

Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida.

Versión 2: 20 de julio, 2020



**GOBIERNO DE
MÉXICO**

Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida.

Versión 2: 20 de julio, 2020¹.

Introducción	3
Síntesis de evidencia sobre COVID-19 y salud materna y perinatal	4
Recomendaciones generales	
1. Reforzar medidas de prevención	7
2. Establecer un plan estatal para garantizar la atención de la salud reproductiva	9
3. Articulación con el Lineamiento de Reversión Hospitalaria	10
Recomendaciones específicas	
1. Pruebas de detección en mujeres embarazadas y personas recién nacidas	12
2. Intervenciones oportunas para prevenir la morbi-mortalidad materna asociada a COVID-19	13
3. Atención del embarazo y control prenatal	16
4. Atención del trabajo de parto, parto y de la persona recién nacida	20
5. Atención del aborto seguro	25
6. Atención en el puerperio, egreso hospitalario y lactancia	26
7. Medidas en el traslado intra e interhospitalario	30
8. Vigilancia epidemiológica y seguimiento de casos confirmados con COVID-19 en el embarazo.	31
9. Consideraciones para la atención durante la pandemia por COVID-19, desde el marco de los derechos humanos, sexuales y reproductivos	33
10. Líneas telefónicas disponibles	36
11. Flujograma de atención obstétrica	37
Referencias / Documentos de consulta	38
ANEXO I: Síntesis de resultados de series de casos de SARS-CoV2 y embarazo	44
ANEXO II: Definiciones operacionales	45
ANEXO III: Atención de la salud sexual y reproductiva en el marco de los derechos humanos, sexuales y reproductivos	46

¹ El presente documento es una actualización de la versión 1 del 10 de abril del 2020, con base en el escenario epidemiológico en México caracterizado por la transición a la Nueva Normalidad y se basa en la mejor evidencia disponible a la fecha. Continuará revisándose con base en la publicación de nuevos datos.

Introducción

Durante la pandemia de COVID-19, los servicios de salud sexual y reproductiva, y de manera particular, la atención durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida, se clasifican como servicios esenciales que deben mantenerse en apego a las medidas de prevención y mitigación de la transmisión de COVID-19. Dadas las características de la población, el comportamiento epidemiológico y las persistentes brechas de desigualdad en salud de la población mexicana, éstas se traducen en riesgos diferenciales para las mujeres en edad fértil y durante el proceso reproductivo, por lo que es necesario intensificar esfuerzos para garantizar su continuidad y calidad.

De manera concomitante a las estrategias de respuesta ante el coronavirus SARS-CoV-2, la selección de las prioridades depende de la carga local de enfermedades. De manera inicial y enfática se orienta a la prevención de otras enfermedades transmisibles, de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, y de la exacerbación de las enfermedades crónicas, mismas que pueden estar presentes en mujeres embarazadas y en edad reproductiva. Asimismo, el manejo de complicaciones y emergencias obstétricas requiere un balance entre tiempo y recursos para mantener la oportunidad en la atención. Por ello, se requiere establecer mecanismos de planeación, coordinación e implementación de las medidas necesarias para satisfacer la demanda de atención en salud materna y perinatal.

En México, hasta el 20 de julio de 2020 se han confirmado 349,396 casos y 39,485 defunciones por COVID-19. La Dirección General de Epidemiología emitió el 20 de julio de este año la última actualización del Informe Epidemiológico Semanal de Embarazadas y Puérperas estudiadas, ante sospecha de COVID-19, en el que señala que se han registrado 7,182 casos de mujeres con embarazo/puerperio en seguimiento por infección por COVID-19, el 37.3% (2,362 embarazadas y 320 puérperas) han resultado positivas, y se han documentado 81 defunciones. Asimismo, hasta el 20 de julio se tienen reportadas 606 personas recién nacidas positivas a COVID-19 y los estados con mayor número de casos de mujeres embarazadas o puérperas con casos positivos son Ciudad de México con 366, Tabasco con 237 y Estado de México con 199. Las comorbilidades más frecuentemente encontradas en las mujeres que fallecieron son obesidad, diabetes, hipertensión y asma.

El informe semanal de notificación inmediata de muerte materna de la Dirección General de Epidemiología señala que la razón de mortalidad materna calculada hasta la semana epidemiológica 29 es de 39.1 defunciones por cada 100 mil nacimientos estimados, lo que representa un incremento del 19.2% en la razón respecto a la misma semana epidemiológica del año anterior; la razón de muerte materna asociada a COVID-19 es de 7.3 por 100 mil nacimientos

estimados. Las principales causas de defunción reportadas fueron: COVID-19 (18.5%), enfermedad hipertensiva, edema y proteinuria en el embarazo, el parto y el puerperio (16.7%); hemorragia obstétrica (16.5%); probable COVID-19 (6.2%); Aborto (5.5%). Cabe resaltar que las causas indirectas no infecciosas representaron el 18.3% del total de las defunciones y que el grupo de edad con mayor número de muertes maternas es el de 30 a 34 años. Las entidades con más defunciones maternas son Estado de México, Chiapas, Chihuahua, Jalisco, Ciudad de México y Puebla.

Considerando este escenario epidemiológico y las proyecciones a mediano plazo respecto de la pandemia en México y en el mundo, es fundamental mantener las estrategias orientadas a la prevención de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, las acciones para embarazos más saludables, atención segura y respetuosa del parto, así como promover la lactancia materna y los cuidados de la persona recién nacida. Los servicios de salud sexual y reproductiva deberán mantenerse conforme a las medidas, adecuaciones y lineamientos de la Nueva Normalidad, de manera que permitan eliminar la posibilidad de retraso en la atención.

Síntesis de evidencia sobre COVID-19 y salud materna y perinatal

Todas las mujeres embarazadas, con sospecha, o diagnóstico confirmado de COVID-19, incluyendo a quienes se encuentren en aislamiento domiciliario, deben tener acceso a servicios de calidad, entre los que se incluyen la atención obstétrica, neonatal, aborto seguro (en los marcos previstos por la ley), anticoncepción post evento obstétrico, prevención y atención de la violencia y apoyo psicosocial o en salud mental, según se requiera. Asimismo, es fundamental garantizar el acceso a la información clara y veraz para la toma de decisiones en el marco de los derechos sexuales y reproductivos.

Debido a la rápida evolución de la pandemia, de manera constante se generan nuevos datos acerca de la enfermedad y sus implicaciones en la salud reproductiva, sin contar hasta el momento con evidencia científica de alto nivel. Es decir, las principales fuentes de información disponibles a nivel mundial son series de casos, opiniones de grupos expertos y, recientemente, se han publicado revisiones sistemáticas de estudios de cohorte, que constituyen un siguiente nivel de evidencia. Por lo tanto, a partir de éstas es posible emitir recomendaciones y buenas prácticas consensuadas, que integran el presente lineamiento.

Embarazo: Una mujer embarazada con COVID-19 puede cursar asintomática, tener síntomas leves o desarrollar una condición más grave, como cualquier otra persona, sobre todo cuando presenta comorbilidades o factores de riesgo. No obstante, debido a que existen cambios en la fisiología materna, particularmente en el tercer trimestre, que generan mayor vulnerabilidad frente a infecciones virales, se debe prestar especial atención a la valoración clínica, así como asegurar las

medidas de prevención y sana distancia en las mujeres embarazadas. En México, de acuerdo al Informe Epidemiológico Semanal de Embarazadas y Puérperas Estudiadas, ante sospecha de COVID-19, los síntomas más frecuentemente encontrados en esta población son: cefalea, tos, fiebre, mialgias, artralgias, odinofagia, ataque al estado general, rinorrea, escalofrío, disnea y dolor torácico; aunque también están descritos la irritabilidad, el dolor abdominal, vómito y diarrea.

Riesgo de transmisión vertical: Las primeras series de casos documentadas a nivel mundial (Chen et al, 2020; Zhu et al, 2020; Schwartz, 2020), sintetizadas en el Anexo I, reportaron que las muestras de líquido amniótico, tejido placentario, sangre de cordón umbilical y exudado faríngeo en los recién nacidos fueron negativas. Sin embargo, reportes aislados más recientes han señalado hallazgos histopatológicos sugestivos de la presencia de SARS-CoV-2 en tejido placentario (Hosier et al, 2020; Penfield et al, 2020), y en una serie de casos de nueve mujeres embarazadas, se documentó la presencia de un recién nacido con anticuerpos positivos para SARS-CoV-2 cuya madre había sido confirmada con COVID-19 (Dong et al, 2020). Dado que la evidencia relacionada con la transmisión vertical no es consistente, las medidas de higiene de manos y prevención de contacto con aerosoles deben continuar para evitar el riesgo de transmisión horizontal (ambiental) durante la atención del parto y después del nacimiento.

Resultados maternos y perinatales: Una serie de 55 pacientes embarazadas con COVID-19, en su mayoría en el tercer trimestre del embarazo, reportó entre las complicaciones materno-fetales encontradas, el aborto en un 2%, la restricción en el crecimiento intrauterino en un 10% y parto pretérmino en el 39% de los casos (Dashraath et al, 2020). Por otra parte, una de las revisiones sistemáticas más recientes, en la que se incluyeron nueve artículos, documentó que, de 92 pacientes estudiadas, el 67.4% tenían síntomas al momento de la presentación, siendo el más común la fiebre, seguido de tos y fatiga/malestar general; el 12.1% de las mujeres se encontraban con disnea, pero sólo una requirió ingreso a la unidad de cuidados intensivos y asistencia ventilatoria, y no se registraron muertes maternas. El 63.8% tuvieron parto pretérmino (34-37 semanas); se presentó sufrimiento fetal en el 61.1% de los casos y el nacimiento por cesárea sucedió en el 80% de los casos. El 76.92% de neonatos requirió ingreso a la unidad de cuidados intensivos y el 42.8% tuvo bajo peso al nacimiento; se presentó una muerte neonatal y una muerte fetal (Smith et al, 2020).

A la fecha no se cuenta con datos del resultado perinatal cuando la infección se adquiere en el primer o segundo trimestre, ya que los resultados de series publicadas, sólo han abordado casos confirmados en el tercer trimestre. Asimismo, el detalle de cómo se relacionan las comorbilidades, complicaciones, la gravedad de la enfermedad, así como cualquier otra condición que pueda modificar los resultados presentados, continuarán investigándose a la luz de nuevas publicaciones. Conforme avance el desarrollo de la pandemia y se cuente con una mejor sistematización de la información, podrá determinarse si existe una relación causal directa entre la infección por SARS-

CoV-2 y los resultados maternos y perinatales o si éstos son derivados de otros factores como la presencia de comorbilidades y las propias características de la atención asistencial.

Lactancia: En las investigaciones clínicas realizadas hasta ahora, las muestras de leche humana han sido negativas a COVID-19. Lackey et al (2020) hicieron una revisión al respecto y reportaron que si bien existe un estudio (en prensa, no revisado por pares) en el que se detectó la presencia del virus SARS-CoV-2 en leche materna y uno más en el que se reportó la presencia de IgG específica contra SARS-CoV-2, ninguno reportó la validación de la recolección y análisis de sus datos. Por su parte, The Lancet (2020) publicó en junio una carta en donde los autores mencionan haber encontrado presencia de SARS-CoV-2 en muestras de leche materna de una mujer que se encontraba en puerperio tardío. Dado que no existe rigor metodológico en la literatura disponible, hasta el momento de la publicación de este lineamiento, que demuestre evidencia de transmisión a través de la leche materna ni contraindicación para la lactancia, si la condición de salud de la mujer lo permite y es su deseo hacerlo, ésta debe incentivarse con las medidas de higiene de manos y respiratoria. Si el estado de salud de la persona recién nacida amerita traslado y estancia en cuidados intermedios o intensivos neonatales, es posible realizar la extracción de la leche materna, así como otorgar el apoyo para iniciar la lactancia posteriormente.

Conforme avanza la pandemia a nivel mundial, se ha incrementado el número de casos en general, así como la incidencia de casos en el embarazo y puerperio, con resultados diversos y aun no concluyentes para ser considerados como evidencia científica que permita sentar bases sólidas que modifiquen el manejo obstétrico habitual, en términos generales. Así, es pertinente atender, y cuando proceda modificar conforme a la información disponible, las recomendaciones para la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida, para los casos sospechosos o confirmados en las diferentes etapas del proceso reproductivo.

Recomendaciones generales

Es importante señalar que, dado el escenario de transmisión comunitaria y las diversas curvas epidemiológicas en el territorio mexicano, sin vacuna para SARS-CoV-2 ni tratamiento sólidamente avalado por la evidencia científica, en la transición hacia una nueva normalidad, se debe reconocer que la pandemia puede prolongarse por un tiempo no determinado, con casos asintomáticos cada vez más frecuentes. Dado que no es posible establecer unidades libres de COVID-19, las medidas de prevención y mitigación se mantienen en todas las unidades y niveles de atención.

Asimismo, es fundamental la coordinación intersectorial, interinstitucional y entre los diferentes niveles de organización de las Secretarías de Salud estatales para la planeación, monitoreo,

intervención oportuna y difusión de información, así como para la incorporación de las siguientes recomendaciones, si es que aun no hubieren sido implementadas:

1. Reforzar medidas de prevención

a) Medidas de higiene y protección

- Medidas transversales que deben aplicarse en los espacios de atención (salas de espera, consultorios, áreas de urgencias, entre otros).
- Reforzar lavado de manos con agua y jabón y técnica apropiada (o uso de alcohol en gel a una concentración superior al 60%).
- Aumentar la frecuencia de limpieza de los espacios y desinfección de superficies de alto contacto.
- Desinfección de equipo médico conforme a las especificaciones.

Para más información consultar: “Lineamiento general para la mitigación y prevención de COVID-19 en espacios públicos cerrados”.

b) Equipo de protección para el personal de salud

- Medidas de protección personal para la atención de la salud reproductiva, de acuerdo con el tipo de procedimientos (siendo de mayor riesgo en los que se generan aerosoles), el espacio hospitalario y la distancia entre personal de salud y pacientes.

MEDIDA DE PROTECCIÓN PERSONAL	Procedimiento invasivo / generación de aerosoles / COVID-19 confirmado (Distancia < 1 m)	Vigilancia y Atención del parto en pacientes asintomáticas/sospechosas/ confirmadas	Hospitalización y exploración física	Consulta externa y triage (Distancia > 1 m)	Administrativo / vigilancia o intendencia (no reconversión) (Distancia > 1 m)
Higiene de manos	SI	SI	SI	SI	SI
Guantes	SI	SI	SI	NO	NO
Mascarilla quirúrgica	NO	NO	SI	SI	SI
Respirador N95	SI	SI	SI	NO	NO
Googles o careta	SI	SI	SI	SI	NO
Bata	SI	SI	SI	NO	NO
Desinfección de superficies de contacto	SI	SI	SI	SI	SI

- Asegurar que el personal cuente con capacitación para la colocación y retiro del equipo de protección personal. Estas actividades deberán llevarse a cabo en un área exclusiva

para ello, de preferencia de manera supervisada, para evitar errores en el proceso que expongan al personal de salud y pacientes.

- Estas medidas se complementan con el uso de mascarilla quirúrgica (cubre bocas quirúrgico) por las pacientes al ingreso y durante su estancia en sala de espera.

Para más información consultar: “Proceso de prevención de infecciones para las personas con COVID-19 (enfermedad por SARS-CoV-2). Contactos y personal de salud”, y “Lineamiento técnico de uso y manejo del equipo de protección personal ante la pandemia por COVID-19”.

c) Establecer un filtro de supervisión para la identificación de personas con síntomas respiratorios al ingreso a todo establecimiento.

Incluye las siguientes acciones:

- Cuestionario de detección de signos y síntomas.
- Aplicación de alcohol en gel a una concentración superior al 60%.
- Toma de temperatura con termómetro (digital, cintas térmicas o sensores infrarrojos), realizando la adecuada desinfección entre cada paciente.
- Difusión de las medidas de prevención y datos de sospecha de COVID-19.
- Cada unidad deberá de garantizar que se tienen flujos de atención separados para las personas que refieran síntomas respiratorios a su ingreso.
- A las personas con síntomas respiratorios se les deberá de colocar un cubrebocas a su ingreso además de la aplicación de alcohol gel.

Para más información consultar: “Lineamiento general para la mitigación y prevención de COVID-19 en espacios públicos cerrados”.

d) Sana distancia

- Una distancia de al menos 1.5 metros entre cada persona en las salas de espera, así como entre el personal de salud y pacientes en los consultorios, sala de labor, quirófano y hospitalización (mientras no se esté realizando un procedimiento) es fundamental para reducir la probabilidad de exposición.

Estas medidas deben ser informadas al personal de salud y a la población a su ingreso a los establecimientos. Para ello, pueden emplearse diversos medios como impresos, pantallas internas, redes sociales, intranet y/o comunicación verbal.

2. Establecer un plan estatal para garantizar la atención de la salud reproductiva

Como parte del plan de respuesta estatal, es fundamental incorporar las medidas para dar continuidad a la atención del embarazo, parto, puerperio y los cuidados de la persona recién nacida, así como a los servicios de aborto en los casos previstos por la ley, tanto de las personas sanas como sospechosas y en casos confirmados de COVID-19.

Es altamente recomendable que cada entidad designe un equipo coordinador para la implementación de la respuesta, integrado por profesionales de salud con diferentes áreas de especialidad, incluyendo salubristas, ginecobstetras y pediatras, así como garantizar la comunicación entre las Jefaturas de Epidemiología y de Salud Reproductiva para la toma de decisiones.

Para la operatividad, es necesaria la participación del primer nivel de atención, los hospitales designados para la atención materno-infantil, las jurisdicciones sanitarias y la Secretaría de Salud Estatal. La capacidad de respuesta para la atención de la salud reproductiva puede mantenerse con algunas consideraciones iniciales:

- Identificar unidades del primer nivel de atención que cuenten con espacios para la atención prenatal y obstétrica o aquellas que puedan ser instaladas con mínimas adecuaciones. Estas podrán ser habilitadas con los insumos correspondientes, para evitar saturar los hospitales y para evitar un mayor riesgo de exposición en mujeres consideradas sanas y de bajo riesgo obstétrico.
- Planificar la instalación de establecimientos alternos y exclusivos para la atención materna y perinatal, tomando como punto de partida el criterio de agrupar pacientes con condiciones similares.
- Agilizar la incorporación de personal de salud dedicado a la atención obstétrica, incluyendo la enfermería obstétrica y la partería profesional, que permitan asegurar la disponibilidad de recursos humanos para la atención. Asimismo, puede incorporarse personal de enfermería general y auxiliares como apoyo fundamental en la atención de la salud sexual y reproductiva, integrando equipos multidisciplinarios.
- Favorecer la vinculación y articulación de las unidades de salud, con las y los promotores comunitarios y la partería tradicional, facilitando la atención oportuna, así como la accesibilidad y aceptabilidad de los servicios de atención a la salud materna y perinatal.

- Establecer las modificaciones temporales en los estándares de atención a la salud reproductiva, considerando el escenario epidemiológico y el riesgo de cada mujer, por ejemplo: implementar el seguimiento a distancia o remoto mediante llamadas telefónicas, mensajes de texto o video llamada, cuando sea posible; reducir el número de consultas de atención prenatal en embarazo de bajo riesgo; reducir las consultas en el posparto; atención de urgencias menores en atención primaria; reducir el número de personal enfocado en la atención.
- Valorar la conformación de un equipo de atención obstétrica y neonatal (disponible por llamada) que pueda trasladarse para la valoración y atención de mujeres en estado crítico, que se encuentren o no en trabajo de parto, en hospitales de reconversión que no cuentan con equipos para la resolución del evento obstétrico.
- Definir e implementar el mecanismo de notificación y vigilancia epidemiológica, de conformidad con el “Lineamiento estandarizado para la vigilancia epidemiológica y por laboratorio de COVID-19”, para seguimiento de las mujeres embarazadas sospechosas o confirmadas con COVID-19, así como de los resultados perinatales y condición de salud de la persona recién nacida.

3. Articulación con el lineamiento de reconversión hospitalaria

De acuerdo con lo establecido en el “Lineamiento de Reconversión Hospitalaria”, los hospitales enfocados en la atención ginecobstétrica no deberán formar parte de los planes de reconversión, dado que estas unidades permiten dar continuidad a la atención médica y servicios esenciales para la población.

Sin embargo, hay hospitales de reconversión parcial o total que cuentan con servicios de ginecobstetricia, los cuales podrán ser la primera opción para el tratamiento de casos confirmados de mujeres embarazadas con COVID-19. Para ello, es necesario articular el plan de respuesta para la atención obstétrica y neonatal con los lineamientos antes mencionados.

La referencia a hospitales puede estar limitada en la medida en que aumenta la demanda de atención por COVID-19 y se establezcan y continúen las medidas de reconversión hospitalaria, por lo que el primer nivel de atención puede y debe ser incorporado como la primera línea de atención del parto en casos de bajo riesgo obstétrico y mujeres consideradas sanas. En el caso de que se presenten mujeres con alguna complicación en este primer nivel, se debe implementar el manejo inicial de la urgencia obstétrica y la estabilización para un traslado seguro al siguiente nivel de atención, previo enlace correspondiente con la unidad resolutive.

Cabe señalar que, ante la presencia de este escenario, el rol de la atención primaria se torna fundamental para la atención de diversas patologías y emergencias menores. También se recomienda una reorganización temporal de servicios que permita la atención de grupos de pacientes con condiciones similares. Con base en ambos planteamientos, el fortalecimiento de unidades del primer nivel de atención en términos de recursos materiales, humanos e insumos para la atención es una alternativa necesaria, que contempla:

- Habilitar espacios físicos adicionales: centros de salud, unidades de medio camino, centros de salud ampliados, clínicas comunitarias y casas maternas. Estos serán exclusivamente para la atención obstétrica en casos de bajo riesgo, sin síntomas respiratorios.
- Incorporar personal de enfermería obstétrica, partería profesional, partería tradicional y medicina general (con experiencia en atención obstétrica).
- Movilizar o dotar con los insumos necesarios para la atención.
- Asegurar la articulación con unidades resolutivas para atender complicaciones:
 - » Hospital para la atención ginecobstétrica que no forme parte del plan de reconversión.
 - » Hospital de reconversión para referencia de casos sospechosos de COVID-19.
- Prever opciones y medios de traslado, previa comunicación y aceptación por la unidad de mayor resolución.

La reorganización temporal de los servicios de salud ha dado lugar a una mayor participación del primer nivel de atención para mantener los servicios esenciales. Dicha medida debe contemplarse a mediano e incluso largo plazo, toda vez que la pandemia dista de terminar. Más aún ésta puede contribuir al fortalecimiento del primer nivel para el continuo de la atención, en el marco de las redes integradas de servicios de salud para las mujeres y sus hijos e hijas.

Asimismo, bajo la premisa de que la tasa de contagios continuará elevada durante los próximos meses, otra estrategia que permite mantener la operación y extender el alcance de los servicios de atención materna, neonatal, aborto seguro y anticoncepción, es la implementación del uso de tecnologías de la información y la comunicación en los casos en los que así sea posible, tanto para las unidades de atención como para las usuarias.

De acuerdo con los boletines epidemiológicos semanales de la Dirección General de Epidemiología, en el mes de julio el ascenso de los casos por COVID-19 se mantiene en activo en diversas entidades federativas. En este sentido, las medidas de sana distancia, higiene respiratoria y de manos dentro de los hogares y al interior de los servicios de salud en todos los niveles de atención deben continuarse en la transición hacia y durante la nueva normalidad.

Recomendaciones específicas

1. Pruebas de detección en mujeres embarazadas y personas recién nacidas.

Recientemente se han documentado series de casos de mujeres embarazadas asintomáticas que tuvieron pruebas positivas para SARS-CoV-2. Sutton, et al (2020) señalan que, de un total de 215 pacientes que ingresaron para resolución obstétrica en un hospital de la Ciudad de Nueva York, se detectó positividad para SARS-CoV-2 en el 13.5% de ellas, encontrándose asintomáticas al momento de la toma de las muestras de hisopados nasofaríngeos. Los autores sugieren que el acceso a este dato clínico podría constituir una oportunidad de protección a las madres, las personas recién nacidas y a los equipos de salud, en unidades médicas dedicadas exclusivamente a la atención materna y perinatal.

Para el caso de México, considerando las limitaciones en términos de sensibilidad de las técnicas de diagnóstico disponibles, el escenario epidemiológico de transmisión comunitaria y la necesidad de implementar estrategias costo-efectivas, no se recomienda realizar sistemáticamente pruebas de detección a personas asintomáticas.

Al momento de ingreso a las unidades de salud para la resolución obstétrica, es necesario realizar filtro de supervisión para identificar a mujeres embarazadas sintomáticas que cumplan con la definición operacional, en quienes se recomienda la toma de muestra para diagnóstico molecular, de acuerdo con el “Lineamiento Estandarizado para la Vigilancia Epidemiológica y por Laboratorio de la Enfermedad Respiratoria Viral”.

También se recomienda realizar la prueba a las personas recién nacidas de madre positiva o sospechosa a SARS-CoV-2, lo cual permitirá asegurar las medidas de prevención y atención. Asimismo, aunque no hay evidencia consistente de transmisión vertical del virus SARS-CoV-2, debe considerarse que ésta podría ocurrir durante la vida intrauterina a través de la placenta, al momento del parto por la ingesta o aspiración de secreciones cérvico-vaginales, así como en el puerperio a través de la lactancia, por lo que esta medida contribuye a generar mayor información en torno a la posibilidad de transmisión vertical.

Los beneficios de una detección temprana en mujeres embarazadas sintomáticas incluyen:

- Usar el estado de positividad para determinar prácticas de aislamiento hospitalario y de asignación de camas.
- Dirigir el uso de los equipos de protección personal.

- Asegurar las medidas de prevención por contacto y gotas durante la interacción entre la madre y la persona recién nacida, que minimicen el riesgo de transmisión horizontal en el apego y la lactancia.
- Informar al personal de salud responsable de la atención neonatal, para estar preparado en caso de requerir medidas de reanimación o traslado a cuidados intermedios o intensivos.

Cuando no puedan llevarse a cabo las pruebas o mientras se obtiene el resultado, deberán continuar las medidas de protección personal, prevención y mitigación de la transmisión de COVID-19, así como la debida atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida.

2. Intervenciones oportunas para prevenir la morbi-mortalidad materna asociada a COVID-19

El hecho de que un porcentaje cercano al 19% de las muertes maternas ocurridas en el último trimestre y el puerperio se asocien a COVID-19, debe alertarnos sobre la importancia de las medidas de prevención y mitigación de la epidemia, así como a fortalecer las acciones para el diagnóstico y manejo oportunos. De igual manera, es fundamental el apego a los protocolos de manejo de emergencias obstétricas no relacionadas con SARS-CoV-2, toda vez que las causas maternas directas y las indirectas no infecciosas representan la mayor parte de dichas muertes.

La pandemia generada por SARS-CoV-2 ha obligado a replantear la forma en la que los servicios de salud atienden a su población a fin de limitar el riesgo de contagio y cubrir la demanda de atención. Se sabe que este tipo de emergencias sanitarias incrementan la probabilidad de enfermar y morir en la población susceptible y las mujeres embarazadas no son la excepción a esta premisa. La reconversión hospitalaria se mantendrá durante un tiempo prolongado, lo cual permitirá reducir el riesgo de saturación de los servicios de urgencias respiratorias y limitar los sitios de posible dispersión de contagios con motivo de la asistencia a los mismos. Sin embargo, esto implica que las mujeres deban buscar otros sitios de atención para el seguimiento de sus embarazos, la atención de complicaciones que pudieran presentarse y la resolución del evento obstétrico. Por ello, se proponen las siguientes consideraciones:

Acciones preventivas

En concordancia con las recomendaciones internacionales, pueden implementarse medidas de prevención y contención por medio del uso de tecnologías de la información y la comunicación para mantener la continuidad en la atención e incluso extenderla a más sectores de la población, cuando así sea posible para las unidades de atención y para las usuarias.

- a) Generar censos de las mujeres embarazadas y establecer los mecanismos para seguimiento telefónico. Esto permitirá reforzar las medidas de higiene frecuente en general, respiratoria y de manos básica al interior de los hogares; refrendar la recomendación de evitar las salidas innecesarias, la asistencia a lugares concurridos y el uso del transporte público para los traslados que requiera; así como explicar los datos de alarma respiratoria y obstétrica, tales como dolor abdomino-pélvico, sangrado y/o salida de líquido transvaginal en cualquier momento de la gestación, epigastralgia, náusea, vómito, cefalea, acúfenos y fosfenos después de las veinte semanas de gestación, cambios en la percepción de los movimientos fetales después de las 28 semanas.
- b) Cuando en el seguimiento remoto se identifique que la mujer embarazada tiene síntomas respiratorios leves o alguna de las personas con quienes cohabita los desarrolle, se recomienda el aislamiento domiciliario por 14 días, con seguimiento a distancia diario, las medidas generales de higiene y de tratamiento sintomático, así como la posibilidad de reprogramar la consulta presencial. Además de insistir en los datos de alarma obstétrica y respiratoria, es fundamental la identificación de factores de riesgo y establecer un seguimiento remoto más frecuente para seguimiento de la evolución del cuadro clínico y, en su caso, la referencia y atención oportuna.
- c) A través de un seguimiento a distancia, se pueden identificar otros factores de riesgo y situaciones concomitantes como aquellos que sugieran violencia doméstica, dudas relacionadas con métodos anticonceptivos, opciones de atención al momento del parto, entre otras. Aclarar estas inquietudes, reduce el miedo que las mujeres puedan estar experimentando asociado a la sola presencia de SARS-CoV-2 y a la incertidumbre de no contar con los sitios de atención habituales, además contribuye a la elaboración y seguimiento del plan de seguridad y de atención de parto.
- d) Si se detectan situaciones más complejas y se cuenta con este recurso, es posible establecer comunicación de tipo videoconferencia, con entrevistas y preguntas dirigidas que permitan evaluar el riesgo y la necesidad de una valoración presencial y de la toma de estudios de diagnóstico complementarios. Este tipo de comunicación, permite también brindar orientación en temas de alimentación, cuidados necesarios para un embarazo saludable y lactancia.
- e) Una estrategia adicional es la participación de promotores(as) y brigadistas comunitarios que contribuyan a la continuidad de las acciones preventivas en salud materna y perinatal, así como en la detección oportuna de casos sospechosos y de complicaciones asociadas a COVID-19. Estos equipos mantendrán comunicación estrecha con las unidades médicas y/o jurisdicciones sanitarias a fin de proporcionar la atención que la población requiera.

Este tipo de actividades deben documentarse puntualmente (idóneamente, con información desagregada por edad, lugar de residencia, grupo étnico, población migrante, entre otras) para el registro, monitoreo y seguimiento de indicadores y análisis de la información.

Acciones terapéuticas

Como parte del espectro de posibilidades terapéuticas a fin de disminuir la morbi-mortalidad asociada a COVID-19, se ha propuesto el uso de fármacos tales como antivirales, antipalúdicos, inmunomoduladores y esteroides, entre otros, sin que hasta el momento se haya podido demostrar que exista eficacia en la población general y tampoco durante el embarazo y el puerperio. En la mayoría de las publicaciones disponibles, se advierten debilidades metodológicas y sesgos, por lo que no existe evidencia científica sólida que apoye el uso terapéutico de este tipo de medicamentos, a nivel poblacional, para disminuir la morbi-mortalidad asociada a la infección por el coronavirus SARS-CoV-2 en el embarazo y el puerperio. A continuación, se presentan algunos consensos sobre el uso de algunos tratamientos coadyuvantes, resaltando que ninguno de éstos es un tratamiento específico para la enfermedad por COVID-19.

- a) **Cloroquina e hidroxicloroquina:** Cuando se utilizan a dosis terapéuticas, ambas tienen un perfil de seguridad adecuado en el embarazo. Sin embargo, ambos fármacos se han asociado a episodios de hipoglucemia severa en pacientes diabéticos que utilizan hipoglucemiantes orales e insulina, así como a prolongación del intervalo QTc (Chowdhury, Rathod y Gernsheimer, 2020) y ninguno de ellos ha demostrado eficacia profiláctica ni terapéutica en la infección por SARS-CoV-2, de acuerdo con la evidencia científica actual.
- b) **Glucocorticoides:** La Organización Mundial de la Salud recomienda enfáticamente que no sean utilizados como parte del tratamiento para la neumonía asociada a SARS-CoV-2. En mujeres con COVID-19 que utilizan esteroides de manera habitual por trastornos autoinmunes o alguna otra condición pre-existente, no existe justificación para suspenderlos sin valoración previa. Con relación a su uso en obstetricia, se pueden utilizar entre las 24 y las 34 semanas de edad gestacional ante el riesgo de parto pretérmino para inducción de madurez pulmonar fetal, a las dosis ya recomendadas (betametasona 12 mg intramuscular cada 24 horas, dos dosis o dexametasona 6mg intramuscular cada 12 horas, cuatro dosis).
- c) **Heparinas de bajo peso molecular:** Se ha reportado que la coagulopatía es común en pacientes con COVID-19 severa, así como eventos tromboembólicos arteriales y venosos. Debido a que el embarazo y el puerperio por sí mismos incrementan el riesgo

tromboembólico, de acuerdo con la valoración individualizada y de los demás factores de riesgo al momento de la atención, se podrán administrar heparinas de bajo peso molecular –a dosis profiláctica o terapéutica– durante su estancia hospitalaria, evitando su administración ante la inminencia del inicio del trabajo de parto. La dosis profiláctica se puede retomar al pasar el riesgo de hemorragia obstétrica y hayan transcurrido al menos seis horas posteriores al retiro del catéter peridural, en su caso, siempre bajo la valoración de las y los especialistas correspondientes.

d) Antivirales y antibióticos: Aún no existe evidencia suficiente que demuestre la eficacia de medicamentos antivirales para evitar la progresión o para mejorar la tasa de supervivencia de COVID-19. Sin embargo, cuando en el embarazo o el puerperio la hipótesis diagnóstica se dirige hacia infección por influenza (particularmente durante la temporada de influenza estacional), debe indicarse oseltamivir tan pronto como sea posible a dosis de 75 a 150 mg cada 12 horas por vía oral, durante 5 días, dependiendo de la severidad de los síntomas. Si lo que se sospecha es un proceso bacteriano (ya sea adquirido en la comunidad o sobreagregado), el uso de los antibióticos deberá adecuarse a la respuesta clínica y al desarrollo de los cultivos correspondientes, pudiendo utilizarse según la severidad del cuadro, betalactámicos de amplio espectro y/o macrólidos, pero no tetraciclinas ni quinolonas.

Todo el manejo que se implemente en las unidades de atención a las mujeres durante el embarazo, parto, puerperio, de la persona recién nacida y la atención al aborto, debe quedar registrado en el expediente clínico. El uso de fármacos en un contexto de investigación clínica ante la infección por SARS-CoV-2, también debe quedar perfectamente documentado y en apego a las directrices normativas en materia de investigación en salud, con las consideraciones éticas y de seguridad pertinentes, bajo los principios del consentimiento informado y con estricto respeto a los derechos humanos de las mujeres que elijan utilizarlos.

3. Atención en el embarazo y control prenatal

La atención prenatal es un servicio esencial que no puede suspenderse debido a que las complicaciones asociadas al embarazo, parto y puerperio son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en las mujeres en edad reproductiva; ya que se considera que las mujeres embarazadas, particularmente aquellas que tienen comorbilidades, se encuentran en un mayor riesgo de complicaciones asociadas a las infecciones, principalmente al final del embarazo.

Las medidas de prevención y mitigación iniciales, en el escenario epidemiológico asociado a SARS-CoV-2, siguen vigentes y contemplan que las consultas de control prenatal se lleven a cabo en el primer nivel de atención, con las siguientes consideraciones:

- Espaciar la frecuencia de las consultas y reducir el número de personas citadas por día, conforme al siguiente esquema (si no inicia el control prenatal en el primer trimestre, no es necesario agendar citas adicionales):

CONSULTA	SEMANA DE GESTACIÓN (aproximado)
1	Primer trimestre
2	24-28
3	28-32
4	32-36
5	38

- Definir y señalar desde el acceso al establecimiento, una ruta de traslado interno para la atención de personas que acuden con síntomas respiratorios. De ser posible, ubicar un consultorio lo más cercano posible a la entrada.
- Idealmente, las personas acompañantes deberán esperar afuera de la unidad, manteniendo la sana distancia. No obstante, si la mujer o adolescente requiere su apoyo por algún motivo, podrá permitirse su ingreso siguiendo las precauciones correspondientes.
- Desde su acceso al sitio de atención, independientemente de la presencia de síntomas, solicitar a paciente y familiar (si estuviera presente) que realicen lavado de manos, o en su defecto, desinfección con alcohol gel al 60% y uso de cubrebocas.
- Priorizar en la consulta prenatal la atención de mujeres con embarazo de alto riesgo, para quienes se debe mantener la programación de consulta prenatal completa y valorar cuidadosamente si requiere atención en un segundo nivel (o "Módulo Mater").
- El personal de salud buscará, de manera intencionada, factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones obstétricas tales como diabetes gestacional o preeclampsia, así como sintomatología para sospecha de COVID-19.
- Los casos sospechosos de COVID-19 permanecerán en aislamiento domiciliario por 14 días y podrán retomar las consultas si el cuadro infeccioso se ha resuelto.

- La vacuna contra la influenza está indicada tanto para las mujeres embarazadas en cualquier trimestre de la gestación, como para el personal de salud, cuando así corresponda.
- No deberán suspenderse o postergarse acciones prioritarias como el diagnóstico oportuno de VIH y sífilis, mediante la realización de pruebas rápidas duales seriadas (en la primera consulta y en el tercer trimestre, previo a la resolución del evento obstétrico).
- A partir de la primera consulta y si las condiciones lo permiten, se puede establecer un seguimiento telefónico entre la mujer gestante y la unidad de salud. Dicho seguimiento a distancia permitirá valorar la posibilidad de espaciar o abreviar las consultas subsecuentes de acuerdo a las necesidades identificadas en cada caso, así como la identificación oportuna de factores de riesgo antes mencionados.

En el panorama actual de la epidemia por SARS-CoV-2, una vez implementadas las adecuaciones a los servicios de salud y de acuerdo con los semáforos epidemiológicos, se puede considerar regresar a las recomendaciones generales del cuidado prenatal contempladas a nivel internacional y en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio, y de la persona recién nacida, con adecuaciones basadas en la implementación de las tecnologías de la información y comunicación.

El siguiente esquema se basa en el modelo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2020) para la atención prenatal en el contexto de la pandemia por SARS-CoV-2, que integra datos de alarma respiratoria, obstétrica, identificación de violencia, acciones de prevención y promoción de la salud:

VISITAS PRENATALES POR EDAD GESTACIONAL	MODALIDAD ALTERNA DE VISITAS PRENATALES, CUANDO EL CONTACTO REMOTO SEA POSIBLE
1 6-8 semanas	Presencial: Evaluación completa y plan de manejo. Signos vitales, estudios de laboratorio y ultrasonido, prueba rápida de VIH/sífilis. Evaluación inicial del riesgo.
2 10-13.6 semanas	Contacto remoto: Evaluación continua de riesgos, información sobre signos de alarma y cuidados para un embarazo saludable.
3 16-18 semanas	Contacto remoto: Evaluación continua de riesgos, asesoría anticonceptiva.
4 24 semanas	Presencial: Signos vitales, palpación de fondo uterino, frecuencia cardíaca fetal, estudios de laboratorio y ultrasonido, cuando proceda y sea posible; evaluación continua de riesgos. Plan de seguridad.
5 28 semanas	Contacto remoto: Evaluación continua de riesgos, asesoría anticonceptiva.
6 32 semanas	Contacto remoto: A menos de que existan factores de riesgo para hipertensión en el embarazo, restricción en el crecimiento intrauterino u otras alteraciones que se hubieran identificado previamente.
7 36 semanas	Presencial: Signos vitales, palpación de fondo uterino, frecuencia cardíaca fetal, evaluación continua de riesgos, asesoría anticonceptiva.
8 38-40.6 semanas	Presencial: Signos vitales, palpación de fondo uterino, frecuencia cardíaca fetal, estudios de laboratorio y ultrasonido, cuando proceda y sea posible, prueba rápida de VIH/sífilis; evaluación continua de riesgos, asesoría anticonceptiva. Plan de nacimiento. Refrendar datos de alarma, percepción de movimientos fetales.

- Cuando el contacto remoto (mediante llamada telefónica o videoconferencia) sea posible en embarazos de bajo riesgo, debe llevarse a cabo con la autorización de la paciente y pleno respeto a su dignidad, privacidad y derechos humanos.
- En cada contacto se debe hacer una evaluación continua de los riesgos que pudieran irse presentando a lo largo del embarazo, así como énfasis en la identificación de señales de posible violencia doméstica o de cualquier otro tipo, a fin de salvaguardar su integridad en coordinación con las instancias correspondientes.
- El seguimiento, presencial o remoto, contempla las medidas habituales del control prenatal, la suplementación de ácido fólico y vacunas correspondientes, el tamizaje para VIH y sífilis, así como refrendar la asesoría anticonceptiva y de lactancia, los datos de alarma obstétrica y respiratoria, aclarar dudas y valorar si la paciente es susceptible de ameritar una valoración presencial por el siguiente nivel de atención. Cuando el embarazo continúe más

allá de las 40.6 semanas, debe referirse puntualmente a la paciente al segundo nivel de atención para complementación diagnóstica y valorar resolución obstétrica.

Información para las mujeres embarazadas y población que acude a control prenatal:

- a) Insistir en las medidas de higiene a implementar en el hogar (cuidado personal, evitar compartir utensilios del hogar con otras personas, higiene de alimentos, superficies y espacio físico), las medidas de sana distancia e indicar el aislamiento domiciliario voluntario.
- b) Si está disponible en casa, recomendar la toma semanal de presión arterial, llevar el registro escrito y ponerse en contacto con la unidad si presenta presión arterial igual o mayor a 139/89 o bien, si presenta sintomatología vasoespasmódica y neurovegetativa después de las veinte semanas de gestación, así como otros datos de alarma obstétrica en cualquier momento del embarazo.
- c) Advertir sobre los riesgos de la automedicación.
- d) Reforzar signos de alarma en el embarazo, así como los de infección respiratoria y entregarlos por escrito, y con cita abierta a urgencias al hospital más cercano. Si es posible, establecer comunicación vía telefónica con la unidad de salud para dar seguimiento.
- e) Explicar los datos de alarma en caso de síntomas respiratorios para favorecer la búsqueda de atención médica oportuna, al tener dos o más de los siguientes datos: fiebre mayor a 38°C, cefalea, tos, disnea.
- f) No acudir a consulta de atención prenatal si presenta síntomas respiratorios y permanecer en aislamiento domiciliario por 14 días. Cuando exista seguimiento telefónico, establecer contacto remoto con la unidad de salud para mantener cuidados a distancia.
- g) De ser posible, evitar el transporte colectivo para acudir a las consultas o al hospital, sobre todo si presenta síntomas respiratorios. Si requiere utilizarlo y tiene síntomas respiratorios, colocar cubrebocas durante el traslado.
- h) En cada consulta, realizar la consejería anticonceptiva con apego a los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos de la Organización Mundial de la Salud, la detección de violencia doméstica y de datos de alarma obstétrica y respiratoria, mismas que deben refrendarse en el seguimiento telefónico si se cuenta con él.

4. Atención del trabajo de parto, parto y de la persona recién nacida

La vía de nacimiento y el manejo del dolor durante el trabajo de parto son ejemplos en los que, la toma de decisiones debe llevarse a cabo de manera individualizada, a partir de las condiciones obstétricas y de las preferencias de la mujer gestante, si las condiciones generales del binomio y de los establecimientos de salud lo permiten, y con estricto respeto a la interculturalidad, la perspectiva de género, los principios del consentimiento informado y los derechos humanos. En este sentido, resulta un imperativo ético resaltar que el bienestar materno no debe anteponerse al

bienestar fetal, mucho menos en un contexto de pandemia como en el que nos encontramos. Por ello, independientemente de la edad gestacional, la decisión de interrumpir el embarazo debe ser oportuna y estar completamente consensuada con la mujer, a fin de preservar su bienestar.

En las series de casos hasta ahora publicadas, se ha documentado que la vía de nacimiento más frecuente en el contexto de la pandemia por COVID-19 ha sido la operación cesárea, sin que exista detalle o consenso de las indicaciones médicas en todos los casos. Por ello, en apego a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico, deberá consignarse adecuadamente la vía de nacimiento, así como las indicaciones de la misma. Con el objetivo de prevenir la morbi-mortalidad materna y mejorar el pronóstico perinatal, el nacimiento por vía abdominal sólo estaría justificado ante condiciones obstétricas que lo ameriten y/o exista deterioro del bienestar materno-fetal, previa valoración y estabilización por parte de las y los especialistas.

Hasta el momento, la evidencia científica disponible no refiere que exista un mayor riesgo de transmisión vertical del SARS-CoV-2 durante el parto vaginal. Sin embargo, la probabilidad de transmisión horizontal no debe subestimarse debido a que durante su atención existe la posibilidad de exposición a eventos que generen aerosoles. Entre algunos ejemplos de ellos está la hiperventilación que experimentan las mujeres durante el trabajo de parto, la necesidad de utilizar oxígeno suplementario durante el mismo para reanimación in útero cuando se requiere, así como el esfuerzo de pujo en el segundo período del trabajo de parto, y a la necesidad de operación cesárea o la hemorragia obstétrica que ameriten traslado de urgencia a quirófano e intubación orotraqueal.

Es por ello que, desde una perspectiva de prevención y limitación de la exposición al SARS-CoV-2, se recomienda que el personal de salud de todos los niveles de atención, implemente las medidas prevención y mitigación de la transmisión de COVID-19. Asimismo, se deberá conducir en apego a la normativa nacional plasmada en la NOM-007-SSA2-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio, y de la persona recién nacida y a la Guía de Práctica Clínica “Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo”, siempre que las condiciones de la mujer y del establecimiento de salud así lo permitan, así como tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- En pacientes con embarazos de bajo riesgo y sospecha de SARS-CoV-2 o confirmadas asintomáticas, se recomienda que el ingreso a los servicios de salud para la atención del parto se lleve a cabo a partir de la fase activa, considerada como tal a partir de los 5 a 6 centímetros de dilatación.
- Las mujeres con sospecha de infección por SARS-CoV-2 o confirmadas asintomáticas que ingresen para resolución obstétrica, deberán hacerlo idóneamente a un área con presión

negativa que se encuentre cercana al quirófano y contar con mascarilla quirúrgica y bata desechable, manteniendo la sana distancia, la higiene de manos y la etiqueta respiratoria. El personal de salud directamente involucrado en la vigilancia y atención del trabajo de parto de pacientes sospechosas y confirmadas, debe ser el que tenga el mejor nivel de experiencia, en el número mínimo necesario y con el equipo de protección personal adecuado a un nivel de riesgo alto, incluyendo el uso del respirador N95.

- La mujer en trabajo de parto puede y debe acompañarse de una persona de apoyo constante, presumiblemente sana y de su elección, que cuente con la protección de contacto y por gotas mínima adecuada, o bien, de algún miembro del equipo de salud, como personal de enfermería obstétrica, partería profesional, partería tradicional o doula, cuando sea posible, a fin de mantener las condiciones que permitan una experiencia de parto positiva.
- A la fecha, no existe contraindicación para la movilidad de la mujer durante el trabajo de parto si sus condiciones de salud y las del sitio de atención lo permiten, considerando las medidas de prevención y mitigación. De igual forma, la sola condición de sospecha o confirmación de SARS-CoV-2 no justifica la implementación de maniobras dirigidas a abreviar el trabajo de parto. Por ello, la conducción farmacológica, la ruptura artificial de las membranas corioamnióticas, la episiotomía y el parto operatorio deberán estar debidamente indicados por las condiciones obstétricas que las justifiquen y quedar debidamente registradas en el expediente clínico.
- Se sugiere que la frecuencia en las exploraciones durante el trabajo de parto, se limiten y que el tiempo que dure el período expulsivo para pacientes multíparas sea de una hora sin analgesia obstétrica y de dos horas con ésta. En el caso de las pacientes nulíparas, puede ser de dos y tres horas, sin y con analgesia, respectivamente. El manejo farmacológico del dolor se puede considerar de manera temprana con el equipo de protección adecuado para el personal de salud.
- Debido a que se ha documentado la presencia del virus SARS-CoV-2 en hisopados rectales y en la propia materia fecal, resulta prudente que durante la atención del parto, se respete en la medida de lo posible la posición que la mujer embarazada decida asumir para parir, previo aseo del área perineal en sentido genito-anal, con los medios convencionales de desinfección, tales como la clorhexidina al 0.05% o la solución de yodo-povidona al 7.5%, durante al menos cinco minutos, siempre de manera gentil, así como la colocación de compresas perineales tibias en el segundo período del trabajo de parto y evitar la episiotomía de manera rutinaria a fin de prevenir el trauma perineal. Si la episiotomía está debidamente justificada –evitando la episiotomía media–, debe recabarse el

consentimiento informado de la mujer. La indicación de enema evacuante carece de sustento y en su lugar, sí se puede recomendar proteger el periné con compresa tibia estéril a fin de evitar la contaminación de la persona recién nacida con materia fecal materna, al momento del nacimiento.

- No hay evidencia sólida que indique evitar el pinzamiento tardío del cordón umbilical, el apego inmediato y el contacto piel a piel que facilite iniciar la lactancia materna en la primera hora de vida. Con las precauciones adecuadas para el personal y apoyando a la madre para evitar la transmisión por gotas y por contacto, estas prácticas deben continuarse, si las condiciones de salud de la mujer y de la persona recién nacida así lo permiten.
- Debido a la posible presencia de COVID-19 en mujeres asintomáticas, para la atención de la persona recién nacida, el personal de salud deberá prepararse para la reanimación neonatal y probable traslado a unidad de terapia intermedia o intensiva, en caso necesario, así como contar con el equipo de protección adecuado a un nivel de riesgo alto.
- Si las condiciones del binomio lo permiten, se recomienda el alojamiento conjunto en un área destinada que permita guardar la sana distancia, limitando al máximo las visitas de familiares, garantizando que la madre reciba la asesoría adecuada para la lactancia –o en su caso, extracción de leche materna– y ésta la lleve a cabo, con las medidas descritas de prevención por gotas y contacto en el apartado correspondiente de este lineamiento.
- Independientemente del diagnóstico de ingreso, de la vía de nacimiento y del nivel de atención, es fundamental la asesoría para la anticoncepción post evento obstétrico (APEO), de acuerdo a los criterios médicos de elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos y las preferencias de cada mujer. Dada la necesidad de reducir la asistencia de las usuarias a los servicios de salud, cuando no exista paridad satisfecha ni contraindicación médicamente justificada, una excelente alternativa son los métodos reversibles de larga duración, tales como los dispositivos intrauterinos o los implantes subdérmicos, ya que son seguros, compatibles con la lactancia materna y no existe evidencia de que incrementen la probabilidad de daño en el contexto de la enfermedad por COVID-19.

Precauciones al ingreso a la unidad médica para resolución del evento obstétrico

a) Para el ingreso a la unidad de atención obstétrica, se recomienda:

- Realizar filtro de supervisión al ingreso y en sala de espera. Reconocer factores de riesgo y sintomatología para sospecha de COVID-19.

- Limitar el número de acompañantes en sala de espera al número mínimo indispensable, asegurando la sana distancia.
- Proveer agua y jabón para el aseo frecuente de manos o alcohol en gel al 60% en la sala de espera.
- Entregar bata desechable y pasar al baño para lavado de manos, si éste no se hubiera realizado con antelación, retiro de ropa interior y colocación de bata para exploración física.
- Valorar el estado materno y fetal a fin de establecer el plan de manejo de acuerdo con la valoración del binomio, con las condiciones del establecimiento de salud y las preferencias de la mujer gestante. Si la unidad de atención cuenta con esta posibilidad, se debe tomar muestra para SARS-CoV-2 a todas las mujeres que presenten síntomas respiratorios y cumplan con la definición operacional de caso sospechoso que ingresen para su resolución obstétrica.

b) Ante la sospecha de infección por SARS-CoV-2:

- Colocar cubrebocas a las personas que acudan con síntomas respiratorios desde el momento en que ingresan al establecimiento y verificar que se realice lavado o higiene de manos.
- Definir la ruta para la atención de personas que acuden con síntomas respiratorios y trabajo de parto inminente, la cual deberá ser señalada desde la entrada al establecimiento.
- Aplicar medidas de prevención en el traslado al interior de la unidad.
- Establecer precauciones de gotas y contacto, tanto para la paciente como para el familiar que le acompañe.
- Valorar la posibilidad de traslado oportuno y seguro a una unidad de reconversión para pacientes con COVID-19.

Información para la población:

- a) Las principales inquietudes se relacionan con las restricciones para la visita de los familiares, lo cual deberá explicarse a las mujeres gestantes y familiares acompañantes en el momento del ingreso. La mayoría de las publicaciones sugieren que éstas se limiten y de preferencia

se eviten a fin de disminuir el riesgo de contagio, sin que esto implique aislamiento de la mujer gestante que incremente su vulnerabilidad.

- b) Informar periódicamente a los familiares sobre la condición de la mujer y de la persona recién nacida mediante canales de comunicación que permitan conservar las medidas de sana distancia.

5. Atención del aborto seguro

No hay datos de que la infección por el coronavirus SARS-CoV-2 aumente el riesgo de aborto en el primer o segundo trimestres. Sin embargo, se sabe que entre 8 y 12% de los embarazos considerados normales culminan en un aborto espontáneo y debido a que en nuestro país el aborto sigue siendo una causa importante de muerte materna, es fundamental no retrasar su atención y emplear la mejor tecnología disponible, como el uso de medicamentos y la aspiración endouterina que, además de disminuir el riesgo del procedimiento, permite la atención ambulatoria.

La atención integral del aborto seguro incluye el manejo de diversas situaciones clínicas entre las que se encuentran el aborto espontáneo (incompleto o diferido) y aquellos casos previstos por la ley:

- La interrupción legal del embarazo hasta de las doce semanas completas de gestación en la Ciudad de México y el estado de Oaxaca.
- La interrupción voluntaria cuando el embarazo es producto de violación en las 32 entidades federativas del país, contemplada en la Ley General de Víctimas, en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Atención Médica, en la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005 Violencia Familiar, Sexual y contra las mujeres, Criterios para la Prevención y Atención y en la Guía de Práctica Clínica “Prevención, detección y atención de la violencia contra las mujeres de 12 a 59 años de edad, con énfasis en violencia sexual”.
- La interrupción del embarazo por riesgo a la salud materna como causal de exclusión de responsabilidad penal.

De acuerdo con la evidencia internacional, en el contexto de la pandemia actual por COVID-19, estos servicios no deben ser suspendidos. Asimismo, se ha enfatizado que la atención integral del aborto seguro es un servicio esencial que puede llevarse a cabo de manera ambulatoria en el primer trimestre, previa valoración médica. En este sentido, la evidencia es contundente: posponer la atención del aborto incrementa la morbi-mortalidad materna y, en el contexto de la pandemia

en la que nos encontramos, no hay justificación para exponer innecesariamente a las mujeres a un riesgo adicional.

La implementación de la atención ambulatoria permite brindar el servicio mediante la consulta inicial en urgencias, otorgando el tratamiento para autoadministración, acompañado de consejería, indicaciones y signos de alarma, sin olvidar que parte de esta consulta inicial debe incluir la detección sistemática de violencia, de infecciones de transmisión sexual y la asesoría anticonceptiva en apego a los criterios médicos de elegibilidad de la OMS y de las necesidades de cada mujer. De ser posible, la implementación del uso de tecnologías de la información y la comunicación, constituye una buena práctica para el seguimiento y detección oportuna de complicaciones, por lo que podrá ser considerado para la ampliación de servicios y, de manera enfática, en el contexto de la pandemia.

6. Atención en el puerperio, egreso hospitalario y lactancia

Durante la estancia hospitalaria en el puerperio inmediato se deberán implementar medidas de prevención y mitigación:

- Aislamiento de casos sospechosos y notificación de los mismos al equipo de Epidemiología de la unidad para la realización de estudio de caso con base en el “Lineamiento estandarizado para la vigilancia epidemiológica y por laboratorio de enfermedad respiratoria viral”.
- Favorecer la sana distancia, reduciendo el número de camas por área.
- Contar con personal de enfermería para apoyo en las salas de alojamiento conjunto, con experiencia en atención obstétrica y lactancia materna.
- El contacto persona a persona solo está permitido entre la mujer y su hija(o), con medidas de prevención.
- Las visitas de familiares deberán suspenderse, a menos de que las condiciones de la mujer requieran la permanencia de un familiar y se conserven las medidas de prevención por contacto y gotas.
- Verificar se encuentren disponibles los insumos para lavado de manos, así como alcohol gel a concentración superior a 60% para promover higiene de manos.

Las principales recomendaciones son el egreso hospitalario temprano (24 horas posteriores al parto y 48 si el nacimiento fue por vía abdominal), si la condición de la mujer y de la persona recién nacida lo permiten. Asimismo, está indicado el aislamiento preventivo en domicilio por 14 días, por lo que se deberá considerar la provisión de los medicamentos para la continuidad de su manejo en casa (tal es el caso de antibióticos, analgésicos, heparina de bajo peso molecular, entre otros que pudieran estar indicados), así como entregar por escrito recomendaciones, datos de alarma obstétrica y asociados a COVID-19 (tanto para la madre como para la persona recién nacida), así como canales de comunicación para seguimiento remoto, cuando sea posible.

El análisis de la morbilidad y mortalidad materna en México ha orientado a la relevancia del seguimiento durante el puerperio, estimando necesarias dos visitas posparto. Dado que la indicación principal es el aislamiento domiciliario preventivo, será necesaria la valoración de cada caso. De manera general, se ha recomendado una consulta en el primer nivel de atención, a las dos semanas para realizar una valoración integral con énfasis en la vigilancia de la tensión arterial, síntomas de vasoespasmo, revisión de herida quirúrgica (en caso de cesárea o cirugía abdominal) y descartar datos de infección en el puerperio. En esta consulta no debe pasarse por alto continuar con la asesoría y el seguimiento al contraceptivo elegido o administrado a la paciente, si así fuera el caso. De no existir complicaciones ni factores de riesgo, el resto de las consultas pueden diferirse.

Lactancia materna

El inicio temprano de la lactancia, la alimentación exclusiva al seno materno durante los primeros seis meses y complementaria hasta los dos años de edad, son factores de protección para las personas recién nacidas y conllevan múltiples beneficios para las madres y sus hijas e hijos. Por ello, la Secretaría de Salud ha implementado diversas estrategias para promover y apoyar la lactancia materna, en conformidad con las evidencias y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

No hay evidencia sólida de transmisión de SARS-CoV-2 a través de la leche materna, por lo que se recomienda que la lactancia sea iniciada y mantenida aún en caso de infección confirmada, siempre que la madre desee amamantar y esté en condiciones clínicas adecuadas para hacerlo. Las medidas de prevención para reducir el riesgo de transmisión del virus a través de gotitas respiratorias durante el contacto físico y la lactancia son:

a) Para madres sospechosas o confirmadas con COVID-19 que se encuentren en aislamiento en domicilio:

- Lavar las manos durante por lo menos 20-30 segundos antes de tocar al bebé o antes de extraer la leche materna (manual o en la bomba extractora).

- Utilizar una bata limpia mientras amamante, dejándola exclusivamente para este momento y lavándola frecuentemente.
- Usar cubrebocas durante las tomas (cubriendo completamente nariz y boca) y evitar hablar o toser durante el tiempo que dure la toma.
- Si tose o estornuda, deberá cambiar el cubrebocas inmediatamente y lavar las manos de nuevo.
- Se debe considerar la posibilidad de solicitar la ayuda de alguien que esté saludable para apoyar a la mujer, quien deberá de seguir las medidas de prevención de infecciones, con énfasis en higiene de manos y utilizar cubrebocas.
- Seguir rigurosamente las recomendaciones para la limpieza de las bombas de extracción de leche después de cada uso.
- No existe evidencia científica que justifique la separación de la madre y su hijo o hija en casos sospechosos o confirmados de COVID-19, asintomáticos o con cuadro clínico leve. Ante esta circunstancia, se recomienda mantener las medidas de prevención de contacto y por gotas ya mencionadas.

b) Para madres sospechosas o confirmadas con COVID-19 que requieran hospitalización, hay dos escenarios posibles:

1. **Alojamiento conjunto:** la madre y la persona recién nacida permanecen en la misma habitación, aisladas de otras pacientes.
 - Colocar la cuna a 1.5 metros de la cama de la madre.
 - Implementar las medidas para lactancia en domicilio ya mencionadas: higiene de manos y respiratoria, usar cubrebocas y evitar hablar durante las tomas; en caso de toser o estornudar, hacerlo conservando la etiqueta respiratoria, cambiar inmediatamente el cubrebocas y realizar higiene de manos, nuevamente.
 - Asegurar existencia de insumos para higiene de manos.
 - Idealmente, permitir el apoyo de un familiar sano, quien deberá seguir las precauciones de gotas y contacto.
2. **Separación temporal:** Solamente si las condiciones de salud de la madre o la persona recién nacida no permiten el alojamiento conjunto o es imposible realizar las adecuaciones en el establecimiento.
 - Alentar a iniciar o continuar la lactancia materna, mediante extracción de leche y apoyo por personal de salud.
 - Proporcionar extractor de leche materna y realizar las medidas de higiene personal y del aparato.
 - Contar con las condiciones para preservación de leche materna.
 - Apoyo para iniciar o continuar la lactancia al ser dados de alta: técnica adecuada, libre demanda y medidas de higiene y prevención.

De acuerdo con la OMS y la OPS, en caso de que el estado clínico de la madre no permita el amamantamiento o la extracción de leche materna, se recomiendan alternativas que permitan sostener la alimentación con leche humana o en su defecto, con sustitutos apropiados de la leche materna, informados por el contexto cultural, la aceptabilidad de la madre y la disponibilidad del servicio.

Bancos de leche humana

- Deberán continuar en servicio haciendo énfasis en las medidas preventivas y de seguridad.
- La donación de leche humana podrá realizarse verificando que se cumplan todas las medidas de higiene durante la extracción, almacenamiento y manejo, apoyadas por personal de salud.
- Las mujeres con sospecha o confirmación de COVID-19, no podrán donar leche humana debido a las medidas de aislamiento. Una vez recuperadas, podrán empezar o retomar la donación.

Tamiz metabólico y auditivo neonatal

En la atención de las personas recién nacidas sin complicaciones y de mujeres aparentemente sanas, es posible programar la consulta para revisión y toma de muestra para tamiz metabólico y auditivo neonatal. Éste deberá realizarse en hospitales que no entren en el plan de reconversión, asegurando las medidas de prevención y mitigación, o bien, valorar el traslado del material y el personal capacitado a unidades de primer nivel, enfocados en atención de la salud materna y neonatal.

Para las personas recién nacidas de madres sospechosas o confirmadas, se deberá valorar el egreso, previa toma de muestra para detección de COVID-19 cuando sea posible, seguimiento y consultas subsecuentes, según el caso.

Información para la población

- a) El aislamiento en el puerperio puede tener repercusiones a nivel físico, mental y social, por lo que se deberá informar ampliamente sobre estas medidas, incluyendo la difusión de líneas telefónicas para apoyo en salud materna, salud mental y prevención de violencia.
- b) Contar con el apoyo de una persona sana para el cuidado de la mujer y de la persona recién nacida.

- c) No recibir visitas durante el periodo de aislamiento preventivo en domicilio. Proveer a la mujer alternativas para mantener comunicación con su red de apoyo, como el contacto vía telefónica, señalando la importancia de este acompañamiento continuo.
- d) Para minimizar los riesgos de transmisión y agravamiento, en casos de sospecha o confirmación de infección por COVID-19, el acompañante debe ser idealmente, una persona que ya estuvo en contacto con la paciente en los días previos al parto y que no presente síntomas o factores de riesgo para desarrollar COVID-19.
- e) Brindar información completa sobre datos de alarma para complicación obstétrica, complicaciones en la persona recién nacida y síntomas respiratorios.
- f) Informar a la madre y familiares los sitios y horarios, donde se llevarán a cabo las acciones preventivas con la persona recién nacida (toma de tamiz metabólico y auditivo neonatal, aplicación de vacunas si no hubieran sido iniciadas previo al egreso de la unidad donde se atendió el nacimiento).

7. Medidas en el traslado intra e interhospitalario

- Avisar al área o a la unidad receptora y confirmar que cuentan con las condiciones para recepción de pacientes.
- Colocar cubrebocas y ropa limpia a la paciente durante el traslado. La paciente NO requiere mascarilla N95.
- El personal que traslada a la paciente y que la recibe deberán de utilizar el equipo de protección personal apropiado, conforme a lineamientos de proceso de prevención y control de infecciones.
- En caso de utilizar elevadores, no se permitirá ingresen durante el traslado otras personas fuera del equipo de atención que acompaña a la paciente.
- Realizar desinfección de superficies utilizadas para el traslado.
- En caso de traslado entre hospitales, se deberá desinfectar la ambulancia siguiendo las recomendaciones de limpieza y desinfección antes y después del uso de la unidad.
- En casos confirmados se deberán valorar los beneficios de realizar el traslado.

Para más información consultar:

- » “Lineamiento para la atención de pacientes por COVID-19”
- » “Proceso de prevención de infecciones para las personas con COVID-19 (enfermedad por SARS-CoV-2). Contactos y personal de salud”.
- » “Lineamiento de reconversión hospitalaria”

8. Vigilancia epidemiológica y seguimiento de casos confirmados con COVID-19 en el embarazo.

Debido a que actualmente la enfermedad por COVID-19 es considerada como una enfermedad emergente con riesgo alto para el territorio mexicano, a que la muerte materna continua representando un indicador de calidad de vida y desarrollo de los países, y a que se desconoce el impacto que la enfermedad por SARS-CoV-2 tiene en las primeras etapas de la gestación sobre el producto y el desenlace materno, la vigilancia epidemiológica de las muertes maternas que sucedan durante esta pandemia, así como el seguimiento de los casos confirmados de COVID-19 en mujeres embarazadas, es una intervención esencial.

De acuerdo con el “Lineamiento Estandarizado para la Vigilancia Epidemiológica y por Laboratorio de la Enfermedad Respiratoria Viral”, las acciones de vigilancia epidemiológica tienen un sustento legal aplicable a todo el sector salud, por lo que todos los niveles de atención (pública y privada) deben asegurar el registro adecuado de la información que permita la detección oportuna de casos, el monitoreo y análisis que posibilite conocer y alertar de eventos importantes en el comportamiento epidemiológico de la enfermedad por SARS-CoV-2. En apego a dicho lineamiento se emiten las siguientes recomendaciones:

- Todas las unidades que conforman el Sistema Nacional de Salud deberán realizar la Notificación Convencional (SUIVE) del 100% de los casos que cumplan con definición operacional de caso de enfermedad respiratoria viral.
- A su vez, debe notificarse al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedad Respiratoria Viral (SISVER); esta notificación se llevará a cabo de acuerdo con la impresión clínica del médico/a, quien llenará de forma primaria el estudio epidemiológico de caso para pacientes graves y cuadros leves, ante la sospecha clínica de influenza o COVID-19, mismo que deberá entregarse al equipo de Epidemiología de la unidad de salud para que éste haga una segunda valoración y notifique de forma directa a la plataforma en línea SISVER.
- Se llevará a cabo la vigilancia epidemiológica de la enfermedad respiratoria viral en espacios públicos cerrados (albergues, refugios, centros de detención, hospitales, etc.), con la finalidad de llevar a cabo la detección de brotes.
- Para las defunciones confirmadas se deberá notificar en su totalidad al Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED) en la Plataforma del Registro Electrónico de Defunciones en Vigilancia Epidemiológica (REDVE), así como al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedad Respiratoria Viral (SISVER), en un periodo no mayor a 48 horas después de haber ocurrido la defunción o de haberse emitido el resultado por laboratorio.

- Asimismo, en caso de que se presente una defunción materna, confirmada o sospechosa de COVID-19, se debe notificar por el equipo de Epidemiología al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Muerte Materna, anidada en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE).

La vigilancia epidemiológica de la enfermedad por COVID-19 en el embarazo, puerperio y en la persona recién nacida es de suma relevancia, ante la falta de evidencia específica a nivel internacional y dada la importancia de que México avance en la generación de su propia evidencia, así como en el análisis de información para la toma de decisiones y para la implementación de medidas eficaces de control, prevención y atención, apropiadas para reducir los potenciales daños a la salud de la población.

Para ello, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) ha trabajado de manera conjunta con la Dirección General de Epidemiología (DGE) en la estrategia de seguimiento de casos confirmados en el embarazo y puerperio, así como de las defunciones maternas asociadas a COVID-19, de acuerdo con lo siguiente:

- a) Para el análisis de los casos confirmados en el embarazo o puerperio, se toma como punto de partida la base de datos de la Plataforma SISVER actualizada y reportada diariamente.
- b) Se implementó una cédula de seguimiento de casos por entidad federativa, que incluye variables específicas relacionadas con la salud reproductiva, cuyo objetivo es analizar los resultados maternos y perinatales² en casos confirmados en cualquier trimestre de gestación, así como los casos ocurridos y resueltos en el puerperio.
- c) Para el análisis de los casos de mortalidad materna, se cuenta con la información de SISVER, así como del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Morbilidad Materna Severa (SIVEMMS) y el Sistema de Vigilancia de Mortalidad Materna. Adicionalmente, se agregaron las variables específicas a la plataforma del Proyecto de Análisis de la Mortalidad Materna (PAMM), a través de la cual el CNEGSR realiza el monitoreo y seguimiento a la mortalidad materna en el país.
- d) En los casos de mortalidad materna se realizará el análisis de cada caso en los Comités de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal, conforme a los lineamientos establecidos. En este proceso, resulta de suma importancia diferenciar los casos de muerte materna debido a COVID-19 de aquellos asociados a otras

² Poco se ha reportado en las series de casos sobre las implicaciones de la enfermedad por COVID-19 en el primer y segundo semestre de gestación, por lo que este seguimiento a mediano plazo puede originar información relevante acerca del virus SARS-CoV-2.

causas y que ocurren en una mujer embarazada que tiene prueba positiva para SARS-CoV-2, en la que se determina que la enfermedad por coronavirus no fue la causa de la muerte.

A la fecha no existen definiciones operacionales específicas para el embarazo, parto y puerperio en el contexto de COVID-19, por lo que se considerarán las que están asentadas en el “Lineamiento Estandarizado para la Vigilancia Epidemiológica y por Laboratorio de la Enfermedad Respiratoria Viral”, incluidas en el Anexo II.

9. Consideraciones para la atención durante la pandemia por COVID-19, desde el marco de los derechos humanos, sexuales y reproductivos

El desafío histórico que estamos enfrentando como nación ante la pandemia provocada por el virus SARS-CoV-2 pone a prueba no sólo nuestra capacidad de respuesta, sino también el tipo de soluciones que implementamos a fin de limitar los daños potenciales y derivados de ésta. En un contexto de transmisión comunitaria de un virus altamente contagioso, capaz de generar grandes estragos e incluso la muerte en la población susceptible, las medidas de prevención y mitigación implementadas se enriquecen con la generación constante de evidencia científica y con acciones transversales basadas en la interculturalidad, la perspectiva de género y la garantía de los derechos humanos.

Así como los trastornos crónico-degenerativos y los estados de inmunosupresión, entre otras condiciones clínicas, incrementan la probabilidad de morir por COVID-19, en el caso específico de mujeres, adolescentes y niñas, las inequidades estructurales de género, así como la invisibilización de este fenómeno al interior de los propios servicios de salud, las exponen a la posibilidad de enfrentar riesgos adicionales, no sólo en su salud física, sino también en el ejercicio pleno de sus derechos fundamentales.

Si bien las mujeres jóvenes con embarazos de bajo riesgo no parecen tener más complicaciones que la población general, el contexto de la pandemia, las medidas de aislamiento y de reconversión hospitalaria, pueden impactar en el acceso a la atención del embarazo, parto y puerperio. Por ello, los servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva se consideran esenciales y deben continuar con las consideraciones de prevención y mitigación ya implementadas. Por otra parte, el embarazo, el nacimiento y el puerperio son eventos con un profundo significado personal y social en la vida de las mujeres, sus familias y comunidades, y son también momentos únicos que intensifican la necesidad de alcanzar mejores niveles de calidad de vida, por lo que es fundamental aprovechar la oportunidad que representa el encuentro clínico para favorecer su salud integral y bienestar.

La Organización Mundial de la Salud ha declarado que, en la atención de un nacimiento normal, debe existir una razón válida para interferir con el proceso fisiológico, pues hasta en el 85% de los casos, no se requieren intervenciones al momento del parto. A pesar de ello, las cifras de mortalidad materna en nuestro país son desproporcionadamente altas a pesar de los esfuerzos en reducirla, por lo que debemos continuar identificando y atendiendo los posibles factores asociados a este problema. De igual manera, se ha consensuado a nivel internacional que prevenir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, no es suficiente en el abordaje de la salud reproductiva, sino que la atención durante este periodo debe apegarse a los derechos humanos, sexuales y reproductivos.

Diversas declaraciones, recomendaciones y evidencias han llevado a los gobiernos a considerar la falta de respeto y el abuso como manifestaciones de una falla sistémica en la inclusión de los estándares de derechos humanos y a cuestionar si un resultado materno y perinatal que está dentro de los parámetros aceptables desde la óptica de la salud pública, basta para afirmar que la atención que se brinda a las mujeres con motivo del ejercicio de su capacidad reproductiva, es de calidad. Actualmente se dispone de múltiples documentos que articulan la mejor evidencia científica disponible en materia de atención al embarazo, parto y puerperio, a nivel internacional y nacional, como se detalla en el Anexo III.

Es precisamente en circunstancias extraordinarias como la emergencia sanitaria a causa de la pandemia, cuando se enfrenta el riesgo de perder este enfoque construido a lo largo de varias décadas. En este contexto, es fundamental que los mecanismos de respuesta eviten reproducir o perpetuar prácticas discriminatorias, inequidades y normas de género dañinas. Asimismo, ante la generación constante de nuevo conocimiento relacionado con el virus SARS-CoV-2 y sus efectos en la salud de la población, y la incertidumbre que esto genera, resulta impostergable apegarse a lo que ha demostrado ser benéfico.

En este sentido, tanto los lineamientos de orden técnico-médico, como la perspectiva de derechos y los principios bioéticos, son ejes fundamentales en la atención de la salud sexual y reproductiva. La atención del embarazo, aborto, parto, puerperio y de la persona recién nacida, debe estar centrada en la mujer, en sus necesidades, preferencias y características particulares, basada en la mejor evidencia científica disponible y organizada de tal manera que respete su dignidad, privacidad, confidencialidad, sea libre de daño y maltrato, que permita el ejercicio de su autonomía y su autodeterminación para la toma de decisiones bajo consentimiento informado. Para ello, las limitantes estructurales de los servicios de salud no deben ser un obstáculo absoluto para la incorporación de las evidencias y recomendaciones, sino que es necesario intensificar esfuerzos para su mayor y mejor integración. Al respecto, se emiten las siguientes consideraciones:

a) Recomendaciones para una experiencia de parto positiva

- Atención respetuosa de la maternidad que asegure la integridad física y el trato adecuado, y permita tomar decisiones informadas y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio.
- Comunicación efectiva y culturalmente aceptable.
- Acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio por la persona de su elección.
- Participación de equipos multidisciplinarios y entornos habilitantes para la incorporación del modelo humanizado de atención.
- Informar adecuadamente sobre las fases latente y activa del trabajo de parto, así como evitar las intervenciones de rutina durante el trabajo de parto y parto, como se ha señalado en el apartado correspondiente.
- Favorecer el contacto piel con piel, el pinzamiento tardío del cordón umbilical, apego inmediato, inicio oportuno de la lactancia materna y alojamiento conjunto.
- Asesoría que permita el ejercicio de consentimiento, la libre elección, informada y gratuita del método anticonceptivo que se adecue a las preferencias de la mujer.

b) Aborto seguro como servicio esencial

- El acceso a un aborto seguro es un servicio tiempo-dependiente, por lo que, en aquellos casos contemplados dentro del marco legal, los servicios comprensivos de aborto seguro deben mantenerse, aun cuando otros servicios no urgentes y electivos hayan sido suspendidos.
- Retrasar la atención resolutive del evento, puede llevar a las mujeres a límites gestacionales mayores, con lo que se incrementa su riesgo de complicaciones, así como el dispendio de recursos hospitalarios y quirúrgicos para su atención.
- El retraso en los servicios de aborto seguro conlleva el riesgo potencial de impactar negativamente en la salud y el bienestar de las mujeres y de ser expuestas a tratos inhumanos, crueles y degradantes.

c) Distribución más equitativa y optimización de recursos

- La crisis sanitaria conlleva un riesgo importante de disminución en la disponibilidad y de sobresaturación de los servicios.
- Las mujeres no deben sufrir retrasos en su atención bajo la premisa de no tener la gravedad que presentan las personas afectadas por SARS-CoV-2.
- Para la ampliación y fortalecimiento de la capacidad resolutive del sistema de salud, es fundamental la incorporación del primer nivel de atención y de las tecnologías de la información y la comunicación.
- Es un imperativo bioético implementar las adecuaciones (estructurales y actitudinales) que se requieran para evitar daños prevenibles a las usuarias de los servicios de salud y

al propio equipo de salud, que comprende al personal médico y no médico de todos los niveles de atención, incluyendo a las enfermeras obstetras y a las parteras profesionales.

- Todo profesional de salud tiene derecho a contar con el equipo de protección personal de acuerdo al nivel de riesgo que enfrenta y a un ambiente de trabajo seguro, lo que abona a mantener una fuerza de trabajo saludable que permita continuar el cuidado de las mujeres y sus recién nacidos con altos estándares de calidad.

10. Líneas telefónicas disponibles

Se deberá informar continuamente a la población sobre la disponibilidad de las líneas telefónicas para orientación en general, así como para determinar la necesidad de acudir a un servicio de urgencias.

En caso de presentar síntomas, datos de alarma o dudas sobre COVID-19:

- Unidad de Inteligencia Epidemiológica y Sanitaria: 800 00 44 800
- Línea directa COVID-19 por entidad federativa:
<https://coronavirus.gob.mx/contacto/#directorio>

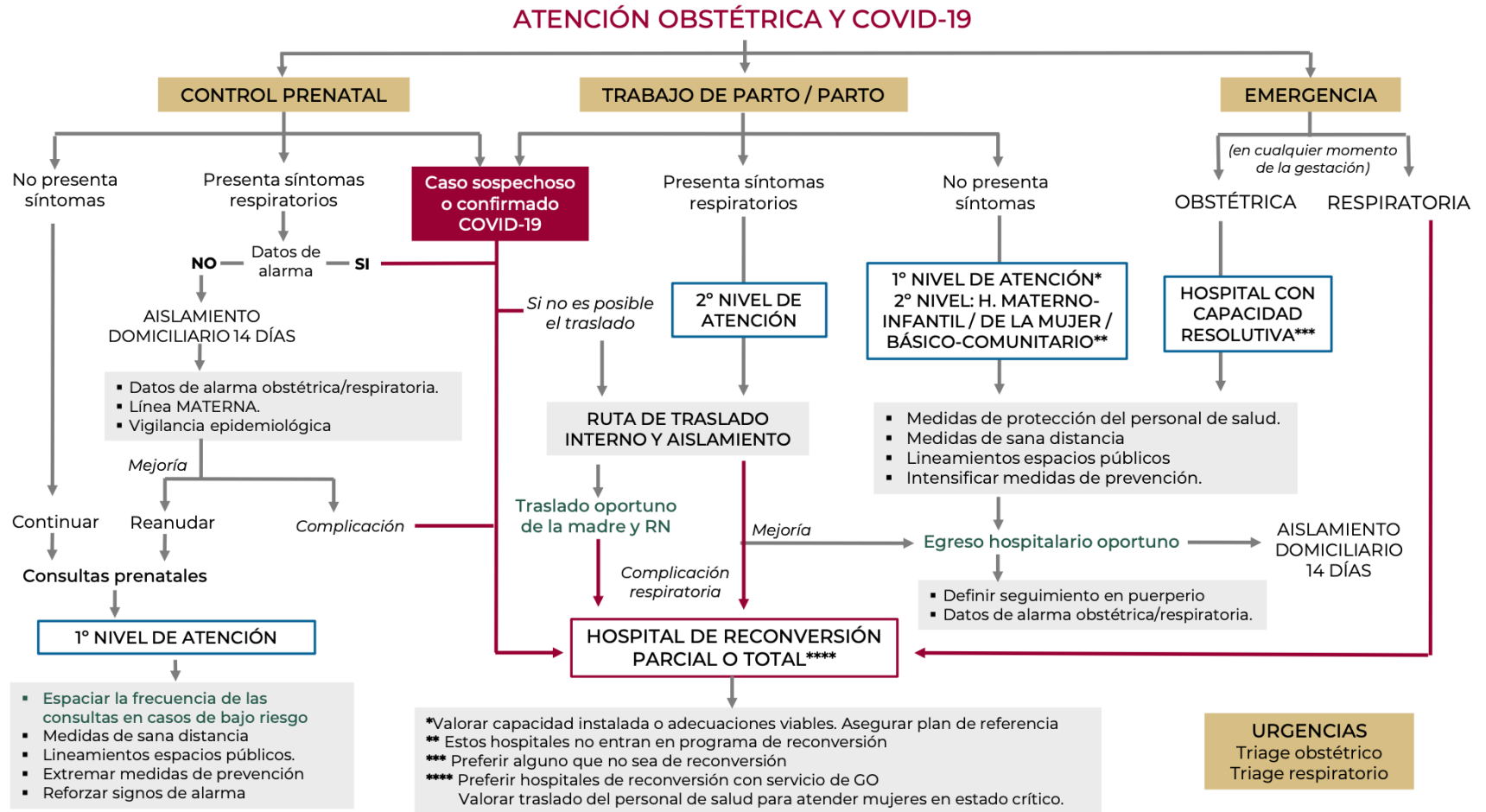
Información relacionada con salud sexual y reproductiva:

- **Línea MATERNA:** 800 628 37 62 (MATERNA). Información sobre signos de alarma en el embarazo, atención de emergencias obstétricas, orientación para atención en el embarazo, parto y puerperio, apoyo en lactancia materna.
- **Planifica TEL:** 800 624 64 64. Sistema de atención del Consejo Nacional de Población y el Instituto Mexicano del Seguro Social que otorga información sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos, de manera confidencial y personalizada.

Para orientación relacionada con salud mental y prevención o atención de la violencia:

- **Línea de la vida:** 800 911 20 00. Orientación relacionada con la Estrategia Nacional de Prevención de Adicciones (ENPA), en situaciones de salud mental relacionadas con el coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19), apoyo en casos de violencia.
- **9-1-1.** Además de ser la línea para atención de emergencias en general, tiene capacidad para atender los casos de violencia familiar y de género y para canalizar a las personas en situación de violencia a las instancias de ayuda correspondientes.

11. Flujograma de atención obstétrica



Referencias / Documentos de consulta:

Nacionales

Disponibles en: <https://coronavirus.gob.mx/personal-de-salud/documentos-de-consulta/>

- » Gobierno de México / Secretaría de Salud / Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (2020) Lineamiento para la atención de pacientes por COVID-19. Fecha: 14 de febrero de 2020.
- » Gobierno de México (2020) Lineamiento general para la mitigación y prevención de COVID-19 en espacios públicos cerrados. Fecha: marzo, 2020.
- » Gobierno de México / Secretaría de Salud (2020) Proceso de prevención de infecciones para las personas con COVID-19 (enfermedad por SARS-CoV-2). Contactos y personal de salud. Fecha: marzo, 2020.
- » Gobierno de México / Secretaría de Salud (2020) Lineamiento estandarizado para la vigilancia epidemiológica y por laboratorio de COVID-19. Fecha: marzo, 2020.
- » Gobierno de México / Secretaría de Salud (2020) Lineamiento de Reconversión Hospitalaria. Fecha: 5 de abril de 2020.
- » Gobierno de México / Secretaría de Salud (2020) Lineamiento técnico de uso y manejo del equipo de protección personal ante la pandemia por COVID-19. Fecha: 12 de mayo de 2020.
- » Gobierno de México / Secretaría de Salud / Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (2020) Comunicado Técnico Diario COVID-19 México. Fecha: 20 de julio de 2020.
- » Gobierno de México / Secretaría de Salud / Dirección General de Epidemiología (2020) Informe Semanal de Notificación Inmediata de Muerte Materna, semana epidemiológica 29 de 2020. México.
- » Gobierno de México / Secretaría de Salud / Dirección General de Epidemiología (2020) Informe Epidemiológico Semanal de Embarazadas y Puérperas Estudiadas, ante Sospecha de COVID-19. Semana epidemiológica 30 de 2020. Fecha: 20 de julio de 2020.

- » Secretaría de Salud / Dirección General de Epidemiología (2020) Boletín Epidemiológico Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Sistema Único de Información. Número 26, volumen 37, semana 26, del 21 al 27 de junio del 2020.

Instituto Mexicano del Seguro Social (2019) Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. Guía de Práctica Clínica: Guía de Evidencias y Recomendaciones. CENETEC, México.

Secretaría de Salud (2018) Prevención, detección y atención de la violencia contra las mujeres de 12 a 59 años de edad, con énfasis en violencia sexual. Guía de evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. CENETEC, México.

Secretaría de Salud (2018) Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro. Guía de implantación. Secretaría de Salud. México. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-969688> Consultado el 7 de junio, 2020.

Secretaría de Salud (2016) Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida. Diario Oficial de la Federación, México.

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2016) Reglamento de La Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Diario Oficial de la Federación, México.

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2013) Ley General de Víctimas. Diario Oficial de la Federación, México.

Aguirre-Gas, HG (2004) Principios éticos de la práctica médica. Cir Ciruj (2004);72: 503-510 México.

Internacionales

American College of Obstetrics and Gynecologists (2020)

- » COVID-19 FAQs for Obstetrician-Gynecologists, Obstetrics
<https://www.acog.org/clinical-information/physician-faqs/covid-19-faqs-for-ob-gyns-obstetrics>
- » Committee Opinion 726 Hospital Disaster Preparedness for Obstetricians and Facilities Providing Maternity Care
- » Outpatient Assessment and Management for Pregnant Women With Suspected or Confirmed Novel Coronavirus (COVID-19)

Carosso A. et al (2020) How to reduce the potential risk of vertical transmission of SARS-CoV-2 during vaginal delivery?, Eur J Obstet Gynecol. Article in press. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.04.065>

Center for Disease Control and Prevention, CDC (2020) Pregnancy and Breastfeeding. Information about Coronavirus Disease 2019. Última revisión: 3 de abril de 2020.

Chen, H. et al (2020) Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. The Lancet 2020; 395: 809–15.

Chowdhury S. et al (2020) Chloroquine and Hydroxychloroquine as a Treatment for COVID-19. Academic Emergency Medicine 2020;00:1-12 | doi: 10.1111/acem.14005. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/acem.14005>

Dashraath P. et al (2020) Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic and pregnancy. AJOG June | <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.03.021>.

Della Gatta A. N. et al (2020) Coronavirus disease 2019 during pregnancy: a systematic review of reported cases. Am J Obstet Gynecol. Article in press. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.04.013>.

Dong L. et al (2020) Possible Vertical Transmission of SARS-CoV-2 From an Infected Mother to Her Newborn. Research Letter. JAMA May 12, 2020 Volume 323, Number 18.

Ferrazzi E. et al (2020) Vaginal delivery in SARS-CoV-2-infected pregnant women in Northern Italy: a retrospective analysis. BJOG | <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16278>.

Fundación Internacional de Medicina Materno-Fetal (2020) Guía provisional de la FIMMF para la Embarazada con Infección por Coronavirus – COVID 19. Información para profesionales de salud. Fecha: Marzo 2020.

Groß R. et al (2020) Detection of SARS-CoV-2 in human breastmilk. The Lancet | [https://doi.org/10.1016/S01406736\(20\)311818](https://doi.org/10.1016/S01406736(20)311818).

Grupo de Trabajo Internacional Voluntario de Expertos en Lactancia Materna. Emergencia COVID-19 TASK FORCE: PASO 10 (2020) Guía Operativa de Lactancia en Emergencia COVID-19. Lima, Perú. Disponible en: www.paso10.org.

Hosier H. et al (2020) SARS-CoV-2 infection of the placenta. Article in press | <https://doi.org/10.1101/2020.04.30.20083907>.

Lackey KA, et al (2020) SARS-CoV-2 and human milk: What is the evidence? Matern Child Nutr | <https://doi.org/10.1111/mcn.13032>.

Ministerio de Salud de Costa Rica (2020) Lineamientos generales sobre lactancia materna y COVID-19. Versión 1. Fecha: 19 de marzo de 2020.

Narang K. et al (2020) SARS-CoV-2 in Pregnancy: A Comprehensive Summary of Current Guidelines. J Clin Med 2020 May 18;9 (5) | doi: 10.3390/jcm9051521. <https://www.mdpi.com/2077-0383/9/5/1521/htm>

Organización Panamericana de la Salud (2020) COVID-19: Recomendaciones para el cuidado integral de mujeres embarazadas y recién nacidos. Fecha: 27 de marzo de 2020.

Organización Panamericana de la Salud (2020) WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>

PAHO / WHO / UNFPA / UNICEF (2020) Continuing Essential Sexual, Reproductive, Maternal, Neonatal, Child and Adolescent Health Services during COVID-19 Pandemic, Practical Considerations. Final Guidance: 4 May 2020. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331816> Consultado el 7 de junio, 2020.

Parazzini F. et al (2020) Delivery in pregnant women infected with SARS-CoV-2: A fast review. *Int J Gynecol Obstet* 2020; 1-6 | doi: 10.1002/ijgo.13166.

<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijgo.13166>

Penfield C. A. et al (2020) Detection of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 in placental and fetal membrane samples. *AJOG MFM* |

<https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100133>.

Royal College of Obstetrics and Gynecologists (2020)

- » Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy. Information for healthcare professionals. Versión 9 Fecha: 13 de mayo de 2020.
- » Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy. Information for healthcare professionals. Versión 10 Fecha: 4 de junio de 2020.

Sagap Durán A. M., Nasswetter G. (2012) Riesgo de drogas antirreumáticas frecuentemente usadas durante el embarazo. *Rev Arg Reumatol.* 2012;23(4):62-70.

Schwartz D. (2020) An Analysis of 38 Pregnant Women with COVID-19, Their Newborn Infants, and Maternal-Fetal Transmission of SARS-CoV-2: Maternal Coronavirus Infections and Pregnancy Outcomes. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine In-Press* |

<https://doi.org/10.5858/arpa.2020-0901-SA>.

Smith V. et al (2020) Maternal and neonatal outcomes associated with COVID-19 infection: A systematic review. *PLoS ONE* 15(6): e0234187 | <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234187>.

Stephens A. J. et al (2020) Obstetrical Patient on the Labor and Delivery Unit during the COVID-19 Pandemic. *Am J Perinatol* | <https://doi.org/10.1055/s-0040-1710308>.

Sutton D. et al (2020) Universal Screening for SARS-CoV-2 in Women Admitted for Delivery. *N Engl J Med* | doi: 10.1056/NEJMc2009316.

https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2009316?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed

UNFPA (2020) COVID-19 Technical Brief for Antenatal Care Services, April, 2020. Disponible en: <https://asiapacific.unfpa.org/en/publications/covid-19-technical-brief-antenatal-care-services>

Consultado el 6 de junio, 2020.

White Ribbon Alliance (2019) Respectful Maternity Care Charter: Universal Rights of Mothers and Newborns Disponible en: <https://www.whiteribbonalliance.org/respectful-maternity-care-charter/> Consultada el 7 de junio de 2020.

World Health Organization (2020)

- » Clinical management of COVID-19. Interim guidance. Fecha: 27 de mayo de 2020. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332196>.
- » Clinical care for Severe Acute Respiratory Infection: toolkit. COVID-19 adaptation. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331736>.
- » COVID-19: Operational guidance for maintaining essential health services during an outbreak. Interim guidance. Fecha: 25 de marzo de 2020.
- » Transmission of SARS-CoV-2: implications for infection prevention precautions, Scientific Brief. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/transmission-of-sars-cov-2-implications-for-infection-prevention-precautions>. Fecha: 9 de julio de 2020.

Wu Y. et al (2020) Coronavirus disease 2019 among pregnant Chinese women: case series data on the safety of vaginal birth and breastfeeding. BJOG | doi: 10.1111/1471-0528.16276. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.16276>

Zhu, H. et al (2020) Clinical analysis of 10 neonates born to mothers with 2019-nCoV Pneumonia. Transl Pediatr 2020;9(1):51-60 | <http://dx.doi.org/10.21037/tp.2020.02.06>.

ANEXO I

Síntesis de resultados de las primeras series de casos de SARS-CoV2 y embarazo

Chen, H. et al (2020)	<p>Hospital Zhongnan de la Universidad de Wuhan, China (20 al 31 de enero)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reportó 9 casos de mujeres embarazadas en el tercer trimestre. ▪ Edad gestacional: 36 a 39 semanas. ▪ Todas con historia epidemiológica de contacto o exposición. ▪ Otros familiares infectados: 4 casos. ▪ Comorbilidades previas: ninguna. ▪ Complicaciones en el embarazo: influenza (1); hipertensión gestacional (1); preeclampsia (1). ▪ Tiempo entre el inicio de síntomas y la resolución del evento obstétrico: 1-7 días. ▪ Cesárea indicada en todos los casos por COVID-19 + Neumonía + factores concomitantes: ruptura prematura de membranas (2); sufrimiento fetal (2); dos cesáreas previas (1); antecedente de dos muertes prenatales (1); preeclampsia (1); elevación de enzimas hepáticas (1). ▪ Ninguna de las nueve pacientes desarrolló neumonía severa o falleció. ▪ Nueve recién nacidos vivos. ▪ Ninguno con datos de asfixia neonatal, ni se requirió terapia intensiva. ▪ Un caso de restricción de crecimiento intrauterino se asoció a enfermedad hipertensiva desde las 27 semanas de gestación. ▪ Los nacimientos pretérmino se asociaron a otras causas y no a la infección por COVID-19 en sí misma.
Zhu, H. et al (2020)	<p>Datos de cinco hospitales de la Provincia de Hubei, China (20 de enero al 5 de febrero)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reportó 9 casos de mujeres embarazadas en el tercer trimestre (uno gemelar). ▪ Edad gestacional: 31 a 39 semanas. ▪ Comorbilidades previas: ninguna. ▪ Complicaciones en el embarazo: placenta previa (1); sangrado vaginal en el primer trimestre (1). ▪ Los síntomas se presentaron antes (4), el día del parto (2) y después de la resolución del embarazo (3). ▪ Vía de resolución del embarazo: cesárea (7); parto (2 - entre éstos el gemelar). ▪ En seis casos hubo datos de sufrimiento fetal. ▪ Diez recién nacidos vivos. ▪ Complicaciones en recién nacidos: dificultad respiratoria (6); síntomas gastrointestinales (4); fiebre (2); taquicardia (1); vómito (1). ▪ Un caso de muerte neonatal.
Schwartz, D. (2020)	<p>Incluye los 18 casos anteriores y 20 más que sucedieron en China.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Análisis de 38 casos. ▪ 37 confirmados por PCR ▪ Se presentaron complicaciones obstétricas, pero no hubo muertes maternas. ▪ Se reportaron 30 recién nacidos. ▪ Dos fueron confirmados con COVID-19; uno a las 36 horas y otro a los 17 días, sin datos de transmisión vertical, sino atribuidos a exposición ambiental.

ANEXO II

Definiciones operacionales

Estas definiciones operacionales pueden estar sujetas a cambios y serán actualizadas de acuerdo con la información adicional del Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CONAVE).

Caso sospechoso: persona de cualquier edad que en los últimos 7 días haya presentado al menos dos de los siguientes signos y síntomas: tos, fiebre o cefalea; acompañados de al menos uno de los siguientes signos o síntomas:

- Disnea (dato grave)
- Artralgias
- Mialgias
- Odinofagia
- Rinorrea
- Conjuntivitis
- Dolor torácico

Caso de infección respiratoria aguda grave: toda persona que cumpla con la definición de caso sospechoso de enfermedad respiratoria leve y además presente dificultad respiratoria.

Caso confirmado: Persona que cumpla con la definición operacional de caso sospechoso y cuente con diagnóstico confirmado por laboratorio de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública reconocidos por el InDRE.

Defunción confirmada: persona fallecida que cumpla con la definición operacional de caso sospechoso y que cuente con diagnóstico confirmado por laboratorio de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública reconocidos por el InDRE.

Defunción confirmada por asociación clínico-epidemiológica: persona fallecida que cumpla con la definición operacional de caso sospechoso, con resultado de muestra rechazada, no amplificada, no adecuada, no recibida o sin toma de muestra y cumpla con dos o más criterios clínico-epidemiológicos señalados en el “Lineamiento Estandarizado para la Vigilancia Epidemiológica y por Laboratorio de la Enfermedad Respiratoria Viral”.

Para la vigilancia epidemiológica de COVID-19, la Organización Mundial de la Salud (2020) señala que:

- Una muerte por COVID-19 es aquella que resulta de una enfermedad clínicamente compatible, en un caso sospechoso o confirmado de COVID-19, a menos de que exista una clara causa alterna que no se pueda relacionar a COVID-19 (por ejemplo, trauma).
- Para clasificarla como tal, no debe existir período de recuperación completa entre la enfermedad por COVID-19 y la muerte.
- La muerte por COVID-19 no debe atribuirse a otras enfermedades (como el cáncer) y debe registrarse independientemente de las condiciones preexistentes que hubieran incrementado la severidad de la COVID-19.

ANEXO III

Atención de la salud sexual y reproductiva en el marco de los derechos humanos, sexuales y reproductivos.

- 1) Cuidados en el parto normal, una guía práctica (OMS, 1996)
- 2) Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida (Secretaría de Salud, 2016)
- 3) Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro (Secretaría de Salud, 2018)
- 4) Guía de Práctica Clínica: Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2019)
- 5) Recomendaciones de la OMS. Cuidados durante el parto para una experiencia positiva (OPS, 2018)
- 6) Carta de los derechos universales de las mujeres y sus recién nacidos (White Ribbon Alliance, 2011; actualizada en 2019), que contempla los siguientes aspectos clave:
 - Derecho a una vida libre de daño y maltrato. Las mujeres y personas recién nacidas deben recibir cuidado amable y compasivo y recibir asistencia cuando se encuentran experimentando dolor o malestar.
 - Derecho a la autonomía, a recibir información, y a proporcionar su consentimiento informado y que se respeten sus decisiones y preferencias, incluyendo la elección del acompañante durante la atención del parto y el negarse a procedimientos médicos.
 - Derecho a la privacidad y a la confidencialidad.
 - Derecho a ser tratado con dignidad y respeto, exento de toda forma de humillación, abuso verbal, o contacto físico degradante o irrespetuoso.
 - Derecho a la igualdad, a estar libre de discriminación y a un acceso equitativo a la atención y el cuidado.
 - Derecho a la protección de la salud y a la atención de la más alta calidad disponible, oportuna, en un ambiente limpio y seguro, por proveedores calificados.
 - Derecho a la libertad, a la autonomía, a la autodeterminación y a no sufrir detenciones arbitrarias (por ejemplo, derivadas de la falta de pago en los servicios de salud).
 - Cada infante tiene derecho a estar con su madre, padre o persona tutora, y no podrán ser separados sin el debido consentimiento, otorgando las facilidades correspondientes, si presenta condiciones médicas que requieren cuidado adicional.
 - Cada infante tiene derecho a una identidad y nacionalidad desde el nacimiento.
 - Derecho a una nutrición adecuada, agua limpia y un ambiente saludable, incluyendo el acceso a la información, al apoyo para la nutrición infantil y la lactancia materna.

GOBIERNO DE MÉXICO

