a la embarazada de los hallazgos detectados en la ecografía.
- Control clínico donde se valoran los factores de riesgo, la analítica y la cartilla maternal.
- Ecografía del tercer trimestre (34-36 semanas) Se solicitará en base a criterios clínicos que la justifiquen o en función de los medios técnicos de los que disponga el área obstétrica de referencia
- El Consentimiento Informado de anestesia epidural, tiene que facilitar el Servicio de Anestesia del Área de Salud correspondiente (en este período excepcional, si no hay ecografía en el 3º trimestre, debe facilitarse en la semana 20).
- Se remite a su centro de salud para seguir control del embarazo.

LA GESTANTE ACUDIRÁ AL CENTRO DE SALUD/HOSPITAL (DEPENDIENDO DEL ÁREA DE SALUD) PARA REALIZAR LA EXTRACCIÓN DE LA 2ª ANALÍTICA Y TEST DE O'SULLIVAN

2.5. QUINTA VISITA (25-26 SG)

Presta atención: Matrona.

Tipo de Visita: Telefónica.

- Encuesta de estado de salud y percepción de movimientos fetales.



- Si alto riesgo de preeclampsia, asegurarnos que sigue el tratamiento y explicar sintomatología de alerta para acudir a controlar la tensión arterial (aconsejable disponer de tensiómetro en el domicilio).
- Valorar e informar a la mujer de los resultados de la 2ª analítica (2º trimestre) en colaboración con el médico/a de familia, si precisa:
 - Hemograma:
 - Si anemia: tratar.
 - Si plaquetas <100.000: derivar a Consulta de Alto Riesgo.
 - Sedimento de orina:
 - Bacteriuria positiva: tratar.
 - Piuria y nitritos positivos: tratar.
- Valorar Test de O'Sullivan (test de sobrecarga oral con 50 g de glucosa). Si glucemia postprandial (1 hora) >140 mg/dl: Solicitar Test de Tolerancia Oral a Glucosa (TTOG) con 100 g de glucosa.
- Valorar estado RH y necesidad de antiD. Si la precisa, informamos a la mujer para que traiga la Anti D 1500 UI a la consulta presencial de las 28 SG. Coordinar con MF la receta electrónica del Gamma Globulina Anti D.
- Educación sanitaria.
- Citar con la matrona para visita presencial entre la 28-30 SG.

2.6. SEXTA VISITA (28-30 SG)

Presta atención: Matrona.

Tipo de Visita: Presencial.

En este último trimestre habrá que individualizar bien el seguimiento en base a varias circunstancias: si es embarazo de riesgo, si se hace ecografía a la 36 SG, necesidades individuales, etc. La propuesta es una orientación para que no se nos pase ningún momento clave de la atención.

- Atención a los síntomas subjetivos manifestados por la embarazada.
- Preguntar por síntomas objetivos (sangrado vaginal, dolor abdominal, síntomas urinarios, etc.).
- Discutir el plan de partos si la mujer lo tiene hecho.
- Exploración general y constantes.
 - a. Cálculo edad gestacional.
 - b. Peso.
 - c. Tensión arterial.
 - d. Edemas.



- e. Altura uterina.
- f. Auscultación Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF).
- g. Movimientos fetales.
- h. Presencia de molestias abdominales y/o contracciones uterinas.

- Exploración de los factores de riesgo.
- Valoración psicosocial (Punto 1.7 – SECUENCIA BÁSICA DE LA EXPLORACIÓN PSICOSOCIAL: BREVE EXPLORACIÓN PSICOSOCIAL. Subprograma de Atención al Malestar Biopsicosocial de la Mujer)

Es necesario que las consultas no se prolonguen mucho tiempo. No olvidemos la importancia de la valoración psicosocial que puede realizarse adecuadamente por vía telefónica.

Indagar sobre:

- Violencia de género.
 - Problemas psiquiátricos.
-
- Informar sobre síntomas de parto pretérmino.
 - Recordar la promoción de la salud en el embarazo.
 - Si se ha hecho, valorar TEST DE TTOG (test de sobrecarga oral con 100 g de glucosa):
 - a. El test de TTOG se considera positivo si aparecen dos valores por encima de lo estimado:
 - Glucemia basal >105 mg/dl
 - Glucemia 1 hora >190 mg/dl
 - Glucemia 2 horas >165 mg/dl
 - Glucemia 3 horas >145 mg/dl
 - b. Si TTOG es positivo derivar a Consulta de Alto Riesgo.
 - c. Si se altera uno de los valores, se repetirá la prueba 4 semanas después.
 - Si Rh negativo y Test de Coombs indirecto negativo, administración de la inmunoglobulina anti-D. Se aplica una dosis única de 300 mcg (1.500 UI). Tras la administración de la inmunoglobulina se positiviza el test de Coombs.
 - Aplicar vacuna de la tosferina.
 - Citar con matrona para la semana 34-36 calculando poder entregar los resultados de la analítica del tercer trimestre ese mismo día. También puede citarse el mismo día de la extracción y no dar los resultados en papel ya que se puede acceder a ellos en Selene de cada hospital de referencia.
 - ECOGRAFÍA 3º TRIMESTRE (32-36 semanas) – (Obstetricia)

La ecografía del tercer trimestre, aunque protocolizada por la SEGO, puede ser prescindible en gestaciones de bajo riesgo, como sostiene la guía del sistema nacional de salud de embarazo y puerperio, ya que la considera de baja evidencia. Las ecografías de la 12 y 20



semanas seleccionan una subpoblación de embarazadas de alto riesgo y éstas llevarían su circuito específico de control de embarazo.

Si la situación de la pandemia así lo requiriese y siempre que se pueda garantizar un buen screening de riesgos en las ecografías de la 12 y la 20 SG, esta ecografía de 3º trimestre se podrá suprimir.

2.7. SÉPTIMA VISITA (34-36 semanas)

Presta atención: Matrona.

Tipo de Visita: Telefónica (si se realiza ecografía tercer trimestre) o Presencial (si no se realiza ecografía tercer trimestre)

Se valorará:

- El estado de salud general de la mujer.
- FCF y la presencia de movimientos fetales.
- Signos y síntomas de alarma.
- Presentación fetal, TA.
- Se entregará y valorará la analítica del tercer trimestre. La matrona se coordinará con el MF ante posibles alteraciones de la normalidad detectadas en la analítica. Si la vemos el mismo día de la extracción, se le llamará por teléfono para comunicarle los resultados posteriormente.
- Si se detecta mal-posición fetal o alteración en la evolución del embarazo se derivará al servicio de obstetricia de referencia a través de INP o por la vía habitual.
- De manera excepcional y debido a la necesidad de agilizar la atención a la mujer, la matrona le entregará el documento del consentimiento informado de la epidural para que pueda leerlo previo ingreso hospitalario. Si precisara de esta técnica, podrá firmarlo el día del parto en presencia del anestesista.
- Se informará a la mujer que, tras el nacimiento de su bebé, es importante que tanto ella como su criatura tenga una revisión con su matrona de Atención Primarias en los primeros 10 días desde el nacimiento. Si no es posible gestionar una cita desde el mismo hospital para esta revisión previa al alta, se le indicará que se ponga en contacto por vía telefónica con la matrona para programarla. Se le informará también de que, según sus necesidades individuales, se la atenderá por vía telemática, en el centro de salud o en el domicilio.

2.8. OCTAVA VISITA (38-39 semanas)

Presta atención: Matrona.

Tipo de Visita: Telefónica.



La matrona valorará:

- El estado general de la mujer incluido su bienestar emocional.
- Preguntar por la percepción de movimientos fetales y las cifras de presión arterial de la gestante (aconsejable disponer de tensiómetro en el domicilio).
- Informar sobre los signos de parto y los posibles motivos de consulta en urgencias del maternal.

2.9. NOVENA VISITA (40 semanas) – (MONITOR)

(SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE REFERENCIA)

El Servicio de Obstetricia asume el monitor del final del embarazo. Se cita telefónicamente desde Obstetricia, aconsejable tras la ecografía de la 20 semana, asegurando el bajo riesgo de la gestante.

2.10. A PARTIR DE LA SEMANA 40 LA GESTANTE ES CONTROLADA POR OBSTETRICIA

- La mujer embarazada será citada en el Servicio de Obstetricia de referencia, a partir de la semana 40, para el control de bienestar fetal. Esta cita se dará, tras la ecografía de las 20 SG, vía telefónica por el servicio de obstetricia de cada área.
- La atención al parto normal se desarrolla en la “Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud” y su atención durante la pandemia en los hospitales del SMS se recoge en el documento: “Manejo Hospitalario de la Atención Perinatal en Gestantes con COVID-19. Adaptación para el Servicio Murciano de Salud del 22 de Septiembre del 2020” disponible en <https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/460392-20200922.Manejo.hospitalario.atencion.perinatal.gestantes.SMS.pdf>

Los profesionales que intervienen en el proceso han de realizar las actividades contempladas en el programa, respetando el trabajo y permitiendo el desarrollo profesional de todos los colectivos.

En el Algoritmo 1 se resume el control y seguimiento del embarazo normal.

3. LACTANCIA

La lactancia se fomentará en las mismas condiciones que se tiene establecido en la actualidad, aun en el caso de que tengamos una madre lactante afectada por el COVID-19 o se halle en investigación por caso posible, probable o contacto, individualizando cada caso “Manejo de la



mujer embarazada y el recién nacido con COVID-19 – Ministerio de Sanidad. 17 de Junio 2020” y “Manejo Hospitalario de la Atención Perinatal en Gestantes con COVID-19. Adaptación para el Servicio Murciano de Salud- 16 de Abril del 2020”.

La OMS recomienda mantener el amamantamiento tanto para casos de madres confirmadas como probables, siempre y cuando se mantengan medidas para la prevención de infección por microorganismos transmitidos por gotas y por contacto. En casos de madres con enfermedad grave recurrir a la extracción de la leche.

No es preciso pasteurizar la leche extraída antes de administrarla al neonato.

La decisión final sobre el tipo de alimentación del recién nacido deberá consensuarse entre la paciente y el equipo tratante, en base a los conocimientos científicos de cada momento y el estado de salud de la madre y el recién nacido.

Para los casos de madres lactantes fuera del periodo postnatal inmediato y que se infectan o hay sospecha de infección por el SARS-CoV-2 se recomienda extremar las medidas de aislamiento (higiene de manos y mascarilla facial) y seguir amamantando al neonato o bien hacer una extracción de la leche tomando las máximas precauciones de aislamiento (higiene de manos y mascarilla) y que ésta sea administrada al neonato por un cuidador sano.

Se recomienda llevar una mascarilla cuando esté cerca del bebé y realizar cuidados de higiene de manos antes del contacto cercano con el bebé.

4. PUERPERIO

En la sexta (28-30 SG) y séptima visita (34-36 semanas) de embarazo la mujer será informada por su matrona de que después de dar a luz, una vez le den el alta del hospital, debe contactar con ella llamando al centro de salud para concertar una visita de postparto. Si en el área de salud existe un mecanismo para comunicar las altas directamente al EAP, no será necesario dar esta instrucción a la mujer.

Dada esta situación excepcional de pandemia, la revisión puerperal y del RN se realizará prioritariamente de forma presencial siempre que la situación epidemiológica de los EAP así lo permitan y según establece el documento: “Fases del EAP según el estado de la pandemia de la COVID-19” del 8 de Septiembre del 2020” disponible en <https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/468328-20200908.Fases.EAP.segun.estado.pandemia.pdf>

En caso de tener que hacerse de forma telefónica es especialmente importante explorar los signos y síntomas susceptibles de alteración durante este periodo a través de una buena entrevista.



4.1. REVISIÓN PUERPERAL: PRESENCIAL (O TELEFÓNICA si fuera necesario por situación de al pandemia)

Presta atención: Matrona.

Tipo de Visita: Presencial o Telefónica

- Preguntar cómo ha ido el proceso de parto (acceder a los informes de hospitalización a través de Selene y contrastar la información).
- Preguntar cómo se encuentra a nivel físico:
 1. Loquios, valorar si existe alguna desviación de la fisiología, facilitarle Educación para la Salud (EpS) acerca del uso de compresas de algodón/celulosa y ropa interior de algodón.
 2. Involución uterina (sólo si presencial): Valorar estado de involución del útero a través de palpación y signos indirectos de buen vaciamiento y contracción de la cavidad uterina (loquios, fiebre, entuertos, etc.).
 3. Cuidados del periné, facilitarle EpS acerca de cuidados, higiene y signos de alarma. Valorar si hay sutura y si presenta algún signo de alarma.
 4. Hábito intestinal.
 5. Tensión Arterial, en consulta o le indicaremos que se haga una toma si dispone de aparato para ello en caso de visita telefónica. En caso negativo, informaremos de la clínica de HTA/Preeclampsia para que, si apareciera, aconsejar una toma de TA en farmacia o acuda a valoración por matrona.
 6. Temperatura, EpS sobre fiebre puerperal.
 7. Fomentar la lactancia materna.
 8. Estado de las mamas, haciendo hincapié en aquellas alteraciones que interfieran con la lactancia materna, si está dando pecho.
- Realizar un abordaje emocional y psicológico:
 1. Si se encuentra bien, animada o por el contrario se siente desubicada.
 2. Si se está adaptando bien a la nueva situación.
 3. Si está recibiendo apoyo por parte de su entorno.
- Informar sobre los signos de alarma por los que debería ponerse en contacto de nuevo con AP (hemorragia, fiebre, cefaleas intensas, loquios ofensivos, dolor en miembros inferiores, etc.).
- Preguntar sobre qué tratamiento le han recomendado en el alta hospitalaria, ya que un elevado porcentaje se trata con hierro oral durante un/os mes/meses posteriores al parto.
- Valorar con su médico de familia las posibles incidencias y prescribir, si fuera necesario, en receta electrónica la medicación que precise.
- En el caso de una cesárea, es recomendable que la puérpera, acuda al centro de salud para valoración de herida quirúrgica y retirada de puntos cuando lo precise.

13/11/2020 12:16:48

BARCELO BARCELO, INMACULADA CONCEPCION

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-c168e0dd-25a1-4d6e-103b-00569b6280

- En un primer momento, cuando la mujer se ponga en contacto con su matrona, se puede proceder por vía telefónica a su anamnesis (física y psicológica) y EpS de cuidados de la herida quirúrgica. Si no hay otro motivo para la valoración precoz, se citará presencialmente en la consulta con su matrona para la retirada de puntos.
- Concertar nueva cita telefónica para seguimiento puerperal con matrona (intervalo de la misma, a criterio profesional).
- Recordar las recomendaciones generales para evitar la transmisión del SARS-CoV-2:
 - Al toser o estornudar cubrirse la nariz y la boca con el codo flexionado.
 - Lavado frecuente de manos.
 - Evitar tocarse los ojos, nariz y boca ya que las manos facilitan su transmisión.
 - Usar pañuelos desechables para eliminar secreciones respiratorias, tirarlos tras su uso y lavarse las manos con agua y jabón o solución hidroalcohólica.
 - Evitar aglomeraciones y transporte público.
 - Limitar las relaciones sociales.
 - Limitar los viajes.
 - Limitar las visitas en hospital y casa durante la pandemia.
 - Limpieza del hogar con dilución de lejía (20 ml de lejía -4 cucharadas de postre- por litro de agua), prestando atención especial a los pomos de las puertas y armarios.
 - Ventilación del hogar durante un periodo de tiempo prudencial.
 - Desinfección y limpieza de la/s superficie/s con dilución de lejía.

En caso de sintomatología, autoaislarse en el domicilio y ponerse en con su médico/a de familia.

4.2. REVISIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Presta atención: Matrona.

Tipo de Visita: Presencial (o telefónica por necesidades de la pandemia)

- Preguntar a la madre sobre los cuidados proporcionados al RN durante la hospitalización, así como la realización de screening metabólico e hipoacusia neonatal (acceder a los informes de hospitalización a través de Selene y contrastar la información).
- Preguntar a la madre sobre el estado físico del RN: Cordón umbilical: color, olor, etc. EpS pautas de higiene y deposiciones y micciones: frecuencia y características de las mismas.

Valorar la ALIMENTACIÓN del RN:

1. Si Lactancia Materna (LM). Valorar si hay alguna alteración de la fisiología (problemas en el agarre, dolor, traumatismo en el pezón, ingurgitación, etc.), valorar los signos de una buena transferencia de leche (principalmente



deposiciones y micciones, comportamiento del bebé durante y tras las tomas, etc.), valorar el estado emocional de la madre en relación a la evolución de la lactancia. Reforzar la información sobre lactancia a demanda y animar a la madre a contactar ante dudas con la técnica o dificultades que puedan surgir en los próximos días.

2. Si Lactancia Artificial (LA). Valorar la correcta preparación de las tomas así como la frecuencia y comportamiento del bebé en relación a la alimentación.

- Preguntar a la madre sobre el comportamiento del RN:
 1. Ciclos de sueño / vigilia.
 2. Informar acerca de los signos de mala transferencia de leche y otros signos que indiquen una pérdida de bienestar del recién nacido (falta de interés por alimentarse, presencia de llanto o irritabilidad persistente, etc.). Este aspecto es esencial si la visita es telefónica porque no tenemos la posibilidad de explorar la diada madre-bebé de forma directa.
- Si la visita fuera de forma telefónica, y se presentara alguna dificultad o consulta que no pueda ser resuelta por esta vía, se le ofrecerá a la madre atención por video llamada a través de la plataforma Conecta que el Servicio Murciano de Salud ha habilitado para ello. En caso de justificada necesidad acudiremos al domicilio de la mujer para valoración presencial.
- En caso de sospecha de patología del RN, avisaremos al pediatra para valoración.

5. RECOMENDACIONES PREVIAS A LA VISITA DOMICILIARIA

Toda atención domiciliaria de embarazada o púrpura precisa de una valoración telefónica para descartar que, junto con la posible patología obstétrica motivo de la llamada, no exista una patología respiratoria aguda.

Si existe patología respiratoria aguda se seguirán las recomendaciones recogidas en el documento Recomendaciones en la asistencia domiciliaria por COVID-19 en Atención Primaria.

http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/460056-Recommendaciones_asistencia_domiciliaria.pdf

Si la gestante o púrpura no presenta clínica de gravedad se activará el circuito de posible caso COVID-19 en Atención Primaria, donde se le realizará, entre otras actuaciones, la PCR por los centros COVID (Recomendaciones para el manejo clínico de los pacientes COVID 19 publicado el 28 de septiembre del 2020).

<https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/459512-20200928.Recomendaciones.para.el.manejo.clinico.de.pacientes.COVID-19.pdf>



Si la valoración clínica indica gravedad por su patología respiratoria o por su patología obstétrica se derivará al hospital correspondiente (Manejo hospitalario de la atención perinatal en gestantes con COVID-19. Adaptación para el SMS. Actualizado a 22 de septiembre de 2020).

<https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/460392-20200922.Manejo.hospitalario.atencion.perinatal.gestantes.SMS.pdf>

Si se descarta esta patología, se procederá a la visita domiciliaria aconsejándose que el personal sanitario acuda con bata cerrada, guantes, mascarilla quirúrgica y solución hidroalcohólica al domicilio. Se tendrá contacto solo con la mujer y/o bebé. Si la distancia a mantener con ella va a ser menor de 2 metros se le pedirá que se coloque, tras lavado de manos (con la solución hidroalcohólica, o agua y jabón), una mascarilla quirúrgica de la forma correcta. Se le explicará que son medidas que se adoptan por su seguridad y la de su bebé dado el momento en el que nos encontramos.

Si la mujer púérpera es caso probable o confirmado de COVID-19 se tomarán las medidas de protección adecuadas ante la visita, según las indicaciones del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL).

6. ACTUACIÓN ANTE LA LLEGADA DE UNA EMBARAZADA AL CENTRO DE SALUD CON SOSPECHA DE COVID-19.

A toda paciente que acuda con síntomas de infección respiratoria aguda se le colocará una mascarilla quirúrgica nueva. Es la primera medida de protección para el personal sanitario que la atiende y para la población en general. Se aplicará el protocolo establecido en el centro de salud para atender a los pacientes con sintomatología respiratoria, pero en general se recomiendan las siguientes medidas:

- El personal sanitario debe establecer de forma rápida si un paciente con infección respiratoria aguda (IRA) cumple los criterios de caso posible de SARS-CoV-2, sobre todo en el triaje de inicio.
- Las mujeres embarazadas que se identifiquen como casos posibles deberán separarse de otros pacientes, se les pondrá una mascarilla quirúrgica nueva, realizarán lavado de manos con solución hidroalcohólica y serán conducidas de forma inmediata a una zona de aislamiento.
- En la consulta de respiratorio de Atención Primaria se valora a la mujer embarazada en las mismas condiciones que a otros pacientes con síntomas respiratorios. Si presenta sintomatología sugerente de COVID-19 se le realizará diagnóstico por PDIA (test de antígenos o PCR según protocolo vigente) a través del circuito establecido.



- Se comunicará al servicio de obstetricia del área para el control del bienestar fetal a través de los medios establecidos para ello (INP: interconsulta no presencial, teléfono, etc.). En la tabla 2 están incluidos los teléfonos para consultar por COVID-19 u otras incidencias.

Tabla 2. Teléfonos de contacto Servicios de Obstetricia

ÁREA DE SALUD / HOSPITAL	TELÉFONO
Área I / H.C.U. Virgen de la Arrixaca. Secretaría de la UMMF	968395588 – 968395589
Área II / H.G.U. Santa Lucía. Telemedicina-consultas no presenciales.	968128600 Ext. 951338
Área III / H. Rafael Méndez	968489173
Área IV /H. Comarcal del Noroeste	968709100 Ext. 460
Área V / H. Virgen del Castillo	968719810 - 968719811
Área VIII /H.G.U. Los Arcos del Mar Menor	968565000

Los casos posibles deben permanecer aislados, bajo precauciones de aislamiento por contacto y por gotas. Si el cuadro clínico no lo precisa y se puede garantizar el aislamiento domiciliario, estas personas pueden permanecer en aislamiento en su domicilio. Se le entregará por escrito y se les explicará antes de abandonar el centro la Información para familiares y pacientes sobre el procedimiento para el cuidado y atención de las personas infectadas con COVID-19 en el domicilio.

Manejo domiciliario de pacientes con COVID-19:

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Manejo_primaria.pdf

Resumen visual del Manejo domiciliario de pacientes con COVID-19:

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Manejo_Atencion Primaria_180620.pdf

En el Algoritmo 2 quedan reflejadas estas actuaciones en el Centro de Salud.

7. ACTUACIÓN EN EMBARAZADAS CON COVID-19 CONFIRMADAS POR TEST DIAGNÓSTICOS.

En los casos de mujeres embarazadas con PDIA positivo (test de antígenos o PCR) se procederá de la siguiente forma:



- En aquellos casos en que sean asintomáticas, o con sintomatología leve, se comunicarán a los servicios de obstetricia de referencia a través de INP (o llamada telefónica si no se dispone de este medio) desde donde se decidirá las actuaciones que procedan en cada caso. En la INP informaremos de la mayor cantidad de detalles que puedan servir para la toma de decisiones.
- Aquellas mujeres con insuficiencia respiratoria o con sintomatología moderada o severa que pueda complicar su estado de salud general, serán derivadas a Urgencias del H. Maternal en el H. Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Áreas I, VI, VII y IX) y a Urgencias Hospitalarias de sus respectivos hospitales (Áreas II, III, IV, V y VIII).
- Será la unidad obstétrica de referencia quien tomará las decisiones sobre las actuaciones a llevar a cabo en cada caso individualizando los cuidados y controles pertinentes, incluyendo la pauta de tratamiento con heparina y futuros controles de bienestar fetal.

8. ACTUACIÓN EN MUJERES CON COVID-19 DIAGNOSTICADAS DURANTE EL PUERPERIO.

En los casos de mujeres con PDIA positivo (test de antígenos o PCR) diagnosticadas en el puerperio, se le aplicará el protocolo establecido en el centro de salud para atender a los pacientes con infección por COVID-19. Además se procederá a prescribir profilaxis antitrombótica siguiendo las recomendaciones de la SETH (sociedad Española de Trombosis y Hemostasia) que se recogen en la siguiente tabla:

PUERPERIO	CLÍNICA			
	SARS-CoV-2	ASINTOMÁTICO	LEVE en domicilio	MODERADA (encamamiento en domicilio)
Positivo	Si no hay otro FR: HBPM dosis profiláctica ajustada al peso 2 semanas. Si añade más FR: considerar prolongar la profilaxis hasta 6 semanas.		HBPM dosis profiláctica ajustada al peso 2 semanas y hasta 7 días tras resolución del cuadro	HBPM dosis profiláctica ajustada al peso 6 semanas
Sospechoso por clínica sugestiva	Si se ha realizado el test, esperar resultado y actuar según el mismo. Reevaluar otros FR de ETV y la situación clínica (grado de afectación y encamamiento). Reevaluar cada 48-72 hr. Indicar a la paciente que, en caso de empeoramiento, contacte con su centro de salud, su obstetra o el equipo de guardia de obstetricia.			Actuar como si fuese positivo.
Sospechoso por contacto con positivo, pero sin síntomas	Si se ha realizado el test, esperar resultado y actuar según el mismo y FR de ETV. Informar sobre síntomas y dar recomendaciones de aislamiento en domicilio. Indicar a la paciente que, en caso de aparición de síntomas, contacte con su centro de salud, su obstetra o el equipo de guardia de obstetricia.			
Negativo	Evaluar FR de trombosis en postparto http://www anticoagulacionyembarazo.com/ Si FR < 2: Hidratación y movilización precoz Si FR ≥2: HBPM dosis profiláctica ajustada al peso 2 semanas.			



Será necesario explicar a la mujer la técnica para la administración de la heparina. Para ello, será el propio equipo de atención primaria quien, en base a la disponibilidad y recursos disponibles, decidirá si es una enfermera o la matrona del centro quien realice esta función.

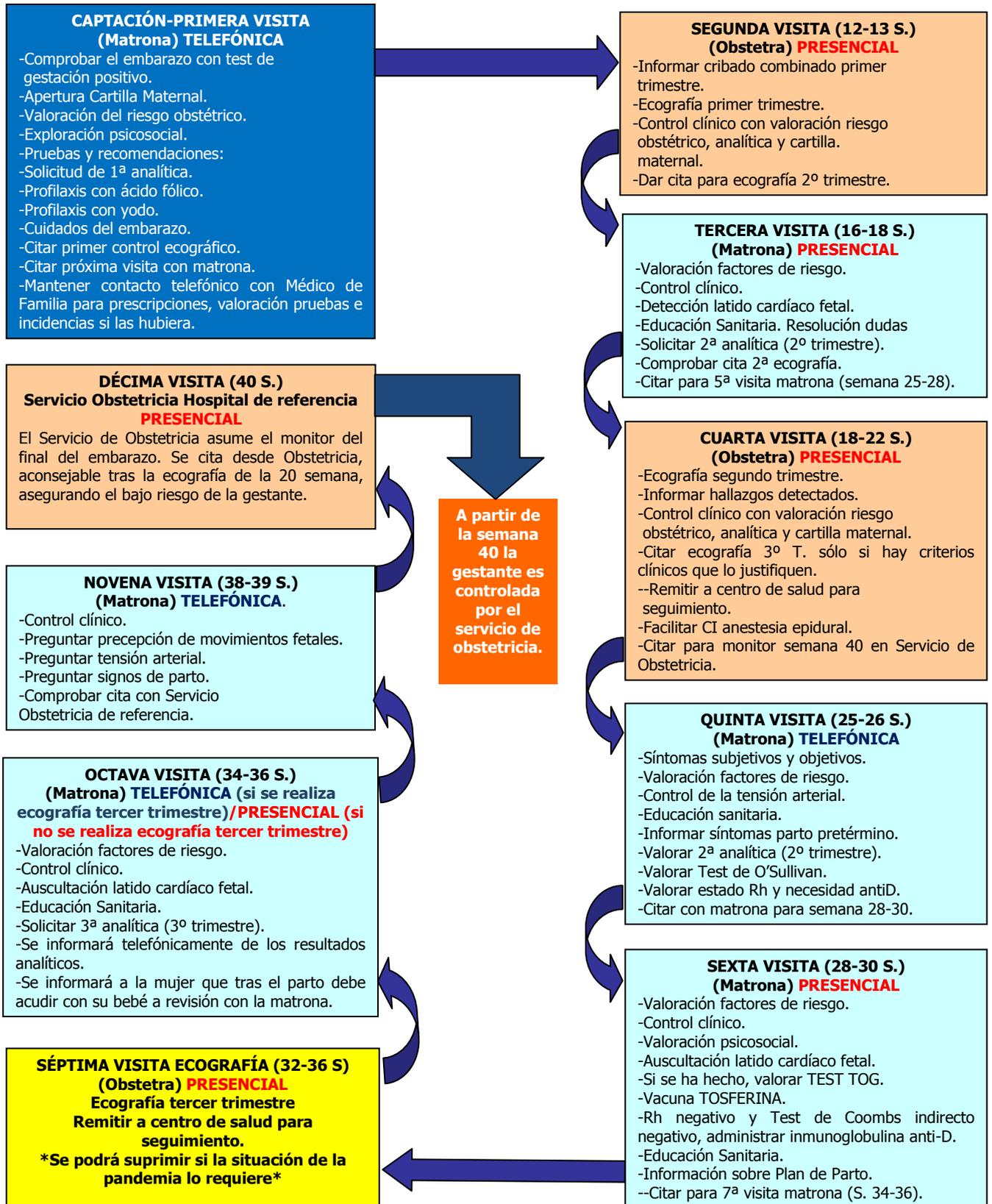
13/11/2020 12:16:48

BARCELÓ BARCELÓ, INMACULADA CONCEPCION

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-c168e0dd-25a1-4d6e-103b-00569b6280

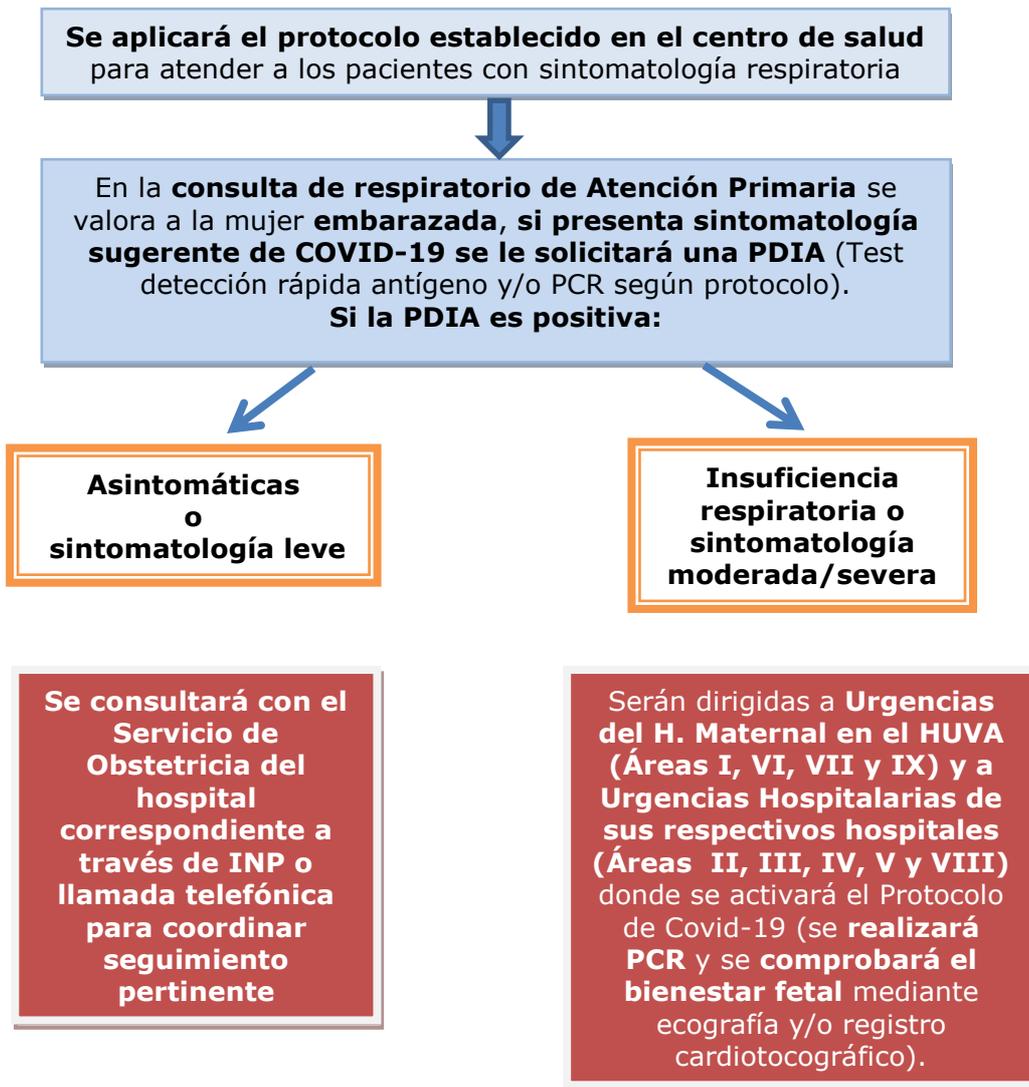
ALGORITMO 1

CAPTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA MUJER EMBARAZADA – COVID-19



ALGORITMO 2

ACTUACIÓN ANTE LA LLEGADA DE UNA EMBARAZADA AL CENTRO DE SALUD CON SOSPECHA DE COVID-19



13/11/2020 12:16:48

BARCELO BARCELO, INMACULADA CONCEPCION

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-c168e00d-25a1-4d6e-103b-00569b6280