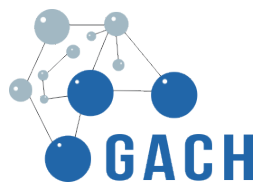


ANEXO 1

CONTROL ANTENATAL – PRIORIDAD NO COVID EN EL ÁREA DE LA SALUD DE LA MUJER Y RECIÉN NACIDO

3 de mayo de 2020 - V4





REVISIÓN DE RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO Y PARTO EN MUJERES CONFIRMADAS/SOSPECHOSAS Y NO SOSPECHOSAS DE INFECCIÓN POR COVID-19

Objetivo

Mantener las intervenciones que se asocian con reducción de la morbimortalidad materna y perinatal a toda la población mediante el acceso a los diferentes componentes del control antenatal.

Fundamentos

El adecuado control antenatal ha logrado una reducción de las cifras de mortalidad materna y perinatal (componente fetal y neonatal, este último incluido en la mortalidad infantil). La abrupta introducción de la pandemia por Covid-19 llevó a la recomendación de aislamiento y distanciamiento social, con suspensión de las consultas preestablecidas, buscando alternativas para mantener los diferentes componentes del control antenatal con potencial impacto en la salud materna y perinatal. Las consultas presenciales de control prenatal de las embarazadas de bajo riesgo y se mantuvieron presenciales aquellas consideradas de alto riesgo al momento de instalación la cuarentena voluntaria. Concomitantemente las instituciones incorporaron diferentes metodologías de comunicación a distancia como forma de tamizaje de las usuarias (telemedicina en su amplia definición – contacto telefónico, videoconferencias, etc.), y eso ha llevado a la fecha a la ausencia o déficit en el control antenatal en gran parte de la población de embarazadas.



Sustento científico

Número de visitas y telemedicina

Actualmente se recomienda para pacientes catalogadas de bajo riesgo un número de visitas de buena calidad de 8 o más (WHO 2016)(1). A diferencia del esquema anterior (2002) que se recomendaba un mínimo de 5 controles, la nueva evidencia llevó al incremento a 8 controles o más, debido a que esto se asociaba con una reducción de la muerte fetal en el tercer trimestre.




La imposibilidad de ofrecer el adecuado número de consultas antenatales presenciales debido al distanciamiento social por la pandemia del coronavirus, plantea la necesidad de ofrecer a las usuarias los diferentes componentes del control prenatal en forma remota incorporando o manteniendo el espectro de formatos de telemedicina disponibles en nuestro medio. Recientemente, el gobierno nacional aprobó la ley N° 19.869 (Telemedicina: Normas para su implementación como prestación de servicio de salud) que tiene como objetivo establecer los lineamientos generales para la implementación y desarrollo de esta modalidad de atención a distancia.


La evidencia de alta calidad sobre la introducción de telemedicina en el control prenatal es escasa, habiendo estudios de intervención que evaluaron satisfacción del usuario, pero con escaso poder de detectar diferencias en los resultados maternos y perinatales (2, 3). Sin embargo, ha demostrado un gran potencial (4-7), y dado su irrupción en nuestro medio debido a la crisis sanitaria actual, es una opción que en conjunto con visitas presenciales permita el acceso a todos los componentes del control prenatal sobre todo en vistas a la transición hacia la “nueva normalidad” (8).

Al momento actual existen dos recientes publicaciones (9, 10) con nivel de evidencia de “opinión de expertos” que recomiendan para embarazos de bajo riesgo un conjunto de visitas o controles presenciales y no presenciales para minimizar la movilidad de la usuaria y evitar el aglomeramiento en los servicios de salud (tabla 1). En el caso de las recomendaciones de Dotters-Katz et al. intercalan visitas presenciales y no presenciales, y en el caso de la FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia) propone seis consultas presenciales,

donde se realiza la consulta clínica en conjunto con los estudios diagnósticos y las intervenciones de probada eficacia (inmunización, inmunoglobulina, etc) y deja abierto a realizar contactos telefónicos el resto del embarazo.

Tabla 1. Visitas presenciales reducidas para bajo riesgo obstétrico recomendadas en dos publicaciones

Edad Gestacional	Dotters-Katz		FIGO*	
	Visita propuesta	Estudios	Visita propuesta	Estudios/Intervenciones
8 – 12 semanas	Ecografía de viabilidad. Consulta proveedor de salud		Se propone en los centros que tienen posibilidad de realizar consultas, paraclínicas e intervenciones, realizar todo en una única consulta	
12 semanas		Tamizaje de aneuploidias	Primer consulta proveedor de salud. Tamizaje de trisomías	Ecografía y rutinas 1er T
18 a 20 semanas	Retorno al proveedor de salud	Ecografía Estructural	Retorno a proveedor de salud	Ecografía estructural
24 a 26 semanas	Contacto por telemedicina 			
28 a 30 semanas	Retorno al proveedor de salud	Rutinas 3er trimestre. Vacuna DPT	Retorno a proveedor de salud	Tamizaje de diabetes.
32 a 34 semanas	Contacto por telemedicina 		Retorno a proveedor de salud	Administrar inmunoglobulina, y vacuna DPT
36 semanas	Retorno al proveedor de salud	Tamizaje EGBH	Retorno al proveedor de salud	Tamizaje EGBH
≥ 37 semanas hasta el nacimiento	7 – 10 días, retorno al proveedor de salud		Retorno al proveedor de salud (una sola visita en el término)	
Postparto	Contacto por telemedicina a la semana (evaluación aspectos psicológicos) 			

*FIGO recomienda completar restos de visitas con contactos telefónicos o videoconferencia 

Distanciamiento individual en el primer nivel de atención

En relación a las condiciones para realizar la consulta en el primer nivel de atención, las medidas básicas de prevención de las infecciones debe aplicarse en forma completa (higiene de manos, barbijos, distancia física, etc) (11-14). Los servicios de salud deben considerar realizar un



triage previo al ingreso para identificar usuarios que presenten síntomas con el consiguiente incremento de la probabilidad de ser portadoras del Covid-19 (13). El distanciamiento físico puede ser un reto importante en policlínicas pequeñas y requiere de una adecuada gestión para evitar el aglomeramiento de usuarias. Dado que los espacios son limitados, el distanciamiento se debe lograr mediante la gestión de la agenda de las usuarias. Se estima que para una consulta obstétrica para el control prenatal debe asignarse un tiempo de 15 minutos (15). Este tiempo básico, considerado para una consulta en periodos de ausencia de crisis, debería ser considerado por los gestores de salud, para evitar la superposición de usuarias en las salas de espera.

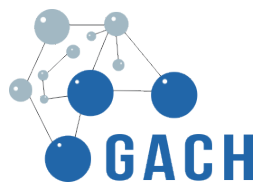
Recomendación del GACH

Propuesta actual (03/05/2020) para implementarse en la actual situación epidemiológica y durante un mes, con la monitorización permanente y sujeta a cambios en relación a la situación epidemiológica futura o situación epidemiológica precedida.

- Continuar con el tamizaje por telemedicina de embarazo de bajo y alto riesgo a ser realizado por proveedor de salud idóneo en la temática y coordinación de paraclínica luego de la solicitud de primer control obstétrico. Todo contacto por telemedicina debe incorporar el tamizaje de sintomatología respiratoria para la derivación adecuada (equipos COVID, médico de familia, etc.)

- Primera consulta obstétrica de bajo riesgo con paraclínica en forma presencial y posteriormente intercalar consultas presenciales o a distancia (telemedicina). El profesional de la salud responsable de la atención de la usuaria será quien determine en base al riesgo individual, la edad gestacional del embarazo, momento del puerperio y del recién nacido la necesidad de realizar una consulta presencial.

- En caso de mujeres embarazadas con diagnóstico de COVID-19 o contacto de una persona confirmada que se encuentra en domicilio por aislamiento o cuarentena, se realizará seguimiento por telemedicina y si el profesional obstétrico a cargo determinara la necesidad



de control presencial, el mismo se realizaría en forma completa en domicilio utilizando el EPP completo indicado para casos confirmados.

- Minimizar la movilidad de las usuarias, promoviendo las visitas presenciales junto a la realización de paraclínica o intervenciones necesarias (inmunización) – proveer paquete asistencial con todos los componentes posibles en caso de las instituciones puedan realizarlo. El control presencial de la puérpera (post-nacimiento) debería coordinarse en conjunto con el control del recién nacido.

- Incorporar el triage en todas las instituciones que realizan atención primaria de la salud, previo al ingreso al establecimiento (ver anexo 3). La identificación de pacientes con elementos clínicos de sospecha de infección por COVID-19 idealmente deberían continuar con su asistencia en un área separada de las usuarias asintomáticas. Se informará al profesional de la salud que la asistirá su condición de riesgo para el uso de EPP adecuados y realizar higiene profunda del consultorio.

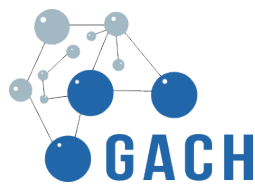
- Las personas que participen en el proceso asistencial, así como todos los integrantes de las instituciones que tengan contacto con los usuarios deben contar con medidas de protección. Específicamente, en el caso de los proveedores de salud que requieren una aproximación mayor a la distancia recomendada para los exámenes físicos, deben contar con los EPP necesarios y tener un entrenamiento adecuado en cuanto a su forma de uso.

- Con el fin de lograr el distanciamiento físico, se debe evitar la permanencia en las salas de espera y minimizar la cantidad de usuarias presentes. Se propone incorporar la agenda puntual (hora exacta estimada para la visita) por parte de los Departamento de Atención al Usuario o Áreas Administrativas).

- Con el fin de evitar la potencial exposición se recomendará el uso de tapabocas a las usuarias mientras estén en la institución (recomendación general). Se solicitará que la usuaria concurra con un acompañante como máximo, que también usara tapabocas y que en lo posible permanecerá en sala de espera durante la consulta.



- Se recomienda que la consulta presencial se agende cada 30 minutos con el fin de tener un margen superior al tiempo estimado para las consultas fuera del periodo de crisis sanitaria. Ese periodo de tiempo permitirá el mantenimiento de la higiene de los consultorios entre usuarios presenciales.
- El proveedor de salud podrá utilizar el tiempo entre dos pacientes presenciales para realizar el contacto por telemedicina. Se deberá instruir a Atención al Usuario o a las Áreas Administrativas para generar agendas con pacientes intercaladas (presenciales y no presenciales)
- Con el fin de monitorizar la evolución de la pandemia en esta población específica, se recomienda registrar por institución la presencia de casos confirmados tanto de usuarias embarazadas, recién nacidos y personal de salud que los asiste.



Bibliografía

1. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience: World Health Organization; 2016. Available from: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/.
2. Butler Tobah YS, LeBlanc A, Branda ME, Inselman JW, Morris MA, Ridgeway JL, et al. Randomized comparison of a reduced-visit prenatal care model enhanced with remote monitoring. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2019;221(6):638 e1- e8.
3. Marko KI, Ganju N, Krapf JM, Gaba ND, Brown JA, Benham JJ, et al. A Mobile Prenatal Care App to Reduce In-Person Visits: Prospective Controlled Trial. *JMIR mHealth and uHealth*. 2019;7(5):e10520.
4. AlvesDS,TimesVC,daSilvaEMA,MeloPSA,NovaesMA.Advancesinobstetrictelemonitoring: a systematic review. *International journal of medical informatics*. 2020;134:104004.
5. Implementing Telehealth in Practice: ACOG Committee Opinion Summary, Number 798. *Obstetrics and gynecology*. 2020;135(2):493-4.
6. van den Heuvel JF, Groenhof TK, Veerbeek JH, van Solinge WW, Lely AT, Franx A, et al. eHealth as the Next-Generation Perinatal Care: An Overview of the Literature. *Journal of medical Internet research*. 2018;20(6):e202.
7. Corbett GA, Milne SJ, Hehir MP, Lindow SW, O'Connell M P. Health anxiety and behavioural changes of pregnant women during the COVID-19 pandemic. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*. 2020.
8. Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy - version 8 - 17/04/2020: Royal College of Obstetricians & Gynecologists; 2020. Available from: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2020-04-17-coronavirus-covid-19-infection-in-pregnancy.pdf>.



9. Dotters-Katz SK, Hughes BL. Considerations for Obstetric Care during the COVID-19 Pandemic. American journal of perinatology. 2020.
10. Safe Motherhood and COVID-19: International Federation of Gynecology and Obstetrics - FIGO; 2020. Available from: <https://www.figo.org/safe-motherhood-and-covid-19>.
11. Cheng VCC, Wong SC, Chuang VWM, So SYC, Chen JHK, Sridhar S, et al. The role of community-wide wearing of face mask for control of coronavirus disease 2019 (COVID-19) epidemic due to SARS-CoV-2. The Journal of infection. 2020.
12. Matrajt L, Leung T. Evaluating the Effectiveness of Social Distancing Interventions to Delay or Flatten the Epidemic Curve of Coronavirus Disease. Emerging infectious diseases. 2020;26(8).
13. COVID-19: Operational guidance for maintaining essential health services during an outbreak: World Health Organization; 2020. Available from: <https://www.who.int/publications-detail/covid-19-operational-guidance-for-maintaining-essential-health-services-during-an-outbreak>.
14. Considerations relating to social distancing measures in response to COVID-19 – second update: European Centre for Disease Prevention and Control. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/considerations-relating-social-distancing-measures-response-covid-19-second#copy-to-clipboard>.
15. Clinical Standards - Advice on Planning the Service in Obstetrics and Gynaecology: Royal College of Obstetricians & Gynaecologists; 2002. Available from: <http://aogm.org.mo/assets/Uploads/aogm/Guidelines/RCOG---UK/RCOG-Clinical-Stndards-Advice-on-Planning-the-Service-in-Obstetrics-and-Gynaecology.pdf>.