

Infografía Sección VI. Poblaciones especiales

Gestantes

Binomio madre e hijo

- Precauciones de aislamiento en postparto por contacto o secreciones respiratorias.

PARTO, la decisión de desembarazar será en principio, por causa obstétrica, no por SDRA (con excepción del empeoramiento de la condición materna)

Trabajo de parto

Madre ASINTOMÁTICA

Único acompañante, sano sin comorbilidades, con distancia de 2 mts, uso de mascarilla e higiene de manos

Madre con SÍNTOMAS

No se permite el ingreso de acompañante



Bienestar fetal

Ultrasonido Obstétrico: I trimestre (11-13.6 semanas), II trimestre (18-24 semanas), III trimestre.

Monitoría fetal electrónica de FCF a partir de la semana 28.

Monitorización electrónica fetal continua en presencia de contracciones uterinas.

Se recomienda el uso de corticoides para disminución de las complicaciones neonatales en gestaciones entre 24 y 34 semanas. Para el uso entre la semana 34 y 36, la decisión debe tomarse de forma interdisciplinaria.

Soporte ventilatorio y de oxigenación

- Manejo interdisciplinario.
- SDRA mantener una PaCO₂ entre 28 y 45 mmHg y una PaO₂ mayor de 70mm Hg.
- Ventilación en prono en pacientes embarazadas con SDRA con PaO₂/FiO₂<150mmHg.
- Decisión de desembarazar: causa obstétrica.
- Modos de ventilación mecánica similares a población general.
- Evitar hipocapnia-hipercapnia.
- Evaluar la presencia hipoxemia grave en el feto después de las 28 semanas mediante la monitorización electrónica del corazón fetal.
- En pacientes hospitalizadas, durante el tercer trimestre, realizar monitorización electrónica diaria, y ultrasonido obstétrico para evaluar el crecimiento fetal y el volumen de líquido amniótico.
- Sedación - analgesia: dexmedetomidina y opiáceos.
- Evitar uso de relajantes neuromusculares por periodos largos y/o cerca del parto.

Lactancia



- No suspender lactancia materna
- Extracción manual de leche materna
- Limpieza previa de las mamas y pezones
- Higienización de manos
- Mascarilla convencional materna



Alta después de 24 horas

Parto sin complicaciones, neonato sano, nacido a término independiente de la vía del parto

Binomio madre hijo sospechoso o confirmado para COVID 19

Asintomáticos

Continuar lactancia con medidas convencionales de protección

Sintomática con enfermedad grave

Lactancia materna con aislamiento por gotas/mascarilla convencional, o alimentado por cuidador sano

Si usa bomba de extracción: debe ser un dispositivo ÚNICO por paciente, con educación a la madre y cuidadores



Seguimiento telefónico o visita domiciliaria

Estas imágenes pertenecen al CONSENSO COLOMBIANO DE ATENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA INFECCIÓN POR SARS- CoV2/COVID-19 EN ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD 9/08/2020

Puede ser replicada y reproducida total o parcialmente dando los créditos. En caso que sea usado con fines comerciales solicitar autorización.

iETS

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud®



Neonatos

Sospechoso

Neonato hijo de una madre con infección confirmada por SARS-CoV-2/COVID-19, 14 días antes o 28 días después del parto.

Neonato con contacto estrecho confirmado o probable.

Neonato con síntomas sugestivos de infección por SARS-CoV-2/COVID-19

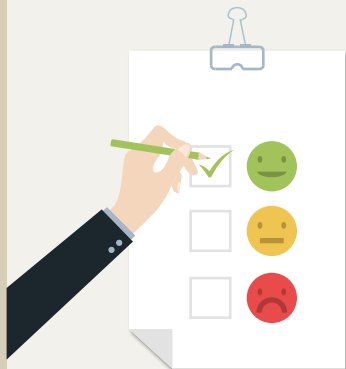
Probable

Caso sospechoso sintomático con RT-PCR no concluyente, o prueba rápida positiva

Confirmado

Caso que cumple criterio de laboratorio PCR positiva *en muestra respiratoria*

CLASIFICACIÓN



ASINTOMÁTICO

sin ningún
síntoma
ni signo clínico

SINTOMÁTICO

Leve: enfermedad no complicada (síntomas de infección aguda del tracto respiratorio superior: fiebre, tos, secreción nasal, estornudos-). Al examen físico, hallazgos inespecíficos en faringe y ausencia de cambios a la auscultación pulmonar. Algunos pueden no tener fiebre o solo tener síntomas digestivos como náuseas, vómitos y diarrea.

Graves: neonatos con dificultad respiratoria leve a moderada progresiva, con o sin fiebre y síntomas gastrointestinales tales como diarrea, vomito y/o distensión abdominal.

Crítico: neonatos que rápidamente progresan a un SDRA o falla ventilatoria, apnea, sangrado gastrointestinal, coagulación intravascular diseminada o choque.

DIAGNÓSTICO EN NEONATO

Periodo Neonatal inmediato:

Hijos asintomáticos de madres confirmadas: PCR-RT en aspirado nasofaríngeo 3 a 5 días postparto.

Hijos sintomáticos de madres confirmadas: PCR-RT a las 24 h de vida, si negativa, repetir al 5 día.

Periodo postnatal tardío:

RN sintomático: PCR-RT al ingreso, si negativo + sospecha clínica alta, repetir PCR-RT a las 72 horas.

RN asintomático: madre confirmada o contacto estrecho: PCR-RT al séptimo día del inicio del contacto.

Estas imágenes pertenecen al CONSENSO COLOMBIANO DE ATENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA INFECCIÓN POR SARS-CoV2/COVID-19 EN ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD 9/08/2020

Puede ser replicada y reproducida total o parcialmente dando los créditos. En caso que sea usado con fines comerciales solicitar autorización.





Mantener CONTACTO PIEL A PIEL incluso en madre sospechosa o confirmada con infección leve.

En infección moderada o grave: evitar contacto

AISLAMIENTO SEGÚN DECISIÓN PARENTAL

- **MADRE** completamente aislada: Neonato permanecerá 24 Horas en la Institución en habitación individual hasta egreso con cuidador sano.
- **AISLAMIENTO CONJUNTO:** mantener mascarilla convencional todo el tiempo, higiene de manos, CUNA SEPARADA 2 metros. de la madre.

Madre
SOSPECHOSA
(contacto estrecho con paciente confirmado):
aislar por 14 días.

Madre
CONFIRMADA:
aislamiento BINOMIO por 14 días desde la RT PCR o desde el inicio de síntomas.

LEVANTAR AISLAMIENTO SI A LOS 14 DIAS EL BINOMIO ES ASINTOMÁTICO Y CON RT PCR negativa.

PROLONGAR aislamiento a 28 días, en caso de la segunda RT PCR positiva.

Inmunosuprimidos

Inmunosuprimido no oncológico



TERAPIA BIOLÓGICA

- PACIENTE. ASINTOMÁTICO + CONTACTO ESTRECHO POSITIVO: diferir.
- PACIENTE. SOSPECHOSO O CONFIRMADO con infección LEVE Postergar siguiente aplicación hasta control de infección (30-45 días).
- PACIENTE SOSPECHOSO O CONFIRMADO CON infección GRAVE o CRÍTICA: suspender medicamento hasta control de infección.

Paciente. con uso de DMARD SIN INFECCIÓN por SarsCov2: continuar igual terapia



Paciente. con uso de DMARD y contacto estrecho con paciente positivo: POSTERGAR medicamento, contar con una prueba negativa.



Paciente. con sospecha o infección confirmada: SUSPENDER INMEDIATAMENTE (a excepción de antimalárico) hasta controlar la infección.



USUARIO CRÓNICO DE ESTEROIDE: usar a dosis mas bajas necesarias independiente de la exposición o estado de infección.



Inmunosuprimido oncológico



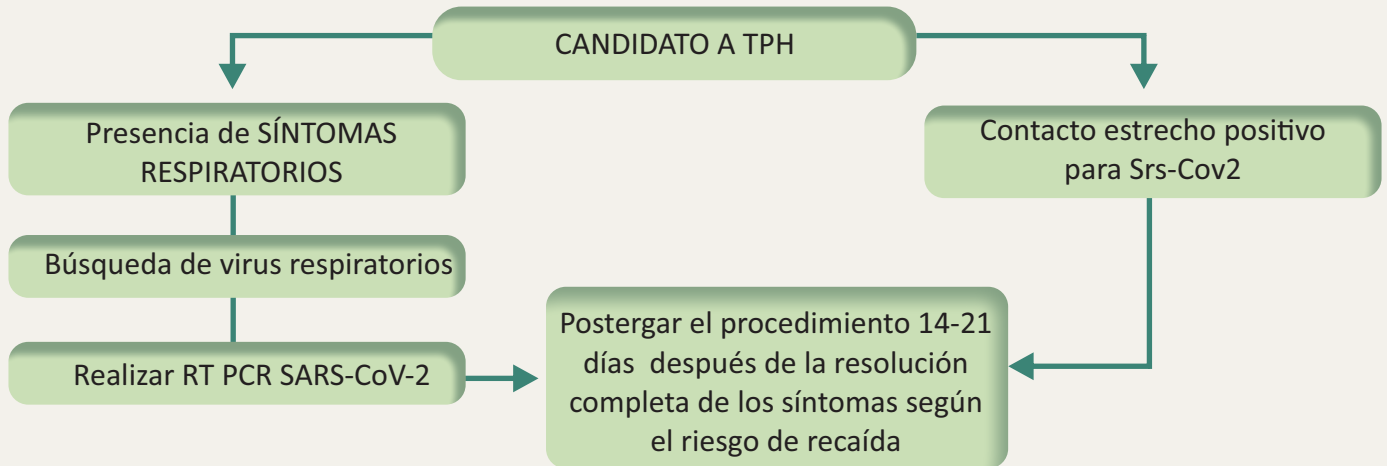
QTX Altamente supresora con intención curativa y QTX de consolidación: se ofrecerá según riesgo/beneficio.

QTX de mantenimiento NO curativa: suspendida en la pandemia; considerar terapia oral.

SOPORTE TRASFUSIONAL

- Todo DONANTE de hemoderivados o sangre debe ser sometido a encuesta de síntomas respiratorios y toma de temperatura PREVIA a la colecta.
- En caso de donante con infección por SARS-Cov-2/COVID-19 previa, restringir la donación hasta mínimo 28 días posterior a resolución de síntomas o última exposición.

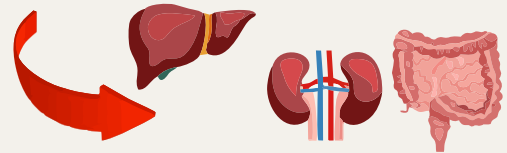




DONANTE TPH positivo para infección por SARS-CoV-2/COVID-19, no es elegible (evaluar según el riesgo del paciente).

APTO cuando tenga RT PCR (-) 28 días posterior a síntomas y sea asintomático.

Descartar infección si el donante ha presentado síntomas en los 21 días previos.



Trasplante de órgano sólido

Receptor con infección confirmada: diferir trasplante MÍNIMO 3 semanas; reingresa si tiene RT PCR negativa, seroconversión y está asintomático.

Paciente hematológico ADULTO deberá tener RT PCR SARS-CoV-2 (-) PREVIO a cada ciclo de quimioterapia.

Todo paciente hematológico ADULTO con hospitalización electiva para tratamiento médico debe tener una RT PCR (-) en las últimas 72 horas previas; o en su defecto realizar una encuesta medica estandarizada.

Paciente con cáncer activo y necesidad de procedimiento quirúrgico, tratamiento hematológico SIN contacto positivo y RT PCR (+) previa: NO REQUIERE RT PCR DE CONTROL. Debe permanecer en aislamiento estricto 14 días.

Para trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH), donante y receptor deben tener una RT-PCR SARS-CoV2 negativa, máximo una semana previa a cualquier procedimiento del trasplante.

Tamizar con RT-PCR para SARS-CoV2 todo paciente ADULTO con neoplasia que inicie quimioterapia inmunosupresora activa, terapia biológica o inmunoterapia.

Todo paciente con NEUTROPENIA FEBRIL, debe contar con RT PCR para SARS-CoV-2.

