

**EL CUIDADO BRINDADO A MATERNAS DE BAJO RIESGO OBSTÉTRICO
DESDE EL PRESTADOR PRIMARIO EN SALUD EN TIEMPOS DE PANDEMIA
POR COVID-19.**

**ANGÉLICA MARÍA ÁLVAREZ LLORENTE
GINNA PAOLA BULLA CERPA
CRISTIAN DANILO POLO GUTIÉRREZ**

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA DE LA CALIDAD EN SALUD
MONTERÍA
2021**

**EL CUIDADO BRINDADO A MATERNAS DE BAJO RIESGO OBSTÉTRICO
DESDE EL PRESTADOR PRIMARIO EN SALUD EN TIEMPOS DE PANDEMIA
POR COVID-19.**

**ÁLVAREZ LLORENTE ANGÉLICA MARÍA
BULLA CERPA GINNA PAOLA
POLO GUTIÉRREZ CRISTIAN DANILO**

**MONOGRAFÍA PRESENTADA COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER
EL TÍTULO DE ESPECIALISTAS EN AUDITORIA DE LA CALIDAD EN SALUD**

**PROFESORES
PHD. ÁLVARO ANTONIO SÁNCHEZ CARABALLO
MAGISTER. CONCEPCIÓN AMADOR AHUMADA**

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA DE LA CALIDAD EN SALUD
MONTERÍA
2021**

NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma del presidente del Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Montería, 15 de junio de 2021

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. Por el cariño, afecto, dedicación y cuidado que mis padres me brindaron durante toda mi existencia, les dedico esta monografía. Con gran agradecimiento, este trabajo es para ustedes.

Álvarez Llorente Angélica María

Le dedico esta monografía a Dios que sin él no tendría la fuerza para este proyecto, a mis colegas que me ayudaron a completar la monografía. También a mis hijas Valeria y Antonella, ustedes son mi fuerza para avanzar, él impulso para subir otro escalón, todo es por y para ustedes las amo por siempre. que, aunque no lo sabían, me iluminaron de una manera especial. A mis padres por el amor, el cariño, la dedicación y el cuidado por mi vida.

Bulla Cerpa Ginna Paola

Quiero dedicar ante todo a Dios por la fuerza y el coraje a lo largo de este largo viaje. De igual forma, dedico esta tesis a mi abuela que ha sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante en los momentos más difíciles.

Polo Gutiérrez Cristian Danilo

CONTENIDO

RESUMEN.....	1
1. METODOLOGÍA.....	6
1.1 TIPO DE ESTUDIO.....	6
1.2 POBLACIÓN	6
1.3 MUESTRA	6
1.4 UNIDAD DE ANÁLISIS	6
1.5 OBJETIVOS.....	6
1.5.1 OBJETIVO GENERAL	6
1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
1.6 METODOS.....	8
1.7 ORGANIZACIÓN DE INFORMACIÓN	8
1.8 PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN	8
1.9 ASPECTOS ÉTICOS	8
1.10 ASPECTOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL	8
2. EL CUIDADO BRINDADO A MATERNAS DE BAJO RIESGO OBSTÉTRICO DESDE EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR COVID-19 EN COLOMBIA.	9
2.1 LOS CONTROLES PRENATALES Y LA PANDEMIA.	10
2.1.1 NORMATIVAS Y LINEAMIENTOS DE CONTROL PRENATAL.	11
2.1.2 ORIGEN DE LAS PANDEMIAS	15
2.1.3 CAUSANTES DE PANDEMIAS	15
2.2.1 FACTORES DE RIESGO PARA TRANSMISIÓN VERTICAL.....	24
2.2.2 TRANSMISIÓN VERTICAL EN COVID-19	24

2.3	LIMITACIONES A LOS PROCESOS DE CONTROL PRENATAL POR EL COVID-19.....	28
2.3.1	ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS POR EL COVID-19.....	35
2.4	RECURSOS UTILIZADOS PARA REALIZAR EL CONTROL PRENATAL EN MEDIO DE LA PANDEMIA.....	41
2.5	EFFECTIVIDAD DE LA INFORMACIÓN QUE SE BRINDA A LAS PACIENTES GESTANTES ACERCA DE LOS CUIDADOS PARTICULARES PARA LAS MUJERES GESTANTES QUE DEBE SEGUIR EN CASA PARA PREVENCIÓN DE COVID-19.....	47
3.	CONSIDERACIONES FINALES	52
4.	CONCLUSIONES.....	55
5.	RECOMENDACIONES.....	58
	BIBLIOGRAFÍA.....	60

RESUMEN

El objetivo central de esta monografía es analizar el cuidado brindado a maternas de bajo riesgo obstétrico desde el primer nivel de atención en salud en tiempos de pandemia por COVID-19 se debe tener en cuenta que el riesgo puede aumentar en una persona embarazada de enfermarse gravemente, es por eso importante entonces el control prenatal se realice de forma adecuada y definir muy bien el riesgo obstétrico que la paciente revele. Con base a los múltiples esfuerzos que ha hecho el Ministerio de Salud, se ha evidenciado contagios en gestantes de bajos riesgo, donde muchas superan el COVID-19, pero otras no, donde existen diferentes causas de tipo social, familiar o incluso del equipo de atención de primer nivel y su implementación de protocolos para la atención en tiempos de pandemia.

Palabras claves: Bajo riesgo, primer nivel, pandemia, COVID-19, maternas.

INTRODUCCIÓN

Para el año 2005, la Organización Mundial de la Salud (1), en pro de prevenir las enfermedades de propagación que ponen en riesgo la salud de la población mundial, avala el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) con el fin de proteger la salud pública a nivel global. De esta forma, amplía todo lo relacionado a las responsabilidades en materia de vigilancia epidemiológica y virológica en donde nace la necesidad de crear vacunas o medicamentos antivirales que sean capaces de disminuir el peligro a todas las personas que se encuentren en condición de vulnerabilidad. Se debe agregar que, debido a que el mundo ha atravesado diferentes enfermedades de tipo pandémico, y actualmente se enfrenta a la (COVID-19) su denominación viene de la frase en inglés "Coronavirus Disease of 2019", la OMS ha diseñado estrategias que propenden a la mitigación de contagio por esta enfermedad.

Ahora bien, el COVID- 19, es una enfermedad infecciosa causada por el nuevo coronavirus que se descubrió recientemente, causando infecciones agudas con síntomas respiratorios que pueden ir desde leves a severos. Este nuevo virus es diferente de los que causan el SARS (Síndrome Respiratorio Agudo Severo) o el MERS (Síndrome Respiratorio del Medio Oriente). También es diferente del Coronavirus que causa la infección estacional en los EE. UU (2,3)

Por consiguiente, dentro de las estrategias que la OMS creó, estipula las respuestas que se pueden generar para la disminución de la mortalidad, causada por COVID-19. Desde el enfoque de salud pública, la OMS (4) (2020) como estrategia primordial para la mitigación del COVID-19 en las comunidades, recomienda: distanciamiento social, el uso de los elementos de protección personal, confinamiento en casa, uso de la información correcta y la responsabilidad social, así como la restricción de viajes. No obstante, a pesar de los múltiples esfuerzos empleados por los Organismos internacionales para la mitigación del COVID-19, las cifras aumentaron de forma considerables, afectando a toda la población: Enfermos crónicos o con antecedentes de enfermedades respiratorias, inmunosuprimidos, ancianos, niños y mujeres embarazadas.

En esta última población, el Ministerio de Salud y Protección Social, crea un ruta de atención para el cuidado y control prenatal de acuerdo al riesgo obstétrico que presentan: bajo y alto, entendiéndose el primero como aquel curso del embarazo que tiende a ser normal en una gestante que no tiene factores de riesgo que pongan en peligro la salud de la diada materno – perinatal, por otro lado, se hace necesario entender que el cuidado prenatal se refiere al conjunto de atenciones que contribuyen a mejorar la salud materna, promover el desarrollo del feto, identificar e intervenir tempranamente los riesgos relacionados con la gestación, y generar condiciones óptimas que permitan un parto seguro(5).

El Ministerio de salud y Protección social (6), en su actualización del 10 de Mayo de 2021 por Covid- 19, reveló que a nivel Mundial se han registrado alrededor de 164,2 millones de casos de coronavirus (SARS-CoV-2). . Los datos recopilados por la Organización aseguran que cerca de más de 60.458 casos de COVID-19 son mujeres embarazadas y que han sido reportados por 10 países. La OPS explica que estas cifras continúan cambiando y han sido publicadas en diferentes fechas, de acuerdo con la disponibilidad de la información oficial en los países. Dentro de los casos confirmados a nivel mundial, 3,177,212 casos confirmados pertenecen a Colombia. De estos casos confirmados alrededor del 4% son casos activos, es decir, 104,273. Las cifras de contagios por COVID-19 en la población gestante han ido en aumento, semanas atrás, de acuerdo con el Instituto Nacional de Salud (INS) reveló que en el país se reportan 1668 casos de mujeres en estado de embarazo que han resultado contagiadas de la COVID-19.

Por consiguiente, estudios recientes, apuntan a las recomendaciones que se deben tener en el primer nivel de atención y las que se deben brindar a las gestantes como cuidados prenatales en tiempos de pandemia, González, Rodríguez y Martínez, señalan que existe una falta de evidencia sólida que sostenga varias de las recomendaciones dadas a las mujeres en estado de embarazo conforme al COVID-19 ya que, están basadas en la experiencia previa con las infecciones provocadas por los

virus SARS-CoV y MERS-CoV. La irrupción de la pandemia de COVID-19 está suponiendo un reto a todos los niveles para los sistemas sanitarios mundiales.

Dicho lo anterior, estos controles prenatales que normalmente se hacen en las IPS de primer nivel, han sido modificadas por la pandemia que se vive actualmente, en pro de disminuir el riesgo de contagios de las gestantes de bajo riesgo, como sugerencias dadas por la Organización Mundial de la Salud. En Colombia, se adoptan estas medidas y se crean los lineamientos provisionales para la atención en salud de las gestantes, recién nacidos y para la lactancia materna, en el contexto de la pandemia de covid-19 en Colombia (7), con el propósito de orientar a la población a atender de forma segura a las gestantes y recién nacidos, mitigando así el COVID- 19. Por tanto, este lineamiento propone que, para la atención de las gestantes con bajo riesgo obstétrico, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) deben implementar y garantizar junto con su red de prestadores de los servicios de salud la atención del cuidado prenatal, a través de la modalidad extramural – domiciliaria o telemedicina, apreciándose las atenciones extramurales, intramural, telemedicina interactiva, de acuerdo con las semanas gestacionales en que se sitúen. (8)

Si bien, a pesar de los múltiples esfuerzos que ha hecho el Ministerio de Salud y, se ha evidenciado contagios en gestantes de bajos riesgo, donde muchas superan el COVID-19, pero otras no, donde existen diferentes causas de tipo social, familiar o incluso del equipo de atención de primer nivel y su implementación de protocolos para la atención en tiempos de pandemia.

De acuerdo a la problemática planteada anteriormente el equipo investigador se formuló el siguiente interrogante ¿Qué información se encuentra disponible acerca de los cuidados deben tener las maternas de bajo riesgo obstétrico desde el prestador primario de atención en salud en tiempos de pandemia por covid-19?

En la monografía se pretende recopilar información sobre los cuidados pertinentes que se deben ofrecer en las IPS de primer nivel en tiempos de pandemia COVID-19 a las

gestantes como población de especial protección, vulnerables desde varios puntos de vista (físico, social, mental) y que requieren continuidad en su atención de control prenatal con seguimiento mensual. Aunque a la fecha no hay evidencia disponible que el coronavirus pueda tener una mayor incidencia, severidad o letalidad en la población gestante o transmisión madre a hijo o a través de la leche materna, por ser una población de "especial protección"(9), desde el Ministerio de Salud y Protección Social se han hecho algunas recomendaciones para su cuidado y atención las cuales se darán a conocer en esta monografía.

Considere ahora que, desde el Ministerio de Salud Y Protección Social, se señala que es importante tener en cuenta que las instituciones que presten servicios de salud deben definir mecanismos y acciones educativas para que las mujeres embarazadas puedan saber, reconocer y reportar los signos de alarma. "sí la gestante llega a presentar signos de alarma como fiebre mayor a 38 grados, tos, dificultad para respirar, fatiga o vómito permanente, debe reportarlos y debe ir a un servicio de salud" (10). En el caso de las gestantes de bajo riesgo, las instituciones deben implementar y garantizar con su red de prestadores la atención del cuidado prenatal a través de atención domiciliaria o telemedicina, incluyendo entrega de medicamentos de acuerdo a la necesidad, indicó anteriormente. (11)

1. METODOLOGÍA

1.1 TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio de revisión documental tipo monografía científica de compilación.

1.2 POBLACIÓN

La población fueron los documentos revisados acerca de las necesidades de los centros de atención de salud en el I nivel de complejidad, para la oferta de cuidado prenatal a las gestantes en época de pandemia por COVID 19 encontrada en las bases de datos de PubMed, Google Scholar, Embase; así como revistas científicas, libros de texto y demás.

1.3 MUESTRA

La documentación acerca de las necesidades de los centros de atención de salud en el I nivel de complejidad, para la oferta de cuidado prenatal a las gestantes en época de pandemia por COVID 19; se utilizaron 59 referencias citadas.

1.4 UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis son la documentación encontrada en las bases de datos de PubMed, Google Scholar, Embase; así como revistas científicas, libros de texto y demás.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo General

Analizar la información disponible acerca del cuidado que requieren las maternas de bajo riesgo obstétrico desde el primer nivel de atención en salud en tiempos de pandemia por covid-19.

1.5.2 Objetivos Específicos

- ✓ Identificar las acciones que se han documentado y realizado para dar continuidad a los controles prenatales a maternas de bajo riesgo obstétrico desde el primer nivel de atención en salud en tiempos de pandemia por COVID-19.

- ✓ Describir las estrategias que han implementado y publicado los centros de atención acerca del cuidado a maternas de bajo riesgo obstétrico desde el primer nivel de atención en salud en tiempos de pandemia por covid-19.

1.6 MÉTODOS

La monografía se desarrolló en dos fases sucesivas: heurística o de búsqueda y selección y la hermenéutica conocida como asimilación o redacción de los textos por los autores; de esta segunda fase surgen las consideraciones finales, conclusiones y recomendaciones.

Para el desarrollo de la monografía se utilizó dos mecanismos o métodos para la gestión del conocimiento; el primero de ellos es la fase heurística en la cual el equipo autor busca la información de interés en las redes bibliográficas, seleccionando aquellos tópicos de su interés. La segunda fase o hermenéutica consiste en la redacción de los textos por parte de los autores con base en sus conocimientos especializados y experiencia, de tal manera que las ideas y conceptos que están textuales tendrán el formato de cita breve o de cita extensa según en caso; con lo cual se presupone que el resto de la información ha sido reprocesada, o redactada de nuevo por el equipo de autores. Finalizada la fase hermenéutica con el desarrollo de las consideraciones finales desde la perspectiva del auditor se responderán las preguntas para obtener las conclusiones y de ellas extraer las recomendaciones.

1.7 ORGANIZACIÓN DE INFORMACIÓN

El documento está organizado en cinco capítulos 1ro (primero) es la metodología, 2do (segundo) la monografía propiamente dicha, 3ro (tercero) las consideraciones finales en la cual los autores expresan su saber desde la perspectiva del auditor de calidad en salud, 4to (cuarto) conclusiones y 5to (quinto) recomendaciones respectivas.

1.8 PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Los resultados, se presentan en texto, esquemas, figuras, y demás utilizando el paquete ofimático Microsoft Office versión 2016.

1.9 ASPECTOS ÉTICOS

Los aspectos éticos se basan en los principios de beneficencia pues la monografía tendrá una utilidad para un grupo de beneficiarios, de veracidad pues la información será procedente de fuentes confiables.

1.10 ASPECTOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL

La responsabilidad de las opiniones emitidas en el documento, es de sus autores Angélica María Álvarez Llorente, Ginna Paola Bulla Cerpa y Cristian Danilo Polo Gutiérrez quienes conservan la propiedad intelectual de los productos prácticos elaborados para ésta. Se respetará al dar crédito a los autores en las referencias colocadas en el cuerpo del trabajo y en las listas de referencias.

2. MONOGRAFÍA

EL CUIDADO BRINDADO A MATERNAS DE BAJO RIESGO OBSTÉTRICO DESDE EL PRESTADOR PRIMARIO EN SALUD EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR COVID-19 EN COLOMBIA.

La Salud Perinatal se ha convertido en una prioridad a nivel internacional, para mejorar la salud materna manifiesta en las agendas de Desarrollo Social, Equidad de Género y Salud Pública y constituye uno de los Objetivos del Milenio (ODM) de la Organización de las Naciones Unidas, cuya meta es reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015 y lograr el acceso universal a la atención materna por personal calificado. La Organización Mundial de Salud (OMS) desde 1996 consideró al personal profesional de enfermería como un elemento estratégico para lograr un cambio en la calidad y la eficacia de los servicios de atención obstétrica.

Por otro lado, es importante considerar que, la detección oportuna del riesgo biológico incluye otros factores que contempla la Ciencia del Cuidado, brindar orientación a la gestante y a su pareja para propiciar una relación óptima entre padres e hijos desde la gestación. De este modo, con el Control Prenatal se espera detectar y tratar oportunamente la morbilidad obstétrica y perinatal. La morbilidad Obstétrica hace referencia a los eventos que se presentan en la embarazada y que pueden influir negativamente en la salud y el bienestar de madre e hijo. (12)

En este capítulo se documentará como se está llevando a cabo en Colombia los cuidados en las gestantes de bajo riesgo los cuales empiezan por el primer de atención que es brindando por las IPS y que necesitan mantener sus controles mensuales para lo cual es necesario conocer los recursos y como se están llevando a cabo, pero antes se debe ampliar los conocimientos acerca de que son los controles prenatales y la pandemia.

2.1 CONTROL PRENATAL Y LA PANDEMIA.

El control prenatal se define como el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos o periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar morbilidad materna y perinatal, además es una oportunidad decisiva para que los profesionales sanitarios brinden atención, apoyo e información a las mujeres embarazadas.

Gestantes sin factores de riesgo no presentan biopsicosociales, enfermedades asociadas y propias de la gestación que aumentan su riesgo de morbilidad materna y perinatal con respecto a la población general.

Como se afirmó en lo anterior, el control prenatal según la Organización Mundial de la Salud (13): *“representa una plataforma para llevar a cabo importantes funciones de atención de la salud, como la promoción de la salud, el cribado, el diagnóstico, y la prevención de enfermedades”*. No obstante, no existe consenso respecto a los orígenes de la atención al embarazo, pero tal y como lo mencionan Alfaro N. Villaseñor M. y Guzmán A. (14) en su publicación denominada los documentos más antiguos que tratan este tema fueron encontrados en China e India, en los cuales se señala que: se establecieron ciertas reglas sobre la alimentación, bebidas, ejercicio, ropa y la compañía de personas, como, por ejemplo, el evitar la comida abundante y el ejercicio excesivo.

Teniendo en cuenta que el control prenatal conlleva acciones y procesos es necesario abordar cuales son los lineamientos que se han creado como una herramienta para la divulgación y consulta de las resoluciones y normas y demás disposiciones de aplicación general que detallan acciones que derivan de un ordenamiento de mayor para una actividad específica como es la atención prenatal. Igualmente, el desarrollo de procesos que involucren acciones de carácter intersectorial, que articulen los esfuerzos y las iniciativas públicas y privadas orientadas al logro del bienestar de la población. Que son creados a partir del análisis de los principales problemas de salud y del sector,

el Ministerio de Salud y los Entes Departamentales proponen lineamientos generales que orienten las políticas de salud.

2.1.1 Normativas y lineamientos de control prenatal.

A principios del siglo XX, se establecieron las bases del control prenatal, uno de los pioneros de la obstetricia, Jhon William Ballantyne (15), fue quien con sus publicaciones críticas y reflexivas sobre la atención de la madre gestante de su momento estableció uno de los principios del control prenatal, del cual habla en su publicación titulada cómo en: *“Una súplica por un hospital pro maternidad”* en la que manifestó lo siguiente: La atención a la mujer en estado de gestación tiene precedentes históricos los cuales requieren ser estudiados con el fin de progresar en el mejoramiento de los métodos y técnicas para la disminución de los índices de morbilidad y mortalidad relacionados a la mujer embarazada. Es por lo anterior que se hace necesario aclarar aquellos factores biológicos, ambientales o sociales que conllevan a una inadecuada prestación del control prenatal.

De la misma forma, la Organización Mundial de la Salud (13) *“incluye el compromiso fundamental de los Estados de lograr que las mujeres y las adolescentes sobrevivan al embarazo y el parto, como un aspecto de su disfrute de los derechos a la salud sexual y reproductiva y a vivir una vida con dignidad”*.

Cabe señalar que, Meza S. (15), en su investigación denominada *“Factores de riesgo del control prenatal inadecuado en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue”* evidenció que aquellas mujeres que no recibieron apoyo de su pareja y que tenían dificultades para cuidar de sus hijos tuvieron más riesgo de tener un control prenatal inadecuado, también determinó que la falta de coordinación entre servicios de atención y ausencia de citas de seguimiento por parte de los profesionales de la salud a la gestante significó mayores posibilidades de que el control prenatal sea inadecuado.

En lo que sigue, en Colombia la Resolución 412 de 2000 establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. (16)

De ahí que, en el artículo 9 titulado *Detección temprana*. Adóptense las normas técnicas contenidas en el anexo técnico 1-2000 que forma parte integrante de la presente resolución, para las actividades, procedimientos e intervenciones establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, enunciadas a continuación:

- a. Detección temprana de las alteraciones del Crecimiento y Desarrollo (Menores de 10 años)
- b. Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años)
- c. *Detección temprana de las alteraciones del embarazo*
- d. Detección temprana de las alteraciones del Adulto (mayor de 45 años)

Ahora bien, con el fin de lograr la meta de reducir la mortalidad materna, se hace necesario establecer parámetros mínimos que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante el control prenatal. (16)

De igual forma, la Resolución 3280 de 2018 que contiene los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. Esta resolución entro a regir el 04 de febrero de 2019, fecha a partir de la cual quedarán derogadas las Resoluciones 412 de 2000, 769 de 2008 y 1973 de 2008. (5)

Asimismo, la Resolución 3280 del 2 de agosto de 2018 (5) pone en marcha las rutas que revolucionarán la atención en el sistema de salud colombiano. Eso significa que, las entidades territoriales, las aseguradoras y los prestadores estarán obligadas a

brindar atenciones para promover la salud y anticiparse a la enfermedad en los diferentes momentos de curso de vida: Primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez.

La atención debe caracterizarse por cumplir con las siguientes actividades, procedimientos e intervenciones, conforman las guías básicas para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. Las características básicas de esta atención deben ser:

- **De calidad:** el prestador de salud tendrá la capacidad resolutive y el equipo de salud capacitado para brindar una atención integral, humanizada y de alto nivel, de acuerdo con el decreto 1011/06 del Ministerio de la Protección Social
- **Precoz:** la atención debe iniciarse tan pronto se confirme el embarazo.
- **Periódica:** garantizar la atención de la gestante a lo largo de su gestación de acuerdo con sus necesidades
- **Con completa cobertura:** la atención en salud de la gestante se deberá garantizar de acuerdo con sus necesidades en los diferentes niveles de atención del sistema de salud, de acuerdo con la Resolución 5261/94 del Ministerio de Salud se establece el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del plan obligatorio de salud y las normas que lo adicionen, modifiquen o complementen.
- **Oportuna:** deberá brindarse cuando ésta se requiera, de acuerdo con las necesidades de la gestante.

Al respecto se anota la identificación e inscripción de las gestantes en el control prenatal para el desarrollo oportuno de este proceso, es preciso implementar los mecanismos que garanticen la detección y captación temprana de las gestantes, ante la sospecha de embarazo y antes de la semana doce de gestación, para detectar, educar, intervenir y controlar oportunamente sus factores de riesgo biopsicosociales, condiciones propias de este estado. Este proceso implica:

- Identificar completa y correctamente a la mujer
- Ordenar una prueba de embarazo, si éste no es evidente
- Promover la presencia del compañero o algún familiar en el control prenatal

- Informar a la mujer, el compañero o familia, acerca de la importancia del control prenatal, su periodicidad y características. En este momento es preciso brindar educación, orientación, trato amable, prudente y respetuoso, responder a las dudas e informar sobre cada uno de los procedimientos que se realizarán, en un lenguaje sencillo y apropiado que proporcione tranquilidad y seguridad
- Inscripción de la gestante en el programa de control prenatal.

Al finalizar los mecanismos necesarios para la identificación e inscripción de la gestante se procede a las consultas de seguimiento y control que son el conjunto de actividades realizadas por el médico o el profesional de enfermería en el control prenatal a la gestante sin factores de riesgo, que permite el seguimiento al normal desarrollo de la gestación. Se debe garantizar la prestación de este servicio por un grupo calificado de profesionales. La duración de estas consultas deberá ser mínimo de 20 minutos.

La periodicidad de las consultas de seguimiento y control debe ser mensual hasta la semana 36, y luego cada 15 días hasta la semana 40. Los controles prenatales durante el último mes de gestación (semanas 36, 38 y 40) deben ser realizados por un médico. Asimismo, el profesional de enfermería deberá remitir a valoración médica inmediata a la gestante en la cual identifique factores de riesgo biosicosocial, enfermedades asociadas y propias de la gestación, durante la anamnesis, el examen físico o la revisión de los paraclínicos para su adecuado y oportuno manejo. (5)

De igual forma, se concluye la importancia de las normativas para hacer de los controles prenatales un proceso menos complejo para las gestantes pues crean como instrumento que concreta las diferentes intervenciones en salud requeridas por las gestantes y sus familias de acuerdo con sus necesidades y los hallazgos realizados por el equipo multidisciplinario de salud. Asegurándose de prestar los servicios de salud a la mujer en etapas del ciclo reproductivo sin incurrir en conductas que configuren violencia contra la mujer; ello implica erradicar conductas institucionales como el trato indigno, discapacidad u otra condición o situación.

Creando conciencia en relación con los procesos necesario para que las gestantes realicen su inscripción y consultas de seguimientos teniendo esta información clara que se dan de forma accesible que busca aumentar el conocimiento sobre un tema, en este caso lo concerniente a la prevención de complicaciones durante la gestación, cuidados posparto y del recién nacido teniendo en cuenta la pandemia que se esta viviendo.

Teniendo presente lo anterior, se puede afirmar que los controles prenatales son una oportunidad decisiva para que los profesionales sanitarios le brinden atención, apoyo e información a las embarazadas. Promoviendo un modo de vida sano, incluida una buena nutrición, la detección y la prevención de enfermedades, la prestación de asesoramiento para la planificación familiar y el apoyo a las mujeres que puedan estar sufriendo violencia de pareja o incluso depresión, pero debido a la epidemia de COVID-19 fue declarada por la Organización Mundial de la Salud una emergencia de salud pública de preocupación internacional el 30 de enero de 2020. La caracterización de pandemia significa que la epidemia se ha extendido por varios países, continentes o todo el mundo, y que afecta a un gran número de personas lo que nos muestra la importancia de conocer sus orígenes y como afecta a todos incluyen la atención prenatal.

Debido a que estamos dentro de esta emergencia hospitalaria y ante un horizonte de postpandemia que fluctúa entre el pesimismo y el optimismo, quizás valga la pena recuperar antecedentes históricos de las pandemias..

2.1.1 Origen de las pandemias

Hablar de las “Pandemias”, es una palabra que a la hora de la verdad poca gente conoce su significado, ésta procede del griego *pandêmonnosêma*, y significa “enfermedad del pueblo entero”, teniendo una traducción literal, se puede visualizar como algo claro, conciso y difícil para que cree discusiones, sin embargo, esta palabra dependiendo del momento histórico se ha construido de diversas maneras y se ha transformado en el tiempo. Seguidamente, desde el advenimiento de las primeras sociedades hasta el momento presente la humanidad ha tenido que lidiar con la propagación de grandes pandemias, tales como la peste bubónica, el tifus, la viruela, la

gripe española, el Virus De La Inmunodeficiencia Humana (VIH), colera y más recientemente con las mutaciones de las cepas de H5N1y el coronavirus de Wuhan “2019-nCoV. (17)

Sin embargo, aunque el fenómeno de mutación de microbios de origen animal en agentes patógenos humanos se ha acelerado, no es nada nuevo. Se remonta a la revolución neolítica, cuando el ser humano empezó a arrasar hábitats naturales para ampliar las tierras de cultivo y a domesticar animales para usarlos como bestias de carga. A cambio, los animales han hecho generado enfermedades como las vacas les trajeron el sarampión y la tuberculosis, a los cerdos, la tosferina y a los patos, la gripe. El proceso siguió durante la expansión colonial europea. En el Congo, las vías de tren y las ciudades que construyeron los colonos belgas permitieron que un lentivirus portado por los macacos de la región perfeccionara su adaptación al cuerpo humano. En Bengala, los británicos se arrogaron el inmenso humedal de Sundarbans para usarlo como arrozal, exponiendo así a los habitantes a bacterias acuáticas presentes en las aguas salobres. Las pandemias provocadas por esas intrusiones coloniales siguen de actualidad. El lentivirus del macaco se convirtió en el VIH. La bacteria acuática de Sundarbans, conocida hoy como cólera. (18).

Así, la aparición de ratas en la región de las costas del mar Mediterráneo es del siglo VI, evidenciando que estos animales fueron introducidos por barco en las ciudades portuarias de Egipto donde ocurrieron los primeros casos reportados y de donde se diseminaron rápidamente a Constantinopla, de esta pandemia se reporta que morían más de 10,000 personas cada día, por lo que al término de la epidemia había muerto 40% de la población; y si los seres humanos querían combatir a este enemigo, en sus inicios no lo hicieron bien, ya que las ratas continuaron dispersándose por tierra y mar, y en el siglo XIII las ratas eran tan abundantes que representaban un verdadero peligro al ubicarse o alojarse en los lugares de almacenamiento de alimento y transmitiendo o propagando aún más la Peste negra.(19)

Dicho esto, tiene que ver con el potencial destructivo de vidas humanas del patógeno lo que da cuenta de sus niveles de contagio y, claro está, con su factor de mortalidad como enfermedad grave o letal. La cepa de la llamada gripe española (H1N1) mató aproximadamente a 50 millones de personas en 1918, por lo que no se descarta que en otro momento inesperado otra cepa, similar o distinta, pueda causar estragos indescriptibles para la civilización humana en su conjunto, dividiendo la historia del mundo en un antes y un después de su impronta. (20)

Teniendo en cuenta la información anterior se puede concluir es que históricamente las enfermedades infecciosas han constituido una grave amenaza para la sociedad y durante la mayor parte del siglo XX las pandemias fueron consideradas como amenazas ya extinguidas, de siglos pasados, ya que la medicina moderna se ocupó de la peste, la viruela y otras catástrofes de carácter contagioso. Sin embargo, los cambios ambientales actuales han propiciado cambios en las distribuciones geográficas de los microorganismos en general, originando numerosas pandemias intermitentes. (21)

El origen de estas pandemias nos muestra como la humanidad recae en los errores y parece que redescubrimos los aciertos. Como conocer que algunos determinantes para la proliferación de las enfermedades ha sido el desarrollo económico y el aprovechamiento de la tierra, así, aspectos como los cambios en las prácticas agrícolas, la agricultura intensiva, la deforestación y la explotación y deterioro ambiental han favorecido la translocación de microorganismo patógenos, igualmente factores como el comercio internacional y sus consecuencias como el incremento en viajes internacionales, han incrementado el transporte de mosquitos y otros vectores.(22) Evidentemente existen aspectos que muestran una mejora, como la investigación científica y el conocimiento acumulados, pero otros han empeorado como la reducción de la biodiversidad.

Se puede observar que a lo largo de la historia las bacterias y los virus fueron quienes causaron muchas muertes y en concreto los que han provocado las grandes epidemias de la historia. El lado malo, en cuanto a esta pandemia de la COVID-19, es que antes

había muchas epidemias que quizá estaban en otros países que no llegan al país, y ahora debido a la facilidad de transportarnos, al cabo de una semana se extendió a muchos países.

Siempre habrá patógenos, algunos más débiles que otros. Por lo cual las epidemias, siempre se van a dar se debe buscar entonces la forma de afrontarlas. Es imposible impedir las en un mundo globalizado. Pues no será la primera ni la última que un virus está en un animal, y como tienen gran capacidad de mutar, llegan a afectar a los humanos. Fue a partir de tantas pandemias y epidemias que se han dado que los países comprendieron que resultaba más costoso abordar una emergencia sanitaria, que prevenirla con políticas de salud que ayuden en un mayor plazo la promoción y medidas de higiene, realizando leyes sanitarias e investigar cuales son las causas de las enfermedades y su cura para prevenirlas.

2.1.2 Fases de preparación para las pandemias

Es por ello al conocer que se está excepto de una pandemia en el 2009 la OMS publicó un escrito denominado "*Pandemic Influenza preparedness and response*", en el cual establece la preparación y la respuesta nacionales son responsabilidad de toda la sociedad. (23) Este hace referencia a que esta responsabilidad y respuesta nacional se encuentra en cabeza de: Líderes de los gobiernos, del sector salud, sectores diferentes al de salud, comunidades, individuos y las familias. También sostiene que en una pandemia existen cinco fases, las cuales fueron desarrolladas por la OMS en 1999 con el fin de aplicarlas en un marco global para que los países se preparen y planifiquen la respuesta a una pandemia. Estas fases consisten en lo siguiente:

Fase 1: No se ha informado que ningún virus de la influenza animal que circule entre los animales cause infección en humanos.

Fase 2: Se sabe que un virus de la influenza animal que circula en animales domésticos o salvajes causó infección en humanos y, por lo tanto, se considera una pandemia potencial específica amenaza.

Fase 3: Un virus reordenado de influenza animal o humano-animal ha causado casos esporádicos o pequeños grupos de enfermedades en las personas, pero no ha resultado en la transmisión de persona a persona suficiente para sostener los brotes a nivel comunitario.

Fase 4: Transmisión de persona a persona (H2H) de un reordenamiento de influenza animal o humano-animal. Se ha verificado el virus capaz de sostener brotes a nivel comunitario.

Fase 5: El mismo virus identificado ha causado brotes sostenidos a nivel comunitario en dos o más países de una región de la OMS.

Fase 6: Además de los criterios definidos en la Fase 5, el mismo virus ha causado brotes a nivel comunitario en al menos otro país de otra región de la OMS.

La anterior descripción hecha por la Organización mundial de la salud permite definir una pandemia como aquella enfermedad capaz de infectar a humanos, el cual causa brotes sostenidos a nivel comunitario en por lo menos dos regiones de la OMS entendida como región las siguientes que hacen parte de la OMS a saber Región de África, Región de las Américas, Región de Asia Sudoriental, Región de Europa, Región del Mediterráneo Oriental y Región del Pacífico Occidental.” (24)

En Colombia como respuesta a su preparación para la COVID-19 se han desarrollado unas fases que se han venido implementando en la realización de protocolos y lineamientos para la atención a la salud incluido los controles prenatales.

Fase preparatoria: los organismos de salud se preparan para afrontar el aumento de casos, consiste en la elaboración de protocolos de atención a diversos niveles y también la dotación de equipos y material de bioseguridad.

Fase de contención: inicia cuando el agente es identificado en el país y finaliza cuando la mayoría de los casos son autóctonos o sin nexo epidemiológico demostrable

Fase de mitigación: se supera el número de casos posibles de atender en el sistema hospitalario y se hospitalizan los casos más severos, el resto se atiende en casa.

La pandemia iniciada en 2019, es causada por uno de los coronavirus (CoV) con facultades para infectar a los humanos, son virus encapsulados y tienen uno de los genomas más grandes entre los virus ARN de cadena única. Los cuatro primeros en ser identificados, en la década de los años 60 del siglo XX, fueron: los Beta-coronavirus OC43-CoV y HKU1-CoV; y los Alfa-coronavirus 229E-CoV y NL63-CoV, que en la actualidad son endémicos y causantes de resfriados comunes e infecciones respiratorias leves, en personas inmunocompetentes. (3)

La actual pandemia de COVID-19 es producto de un virus SARS CoV2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*) que hace parte de una gran familia de virus con envoltura que poseen Ácido Ribo-Nucleico (ARN) como su material genético y que incluye diferentes virus que frecuentemente causan resfriado común en humanos, así como también varias enfermedades en animales domésticos. El interés en esta familia de virus aumentó significativamente con la identificación en el 2002 del agente etiológico del SARS y en el 2012 del agente etiológico del MERS, siendo ambas patologías respiratorias muy severas causadas por CoV altamente patógenos. Hoy en día se sabe que los murciélagos sirven como reservorios de un gran número de virus, incluyendo los CoV que causan el SARS y el MERS, así como también el que causa el COVID-19. En muchas enfermedades zoonóticas es frecuente observar que un virus que no causa patología en su reservorio animal para el cual se ha adaptado, muestran una virulencia aumentada cuando este infecta una nueva especie. (25)

En consecuencia, Carrero Y. en su publicación denominada "*Pandemia SARS Cov-2: Situación actual y perspectivas futuras*" mencionó respecto al virus 2019-nCov, que en enero de 2020, el agente etiológico responsable de un grupo de casos de neumonía grave en Wuhan, China, fue un nuevo Betacoronavirus, el cual mostraba marcadas diferencias del SARS-COV y MERS-COV, con los cuales compartían homología con la secuencia descrita en los murciélagos, los cuales se describieron como hospedadores o reservorios naturales. Otros estudios señalaron como hospedadores intermediarios al pangolín. (26)

Ahora bien, respecto a Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social afirmó en su boletín de Prensa No 050 de 2020 que el 6 de marzo de 2020 se confirma el primer caso, el cual fue importado de Italia. (27) En los casos de pandemias las medidas de las fases de contención y mitigación dan prioridad a los casos que se atienden en los organismos de atención secundaria y terciaria, sin embargo las medidas de contención con el distanciamiento social obligatorio tienen la particularidad de poder romper la continuidad de las acciones de los programas de salud de nivel preventivo y de promoción de la salud, como sería en caso de los controles a la mujer gestante, así mismo se requiere determinar el potencial del agente infeccioso para contaminar o contagiar al producto de la gestación.

2.2 LAS INFECCIONES VERTICALES EN LA MUJER GESTANTE.

Siguiendo esta línea argumentativa, las infecciones verticales se definen como aquellas adquiridas por el neonato como consecuencia de padecerla su madre durante la gestación. Pueden ser transmitidas por la vía transplacentaria, por ruta ascendente a través de la vagina, al paso del neonato por el canal del parto, o después del nacimiento. (28)

El número de virus capaces de producir infección transplacentaria es de 25 a 30, el de bacterias de 10 a 16, y el de parásitos y otros tipos, de 3 a 5. Para el caso de la infección adquirida al paso del neonato por el canal del parto, el número de virus oscila de 8 a 10, el de las bacterias de 30 a 40 y el de parásitos y otros, de 10 a 14. La razón de que no se precise el número exacto de microorganismos, es consecuencia de que, en la revisión de la literatura científica, existen ciertos desacuerdos respecto a que algunos de ellos tengan o no la potencialidad de transmisión transplacentaria, o por el paso del bebé por el canal del parto. (29)

Como ejemplos de la capacidad potencial que tienen los microorganismos para transmitir la infección de la madre hacia el feto (Cuadro 1), el caso de los virus herpes, en el que se aprecia que el citomegalovirus (CMV) tiene una elevada potencialidad de transmisión de la madre hacia el feto tanto por vía transplacentaria como intraparto o

postnatal. Por su lado, el herpes simple 1 y el 2 son capaces de transmitirse de la madre al neonato con menor potencialidad por la vía transplacentaria, comparada con la intraparto y un poco menor por la postnatal. Situación parecida sucede con el virus varicela zoster, mientras esto es mucho menor para el herpesvirus. Otros virus, señalados en el mismo cuadro, si bien se esperaría que tuvieran la potencialidad de hacerlo no hay evidencias, hasta el momento, de que así suceda.

Cuadro 1. Capacidad potencial de varios modos de transmisión vertical de los virus herpes			
Etiología	Transplacentaria	Intraparto	Postnatal
Citomegalovirus	+++	+++	+++
Virus varicela zoster	+	++	++
Virus humano herpes 6	+	+	+
Virus Epstein-Barr	±	±	
Virus herpes del sarcoma de Kaposi	±	±	+
Virus humano herpes 7	¿	¿	¿

¿: se desconoce; ±: potencial razonable pero no sustentado; +: descrita pero rara
 ++: ocurre con frecuencia; +++: se presenta en forma común
 Fuente: referencia 3

Fuente: Galán HJF. Tratamiento antiviral durante la etapa perinatal (29)

Las infecciones verticales, en 80 a 90% de los casos, cursan sin signos clínicos al nacer o días después, mientras que en el restante 10 a 20%, pueden presentarse varios como son: hepatomegalia, ictericia, adenopatías, petequias o púrpura, vesículas, exantema maculopapular, hidrocefalia o microcefalia, encefalitis, miocarditis, malformaciones y coriorretinitis, sólo por mencionar las más comunes, y dependerá, que estén presentes unos u otros signos, del tipo de infección. (30)

Cabe señalar que, en la mujer embarazada la infección viral, no sólo es de interés para el ginecoobstetra y perinatólogo, sino también para el anestesiólogo, ya que la mujer es más vulnerable cuando está embarazada, se pone en riesgo la gestación, el curso del embarazo se altera y hay transmisión perinatal. El feto se contagia a través del contacto con las secreciones de la madre infectada por alguno de los virus, por lo que se suele practicar cesárea electiva o de urgencia para evitar el contagio al feto a través del canal vaginal. En el embarazo son relevantes el diagnóstico, tratamiento y

prevención ya que mejora el pronóstico del neonato y en la resolución del embarazo se toman mejores decisiones y disminuye el número de cesáreas.

Las alteraciones inmunitarias y hormonales que tienen lugar durante el embarazo hacen que infecciones virales por hepatitis, gripe y poliomielitis sean más graves; mientras que se reactivan algunas como poliomavirus, citomegalovirus CMV, virus del herpes simple y de Epstein-Barr. La infección intrauterina puede provocar la muerte del feto, aborto espontáneo y parto de feto muerto o interferir en el desarrollo del feto y provocar lesiones u originar malformaciones congénitas en el cerebro (cerebro pequeño y retraso mental), corazón (conducto arterioso permeable, defecto del tabique interventricular), ojos (catarata y microftalmia) y oídos (sordera, afectación del órgano de Corti), como en el caso de la rubéola congénita, además el 25% de los niños sufren diabetes mellitus insulino dependiente; existe hepatoesplenomegalia, púrpura trombocitopénica y anemia, sordera y retraso mental en caso de CMV. El parvovirus humano en ocasiones provoca lesiones o muerte del feto en el 10% de los casos, el feto infectado sufre anemia, ascitis y hepatoesplenomegalia (hidrops fetal). Algunas infecciones del lactante se producen en o alrededor del momento del parto, el feto puede sufrir exposición directa durante el paso a través del canal del parto infectado. En el período postnatal inmediato la fuente de infección es la sangre de la madre o su leche, como en la hepatitis B y en la infección por virus linfotrofo de la célula T humana tipo 1, HTLV1. (31)

Se puede decir que son numerosas las infecciones que pueden ocurrir durante el embarazo y que significan un riesgo para el feto o recién nacido. (32) La transmisión de estas infecciones de la madre al hijo puede ocurrir:

- Durante el embarazo, principalmente por vía transplacentaria y mucho menos frecuentemente por vía ascendente, dando lugar en el niño a infecciones congénitas.
- Durante el parto, a través del contacto con secreciones infectadas en el canal del parto, dando origen a infecciones perinatales.

- Después del parto, a través de la lactancia materna o contacto con secreciones maternas, dando origen a infecciones postnatales. Estas tres vías de transmisión constituyen la llamada transmisión vertical de infecciones. (33)

Por eso de la COVID-19 se conoce que es una enfermedad emergente, su curso clínico es variable, y se caracteriza por fiebre, tos y fatiga, pero puede progresar a un cuadro de neumonía viral severa. Su transmisión es principalmente por gotas, sin embargo, se ha avanzado en estudiar uno de los principales temas de interés sobre el SARS-CoV-2 es conocer si existen vías de transmisión diferentes a la respiratoria, y sin duda es importante investigar la transmisión vertical.

Para comprobar dicha vía, se debe considerar, que se investigue la presencia viral y la capacidad de replicación de las partículas virales en muestras de líquido amniótico, placenta o membranas, sangre del cordón umbilical y leche humana, aplicando estrictas medidas de prevención y control de infecciones durante el proceso de la toma de muestras, el transporte, el almacenamiento y el análisis.

En el caso de COVID-19 en estos momentos existen muy pocos datos de la enfermedad en neonatos. No hay evidencia clara de transmisión vertical, con pocos casos publicados de hijos de madres infectadas en el tercer trimestre, siendo los test virológicos negativos. El riesgo de transmisión horizontal por contacto con una persona infectada parece igual que en la población general y de momento se han descrito 3 casos. (35) Los investigadores todavía están aprendiendo cómo la enfermedad afecta a las mujeres embarazadas.

Por lo cual se debe responder preguntas clave que son importantes para mejorar el manejo y la prevención de infecciones: ¿El virus del SARS-CoV-2 se transmite frecuentemente de la madre al feto?

2.2.1 Transmisión vertical en COVID-19

Un estudio realizado con 86 mujeres embarazadas con COVID-19 confirmadas por RT-PCR en siete países (6 de América Latina y Guinea Ecuatorial) 68% fueron

asintomáticas. Del 32% de mujeres sintomáticas, 89% (24) tuvieron síntomas leves y 3,5% (3) presentaron síntomas respiratorios graves. Ninguna mujer falleció. La tasa de cesáreas fue de 38%; la edad gestacional fue < 37 semanas en 6% de los casos. Se realizó RT-PCR a todos los recién nacidos (RN) entre las 16 y 36 horas de vida; en 6 (7%) el resultado del hisopado fue positivo. Todos ellos presentaron dificultad respiratoria leve y transitoria; ninguno falleció. Dos RN con RT-PCR negativa fallecieron por otras causas. Se autorizó el amamantamiento en solo 24% de las madres; en 13% se extrajo leche y en 63% se alimentó al RN con fórmula. En 76% de los casos se separó al binomio madre-hijo, y en 95% de los casos la madre no pudo ser acompañada en el parto ni el puerperio. (36)

Por otro lado, se ha ido aprendiendo progresivamente sobre el cuidado general en adultos, pero no así sobre la COVID-19 en la mujer embarazada y el recién nacido (RN). Por lo tanto, es necesario ser prudente al formular recomendaciones y evitar hacerlas sin evidencia firme. Esta evidencia (37) está en construcción y plantea desafíos importantes para crear un ambiente seguro para los pacientes y los agentes de salud perinatal. Es imprescindible que esta situación no atente contra los estándares de cuidado ético y compasivo durante el embarazo, el nacimiento y la etapa neonatal, períodos de máxima vulnerabilidad en la vida. Hasta el momento el SARS-CoV-2 ha causado pocos casos de COVID-19 en RN y mujeres embarazadas; en los casos reportados el cuadro clínico con frecuencia ha sido leve.

Si bien sólo 6 RN de madres con COVID-19 tuvieron infección demostrada por RT-PCR positiva, (36) la toma de la muestra mediante hisopado se realizó entre las 16 y 36 horas de vida. Por ello, es imposible concluir que haya existido transmisión vertical del coronavirus. Como sostienen otros autores (34,38). Aún no existe evidencia concluyente que permita establecer la existencia de transmisión vertical en el tercer trimestre. Por otra parte, de los 6 RN con COVID-19 a las pocas horas de nacer, ninguno estuvo gravemente enfermo ni falleció. Los cuadros respiratorios leves que presentaron fueron muy probablemente taquipneas transitorias leves del RN.

Como se indica en la mayoría de estos estudios, es necesario seguir estudiando más casos para poder llegar a resultados concluyentes. La mayoría de los estudios empíricos publicados que evalúan transmisión vertical del SARS-CoV-2 y lactancia materna son estudios de casos. Sería necesario realizar estudios de cohortes como el publicado en Reino Unido (39) y basado en 194 unidades de obstetricia y 427 mujeres embarazadas con infección por SARS-CoV-2. En este estudio, entre otros aspectos, se analizó la posible transmisión del virus de madre a feto. Las principales aportaciones fueron que esta es muy poco probable y se dio en situaciones de transmisión vertical. Al igual que los otros estudios, indican la necesidad de seguir investigando este tema para obtener unos resultados concluyentes.

Ahora bien, una revisión de 936 recién nacidos de madres con enfermedad por coronavirus en 2019, 27 recién nacidos tuvieron un resultado positivo para la prueba de ARN viral del coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo con hisopo nasofaríngeo, lo que indica una proporción combinada del 3,2% (intervalo de confianza del 95%, 2,2– 4.3) para transmisión vertical. Cabe señalar que, la proporción combinada de positividad para el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo en recién nacidos mediante hisopado nasofaríngeo en estudios de China fue del 2,0% (8/397), que fue similar a la proporción combinada del 2,7% (14/517) en los estudios de fuera de China. La prueba de ARN viral del coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo en sangre de cordón neonatal fue positiva en el 2.9% de las muestras (1/34), el 7.7% de las muestras de placenta (2/26), el 0% del líquido amniótico (0/51), el 0% de muestras de orina (0/17) y 9,7% de hisopos fecales o rectales (3/31).(40)

De manera semejante, un estudio de Chile (41), reporta un caso donde el 20 de junio de 2020, una mujer de 34 años, con 25 semanas de embarazo, es trasladada desde Hospital de San Bernardo a Clínica Las Condes en Santiago, Chile, con un cuadro de 10 días de evolución de COVID-19, que evoluciona a una situación crítica con insuficiencia respiratoria severa. Ingresa a unidad de cuidados intensivos para ventilación mecánica. Las imágenes de radiología simple y de tomografía axial computarizada de tórax demuestran una neumopatía bilateral con imágenes

características opacidades en vidrio esmerilado, asociado a engrosamiento intersticial, imágenes descritas previamente como características para COVID-19. La paciente permanece en unidad de cuidados intensivos en ventilación mecánica por siete días, con evolución favorable posterior, mejoría del cuadro séptico y alta después de 22 días de hospitalización. El parto ocurre en forma espontánea a las 38 semanas, la madre y el recién nacido evolucionan en buen estado general. El examen histopatológico placentario demuestra compromiso inflamatorio vellositario y los exámenes de anticuerpos en sangre del recién nacido demuestran la presencia de anticuerpos del tipo IgG e IgM. Se trata de uno de los pocos casos demostrados reportados de transmisión transplacentaria vía sanguínea de SARS-CoV-2 de la madre al recién nacido.

Por lo tanto, la transmisión vertical del síndrome respiratorio agudo severo coronavirus es posible y parece ocurrir en una minoría de casos de infección materna por coronavirus 2019 en el tercer trimestre. Las tasas de infección son similares a las de otros patógenos que causan infecciones congénitas. Sin embargo, dada la escasez de datos del primer trimestre, todavía no se puede realizar una evaluación con respecto a las tasas de transmisión vertical al principio del embarazo y el riesgo potencial de morbilidad y mortalidad fetal consiguiente, es por ello vital la realización adecuada de los controles prenatales, pero pueden verse afectados por condicionantes ajenos al proceso físico en sí como en estos momentos la COVID-19 que no solo aumentan la morbimortalidad general, sino que se traduce en una baja utilización de los servicios de salud en el primer de nivel de atención.

Dicho lo anterior, el cuidado prenatal se convierte en una actividad importante, debido a que se debe realizar en pro de la disminución del contagio por COVID – 19, es por esto que organismos americanos apuntan hacia el máximo esfuerzo para lograr tener menos gestantes afectadas y mejor salud materno perinatal. (11)

2.3 LIMITACIONES A LOS PROCESOS DE CONTROL PRENATAL POR EL COVID-19.

La noción de límite es propia de muchas situaciones de la comunicación humana. Y la limitación consiste en el establecimiento de aquellos límites u obstáculos que impiden algo. Si manejamos la idea de traba u obstáculo en relación con algo, implica que ese algo tiene unas posibilidades de desarrollo y éstas se ven reducidas debido a la intervención de los límites que frenan su potencialidad. (42)

Para garantizar la calidad de los cuidados prenatales la cobertura de la atención prenatal se debe garantizar la captación de la gestante antes de la semana 14 y realizar una consulta mensual hasta el último mes, donde debe realizar una consulta cada 15 días para prepararse para el parto. Pese a ello, en Colombia para el año 2010, la cobertura de la atención prenatal con al menos una visita fue de solo el 94 %, y la cobertura con al menos cuatro visitas del 83 %, lo que refleja bajas coberturas si se compara con otros países del continente americano, como Cuba (100 %), Argentina (99 %) y Brasil (97 %). (43)

Algunos limitantes por la que las mujeres embarazadas no asistieron a su control prenatal fue debido a mucho trámite en las IPS, seguido de otras razones como desconocimiento del embarazo, tener pereza y no tener tiempo, por lo cual se puede inferir que existen fallas en la gestión administrativa de las instituciones de salud y desinterés por parte de la gestante sobre la evolución de su embarazo lo que interfiere en el uso del control y su adherencia a este. Martínez y Delgado (44) en un estudio realizado en la provincia de Jaén, España, expresan que el 37,42 % de las gestantes que nunca acudieron al programa manifestaron que dicho control no se ofrecía dentro de los servicios prestados en su centro sanitario y un 26 % manifestó no tener tiempo.

Del mismo modo, las causas por las cuales las puérperas atendidas en un hospital de Uruguay no controlaron sus embarazos según el estudio de Verde M y Cols (45)., son: para el 48,9 % falta de interés frente al control, seguida del 17,8 % que refiere no poder

concurrir por tener hijos a su cargo, 10,4 % por falta de carnet de asistencia y 3,6 % por que el centro de salud está muy distante.

Teniendo en cuenta que los controles prenatales y especialmente cuando se realiza la inscripción a este es necesario complementarlo con consultas otras especialidades como es el caso de Nutrición, a parte del servicio de primera consulta por Obstetricia demuestran que la pandemia afecto ese trabajo integrado, si bien, la primera consulta prenatal es una competencia de Obstetricia debe estar acompañada de otras áreas para lograr una atención completa con las respectivas orientaciones al inicio del embarazo a fin de prevenir complicaciones futuras en el desarrollo del embarazo.

Por consiguiente, en Chile, alrededor de un 30% de las embarazadas sufre síntomas depresivos y/o ansiosos y se estima que la incidencia de depresión es cercana a un 10%. La depresión no tratada en el embarazo podría asociarse a mayor riesgo de un mal control prenatal, menor adherencia al tratamiento, mayor abuso de sustancias y por ende afectar finalmente el resultado obstétrico. Además, existen estudios que relacionan la depresión con patologías obstétricas como parto prematuro y bajo peso al nacer y alteraciones del desarrollo neurocognitivo en los niños. Dentro de los factores estresores, se ha descrito una mayor duración de la cuarentena, miedo a infectarse o a infección de seres queridos, pérdida de la rutina y del contacto social, falta de insumos básicos e información excesiva o inadecuada.

Se ha identificado que es oportuno resaltar la aplicación de la telemedicina en países latinoamericanos, como Colombia donde se puede resaltar la implementación de normas legales como la Resolución 2654 del 2019 (46), que establecen como fin primordial facilitar el acceso, la oportunidad en la prestación de servicios a la población, en especial, a la que presenta limitaciones de acceso a los servicios básicos en zonas apartadas del país. Es importante destacar que existe un trabajo multisectorial articulado con los lineamientos del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones para impulsar programas de tele salud e historia clínica electrónica interoperable.

Se prefiere la realización de consulta no presencial, cuando sea posible y revisar laboratorios por telemedicina. Si la paciente requiere consulta presencial, debe atenderse inmediatamente, evitando la acumulación de pacientes en el área de espera, con las medidas de protección y distanciamiento físico recomendadas, incluyendo un número limitado o no llevar acompañantes

Un obstáculo que se viene presentando en la prestación del servicio es que (47), la telemedicina se apoya de la banda ancha de internet y si esta no es buena, no se podrá tener un diagnóstico adecuado. Sumando al problema, las gestantes no cuentan con un teléfono móvil con servicio de internet, ni señales de comunicación o la calidad de señal es mala, lo cual, no permite una comunicación adecuada entre la gestante y el personal de salud, generando dificultad para implementar la atención remota en ayuda a las gestantes.

El gobierno debe actuar de forma rápida en administrar y desplegar antenas de comunicación de banda ancha en áreas rurales en el proceso de obtención de atención de salud materna, a fin de brindar asistencia oportuna, reducirá el riesgo de exposición de las mujeres embarazadas. En este caso, es difícil realizar un adecuado control prenatal durante una pandemia. Por ello, el Ministerio de Salud (7) señaló que la clave es que la gestante realice un control prenatal para entender cómo identificar posibles señales de alerta para prevenir y prevenir esta enfermedad. La gestante busque servicios médicos oportunos, adopte un estilo de vida saludable, evite la propagación del virus y establezca una red de apoyo en la familia y la comunidad.

Aun así, se puede observar que el uso de la telemedicina no puede ocupar todas las actividades de un control prenatal, pero se abría aportado en gran medida si mediante una sesión a distancia se puede evitar una atención presencial, favoreciendo así el aislamiento social que ha venido siendo una política útil en épocas de pandemia. Asimismo, es preciso indicar que la escasa evidencia no sugiere reemplazar la actividad prenatal en su totalidad, puesto que puede favorecer a la no realización de

tamizajes necesarios que desencadenen la aparición de complicaciones durante el embarazo.

Por eso se cuenta con unos lineamientos provisionales para la atención en salud de las gestantes, recién nacidos y para la lactancia materna, en el contexto de la pandemia de covid-19 en Colombia donde se explica las actividades que debían brindarse a la mujer gestante en cada trimestre, pero se presentaron oportunidades de atención que se perdieron o no se realizaron por diferentes motivos como se observa en el siguiente cuadro:

Semanas de Gestación	Trimestre	Modalidad	Procedimientos	Barreras de Acceso y Dificultades presentadas en los controles prenatales
Antes de la semana 10	I	Extramural /Domiciliaria	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta de acuerdo a R3280/18 • Toma de pruebas rápidas de VIH y Sífilis • Recolección de muestras para: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Urocultivo ✓ Hemograma ✓ Hemoclasificación ✓ IgG e IgM ✓ Toxoplasma ✓ Glicemia en ayunas ✓ Antígeno de superficie Hepatitis B ✓ Gota gruesa y Chagas (si aplica) • Entrega de micronutrientes • Información de signos de alarma • Ecografía temprana 	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Desconocimiento de la gestación ✚ Para ingresar al programa prenatal debían contar con prueba de embarazo en sangre o ecografía ✚ El difícil acceso a los servicios en salud materna: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se agendaban citas por los siguientes canales: vía telefónica y app ➤ Vivir lejos del lugar de atención, algunas gestantes de municipios diferentes a ciudad capital no accedían a controles prenatales porque su aseguradora no tenía cobertura en la zona donde residían, o simplemente no les autorizaban la atención en esa localidad ➤ Atención parcial en los centros de salud del
11 a 14	I	Intramural	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta de acuerdo a R3280/18 • Lectura de exámenes de laboratorio • Ultrasonografía de 	

			<ul style="list-style-type: none"> tamizaje de aneuploidías • Entrega de micronutrientes por 2 meses • Vacunación contra influenza a partir de la semana 14 • Información de signos de alarma 	<p>municipio de residencia por razones de convenio con aseguradoras</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ No estaban en las bases de datos de (Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales) SISBEN o del (Registro Único de Afiliados a la Protección Social) (RUAF)
16 a 18	II	Telemedicina Interactiva	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnesis • Valoración del riesgo materno • Seguimiento al plan de cuidado • Lectura de laboratorios • Promoción de factores protectores para la salud de la gestante • Seguimiento e información sobre signos de alarma 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Demora en el traslado de IPS de atención ➤ Demora en el cambio de régimen de salud (contributivo a subsidiado) ✚ Dificultades para el traslado a la Institución Prestadora de Servicios de Salud:
22 a 26	II	Intramural	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta de acuerdo a R3280/18 • Prueba de tolerancia a la glucosa (PTOG) • Ultrasonografía de evaluación anatómica fetal • Pruebas rápidas para Sífilis y VIH • Hemograma • Toma de IgM Toxoplasma en seronegativas • Entrega de micronutrientes para dos meses • Desparasitación si está indicado • Vacunación contra Tétanos, difteria y Tos ferina acelular (Tdap) a partir de la semana 26 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No estaba operando o estaba reducido el transporte público especialmente en zona rural ➤ Aumento de precio de los pasajes ✚ Se realizaba toma de muestras domiciliarias en zona urbana y no se abarcaba a todas las gestantes ✚ No se realizaba la toma de exámenes de laboratorio en la zona rural ✚ Algunos exámenes de laboratorio como PTOG no se realizaban a domicilio ✚ Entrega de micronutrientes sólo para un mes y con

			<ul style="list-style-type: none"> • Información en signos de alarma 	restricción de pico y cédula
28 a 30	III	Telemedicina Interactiva	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnesis • Valoración del riesgo materno • Seguimiento al plan de cuidado • Lectura de laboratorios • Promoción de factores protectores para la salud de la gestante • Seguimiento e información sobre signos de alarma 	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Gestantes no contaban con servicio de internet ✚ Gestantes con telefonía móvil: sin señales de comunicación o la calidad de la señal era mala ✚ No se disponía de citas en corto espacio de tiempo para la realización de ecografías ✚ No se tenía disponibilidad permanente de pruebas rápidas para VIH/Sífilis generándose órdenes para la toma de las muestras en el laboratorio
32 a 36	III	Extramural/ Domiciliaria	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de parto • Tamizaje Streptococo B a partir de a semana 35 • Pruebas rápidas de VIH y Sífilis • Toma de IgM Toxoplasma en seronegativas • Desparasitación si está indicado • Entrega de micronutrientes para lo que reste de la gestación • Información en signos de alarma 	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Olvido de las citas por parte de las gestantes ✚ Gestantes no les gusta ir sola a las citas ✚ Algunas gestantes creían que no necesitaban los controles prenatales porque habían tenido hijos sin problemas
36 a 37	III	Telemedicina Interactiva	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnesis • Valoración del riesgo materno • Seguimiento al plan de cuidado • Lectura de laboratorios • Promoción de factores protectores para la salud de la gestante • Seguimiento e información sobre signos de alarma. 	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Por temor a contagiarse con Covid 19 no asistían a las citas y no se realizaban exámenes y no se agendaban las citas para las ecografías ✚ No se realizaba los controles prenatales domiciliarios correspondientes en todas las IPS aunque fuera en zona urbana, solo se realizaba intramural y telemedicina
38 a 40	III	Extramural/	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta de acuerdo a 	

		Domiciliaria	R3280/18 <ul style="list-style-type: none"> • Plan de parto • Toma de tensión arterial 	
--	--	--------------	---	--

Fuente: Ministerio De Salud Y Protección Social: Lineamientos provisionales para la atención en salud de las gestantes.(7)

Debido a esto, la COVID-19 se establece como una nueva barrera específica para favorecer la participación total en la atención prenatal, debido a las preocupaciones de adquirir la enfermedad, se ha dado el distanciamiento social al no permitir el contacto estrecho entre pacientes, equipo de salud y paciente, manteniendo un espacio de metros entre las personas, aislamiento individual inteligente cuando se da distanciamiento individual responsable, asistiendo sólo a las citas presenciales indicadas, aislamiento obligatorio cuyo objetivo es separar y restringir el movimiento de personas para reducir así la velocidad de propagación del virus que causa la covid-19 a través de la reducción de la tasa de contactos a nivel poblacional, y a esto se le suma las políticas de atención dentro de los servicios de primer nivel, limitando la asistencia a esta población vulnerable.

Una mujer gestante con un embarazo de bajo riesgo debe utilizar el sistema de salud, por lo que entrará en contacto con posibles transmisores de la enfermedad, como otras mujeres embarazadas y trabajadores de la salud. Por tanto, es conveniente reducir el contacto con el sistema de salud, de manera que se pueda mantener un adecuado control del embarazo con un riesgo mínimo.

En medio de las restricciones que muestra la utilización de telesalud en la atención prenatal se halla la porción de propiedades que tienen la posibilidad de ser monitorizadas, las cuales acostumbran ser mínimas o no llegan a tener relevancia en las elecciones clínicas. La utilización de estas herramientas ha mostrado resultados prometedores, aun cuando todavía necesitan de más grande prueba para lograr definir un esquema de atención soportado por esta tecnología, con más hincapié en la estabilidad de la información que puede transferirse en este proceso y en cuán fines

son los datos logrados. Con lo que, se insta a los estudiosos en salud materna a desarrollar estudios que permitan evaluar la factibilidad de una participación remota y en cuánto se puede consumir con las labores comunes de una atención prenatal, más todavía en espacios donde existan barreras geográficas donde la utilización de estas herramientas puede otorgar beneficios significativos.

Por lo cual se han desarrollado estrategias para reducir la propagación de la enfermedad y luego se han hecho recomendaciones para reducir el número de consultas presenciales. La atención prenatal requiere “una evaluación presencial, especialmente la evaluación de la simbología clínica que es esencial para el diagnóstico oportuno de las complicaciones del embarazo” (11). Este tipo de atención es fundamental para detectar complicaciones del embarazo (como preeclampsia, diabetes gestacional e infecciones urinarias asintomáticas).

2.3.1 Estrategias implementadas por la COVID-19

Estrategia es un plan para dirigir un asunto. Una estrategia se compone de una serie de acciones planificadas que ayudan a tomar decisiones y a conseguir los mejores resultados posibles. La estrategia está orientada a alcanzar un objetivo siguiendo una pauta de actuación. (48)

Ahora medida que la transmisión de la COVID-19 ha avanzado a nivel mundial, el principal objetivo de muchos países ha sido la identificación, realización de pruebas y tratamiento rápidos de los pacientes con COVID-19 grave o seria, y la protección de las personas con el riesgo más elevado de mala evolución. Pocos han puesto en marcha medidas para los casos leves o los contactos de los casos. Los países deben hacer todo lo posible para evitar que los casos se conviertan en grupos y que los grupos se conviertan en brotes explosivos. Deben poner en marcha las capacidades para realizar pruebas y diagnosticar, aislar, rastrear a los contactos y aplicar medidas de cuarentena; deben hacer que todos sean partícipes de la respuesta.

Por esta razón, antes de esta pandemia, se habían creado ciertos objetivos estratégicos para poder controlar cualquier situación que pudiera surgir, es por eso que las siguientes fueron:

- Movilizar a todos los sectores y comunidades para garantizar que cada sector del gobierno y de la sociedad asuma la responsabilidad y participe en la respuesta y en la prevención de casos mediante la higiene de manos, el protocolo de higiene respiratoria y el distanciamiento físico a nivel individual.
- Controlar los casos esporádicos y grupos de casos y prevenir la transmisión comunitaria mediante la detección rápida y el aislamiento de todos los casos, la prestación de los cuidados adecuados y la trazabilidad, cuarentena y apoyo de todos los contactos.
- Contener la transmisión comunitaria mediante la prevención del contagio y medidas de control adecuadas al contexto, medidas de distanciamiento físico a nivel de la población y restricciones adecuadas y proporcionadas en los viajes domésticos e internacionales no esenciales.
- Reducir la mortalidad prestando una atención clínica adecuada a los enfermos de COVID-19, asegurando la continuidad de los servicios sanitarios y sociales esenciales y protegiendo a los trabajadores de primera línea y las poblaciones vulnerables.
- Desarrollar vacunas y terapias seguras y eficaces que puedan ofrecerse a escala y que estén accesibles en función de la necesidad. (4)

Se debe implantar a nivel mundial con urgencia un enfoque renovado en las capacidades de la salud pública a gran escala. Ahora saber a qué se enfrenta y aprender a vencerlo. La COVID-19 amenaza la vida humana, amenaza los medios de vida y amenaza el modo de vida de todas las personas en todas las sociedades. (49)

Como estrategia de salud pública, la máxima supresión es distinta a la estrategia que busca acabar con la pandemia consiguiendo una infección progresiva de la población (inmunidad de grupo). Esta última puede ser una fórmula de control larga y costosa, especialmente para los grupos con mayor riesgo de contraer formas graves de la enfermedad. Además, afecta de forma desproporcionada a las personas y

comunidades que presentan mayor vulnerabilidad económica y social. Desde un principio de precaución, tampoco es aconsejable dado el poco conocimiento disponible sobre la duración de la inmunidad, el impacto de la enfermedad a largo plazo, el comportamiento de esta en sucesivas reinfecciones y la morbimortalidad que conlleva. (50)

Estrategia de contención: Desde esta perspectiva se implementaron medidas orientadas a reducir la transmisión con el fin de allanar la curva epidémica y extender los casos a lo largo del tiempo. De esta forma, habrá menos presión sobre los servicios de salud para poder responder con eficacia a la demanda que se presente. Para lograrlo, se han propuesto 4 estrategias: Detectar y contener casos, minimizar la transmisión local, proteger a quienes están en riesgo como las mujeres gestantes, Reducir la propagación de la epidemia. Sin embargo, estas medidas ya se han adoptado y han entrado en la fase de mitigación dada la propagación del virus.

En estrategias de mitigación: los confinamientos se implementan de manera más tardía, en fases de transmisión muy alta, con el objetivo de evitar el colapso sanitario. Esto implica que sean más restrictivos, que se alarguen en el tiempo y que incrementen su impacto psicosocial y socioeconómico. La necesidad posterior de revertir estos impactos de manera rápida aumenta el riesgo de incrementar de nuevo la transmisión y la posibilidad de nuevos confinamientos, con la consiguiente pérdida de confianza de la ciudadanía en la efectividad de las medidas. La combinación de confinamientos tardíos, poco coordinados, sin coherencia entre las diferentes medidas y levantados de forma precoz, conducen a la cronificación de la transmisión y a un mayor impacto global de la epidemia a nivel sanitario, social y económico. (51)

La estrategia de máxima supresión: también se diferencia de otras estrategias de contención o mitigación (“aplanar la curva”) que persiguen evitar el colapso sanitario. La carencia de las estrategias de mitigación es que obvian las fases de transmisión baja o casos esporádicos, y actúan cuando el contagio comunitario ya es muy elevado y ejerce un impacto en el sistema sanitario. Esto, sin embargo, aumenta el riesgo de cronificar la transmisión y de quedar atrapados en ciclos de escaladas y desescaladas

de medidas que debilitan mucho la economía, el sistema sanitario y la implicación ciudadana. (52)

En cambio, una actuación preventiva y precoz para mantener el control de la transmisión, no solo evita el colapso sanitario a todos los niveles asistenciales, también por patologías que no son COVID-19, sino que permite preservar la salud física y emocional de la ciudadanía y de los profesionales sanitarios, además de mantener la vida social y económica, y reforzar la confianza y el compromiso del conjunto de la ciudadanía. (50)

Robaina G. (53) en su publicación denominada *“Repercusión de la Covid-19 en la salud materno infantil”* pudo determinar que, a pesar del poco tiempo transcurrido desde el inicio de la pandemia, en las embarazadas con COVID-19 se han descrito algunas comorbilidades, así como alteraciones placentarias, abortos espontáneos, muertes fetales y maternas, e incremento en los partos por cesáreas y nacimientos pretérminos. Además, añadió que los riesgos potenciales demandarán una vigilancia estrecha del comportamiento del embarazo en un futuro inmediato, pues del total de la población afectada por la COVID19, los pacientes en edad pediátrica representan entre 1-2 %, y la mayoría presentan manifestaciones clínicas leves. No obstante, en los menores de un año cerca del 10 % puede evolucionar a formas severas o críticas. respecto a los recién nacidos, la infección por SARS-CoV-2 podría asociarse a dos formas, de acuerdo al momento de adquisición: la COVID perinatal y la postnatal. Robaina G. concluyó que, las evidencias sobre la existencia de la vía de transmisión vertical son insuficientes, pero no pueden ser descartadas. En conclusión, por tratarse de un fenómeno en evolución, aún quedan muchas interrogantes sobre los efectos de la COVID-19 en la salud materna e infantil.

Según la publicación *“Características materno perinatales de gestantes COVID-19 en un hospital nacional de Lima, Perú”* en ese país se manejó a las gestantes que tuvieron diagnóstico de infección por SARS-CoV-2, mediante la prueba rápida o la prueba RT-PCR hospitalizadas entre el 24 de marzo y el 07 de mayo del 2020, se hizo de la

siguiente manera: primero se revisó la historia clínica y registros hospitalarios buscando variables sociodemográficas, antecedentes, manifestaciones clínicas, serología materna, complicaciones obstétricas, vía de parto y aspectos perinatales. Resultados. Se encontró 41 casos de pacientes con diagnóstico de SARS-CoV-2. Un 9,2% tuvo resultado de prueba rápida positiva, Los síntomas más comunes fueron tos en 84,6%, fiebre en 76,9% y dolor de garganta en 61,5%. Un 68.2% estuvo asintomática, 19,5% tuvo enfermedad leve y 7,3% moderada. Dos casos de neumonía severa requirieron ventilación no invasiva. No se registró muerte materna. 21,7% de los partos fueron vía vaginal y 78,3% por cesárea. Hubo un caso de neonato por parto vaginal con PCR positivo al octavo día de vida. las conclusiones a las que se llega son: Que existió un alto porcentaje de pacientes gestantes PCR positivas asintomáticas y que es necesario implementar el tamizaje universal en parturientas en el protocolo de flujo de gestantes en cada institución. (57)

En cuanto a Colombia se puede observar cómo se ha abordado la pandemia COVID-19 en fases cuyos objetivos son diferentes, la primera es la fase de preparación que comienza en cuanto se conoce la existencia y hasta cuál es la primera entra caso confirmado por laboratorio.

En el caso de Colombia esta fase finalizó el 6 de marzo. La segunda fase es la contención, lo que significa que hay casos conocidos y controlados. La estrategia de esta fase tiene como objetivo reducir la importación de casos y detectar y contener la. La última fase es la fase de mitigación que comienza el día en que los casos de origen no identificado superan el 10% de todos los casos y finaliza el día en el que comienza el ciclo natural de la enfermedad. finaliza en la persona infectada, esta es la fase en la que se encuentra el país.

Es por lo anterior que se puede concluir que ha sido necesaria la implementación de estrategias (54) de promoción de los servicios prenatales, que pueden entenderse como acciones sobre los problemas de salud que, ya sea por su alta prevalencia, o porque implican un mayor cuidado, familiar, social y requieren un enfoque global, que

tenga en cuenta todos los aspectos relacionados con la salud, también como coordinación de otros departamentos o instituciones.

Sin embargo, estas estrategias pueden presentar límites para su implementación, como lo menciona Meza Díaz (55) en su dónde destacan que ciertos factores económicos personales, familiares, sociales relacionados con la mujer gestante o vinculados a la calidad de los servicios de salud son las principales limitaciones de las estrategias de prestación de servicios de control prenatal, impiden parcialmente o totalmente el desarrollo de acciones problemas de salud.

Respecto al tratamiento de la mujer gestante se puede concluir que comparado con el de población general, no difiere de forma significativa, de acuerdo con las series de caso reportadas en la investigación. Se han descrito casos graves en gestantes, sin embargo, su frecuencia no es superior a los reportes de población no gestante. Una serie de casos de 43 gestantes positivas para SARS-CoV-2/COVID-19 mostró un patrón similar de severidad al de la población adulta 86% leve a moderada, 9% severa y 5% crítica. A la fecha no se reportan casos de mortalidad materna en la literatura. (56)

Estas medidas de contención y mitigación deben adaptarse, así como otras medidas de salud pública, teniendo en cuenta a las mujeres embarazadas como grupo vulnerable. Pues en general, las mujeres están experimentan el embarazo con ansiedad por temor al contagio, que puede llevar incluso a su pareja y seres queridos, y tener menos interacción con el sistema salud, desde las visitas a persona han sido reducidos a centros de salud. Dependiendo de la transmisión comunitaria, adaptar la frecuencia de las visitas prenatales presenciales y completarlas con el seguimiento telemático del embarazo. Las consecuencias a mediano y largo plazo de la pandemia en la salud materno infantil debido a la reducción de las visitas presenciales prenatales aún no se comprenden completamente. Las IPS de atención de salud tienen la función de atender a las embarazadas de forma adecuada y compasiva para lo cual es necesario tener los recursos necesarios para realizar los controles prenatales.

2.4 RECURSOS UTILIZADOS PARA REALIZAR EL CONTROL PRENATAL EN MEDIO DE LA PANDEMIA.

El Control Prenatal es una actividad diseñada para evaluar el riesgo de morbimortalidad durante el embarazo, el parto y el puerperio, a fin de intervenir los factores de riesgo de forma temprana, eficaz y efectiva para el caso de la embarazada y el producto de la gestación. Debe ser completo, integral, periódico, realizado en un ambiente tranquilo y acogedor y ejecutado por un profesional de la salud que conozca la evolución normal del embarazo, con la capacidad y competencia.

Atención preconcepcional: La atención preconcepcional se realizará a través de telemedicina categoría interactiva con toma de muestras de laboratorio en el domicilio. Las EAPB deben implementar y garantizar con su red de prestadores de servicios de salud, la atención del cuidado prenatal, a través de la modalidad extramural – domiciliaria o telemedicina. Lo anterior implica la entrega/administración domiciliaria de medicamentos o exámenes de acuerdo con el riesgo o hallazgo detectado como lo establece la resolución 3280 de 2018. Si bien, las gestantes son un grupo de especial protección y se consideran población vulnerable, el estado de gestación no se considera por sí sólo un criterio de hospitalización para mujeres con COVID-19.

Las gestantes con síntomas sugestivos de COVID-19, deben mantener el aislamiento preventivo hasta que se les indique lo contrario; si presentan cualquier signo de alarma debe ser informado a la IPS que presta la atención. Se recomienda que las citas de cuidado prenatal rutinarias en gestantes con sospecha o confirmación de COVID-19, deben posponerse hasta después del período de aislamiento recomendado, a menos que a criterio médico se indique que de no adelantarse el control prenatal se corre el riesgo de complicaciones graves para la mujer y el feto.

El criterio de hospitalización en una gestante con COVID se debe regir por los signos de alarma del espectro de la enfermedad: neumonía severa, SDRA, sepsis y shock séptico. Teniendo en cuenta, que en las mujeres en gestación puede existir un

incremento de la frecuencia cardíaca por los cambios fisiológicos adaptativos, se recomiendan criterios como el definido en la Resolución 3280 de 2018 (5) (Escala Obstétrica de Alerta Temprana), ampliados a otras condiciones que desde el punto de vista general u obstétrico puedan considerarse para la hospitalización. (7)

SEMANA DE GESTACIÓN	MODALIDAD	TALENTO HUMANO	PROCEDIMIENTOS
Antes de la semana 10	Extramural-Domiciliaria	Profesional en medicina o enfermería	<ul style="list-style-type: none"> ○ Consulta de acuerdo a R3280/18. ○ Toma de pruebas rápidas de VIH y Sífilis ○ Recolección de muestras para: <ul style="list-style-type: none"> ○ Urocultivo ○ Hemograma ○ Hemoclasificación ○ IgG e IgM Toxoplasma ○ Glicemia en ayunas. ○ Antígeno de superficie Hepatitis B. ○ Gota gruesa y Chagas (si aplica) ○ Entrega de micronutrientes ○ Información de signos de alarma
11 a 14	Intramural	Profesional de medicina y Ecografista (Radiólogo u obstetra)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Consulta de acuerdo a R3280/18. ○ Lectura de exámenes de laboratorio. ○ Ultrasonografía de tamizaje de aneuploidias. ○ Entrega de micronutrientes por dos meses ○ Vacunación contra influenza a partir de la semana 14 ○ Información en signos de alarma
16 a 18	Telemedicina Interactiva	Profesional de medicina o enfermería	<ul style="list-style-type: none"> ○ Anamnesis ○ Valoración del riesgo materno ○ Seguimiento al plan de cuidado ○ Lectura de laboratorios ○ Promoción de factores protectores para la salud de la gestante ○ Seguimiento e información sobre signos de alarma
22 a 26	Intramural	Profesional de medicina y Ecografista (Radiólogo u obstetra)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Consulta de acuerdo a R3280/18 ○ Prueba de tolerancia a la glucosa ○ Ultrasonografía de evaluación anatómica fetal. ○ Pruebas rápidas para Sífilis y VIH ○ Hemograma ○ Toma de IgM Toxoplasma en seronegativas ○ Entrega de micronutrientes para dos meses ○ Desparasitación si está indicado ○ Vacunación contra Tétanos, difteria y Tos ferina acelular (Tdap) a partir de la semana 26 ○ Información en signos de alarma
			<ul style="list-style-type: none"> ○ Información en signos de alarma
36 a 37	Telemedicina Interactiva	Profesional en medicina o enfermería	<ul style="list-style-type: none"> ○ Anamnesis ○ Valoración del riesgo materno ○ Seguimiento al plan de cuidado ○ Lectura de laboratorios ○ Promoción de factores protectores para la salud de la gestante ○ Seguimiento e información sobre signos de alarma.
38 a 40	Extramural-Domiciliaria	Profesional en medicina o enfermería	<ul style="list-style-type: none"> ○ Consulta de acuerdo a R3280/18. ○ Plan de parto ○ Toma de tensión arterial

Fuente: Ministerio De Salud Y Protección Social: Lineamientos provisionales para la atención en salud de las gestantes(7)

Ahora bien, entre las estrategias que pueden resultar útiles para atenuar el impacto negativo de la derivación de los servicios del control prenatal a la atención de la pandemia, la telemedicina es una herramienta factible de ser utilizada para la atención de pacientes que aun requieren atención. La telemedicina conecta la conveniencia, el bajo costo y la fácil accesibilidad de la información y la comunicación relacionadas con la salud a través de Internet y las tecnologías asociadas. En muchos contextos, esta herramienta ha sido la primera línea de defensa de los sanitarios para frenar la propagación del coronavirus, ya que les permite brindar servicios personalizados por teléfono o videoconferencia en casos leves y, de esta manera, reservar los recursos sanitarios para los casos más urgentes. A este respecto, en Paraguay se aprobó, en abril del 2020, la Resolución N° 139 que organiza y establece los servicios de salud a distancia. En ella se autoriza a las entidades prestadoras de servicios de salud y a los profesionales médicos a proveer servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación mediante el uso de tecnologías de la información y la telecomunicación. (58)

En el caso de gestantes que viven solas o viven en una casa-pensión, se sugiere coordinar con la gestante sobre la visita domiciliaria, con el seguimiento a través de video llamada. En casos de necesidad se puede hacer uso de las casas de espera maternas, si tienen las condiciones de aislamiento. Dentro de la organización de la visita domiciliaria, identificar y establecer cronograma por paciente, garantizándose la entrega del suplemento o tratamiento con ácido fólico y sulfato ferroso a la gestante y/o familiar asignado, por el tiempo que dure la medida de emergencia. (59)

Se debe incentivar en un diseño que se fundamente en dar de forma presencial esos servicios que no tienen la posibilidad de ser hechos de forma remota, y en que cada gestante tenga su proyecto ajustado a sus propias necesidades médicas y psicosociales para lo cual se deben presentar alteraciones en la atención del control prenatal.

ALTERACIONES DE LA ATENCIÓN EN LAS GESTANTES POR EL DISTANCIAMIENTO SOCIAL OBLIGATORIO	
Inmunización	La vacunación se debe realizar de forma domiciliaria.
Pruebas de laboratorio	Atención domiciliaria por enfermería para la toma de muestras.
Educación dirigida	El curso de preparación para la maternidad se debe seguir prestando a través de Telesalud.
Atención de especialista	Por telesalud o presencial en caso de que se requiera.

Fuentes. (56) Resolución 521 de 2020

En cuanto estas alteraciones en el servicio se puede decir que tienen efectos positivos pues evita la exposición de la gestante siempre y cuando los prestadores de la atención cumpla con los tiempos de su realización teniendo en cuenta la edad gestacional de la paciente. Sin embargo esto es dependiente de las habilidades institucionales para realizarlo, así como del tipo de examen a tomar. El informe de los tests debería revisarlo el doctor y serían enviados a la paciente por medio de la vía de comunicación concertada.

En cuanto a la inmunización(8) se ha dicho que en gestantes no se puede hacer una recomendación de vacunación, pero se recomienda que las gestantes con alto riesgo de exposición o de sufrir complicaciones por la covid, entre las que se encuentran las sanitarias, pueden considerar la vacunación, tras evaluar riesgos y beneficios.

Dado que la información disponible sobre la seguridad de este grupo de población es insuficiente, se recomienda el riesgo de exposición e infección y la relación riesgo-beneficio. En Colombia los lineamientos del ente gubernamental

están dirigidos a esperar estudios y/o investigaciones que reporten la baja afectación de la vacuna en mujeres embarazadas

Se ha identificado que el tratamiento de las embarazadas positivas hasta ahora, no existe un protocolo consensuado y oficial. Por lo tanto, los medicamentos y las conductas son influenciados por la realidad cultural y asistencial, pero los principales ejes de atención se basan en: proporcionar aislamiento de la gestante; estratificarla según el riesgo y las necesidades indicadas por el cuadro clínico; orientar sobre la conciliación del sueño y el descanso; promover una nutrición adecuada; proporcionar soporte de oxígeno suplementario, si es necesario; monitorear la ingesta de líquidos y electrolitos. Es necesario monitorear rigurosamente las señales vitales y los niveles de saturación de oxígeno, además de observar la evolución del embarazo mediante el monitoreo de la frecuencia de latidos cardíacos, desarrollar un plan de parto individualizado y realizar un enfoque mediante equipo de atención multiespecializada. (59)

Se puede concluir que el modelo de control prenatal el cual se viene desarrollando consiste en integrar la tele consulta como modalidad de atención el programa, siempre que la gestante acepte cuenten con el equipamiento y acceso a Internet.

Por ende, los datos disponibles hasta el momento sugieren que las mujeres embarazadas están en mayor riesgo de desarrollar una forma grave de COVID-19 y, en algunos casos, podrían evolucionar a la muerte. En ese sentido, se ha recomendado que los países aborden los riesgos y vulnerabilidades específicas que enfrenta esta población, aseguren la continuidad de los servicios de atención prenatales, así como la oportuna atención a los signos y síntomas de gravedad por COVID-19 en las mujeres embarazadas.

La realización de la prueba para el SARS-CoV-2 de las mujeres embarazadas al inicio de la gestación es necesaria y beneficiosa al mejorar el manejo clínico y prevenir posibles complicaciones de la infección. Los análisis realizados a las mujeres durante

las consultas prenatales permiten monitorizar la transmisión de las enfermedades en la población general; esto también ayudaría a obtener información más precisa sobre la transmisión de la COVID-19. En lo que respecta al control del embarazo durante la pandemia de COVID-19 se debe tranquilizar a las embarazadas, ya que las decisiones que toman se encuentran basadas en la evidencia científica, aunque se debe ser cautos ya que sabemos que esta evidencia es todavía limitada.

Para las gestantes identificadas de bajo riesgo obstétrico en el primer nivel de atención se ha dicho que su consulta , se deberá realizar mediante seguimiento telefónico cada 4 semanas hasta la semana 20 reforzando siempre la educación en signos y síntomas de alarma, red de urgencias y autocuidado. Después de la semana 20 el control prenatal se debe realizar de manera presencial para toma de altura uterina, fetocardia y validación de factores de riesgo que son necesario para llevar un buen control.

Y que cuando estas asisten a controles presenciales se debe realizar unificado en un día a la semana, o en una jornada exclusiva. La atención de esta población debe garantizar, en un mismo ciclo de atención , el manejo del laboratorio y el apoyo diagnóstico necesario. Debe asegurarse que los horarios de las agendas garanticen estándares de seguridad en las salas de espera.

Pero también se ha analizado que las mujeres embarazadas han recibido información contradictoria durante la pandemia. Es necesario mejorar la comunicación con las mujeres sobre los efectos del COVID-19 en el embarazo, tanto por parte de los trabajadores de salud como a través de los organismos oficiales los medios de comunicación. Se podría utilizar una mejor comunicación para prevenir la ansiedad, el insomnio, etc.

2.5 EFECTIVIDAD DE LA INFORMACIÓN QUE SE BRINDA A LAS PACIENTES GESTANTES ACERCA DE LOS CUIDADOS PARTICULARES PARA LAS MUJERES GESTANTES QUE DEBE SEGUIR EN CASA PARA PREVENCIÓN DE COVID-19.

Los estudios señalan también que el momento exige que las embarazadas tengan oportunidades laborales más flexibles con ausencia al trabajo cuando la edad gestacional sea superior a 28 semanas o con factores de riesgo o comorbilidades subyacentes (31,39). Estas precauciones deben tomarse, considerando que el COVID-19 en el embarazo ha tendido hacia desenlaces negativos, como: aborto espontáneo, rotura prematura de membranas, restricción del crecimiento intrauterino, sufrimiento fetal, trabajo de parto y parto prematuros.

Estrategias de prevención y protección personal: la protección personal y el aislamiento del paciente son fundamentales para controlar una mayor infección y propagación viral. En cuanto a las mujeres embarazadas que trabajan en entornos hospitalarios, que signifiquen exposición de alto riesgo, se prefiere el traslado a entornos de exposición de bajo riesgo. Una revisión realizada por Dong Fang et al, publicada en la revista *Advanced Science News*; indica que la cuarentena absoluta es difícil para las mujeres embarazadas porque suelen requerir atención de miembros de la familia, además de exámenes de rutina en los hospitales, sin embargo, ofrece algunas recomendaciones para la prevención de COVID19 durante el manejo del embarazo. Es importante la autoprotección en la vida diaria, debe pedir a las mujeres embarazadas que se queden en casa, excepto por razones médicas; además, la higiene personal, desinfección, limpieza del hogar y ventilación son fundamentales.

La mayoría de los contagiados de COVID-19 está en casa, por esto es importante conocer la sintomatología que advierte que debe comunicarse con los servicios de salud al igual que seguir las recomendaciones para evitar la transmisión de la infección a otros miembros de la familia. Por eso la gestante y su familia deben estar atentos a los signos de alarma que son:

SIGNOS DE ALARMA GENERALES	SIGNOS DE ALARMA OBSTÉTRICOS
<ul style="list-style-type: none"> • Fiebre (Mayor o igual a 38C), • Tos (con o sin producción de esputo), • Dificultad para respirar (sensación de disnea o ahogo), • Fatiga o malestar general intensos • Náuseas o vomito persistente • Dolor al respirar • Hemoptisis • Incapacidad para tolerar la vía oral • Diarrea 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión arterial • Cefalea • Trastornos visuales y auditivos • Epigastralgia • Edemas de manos y/o cara • Disminución marcada o ausencia de movimientos fetales • Actividad uterina • Hipomotilidad fetal • Sangrado genital • Amniorrea o leucorrea • Sintomatología urinaria

Fuente: Ministerio De Salud Y Protección Social: Lineamientos provisionales para la atención en salud de las gestantes.(7)

En caso de que la gestante llega a presentar signos de alarma, debe comunicarse inmediatamente con su IPS y acudir al lugar de atención que le sea indicado.

Por eso las gestantes deben tener en cuenta las recomendaciones de higiene y cuidado personal para evitar el contagio. Al igual que el resto de la población, las mujeres gestantes deberán seguir todas las sugerencias preventivas, como el aislamiento social y el regular lavado de manos, como principales estrategias de prevención (9). Teniendo eso en cuenta también es necesario que ellas sigan una serie de consejos que le permitirán llevar un mejor embarazo como:

- No sobre-exigirse. Dentro de lo posible, tomar el embarazo con la mayor tranquilidad.
- Manténgase activa. La actividad física ha demostrado grandes beneficios para todas las personas, incluyendo las mujeres en embarazo.
- Comparta las preocupaciones. Si está en una relación de pareja, hable con esta.

El discutir abiertamente los temores y preocupaciones puede ser de gran ayuda en su manejo.

Se recomienda entonces tener en cuenta los anteriores punto complementándolo con aplicar estrategias de relajación, mindfulness o meditación; o sencillamente, procurar hacer cosas que generen tranquilidad (leer, oír música, ver series de agrado, entre otras). Con base en las recomendaciones de su médico, se invita a tener una sana disciplina de ejercicios en casa durante el aislamiento preventivo. Si no cuenta con

pareja, el ventilar estas emociones con personas cercanas y de confianza será igualmente benéfico.

Por supuesto, la rutina de higiene y cuidado personal es fundamental para las mujeres durante esta etapa. Recordemos que esta rutina incluye: Lavar las manos frecuentemente con agua y jabón, o con un desinfectante de manos a base de alcohol, usar tapabocas, mantener distancia física mínima de 2 metros con las demás personas, no estar en lugares con aglomeraciones. Evitar tocarse los ojos, la nariz y la boca.

Los ejercicios del programa para la psicoprofilaxis obstétrica durante el confinamiento pueden ser realizados por gestantes en cualquiera de sus trimestres con presencia o no de enfermedades asociadas, previa valoración del personal calificado que es el máximo responsable de orientar o contraindicar la práctica del mismo, incluso, de modificar o eliminar ejercicios dentro de los sugeridos.

Este programa puede ser indicado durante el terreno a la gestante según la programación del Programa Materno Infantil o distribuidos de forma escrita en plegables diseñados por el profesional de la salud. De ahí se desprende la importancia del lenguaje claro y preciso en la descripción de las posiciones, repeticiones y posturas a adoptar para cada uno de ellos.

Resulta importante, además, explicarle a la gestante y familia los beneficios de implementarlos dentro de la rutina de aislamiento y los beneficios que le son atribuidos por los especialistas. Dentro de ellos se destacan:

- Una mejoría en la postura y apariencia.
- Alivio del dolor de espalda.
- Músculos más fortalecidos para el trabajo de parto y soporte para las articulaciones flácidas
- Una mejoría en la circulación.
- Aumento en la flexibilidad.
- Aumento / mantenimiento de la condición aeróbica.

- Aumento en el nivel de energía: combate la fatiga.
- Reducción en la tensión de los músculos, promueve el relajamiento.
- Promoción de los sentimientos de bienestar y de una imagen positiva.

La propuesta está dada por una rutina de ejercicios apoyados con técnicas de relajación intermedias y finales, a realizar tres veces por semana según la disposición de la gestante y de la sensación de bienestar o fatiga generada después de realizada la práctica. Se recomienda siempre ante cualquier sintomatología anormal o preocupación, suspender y consultar al profesional a cargo y de ser posible contar con la participación de la pareja o algún familiar que ayude a los cambios de posición o auxilie en caso de la aparición de algún episodio inesperado. (62)

Aunque la evidencia específica no indica hasta el momento riesgos mayores en mujeres gestantes y recién nacidos, se recomienda contar con el equipamiento, medicamentos e insumos específicos, el personal adecuadamente capacitado para implementar en forma inmediata medidas de reanimación, apoyo vital y tratamiento específico, y prever la posibilidad de referencia a unidades de cuidados intensivos para la mujer y/o el recién nacido. Estas recomendaciones no son específicas para la condición abordada, sino que permiten brindar atención de calidad en el momento de la atención del nacimiento. Todas las mujeres embarazadas con infección por COVID-19 actual o reciente deben recibir información y asesoramiento sobre el cuidado y alimentación segura a brindar a los lactantes y las medidas apropiadas de PCI para prevenir la transmisión del virus COVID-19.

Esto muestra que las gestantes están siendo cuidadas desde la educación prenatal que su doctor le suministra durante sus visitas en persona, se ha recopilado algunos recursos para apoyar su educación en cada etapa de su embarazo. Estos recursos abarcan una variedad de temas tales como el embarazo, el cuidado del bebé, medidas de confort durante el parto, el posicionamiento adecuado para la lactancia, hitos en el desarrollo del bebé y el comportamiento del infante. Actualmente todas las clases son virtuales para mantenerla a usted y a su familia a salvo. (63)

Además las IPS deberán mediante seguimiento telefónico informar y reforzar los signos de alarma obstétricos y respiratorios, para que la gestante identifique cuando debe consultar a los servicios de urgencias. Y precisar mecanismos para que las mujeres gestantes puedan saber y reportar sus signos de alarma y así transportar hacia los servicios de salud a las mujeres que realmente lo requieran.

También es importante que estas se informen para evitar preocupaciones este punto es soportado por el médico psiquiatra, Rodrigo Córdoba, jefe del Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Rosario, "debe entender que, por considerarse una situación sin precedentes en el mundo, no hay estudios que confirmen los perjuicios en el feto durante el embarazo y tampoco hay evidencia de que exista una señal de transmisión o alteración de sentimientos al bebé", argumenta (9). Es por eso necesario que las gestantes utilicen los controles para informarse bien, hablar con el médico, prepararse.

Las gestantes deberían aprovechar los controles prenatales para resolver dudas y hacer todas las preguntas que tenga sobre el riesgo de esta pandemia para usted o su bebé. Es mejor recibir información sobre la infección por la covid-19 de fuentes veraces y confiables. En caso de notar que la intensidad de emociones como ansiedad o tristeza afectan su desempeño cotidiano, es importante que lo comente en sus controles prenatales. Su médico sabe cómo detectar, evaluar y manejar alteraciones emocionales frecuentes durante el embarazo. Igualmente, es importante que informe si tiene antecedentes de enfermedad mental desde antes de estar embarazada, esto ayudará al equipo médico a definir las mejores estrategias y acompañamiento para usted durante este periodo..

3. CONSIDERACIONES FINALES

Abarcado el tema, es válido considerar que, la pandemia causada por el COVID-19 ha generado grandes retos para quienes hacen parte del sistema de salud. A pesar de la pandemia, las enfermedades no cambian o desaparecen, y por ello los servicios de salud preventivos para estos problemas deben adaptarse a las condiciones adversas que suponen dificultades en muchos casos y realizarse en condiciones seguras por el bien de los pacientes. El programa de control prenatal es uno de ellos, mediante el cual se identifican posibles riesgos o alteraciones que se producen durante el embarazo y se promueven hábitos saludables.

Por consiguiente, la atención prenatal, entendida como cuidados habituales brindados durante la gestación, debe tener en cuenta el lugar donde se ofrece tal atención, garantizando brindar un servicio adecuado, asequible, y de excelente calidad, y además permitir una atención individualizada. Según la Organización Mundial de la Salud el número mínimo de visitas recomendables durante el embarazo debe ser ocho, qué incluye la visita a los especialistas además del curso de maternidad.

Dicho lo anterior, a nivel internacional, se han publicado varias guías y lineamientos especialmente para la atención de la gestante con COVID-19, durante el parto y puerperio. Para evitar la exposición de la gestante con personas que pueden estar infectadas durante la asistencia o durante el traslado hacia las consultas. La mayoría de estas se relacionan con en el manejo en caso de ser sospechosa de COVID-19 o confirmado. Sin embargo, ha habido pocos documentos oficiales que de forma explícita concretaran las modificaciones que se debían hacer.

Teniendo en cuenta esto, el seguimiento del embarazo desde el primer nivel de atención es uno de los servicios que ha realizado algunos cambios que han intentado resolver con el uso de las Tecnologías de Información y Comunicación (Tics) para atender a las embarazadas y cuya finalidad ha sido conseguir la mayor seguridad sin

descuidar todos los aspectos que incluye este servicio durante los momentos importantes del embarazo. Por lo cual han sido muchos los profesionales o centros de atención que han creado a través de distintas redes u otras aplicaciones, para responder todas aquellas dudas e inquietudes que han ido presentando las embarazadas. Quizás el desarrollo de estas herramientas sirva para aliviar el problema que carga dicho programa, como puede ser la falta de asistencia al mismo de la mujer, aunque, se observa una actitud positiva por parte de las ella al usar la tecnología para recibir información e interacción sobre su embarazo.

Ahora bien, algo a considerar de suma importancia es que, las mujeres embarazadas que tienen COVID-19 parecen tener mayor probabilidad de tener complicaciones respiratorias por lo que requieren cuidados intensivos. Según lo estudiado, algunas investigaciones apuntan a que las mujeres embarazadas que tienen la COVID-19 también tienen más posibilidad de tener un parto prematuro y una cesárea, y por lo cual es muy posible que sus bebés requieren de cuidados después del parto.

No obstante, no hay mucha evidencia en cuanto a la transmisión vertical, ni tampoco se ha evidenciado un incremento del riesgo de malformaciones congénitas en las gestantes con COVID-19. Aunque ya hay datos de infección en la placenta, sin embargo, no se conoce exactamente el mecanismo, por lo cual se recomiendan mantener las medidas de aislamiento y vigilancia fetal para establecer un cuadro clínico y hemodinámico muy característico materno y fetal, y tomar las decisiones necesarias.

Por lo tanto, es necesario definir los mecanismos y acciones para que las mujeres embarazadas tengan la información necesaria para que puedan, reconocer y reportar los signos de alarma. Este escenario por el que se está viviendo sirve para que algunas de esas limitaciones existentes vayan disminuyendo y verlo como oportunidad al crecimiento y al cambio. La virtualidad no sustituirá la presencialidad pues esta última es necesaria para mantener el contacto entre el personal de salud y la mujer gestantes debido a que la ayuda sentirse segura.

Aun así, las medidas de prevención y control de la pandemia son generales no han cambiado, lo que incluye evitar exponerse en lo posible no salir, lavarse las manos con frecuencia por lo menos 6 veces al día con desinfectante o agua y jabón, evitar toser o estornudar y tocarse los ojos, nariz y boca con las manos sin lavarse, mantener una distancia de 2 metros y no estrechar las manos. Si tuvieran los síntomas, debe buscarse atención médica, mantenerse en casa, limpiar y desinfectar frecuentemente las superficies que ha tocado. Usar tapabocas, especialmente cuando se está en público. Las gestantes con bajo riesgo o asintomáticas pueden cuidarse en casa, siempre que sean capaz de hacerlo, que puedan ser monitoreadas y que no tengan signos de enfermedad severa potencial, comorbilidades o complicaciones obstétricas.

4. CONCLUSIONES

En definitiva, la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Covid-19 ha provocado riesgos altos en los procesos de maternidad, no es algo que se deba tomar a la ligera y menos cuando se está frente a un virus nunca antes conocido el cual, se ha llevado ya millones de vidas, desde pequeños hasta ancianos, siendo la última la población más golpeada. Teniendo en cuenta tal situación, las madres gestantes hacen parte de esa población vulnerable ante un virus como este, ya que, en su estado, es muy frecuente que se esté sometida a un sistema inmune un poco débil, y aunque, no se ha demostrado como tal que sean más propensas a contraer el virus, algo cierto y demostrado es que tienen altos riesgos de complicaciones al contraerlo, por tal razón, los cuidados individuales en casa y en el exterior son fundamentales, completamente importantes, pero, también lo son la atención por parte del sistema de salud, donde se debería priorizar las diferentes medidas para llegar a muchas más madres que están expuestas.

Así que, basándose en una muestra mucho más alta de mujeres embarazadas en medio de esta pandemia, se pudiera llegar a realizar procesos de estudio mucho más profundos con respecto a este tema, y así, salvaguardar la vida de las maternas y los recién nacidos. Debido a esto, resulta fundamental que el propio sistema de salud desde sus diferentes entidades, principalmente el primer nivel, se vean a la tarea de identificar a estas madres, y llevar a cabo procesos de educación con respecto a los cuidados necesarios para su estado de embarazo, de esa forma, tomar un registro detallado de todas ellas para el estudio y su profundización en temas que aún no se conoce mucho.

Por lo tanto, partiendo de un registro más amplio, muchas más madres entrarían en estos procesos, de ahí que la Organización Panamericana de la Salud pidiera a los países del continente que redoblen todos los esfuerzos para poder garantizar que las embarazadas logren acceder a los diferentes servicios de salud prenatal teniendo en cuenta su alto riesgo y su poco estudio. Es por esto, que entender ese tema resulta un

poco complejo, pues la falta de conocimiento en general del virus, escasea las ideas para enfrentarlo y más en estas poblaciones de la sociedad tan vulnerables y delicadas como lo son las madres gestantes.

Se concluye de ahí que, todos los datos disponibles hasta este momento apuntan a que la mayoría de las mujeres embarazadas se encuentran en mayor riesgo de poder desarrollar una forma violenta de COVID-19 y, en algunos casos, por esa misma letalidad, lo más probable es la muerte. Debido a esto, resultan fundamentales medidas de atención específicas adicionales para las mujeres embarazadas de las cuales se sospeche o se haya confirmado la infección por COVID-19 especialmente todas aquellas que vivan en áreas remotas o rurales.

Teniendo en cuenta lo anterior, es un grave problema que enfrenta Colombia; es un país socialmente desigual, y con una geografía bastante compleja, sin mencionar su pluriculturalidad que lo convierte en un territorio diverso, por lo tanto, hay que tener en cuenta esas zonas de difícil acceso donde comunidades como las indígenas no cuentan con acceso a un sistema de salud de óptima calidad, y por el contacto con personas del exterior han tenido contagios en sus comunidades, esas madres gestantes en esas comunidades desde antes no cuentan con esos controles prenatales, y es la pandemia la que complica aún mucho más la situación, entonces, es deber del estado llegar a ellas con el sistema de salud para resguardar la vida de cada comunidad.

En esa misma línea argumentativa, hay que tener en cuenta que, si bien el riesgo general de enfermarse gravemente a causa del COVID-19 es bajo, sigue siendo mayor para las personas embarazadas en relación con las personas que no están embarazadas, de ahí que, padecer ciertas afecciones subyacentes, además de otros factores como la edad u ocupación, pueden aumentar aún más el riesgo de una persona embarazada de enfermarse gravemente, es importante entonces el control prenatal y definir muy bien el riesgo obstétrico que la paciente revele, puesto que, las personas embarazadas y enfermas con COVID-19 podrían tener mayor riesgo de

resultados negativos en el embarazo, como un parto prematuro, se ha dado ya en algunos casos, y es un riesgo latente en medio de esta pandemia.

De igual forma, las condiciones en los lugares en los que las personas embarazadas viven, aprenden, trabajan, se entretienen y oran también pueden incidir en los riesgos y consecuencias para la salud, por ejemplo, de contraer el COVID-19 o enfermarse gravemente. Por ejemplo, las personas embarazadas que trabajan en lugares en los que no pueden mantener distancia de personas que podrían estar enfermas, como los proveedores de atención médica, corren mayor riesgo de contraer el COVID-19 y presentar una enfermedad grave. Las desigualdades sociales y de acceso a la salud sistémicas y de larga data colocan a las personas embarazadas de ciertos grupos de minorías raciales y étnicos en una posición de mayor riesgo de contraer el COVID-19. Entender los demás factores que pueden suponer un riesgo mayor para las personas embarazadas pueden ayudarlas a tomar decisiones acerca de las precauciones que deberían tomar para protegerse de la infección.

Para concluir, en lo que se refiere a documentación, es poco lo que en estos momentos se tiene, es un pequeño fragmento de la población en general la que siempre se toma y los pocos estudios no colaboran mucho, como se dijo en este trabajo, la evidencia está en construcción y plantea desafíos importantes para crear un ambiente seguro para los pacientes y los agentes de salud perinatal. Es imprescindible que esta situación no atente contra los estándares de cuidado ético y compasivo durante el embarazo, el nacimiento y la etapa neonatal, períodos de máxima vulnerabilidad en la vida, resultaría importante que el estado y el mismo sistema de salud centrara más la mirada en las madres gestantes de las cuales con respecto al covid lo único que se sabe es el riesgo enorme de complicaciones que se tiene, pero nada concreto acerca del comportamiento del virus en ellas, es imprescindible realizar esos estudios algo que salvaría muchas vidas y evitaría complicaciones futuras en recién nacidos.

5.RECOMENDACIONES

Para tener en cuenta, en base a lo anterior concluido, se recomienda primeramente y como base fundamental para combatir esta pandemia en esta parte de la población, el estudio profundo del comportamiento del virus en estas madres gestantes, algo que logre recoger mucha más información acerca de los primeros meses y el contagio, de igual forma, su impacto en el feto y en el desarrollo del mismo, la evolución de cada mes y las diferentes dinámicas que tenga el virus en su estadía en la madre. Luego de esto, el proceso de mejoría, y todo lo concerniente a cómo queda la salud de la madre luego de superar el virus si su caso fue uno donde el contagio lo tuvo en los primeros meses antes de dar a luz, como también, cualquier caso que sea en los últimos meses, puesto que es importante estos diferentes periodos ya que, tanto la madre, como el bebé, tienen fases distintas dependiendo el mes de gestación en el que se encuentren.

Otro punto clave sería estudiar el desarrollo del bebé en sus últimos meses y posterior nacimiento, y cualquier tipo de repercusiones que cause el virus, todo esto, en un embarazo donde no hubo mayores complicaciones, dado el caso, aunque la mayoría presente graves momentos de complicaciones por el mismo estado de embarazo, por lo tanto, estudiar esas complicaciones en específico resultarían primordiales.

De igual forma, se recomienda también que los controles prenatales se hagan con la mayor rigurosidad posible, y abarque puntos importantes para poder cumplir con los protocolos de bioseguridad, haciendo uso de las plataformas tecnológicas y así la telemedicina se desarrolle de forma óptima y sea esencial en el cuidado de las madres, con un acompañamiento que aunque a distancia, sea lo suficientemente oportuno y preciso para buen desarrollo de su embarazo, teniendo en cuenta no solo su salud física y la del feto, sino también, su salud mental, ya que, se sabe que la salud mental en medio de la pandemia se torna un poco compleja y mucho más en madres gestantes con una carga hormonal tan grande diariamente, por ello, ese acompañamiento integral sería fundamental.

Como recomendación, algo supremamente importante para el estado y su sistema de salud actual, es el poder llegar a esos lugares de difícil acceso geográfico y social donde se encuentran madres gestantes no solo con riesgos por COVID-19 sino también por el riesgo obstétrico que estas madres enfrentan por sus malas condiciones de vida y la falta de atención medica de calidad en estas zonas, donde por lo general, el conflicto armado ha golpeado mucho, resaltando zonas como el pacifico colombiano donde se concentra la mayor población Afro, o zonas indígenas como la guajira o el alto Sinú, donde no se cuenta ni con la mitad de la atención medica requerida para estas comunidades, prácticamente se encuentran en abandono total por parte del estado.

Finalmente, se recomiendan los protocolos de bioseguridad que se le han dado a la población en general, son fundamentales y han de ser puestos en práctica por las madres gestantes, no solo para evitar el contagio, sino también, en caso tal de contraerlo, tener hábitos de sanidad muy buenos para consigo, su entorno y el posterior nacimiento de su bebe, pidiendo las instrucciones necesarias a los médicos para poder llevar a cabo procesos más sanos a la hora de amamantar a sus recién nacidos, ya que, es por contacto directo que se tiene registro que se dan los contagios a bebes, y no por vía vertical, por lo tanto, resulta un reto no solo para las madres, sino también para el personal de salud que vela por el bienestar de estas y busca lo mejor para brindarle esa seguridad y esa ayuda oportuna.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Reglamento sanitario internacional. 3 ed.; 2005.(1)
2. Organización Mundial de la Salud. Información básica sobre la COVID-19 [En línea]; 2020 [citado el 2020 10 11]. Disponible en:
<https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>
3. American Thoracic Society. ¿Qué es el COVID-19? Thoracic.org. [En línea] Nueva York.; 2020 [citado el 11 10 2020]. Disponible en:
<https://www.thoracic.org/patients/patient-resources/resources/spanish/covid-19.pdf>
4. Organización Mundial De La Salud. Actualización de las estrategias frente a la Covid-19. 2020. {En línea} {Citado el 11 de octubre de 2020} Disponible en:
https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020_es.pdf?sfvrsn=86c0929d_10
5. Ministerio De Salud Y Protección Social. Resolución 3280 de 2018. Ruta integral de Atención Materno perinatal. minsalud.gov.co {En línea} Bogotá. 2018 {citado el 11 de octubre de 2020}. Disponible en:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf
6. COVID-19 en gestantes y neonatos en Colombia Boletín No. 11 [En línea] [citado el 10 de mayo de 2021] Disponible en:
<https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/coronavirus-gestantes-y-neonatos.aspx>

7. Ministerio De Salud Y Protección Social: Lineamientos provisionales para la atención en salud de las gestantes, recién nacidos y para la lactancia materna, en el contexto de la pandemia de covid-19 en Colombia. Bogotá. P. 3-5.
8. Ministerio De Salud Y Protección Social. Ruta para mejorar la salud materna. minsalud.gov.co {En línea} Bogotá {Citado el 12 de octubre de 2020}. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Ruta-para-mejorar-la-salud-materna.aspx>.
9. Ministerio De Salud Y Protección Social. Los cuidados de la gestante durante el COVID- 19. minsalud.gov.co {En línea} Bogotá.2020 {Citado el 12 de octubre de 2020}. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Los-cuidados-que-deben-tener-las-mujeres-en-estado-de-embarazo.aspx>.
10. Ministerio De Salud De Argentina. COVID- 19. Acceso a la salud en tiempos de pandemia. Pautas para el cuidado de la salud perinatal y de la niñez. 18 de mayo de 2020. {En línea} {citado el 12 de mayo de 2020} Disponible en: <https://acortar.link/2K8pe>
11. Gobierno De España. Manejo de la mujer embarazada y el recién nacido con COVID- 19. {En línea} {Citado el 12 de octubre de 2020}.
12. Ana María Oviedo Zúñiga CRORM. Cuidados del control prenatal en el primer nivel de atención UAEM. [En línea].; 2016 [Citado el 9 de Mayo de 2021.] Disponible: <http://hdl.handle.net/20.500.11799/40660>
13. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. (en línea) 2016 (Citado el 12 de Marzo de 2021) disponible en:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250802/WHO-RHR-16.12-spa.pdf;jsessionid=A69810AC613FBF49EB69E6FB782737D7?sequence=1>

14. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. 2018. (en línea) (Citado el 12 de marzo de 2021) Disponible en:
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49550/9789275320334_spa.pdf?ua=1
15. Meza- Díaz, Susel- Nathaly. Factores de riesgo del control prenatal inadecuado en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. 2017. p. 21-31.
16. Ministerio De Salud Y Protección Social. Resolución 412 de 2000. Bogotá. 2018 {citado el 11 de octubre de 2020}.
17. Arbeláez-Campillo DF, Andreyevna Dudareva M, Rojas-Bahamón MJ. Las pandemias como factor perturbador del orden geopolítico en el mundo globalizado. Cuestiones Políticas ;36(63):134-50.
18. Shad, S. Contra las pandemias, la ecología. Mondiplo. P. 24-25.
19. Proaño F. III Seminario Internacional de zoonosis. Salud Pública y zoonosis., 2011. p .10-11.
20. Arbeláez-Campillo DF. Las pandemias como factor perturbador del orden geopolítico en el mundo globalizado. cuestiones politicas, ISSN. 2019; 36 (63): p. 136-140.
21. González- López GM. Pandemia. Influenza humana A H1N1.; Lo que hay que saber sobre ella. México: Editorial Alfil; 2009.p. 10-20

22. Uribe-Corrales, N. Algunas pandemias en la humanidad. Una mirada a sus determinantes. CES Salud Pública. 2015; 6, p. 90-93.
23. Organización Mundial de la Salud. Pandemic Influenza preparedness and response. 2009. (en línea) (Citado el 12 de marzo de 2021) disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44123/9789241547680_eng.pdf?sequence=1
24. Organización Mundial de la Salud. Presencia de la OMS en los países, territorios y zonas. 2017. p. 10. (en línea) (Citado el 12 de Marzo de 2021) disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255805/WHO-CCU-17.04-spa.pdf?sequence=1#:~:text=Los%20Estados%20Miembros%20de%20la,que%20comprende%20determinados%20Estados%20Miembros>
25. Esparza J. COVID-19: Una pandemia en pleno desarrollo. 2020. p. 1-2.
26. Colombia. Ministerio de Salud. boletín de Prensa No 050 de 2020. 2020. (en línea) (Citado el 12 de marzo de 2021)
27. Colombia. Ministerio de Salud. Vigilancia demográfica de la mortalidad por COVID-19 en Colombia. 2021. (en línea) (Citado el 12 de marzo de 2021)
28. Jasso- Gutiérrez L, Martínez-Moreno M. Neonatología practica (6° ed.). México: El Manual Moderno, 2005.p 91-103
29. Galán HJF. Tratamiento antiviral durante la etapa perinatal. En: Mancilla RJ, Larios MFJ, editores. Farmacología de antimicrobianos. PAC Neonatología 2. México: Editorial Intersistemas; 2005.

30. Klein JO, Remington JS. Current concepts of infections on the fetus and newborn infants. En: Remington JS, Klein JO, editores. Infections diseases of the fetus and newborn infant. Philadelphia: WB Saunders Company; 2002. p. 1-22.
31. Brabin B. Epidemiology of infections in pregnancy. Rev Infect Dis. 1985;7 (5): p. 579-603.
32. Abarca KV: Infecciones en la mujer embarazada transmisibles al feto. Rev Chil Infect. 2003;20(Supl 1): S41 - S46.
33. Gotuzzo E, Moody J, Verdonck K, Cabada M, González M, Van Dooren S, et al. Frequent HTLV-1 infection in the offspring of Peruvian women with HTLV-1–associated myelopathy/tropical spastic paraparesis or strongyloidiasis. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 2007; 22(4): p. 223-230
34. Zhu H., Wang L., Fang C., Peng S., Zhang L., Chang G. Clinical analysis of 10 neonates born to mothers with 2019-nCoV pneumonia. Transl Pediatr. 2020;9: p. 51–60
35. Augusto Sola, Susana Rodríguez, Marcelo Cardetti, and Carmen Dávila. Revista Panamericana de la Salud. ; 2020; v.44)
36. Ma X, Zhu J, Du L. Neonatal management during the coronavirus disease (COVID-19) outbreak: The Chinese experience. NeoReviews. 2020;21(5). 10.1542/neo.21-5-e293
37. Kimberlin DW, Stagno S. Can SARS-CoV-2 infection be acquired in utero?: more definitive evidence is needed. JAMA. 2020;323(18): p. 1788–1789
38. Knight M, Bunch K, Vousden N, Morris E, Simpson N, Gale C, et al. Characteristics and outcomes of pregnant women admitted to hospital with

confirmed SARS-CoV-2 infection in UK: National population-based cohort study. BMJ 2020; 369: m2107. <https://doi.org/10.1136/bmj.m2107>

39. Kotlyar, A, Grechukhina, O. Chen, A. Popkhadze, S. Grimshaw, A. Tal, O, Taylor, H. Tal, R. Transmisión vertical de la enfermedad por coronavirus 2019: revisión sistemática y metanálisis. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Volume 224, Issue 1, Enero de 2021 , páginas 35-53.e3
40. González, R. Correa,P, Orchard,F. Sumonte,R. Vial,M.Bitár,P. Haye,M. Germain,Alfredo. Pons,A. Leiva,J. Salas,A. Reyes,F. Escobar,J. Muñoz,H. Díaz,C. Aguilera,S. Barrera,C, Quiroz,L COVID-19 and pregnancy: clinical case of critical presentation, placental inflammation and demonstrated fetal vertical transmission. Revista Médica Clínica Las Condes. 2021; 32, (1), p.105-111
41. Navarro J.. Definición de limitación [Internet]. Sao Paulo (Citado el 01 de mayo de 2014) Disponible en: <https://www.definicionabc.com/deporte/limitacion.php>
42. Martínez Galiano JM. Determinantes asociados a la participación de mujeres primíparas en el programa de educación prenatal. Gac Sanit. 2013; 27 (5) p. 447- 449.
43. Verde ME. Embarazo sin control, Análisis epidemiológico. Rev. Méd. Urug. 2012; 28 (2) p. 100-107.
44. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2654 del 2019. Por la cual establecen disposiciones para la telesalud y parámetros para la práctica de la telemedicina en el país.minsalud.gov.co {En línea} Bogota. 2019 {citado el 11 de enero de 2021}. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Forms/DispForm.aspx?ID=5754

45. Moquillaza Alcántara V. LA ATENCIÓN PRENATAL REMOTA COMO ESTRATEGIA CONTRA EL COVID-19 Rev Int Salud Materno Fetal. 2020; 5(1): 1-2
46. Significado de estrategia {en línea} {Citado 07 de febrero de 2018} Disponible en: <https://www.significados.com/estrategia/>
47. Laura T, Mar C , Ana R y Caterina G, *¿Qué es una estrategia de COVID Cero y cómo puede ayudarnos a minimizar el impacto de la pandemia?* ISGlobal ,(2020) . 26, p. 1-10
48. Jones D, Helmreich S. A history of herd immunity. The Lancet. Septiembre de 2020. 396(10254), p. 810–811.
49. Leng T, White C, Hilton J., et al. The effectiveness of social bubbles as part of a COVID-19 lockdown exit strategy, a modelling study [version 1; peer review: awaiting peer review]. Wellcome Open Res. 2020.5:213.
50. Robaina Castellanos G. Repercusión de la Covid-19 en la salud materno infantil. 2020. (en línea) (citado el 29 de marzo de 2021) Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v66n2/2304-5132-rgo-66-02-00003.pdf>
51. Gobierno de Aragon. Estrategias de promoción de salud. 2021. p 1. (En línea) (Citado el 12 de marzo de 2021) disponible en: <https://www.aragon.es/-/estrategias-y-programas-de-salud>
52. Carlos Humberto Saavedra Trujillo. Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-CoV-2/COVID-19 en establecimientos de atención de la salud: Recomendaciones basadas en consenso de expertos e informadas en la evidencia. 2020. (En línea) (Citado el

29 de marzo de 2021) disponible en:

<http://revistainfectio.org/index.php/infectio/issue/view/103/showToc>

53. Huerta-Sáenz I, Elías- Estrada J, Campos Del Castillo K, Muñoz-Taya R, Coronado J. Características materno perinatales de gestantes COVID-19 en un hospital nacional de Lima, Perú. 2020. (en línea) (citado el 15 de marzo de 2021) Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v66n2/2304-5132-rgo-66-02-00003.pdf>
54. Tullo JE, M. J. Impacto de la COVID-19 en la prestación de los servicios de salud esenciales en Paraguay. Revista panamericana de salud pública, 2020; p.15-20
55. Matzumura Kasano JP, Sandoval Díaz I, Santibáñez L. Rev Peru Investig Matern Perinat 2020; 9 (1):p. 92-97
56. Ministerio de Salud y protección social. Resolución 521 de 2020. Atención de la población con indicación de aislamiento preventivo, con énfasis en población con 70 años o más o con condiciones crónicas de base o inmunosupresión por enfermedad o tratamiento, durante la emergencia sanitaria por COVID-19. [minsalud.gov.co](https://www.minsalud.gov.co) {En línea} Bogotá. 2018 {citado el 11 de enero de 2021}. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/RID/resolucion-521-de-2020.pdf>
57. Mascarenhas, V. H. COVID-19 y la producción de conocimiento sobre las recomendaciones en el embarazo: revisión del alcance. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2020; 28(1), p. 1-10.

58. MACHADO, M. Programa de psicoprofilaxis obstétrica durante el confinamiento por la pandemia de la COVID-19. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, 2020; 24 (6), p.1-8.
59. VON VOIGTLANDER WOMENS HOSPITAL. (s.f.). Su atención prenatal durante la pandemia del. MICHIGAN: Department of Obstetrics and Gynecology.