



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



JUNTA DE
ASISTENCIA PRIVADA

Actualización de la Síntesis de Medidas Oficiales frente al COVID-19 para personas en residencia

28 de julio del 2020

NOTA

Las medidas incluidas en el presente documento están en continua revisión según las disposiciones oficiales emitidas por las autoridades al momento.



ÍNDICE

	Página
Introducción	3
I.- Instituto Nacional de Geriátría. Estudios muestran que personas mayores sufren menos depresión y ansiedad que jóvenes durante la pandemia COVID-19	3
II.- Gobierno de la Ciudad de México. Integra dos colonias de Azcapotzalco a la lista de Atención Prioritaria por COVID-19	5
III.- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Discriminación en tiempos de COVID	9
IV.- Gobierno de México. Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida	11
V.- Gobierno de la Ciudad de México. Intensifica atención en 36 colonias prioritarias.	40
VI.- Dirección General de Epidemiología. Laboratorios con reconocimiento por parte del InDRE, para realizar el diagnóstico de COVID 19, con fines de Vigilancia Epidemiológica	42
VII.- Gobierno de la Ciudad de México. Seguimos en Semáforo Naranja con alerta	46
Consideraciones Generales	49
Referencias Bibliográficas	50



INTRODUCCIÓN

La Junta de Asistencia Privada, en su compromiso de mantenerlos informados, pone a disposición las nuevas publicaciones oficiales del orden federal y local las cuales complementan las síntesis informativas enviadas anteriormente relacionadas con las medidas de prevención y cuidado durante la contingencia sanitaria por COVID-19.

En esta síntesis se citan documentos que sugieren algunas recomendaciones hacia la Nueva Normalidad, los cuales informan a la población en general, las medidas sanitarias a seguir durante el semáforo epidemiológico para evitar el contagio y propagación del virus SARS-COV2, por ello les invitamos a estar alertas en los canales informativos del Gobierno de México y de la Ciudad de México.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN

I. La Dirección de Enseñanza y Divulgación del Instituto Nacional de Geriátría, publicó el 16 de julio de 2020, el artículo **Estudios muestran que personas mayores sufren menos depresión y ansiedad que jóvenes durante la pandemia COVID-19**, en el Boletín INGER - Julio 2020, Volumen 3. Número 5, señalando que:

Las personas mayores son un grupo poblacional vulnerable a las consecuencias psicológicas asociadas al confinamiento debido al COVID-19, especialmente porque también tienen mayor peligro de mortalidad ante la enfermedad. No obstante, diferentes estudios han encontrado que, durante el periodo con contención de la pandemia, las personas mayores reportan menos malestar psicológico que otros grupos de edad debido a su resiliencia.

Los análisis realizados hasta el momento sobre efectos psicológicos del COVID-19 sugieren que, al contrario de lo que se esperaba, las personas mayores manifiestan menos problemas de salud mental comparadas con jóvenes. Incluso, estudios realizados en diferentes partes del mundo como España o China cuestionan esta premisa y dan evidencia para sostener que esta población puede llegar a alcanzar mayores indicadores de bienestar psicológico que el resto de la sociedad.



Una explicación para este fenómeno, según un estudio realizado en la Universidad Rey Juan Carlos en Madrid España, se puede encontrar en la autopercepción del envejecimiento.

La autopercepción del envejecimiento refiere a un conglomerado de elementos que determinan la manera en que la persona envejece y es marcada por su ciclo vital. Factores como el contexto social, económico y político; el imaginario cultural sobre la vejez; los derechos y garantías; el acceso a la salud y el bienestar; son algunos de los elementos que encaminan la manera en que un conglomerado social percibe el proceso de envejecimiento. Este entendimiento puede ser positivo o negativo, dependiendo de la cultura.

El estudio realizado por el Departamento de Psicología de la Universidad española refiere que una de las variables que predecía en mayor medida el bienestar eran las autopercepciones positivas del envejecimiento.

En el estudio descriptivo dirigido a analizar la relación entre el bienestar psicológico y la edad en una situación altamente estresante como es el confinamiento debido al COVID-19, se encontró que los jóvenes informan de niveles superiores de ansiedad, tristeza y soledad que las personas mayores.

En el mencionado estudio se concluye que no es la edad cronológica en sí misma la que predice el malestar psicológico y la soledad, sino que las autopercepciones negativas del envejecimiento, que se asocian con recursos familiares y personales es que obstaculizan el afrontamiento adecuado de las crisis.

Esto significa que los estereotipos sobre el envejecimiento, presentes en todas las edades, impactan en la salud mental de las personas en una situación de crisis relacionada a la salud y el bienestar como ha ocurrido en la pandemia de COVID-19. Si las personas suelen asociar el envejecimiento a situaciones difíciles y negativas, esto puede llevar a modificaciones en su conducta y salud física, así como mental.

En pocas palabras, estos dos factores se unen de esta manera: si una persona está confinada y considera que la vejez es algo negativo, es más propenso a experimentar depresión y soledad.

Las personas de entre 18 y 39 años ven en el confinamiento un cambio en sus rutinas de actividad y un mayor riesgo de pérdidas o alteraciones en relación a sus valores o metas, más vinculadas a la actividad social, educativa o económica. Muchas veces, el envejecimiento es visto en la sociedad como un proceso similar de alteración en la vida y las expectativas.



Por otro lado, las personas que cuentan con una visión positiva del envejecimiento cuentan con mayor resiliencia y capacidad para aplicar de forma efectiva estrategias de regulación emocional tales como la aceptación, la reinterpretación, la distracción o la supresión, las cuales podrían ser de mucha utilidad al enfrentar la cuarentena por COVID-19.

Los resultados del trabajo, conducido por el doctor Andrés Lossada-Baltar muestran que existe una mayor capacidad de afrontamiento adaptativo de las personas mayores ante situaciones de estrés como la vivida ante el COVID-19, a pesar de su situación de salud. Las personas más jóvenes, más orientadas a emplear estrategias centradas en la acción y la solución de problemas, podrían no estar tan bien equipadas para afrontar la situación, mostrando además estilos de interacción o comunicación familiar inadecuada.

II. El Gobierno de la Ciudad de México, informó que integra dos colonias de Azcapotzalco a la lista de Atención Prioritaria por COVID-19, a través de una nota publicada el 19 Julio 2020 en el Portal de Internet COVID-19, indica que:

A partir del miércoles 22 de julio se integrarán las colonias Tezozomoc y San Juan Tlihuaca de la Alcaldía Azcapotzalco a la lista de Colonias, Pueblos y Barrios de Atención Prioritaria, con lo cual sumarán 36 zonas en las que se interviene de manera integral y focalizada con el objetivo de disminuir y evitar los contagios de Covid-19.

En estas zonas se concentra el 20 por ciento de los contagios por Covid-19 en la ciudad, por ello se disminuyen actividades, y a través de apoyos médicos, económicos y alimentarios, se promueve que las personas se queden en casa y se garantiza el acceso al derecho a la salud de quienes viven en estos lugares a través de seis acciones:

1. Vigilancia Epidemiológica casa por casa para asesoría y revisión médica y en su caso, realización de pruebas, así como la canalización temprana de casos por Covid-19.
2. Instalación de quioscos de salud para asesoría médica. Los quioscos estarán en funcionamiento de lunes a viernes de 9:00 a 13:00.
3. Campañas de información y perifoneo en las colonias para difundir las medidas de prevención e invitar a la población a quedarse en casa.
4. Programa Hogar responsable y protegido el cual consiste en otorgar apoyo médico, alimentario y económico, a las familias que tengan un integrante con



prueba positiva de Covid-19, dar seguimiento a los síntomas a través de videollamada con un médico Locatel; así como brindar asesoría legal por ausencia laboral.

5. Suspensión temporal de comercio en vía pública a quienes se les otorgarán apoyos económicos por parte de la Secretaría de Desarrollo Económico.
6. Reforzamiento de las medidas sanitarias generales a través de la sanitización del espacio público, así como el énfasis en el uso de cubrebocas, uso de careta en el transporte público y para comerciantes, lavado constante de manos o uso de gel antibacterial y ante el menor síntoma quedarse en casa y enviar un SMS con la palabra "covid19" al 51515.

Las Colonias, Pueblos y Barrios que a continuación se enlistan, fueron seleccionados con base en el número de casos activos y la tasa de casos activos por cada 100 mil habitantes; y reciben atención prioritaria durante 15 días, a partir de la fecha en que fueron anunciadas:

Alcaldía	Colonia	Casos Activos	Tasa de casos activos por cada 100 mil habitantes
Álvaro Obregón	Olivar del Conde 1ra. Sección	19	121.9
Álvaro Obregón	Olivar del Conde 2da. Sección	13	78.9
Álvaro Obregón	San Bartolo Ameyalco (PBLO)	23	95.0
Azcapotzalco	Aldana	13	388.6
Azcapotzalco	Tezozomoc	8	78.6
Azcapotzalco	San Juan Tlihuaca (PBLO)	21	172.2
Coyoacán	Ajusco	39	113.1
Coyoacán	Pedregal de Sto. Domingo	63	67.2
Coyoacán	Pedregal de Santa Úrsula	32	76.1
Coyoacán	Adolfo Ruíz Cortines	16	110.8
Cuauhtémoc	Doctores	41	91.7
Cuauhtémoc	Guerrero	31	73.2
Gustavo A. Madero	Nueva Atzacualco I II III	25	81.8
Iztapalapa	Lomas de San Lorenzo	30	72.1
Magdalena Contreras	Cuauhtémoc	23	338.1
Magdalena Contreras	San Bernabé Ocoatepec (PBLO)	24	187.1
Magdalena Contreras	Barros Sierra	11	281.9



Magdalena Contreras	La Malinche	15	152.9
Magdalena Contreras	El Tanque	15	131.3
Magdalena Contreras	Las Cruces	12	111.3
Miguel Hidalgo	Anáhuac	51	170.6
Miguel Hidalgo	Tlaxpana	12	144.5
Milpa Alta	San Salvador Cuauhtenco (PBLO)	62	767.4
Milpa Alta	San Pablo Oztotepec (PBLO)	22	298.6
Milpa Alta	San Antonio Tecomil (PBLO)	40	151.6
Tláhuac	San Francisco Tlaltenco (PBLO)	22	144.5
Tlalpan	San Miguel Topilejo	38	268.0
Tlalpan	El Capulín	26	195.8
Tlalpan	San Pedro Mártir (PBLO)	19	123.9
Venustiano Carranza	20 de Noviembre	16.00	124.2
Xochimilco	San José Zacatepec	26	1,084.4
Xochimilco	San Gregorio Atlapulco (PBLO)	44	172.8
Xochimilco	Santa María Nativitas (PBLO)	21	126.1
Xochimilco	Santa Cruz Acalpixca (PBLO)	19	88.9
Xochimilco	Santiago Tepalcatlalpan (PBLO)	19	83.0
Xochimilco	San Lucas Xochimanca (PBLO)	14	111.6

Para la atención de las colonias Tezozomoc y San Juan Tlihuaca de la Alcaldía Azcapotzalco, se instalará un quiosco a partir del próximo miércoles 22 de julio en la Glorieta de los Ahuehuetes, ubicada en Miguel Lerdo de Tejada esquina con calle Huaves, Colonia San Juan Tlihuaca.

Además, se informa del cambio de ubicación de siete quioscos en cinco demarcaciones:

Cuauhtémoc

1. Plaza Los Ángeles, en calle Lerdo esquina con calle Luna, Colonia Guerrero
2. Monumento a Lázaro Cárdenas, en Eje Central esquina Dr. Erazo, Colonia Doctores



Coyoacán

3. Calle Papalotl esquina Escuinapa, Colonia Pedregal de Santo Domingo
4. Parque de la Consolación ubicado en calle San Hermilo, esquina San Ricardo, Colonia Pedregal de Santa Úrsula

Magdalena Contreras

5. Jardín Hidalgo, calle Corona del Rosal, esquina Torres, Colonia El Tanque

Tlalpan

6. Calle Ojo de Agua esquina Lázaro Cárdenas, Colonia Ejidos de San Pedro Mártir

Miguel Hidalgo

7. Deportivo Anáhuac, en calle Tláloc y Tizoc, en la Colonia Tlaxpana Asimismo se informa sobre la primera semana de implementación del programa de Atención Prioritaria a Colonias, Pueblos y Barrios, que comprende desde el miércoles 15 al 18 de julio en 34 colonias:

Se instalaron 34 quioscos de Salud para atención médica; se han realizado 5 mil 215 pruebas COVID-19 en quioscos; 61 mil 697 visitas médicas a domicilio; se ha brindado orientación a 48 mil 321 personas; y se han entregado 72 mil 665 volantes informativos. También se llevaron a cabo 510 llamadas a casos positivos en esas colonias: 534 cuestionarios por sms: 589 llamadas constatadas de casos positivos y usuarios sms: 524 accedieron a dar contactos: 291 contactos proporcionados: así como 78 contactos enviados a prueba (5 negativos y 3 positivos), y 46 usuarios de sms fueron enviados a prueba.

La Ciudad permanece en Semáforo Naranja.

Recuerda las medidas de protección generales para salir de casa: uso de cubrebocas, sana distancia y lavado frecuente de manos o uso de gel al 70 por ciento de alcohol.

Si tienes síntomas o has estado en contacto con alguien que tiene COVID envía un sms con la palabra covid19 al 51515 o llama a Locatel al 56581111.

Para mayor información, acceder al sitio web <https://covid19.cdmx.gob.mx/>



III. El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores publicó el 20 de julio de 2020 a través de su Portal de Internet, el documento **Discriminación en tiempos de COVID**, que cita:

La discriminación hace referencia a una práctica que consiste en dar un trato desfavorable o de desprecio innecesario a determinada persona o grupo, en ocasiones no la percibimos, pero probablemente en algún momento la hemos causado o recibido.

Los efectos de la discriminación en la vida de las personas son negativos y tienen que ver con la pérdida de derechos y la desigualdad para acceder a ellos; lo cual puede orillar al aislamiento, a vivir violencia, e incluso en casos extremos, a perder la vida.

Con la llegada del coronavirus, no sólo se vive un problema de salud, sino que se presentan también problemas sociales como la discriminación, el miedo, la intolerancia, etc. En cuanto a discriminación se refiere, surgieron nuevas formas de marginar a las personas por diferentes motivos, algunos de ellos son:

- Por viajar
- Por ser portadoras del virus
- Por ser personal de salud
- Por discapacidad
- Por ser persona indígena
- Por ser de origen asiático
- Por género
- Por ser portador de VIH
- Afecciones de salud y sobrepeso
- Por no tener hogar
- Por ser persona mayor

Queremos hacer énfasis especial en aquella que se presenta contra las personas mayores, pues se ha percibido esta enfermedad como un problema de este sector de la población y en algunos países se les trata como portadoras del virus, incluso, se les ha forzado a estar en confinamiento o dejar sus labores, independientemente de su estado de salud, capacidades y su opinión.

Si a eso le sumamos otros factores como los antes enlistados, así como los estereotipos y prejuicios, se puede presentar una multi discriminación que puede afectar de manera considerable su vida.



Un **estereotipo** es una imagen o idea comúnmente aceptada, a la que se le atribuyen características determinadas sobre cierto grupo o tipo de personas, la cual lleva a considerar a sus integrantes o a todas ellas como portadoras del mismo tipo de características, sin que dicha atribución obedezca a un análisis objetivo y concreto de las características específicas de la persona que se trate.

Por su parte, un prejuicio se forma al juzgar a una persona con antelación, es decir, prejuzgarla, emitir una opinión o juicio —generalmente desfavorable— sobre una persona a la que no se conoce, a partir de cualquier característica o motivo superficial.

Los **prejuicios** son una forma de juzgar lo distinto a nosotros sin conocerlo, considerando lo diferente como malo, erróneo, inaceptable o inadecuado.

Como resultado de los estereotipos y los prejuicios, se genera la intolerancia, surge la incompreensión, el temor, el rechazo y la falta de respeto a las diferencias, así como el viejismo.

Es importante considerar el viejismo, pues, hablar de vejez, envejecimiento o inclusive pensar en llegar a ser viejo o vieja, son temas envueltos en estereotipos, mitos, prejuicios y discriminación, debido a que se tiene una visión NEGATIVA de éstos. A toda esta imagen o percepción social negativa se le llama VIEJISMO.

¿Cómo evitar el viejismo y la discriminación?

Saber que el envejecimiento es un proceso diferencial, particular y específico, es parte del curso de vida; todas las personas envejecen de diferente forma.

Crear conciencia sobre los impactos negativos que tiene el viejismo en las personas mayores.

Documentarse sobre el proceso de envejecimiento y el significado de que se hayan ganado muchos años de esperanza de vida.

Analizar nuestros prejuicios y estereotipos, considerando que también envejeceremos.

Conocer nuestros derechos y hacerlos valer ante las instituciones que los protegen.



IV. El Gobierno de México publicó el 22 de julio de 2020, el **Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida**, a través del Portal de Internet COVID-19, el cual manifiesta que:

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

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

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

Debido a la rápida evolución de la pandemia, de manera constante se generan nuevos datos acerca de la enfermedad y sus implicaciones en la salud reproductiva, sin contar hasta el momento con evidencia científica de alto nivel. Es decir, las principales fuentes de información disponibles a nivel mundial son los casos presentados, las opiniones de grupos expertos y, recientemente, se han publicado revisiones sistemáticas de estudios de cohorte, que constituyen un siguiente nivel de evidencia.

Por lo tanto, a partir de éstas es posible emitir recomendaciones y buenas prácticas consensuadas, que integran el presente lineamiento.

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



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

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

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

A la fecha no se cuenta con datos del resultado perinatal cuando la infección se adquiere en el primer o segundo trimestre, ya que los resultados de series publicadas, sólo han abordado casos confirmados en el tercer trimestre. Asimismo, el detalle de cómo se relacionan las comorbilidades, complicaciones, la



gravedad de la enfermedad, así como cualquier otra condición que pueda modificar los resultados presentados, continuarán investigándose a la luz de nuevas publicaciones.

Conforme avance el desarrollo de la pandemia y se cuente con una mejor sistematización de la información, podrá determinarse si existe una relación causal directa entre la infección por SARS CoV-2 y los resultados maternos y perinatales o si éstos son derivados de otros factores como la presencia de comorbilidades y las propias características de la atención asistencial.

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

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

Recomendaciones generales

Es importante señalar que, dado el escenario de transmisión comunitaria y las diversas curvas epidemiológicas en el territorio mexicano, sin vacuna para SARS-CoV-2 ni tratamiento sólidamente avalado por la evidencia científica, en la



transición hacia una nueva normalidad, se debe reconocer que la pandemia puede prolongarse por un tiempo no determinado, con casos asintomáticos cada vez más frecuentes. Dado que no es posible establecer unidades libres de COVID-19, las medidas de prevención y mitigación se mantienen en todas las unidades y niveles de atención.

Asimismo, es fundamental la coordinación intersectorial, interinstitucional y entre los diferentes niveles de organización de las Secretarías de Salud estatales para la planeación, monitoreo, intervención oportuna y difusión de información, así como para la incorporación de las siguientes recomendaciones, si es que aún no hubieren sido implementadas:

1. Reforzar medidas de prevención

a) Medidas de higiene y protección

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

Recomendaciones específicas

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

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

Para el caso de México, considerando las limitaciones en términos de sensibilidad de las técnicas de diagnóstico disponibles, el escenario epidemiológico de transmisión comunitaria y la necesidad de implementar estrategias costo-efectivas,



no se recomienda realizar sistemáticamente pruebas de detección a personas asintomáticas.

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

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

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

- Usar el estado de positividad para determinar prácticas de aislamiento hospitalario y de asignación de camas.
- Dirigir el uso de los equipos de protección personal.
- Asegurar las medidas de prevención por contacto y gotas durante la interacción entre la madre y la persona recién nacida, que minimicen el riesgo de transmisión horizontal en el apego y la lactancia.
- Informar al personal de salud responsable de la atención neonatal, para estar preparado en caso de requerir medidas de reanimación o traslado a cuidados intermedios o intensivos.

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



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

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

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

Acciones preventivas

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

- a) Generar censos de las mujeres embarazadas y establecer los mecanismos para seguimiento telefónico. Esto permitirá reforzar las medidas de higiene frecuente en general, respiratoria y de manos básica al interior de los hogares; refrendar la recomendación de evitar las salidas innecesarias, la asistencia a lugares concurridos y el uso del transporte público para los traslados que requiera; así como explicar los datos de alarma respiratoria y obstétrica, tales como dolor abdomino-pélvico, sangrado y/o salida de



líquido transvaginal en cualquier momento de la gestación, epigastralgia, náusea, vómito, cefalea, acúfenos y fosfenos después de las veinte semanas de gestación, cambios en la percepción de los movimientos fetales después de las 28 semanas.

- b) Cuando en el seguimiento remoto se identifique que la mujer embarazada tiene síntomas respiratorios leves o alguna de las personas con quienes cohabita los desarrolle, se recomienda el aislamiento domiciliario por 14 días, con seguimiento a distancia diario, las medidas generales de higiene y de tratamiento sintomático, así como la posibilidad de reprogramar la consulta presencial. Además de insistir en los datos de alarma obstétrica y respiratoria, es fundamental la identificación de factores de riesgo y establecer un seguimiento remoto más frecuente para seguimiento de la evolución del cuadro clínico y, en su caso, la referencia y atención oportuna.
- c) A través de un seguimiento a distancia, se pueden identificar otros factores de riesgo y situaciones concomitantes como aquellos que sugieran violencia doméstica, dudas relacionadas con métodos anticonceptivos, opciones de atención al momento del parto, entre otras. Aclarar estas inquietudes, reduce el miedo que las mujeres puedan estar experimentando asociado a la sola presencia de SARS-CoV-2 y a la incertidumbre de no contar con los sitios de atención habituales, además contribuye a la elaboración y seguimiento del plan de seguridad y de atención de parto.
- d) Si se detectan situaciones más complejas y se cuenta con este recurso, es posible establecer comunicación de tipo videoconferencia, con entrevistas y preguntas dirigidas que permitan evaluar el riesgo y la necesidad de una valoración presencial y de la toma de estudios de diagnóstico complementarios. Este tipo de comunicación, permite también brindar orientación en temas de alimentación, cuidados necesarios para un embarazo saludable y lactancia.
- e) Una estrategia adicional es la participación de promotores(as) y brigadistas comunitarios que contribuyan a la continuidad de las acciones preventivas en salud materna y perinatal, así como en la detección oportuna de casos sospechosos y de complicaciones asociadas a COVID-19. Estos equipos mantendrán comunicación estrecha con las unidades médicas y/o jurisdicciones sanitarias a fin de proporcionar la atención que la población requiera.

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



Acciones terapéuticas

Como parte del espectro de posibilidades terapéuticas a fin de disminuir la morbi-mortalidad asociada a COVID-19, se ha propuesto el uso de fármacos tales como antivirales, antipalúdicos, inmunomoduladores y esteroides, entre otros, sin que hasta el momento se haya podido demostrar que exista eficacia en la población general y tampoco durante el embarazo y el puerperio.

En la mayoría de las publicaciones disponibles, se advierten debilidades metodológicas y sesgos, por lo que no existe evidencia científica sólida que apoye el uso terapéutico de este tipo de medicamentos, a nivel poblacional, para disminuir la morbi-mortalidad asociada a la infección por el coronavirus SARS-CoV-2 en el embarazo y el puerperio. A continuación, se presentan algunos consensos sobre el uso de algunos tratamientos coadyuvantes, resaltando que ninguno de éstos es un tratamiento específico para la enfermedad por COVID-19.

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



trabajo de parto. La dosis profiláctica se puede retomar al pasar el riesgo de hemorragia obstétrica y hayan transcurrido al menos seis horas posteriores al retiro del catéter peridural, en su caso, siempre bajo la valoración de las y los especialistas correspondientes.

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

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

3. Atención en el embarazo y control prenatal

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

Las medidas de prevención y mitigación iniciales, en el escenario epidemiológico asociado a SARSCoV-2, siguen vigentes y contemplan que las



consultas de control prenatal se lleven a cabo en el primer nivel de atención, con las siguientes consideraciones:

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

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

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



rápidas duales seriadas (en la primera consulta y en el tercer trimestre, previo a la resolución del evento obstétrico).

- A partir de la primera consulta y si las condiciones lo permiten, se puede establecer un seguimiento telefónico entre la mujer gestante y la unidad de salud. Dicho seguimiento a distancia permitirá valorar la posibilidad de espaciar o abreviar las consultas subsecuentes de acuerdo a las necesidades identificadas en cada caso, así como la identificación oportuna de factores de riesgo antes mencionados.

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

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

VISITAS PRENATALES POR EDAD GESTACIONAL	MODALIDAD ALTERNA DE VISITAS PRENATALES, CUANDO EL CONTACTO REMOTO SEA POSIBLE
1 6-8 semanas	Presencial: Evaluación completa y plan de manejo. Signos vitales, estudios de laboratorio y ultrasonido, prueba rápida de VIH/sífilis. Evaluación inicial del riesgo.
2 10-13.6 semanas	Contacto remoto: Evaluación continua de riesgos, información sobre signos de alarma y cuidados para un embarazo saludable.
3 16-18 semanas	Contacto remoto: Evaluación continua de riesgos, asesoría anticonceptiva.
4 24 semanas	Presencial: Signos vitales, palpación de fondo uterino, frecuencia cardíaca fetal, estudios de laboratorio y ultrasonido, cuando proceda y sea posible; evaluación continua de riesgos. Plan de seguridad.



5 28 semanas	Contacto remoto: Evaluación continua de riesgos, asesoría Anticonceptiva.
6 32 semanas	Contacto remoto: A menos de que existan factores de riesgo para hipertensión en el embarazo, restricción en el crecimiento intrauterino u otras alteraciones que se hubieran identificado previamente.
7 36 semanas	Presencial: Signos vitales, palpación de fondo uterino, frecuencia cardíaca fetal, evaluación continua de riesgos, asesoría anticonceptiva.
8 38-40.6 semanas	Presencial: Signos vitales, palpación de fondo uterino, frecuencia cardíaca fetal, estudios de laboratorio y ultrasonido, cuando proceda y sea posible, prueba rápida de VIH/sífilis; evaluación continua de riesgos, asesoría anticonceptiva. Plan de nacimiento. Refrendar datos de alarma, percepción de movimientos fetales

- Cuando el contacto remoto (mediante llamada telefónica o videoconferencia) sea posible en embarazos de bajo riesgo, debe llevarse a cabo con la autorización de la paciente y pleno respeto a su dignidad, privacidad y derechos humanos.
- En cada contacto se debe hacer una evaluación continua de los riesgos que pudieran irse presentando a lo largo del embarazo, así como énfasis en la identificación de señales de posible violencia doméstica o de cualquier otro tipo, a fin de salvaguardar su integridad en coordinación con las instancias correspondientes.
- El seguimiento, presencial o remoto, contempla las medidas habituales del control prenatal, la suplementación de ácido fólico y vacunas correspondientes, el tamizaje para VIH y sífilis, así como refrendar la asesoría anticonceptiva y de lactancia, los datos de alarma obstétrica y respiratoria, aclarar dudas y valorar si la paciente es susceptible de ameritar una valoración presencial por el siguiente nivel de atención. Cuando el embarazo continúe más allá de las 40.6 semanas, debe referirse puntualmente a la paciente al segundo nivel de atención para complementación diagnóstica y valorar resolución obstétrica.



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

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

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

La vía de nacimiento y el manejo del dolor durante el trabajo de parto son ejemplos en los que, la toma de decisiones debe llevarse a cabo de manera individualizada, a partir de las condiciones obstétricas y de las preferencias de la mujer gestante, si las condiciones generales del binomio y de los establecimientos



de salud lo permiten, y con estricto respeto a la interculturalidad, la perspectiva de género, los principios del consentimiento informado y los derechos humanos. En este sentido, resulta un imperativo ético resaltar que el bienestar materno no debe anteponerse al bienestar fetal, mucho menos en un contexto de pandemia como en el que nos encontramos. Por ello, independientemente de la edad gestacional, la decisión de interrumpir el embarazo debe ser oportuna y estar completamente consensuada con la mujer, a fin de preservar su bienestar.

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

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

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

- En pacientes con embarazos de bajo riesgo y sospecha de SARS-CoV-2 o confirmadas asintomáticas, se recomienda que el ingreso a los servicios de



salud para la atención del parto se lleve a cabo a partir de la fase activa, considerada como tal a partir de los 5 a 6 centímetros de dilatación.

- Las mujeres con sospecha de infección por SARS-CoV-2 o confirmadas asintomáticas que ingresen para resolución obstétrica, deberán hacerlo idóneamente a un área con presión negativa que se encuentre cercana al quirófano y contar con mascarilla quirúrgica y bata desechable, manteniendo la sana distancia, la higiene de manos y la etiqueta respiratoria.
- El personal de salud directamente involucrado en la vigilancia y atención del trabajo de parto de pacientes sospechosas y confirmadas, debe ser el que tenga el mejor nivel de experiencia, en el número mínimo necesario y con el equipo de protección personal adecuado a un nivel de riesgo alto, incluyendo el uso del respirador N95.
- La mujer en trabajo de parto puede y debe acompañarse de una persona de apoyo constante, presumiblemente sana y de su elección, que cuente con la protección de contacto y por gotas mínima adecuada, o bien, de algún miembro del equipo de salud, como personal de enfermería obstétrica, partería profesional, partería tradicional, cuando sea posible, a fin de mantener las condiciones que permitan una experiencia de parto positiva.
- A la fecha, no existe contraindicación para la movilidad de la mujer durante el trabajo de parto si sus condiciones de salud y las del sitio de atención lo permiten, considerando las medidas de prevención y mitigación. De igual forma, la sola condición de sospecha o confirmación de SARS-CoV-2 no justifica la implementación de maniobras dirigidas a abreviar el trabajo de parto. Por ello, la conducción farmacológica, la ruptura artificial de las membranas corioamnióticas, la episiotomía y el parto operatorio deberán estar debidamente indicados por las condiciones obstétricas que las justifiquen y quedar debidamente registradas en el expediente clínico.
- Se sugiere que la frecuencia en las exploraciones durante el trabajo de parto, se limiten y que el tiempo que dure el período expulsivo para pacientes multíparas sea de una hora sin analgesia obstétrica y de dos horas con ésta. En el caso de las pacientes nulíparas, puede ser de dos y tres horas, sin y con analgesia, respectivamente. El manejo farmacológico del dolor se puede considerar de manera temprana con el equipo de protección adecuado para el personal de salud.
- Debido a que se ha documentado la presencia del virus SARS-CoV-2 en hisopados rectales y en la propia materia fecal, resulta prudente que durante la atención del parto, se respete en la medida de lo posible la posición que la mujer embarazada decida asumir para parir, previo aseo del área perineal en sentido genito-anal, con los medios convencionales de



solución de yodo-povidona al 7.5%, durante al menos cinco minutos, siempre de manera gentil, así como la colocación de compresas perineales tibias en el segundo período del trabajo de parto y evitar la episiotomía de manera rutinaria a fin de prevenir el trauma perineal. Si la episiotomía está debidamente justificada –evitando la episiotomía media–, debe recabarse el consentimiento informado de la mujer. La indicación de enema evacuante carece de sustento y en su lugar, sí se puede recomendar proteger el periné con compresa tibia estéril a fin de evitar la contaminación de la persona recién nacida con materia fecal materna, al momento del nacimiento.

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



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

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

- Realizar filtro de supervisión al ingreso y en sala de espera. Reconocer factores de riesgo y sintomatología para sospecha de COVID-19.
- Limitar el número de acompañantes en sala de espera al número mínimo indispensable, asegurando la sana distancia.
- Proveer agua y jabón para el aseo frecuente de manos o alcohol en gel al 60% en la sala de espera.
- Entregar bata desechable y pasar al baño para lavado de manos, si éste no se hubiera realizado con antelación, retiro de ropa interior y colocación de bata para exploración física.
- Valorar el estado materno y fetal a fin de establecer el plan de manejo de acuerdo con la valoración del binomio, con las condiciones del establecimiento de salud y las preferencias de la mujer gestante. Si la unidad de atención cuenta con esta posibilidad, se debe tomar muestra para SARS-CoV-2 a todas las mujeres que presenten síntomas respiratorios y cumplan con la definición operacional de caso sospechoso que ingresen para su resolución obstétrica.

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

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



Información para la población:

- a) Las principales inquietudes se relacionan con las restricciones para la visita de los familiares, lo cual deberá explicarse a las mujeres gestantes y familiares acompañantes en el momento del ingreso. La mayoría de las publicaciones sugieren que éstas se limiten y de preferencia se eviten a fin de disminuir el riesgo de contagio, sin que esto implique aislamiento de la mujer gestante que incrementa su vulnerabilidad.
- b) Informar periódicamente a los familiares sobre la condición de la mujer y de la persona recién nacida mediante canales de comunicación que permitan conservar las medidas de sana distancia.

5. Atención del aborto seguro

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

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

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



De acuerdo con la evidencia internacional, en el contexto de la pandemia actual por COVID-19, estos servicios no deben ser suspendidos. Asimismo, se ha enfatizado que la atención integral del aborto seguro es un servicio esencial que puede llevarse a cabo de manera ambulatoria en el primer trimestre, previa valoración médica. En este sentido, la evidencia es contundente: posponer la atención del aborto incrementa la morbi-mortalidad materna y, en el contexto de la pandemia Gobierno de México COVID-19 26 en la que nos encontramos, no hay justificación para exponer innecesariamente a las mujeres a un riesgo adicional.

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

6.- Atención en el puerperio, egreso hospitalario y lactancia

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

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



- Verificar se encuentren disponibles los insumos para lavado de manos, así como alcohol gel a concentración superior a 60% para promover higiene de manos.

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

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

Lactancia materna

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

No hay evidencia sólida de transmisión de SARS-CoV-2 a través de la leche materna, por lo que se recomienda que la lactancia sea iniciada y mantenida aún en caso de infección confirmada, siempre que la madre desee amamantar y esté en condiciones clínicas adecuadas para hacerlo.



Las medidas de prevención para reducir el riesgo de transmisión del virus a través de gotitas respiratorias durante el contacto físico y la lactancia son:

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

- Lavar las manos durante por lo menos 20-30 segundos antes de tocar al bebé o antes de extraer la leche materna (manual o en la bomba extractora).
- Utilizar una bata limpia mientras amamante, dejándola exclusivamente para este momento y lavándola frecuentemente.
- Usar cubrebocas durante las tomas (cubriendo completamente nariz y boca) y evitar hablar o toser durante el tiempo que dure la toma.
- Si tose o estornuda, deberá cambiar el cubrebocas inmediatamente y lavar las manos de nuevo.
- Se debe considerar la posibilidad de solicitar la ayuda de alguien que esté saludable para apoyar a la mujer, quien deberá de seguir las medidas de prevención de infecciones, con énfasis en higiene de manos y utilizar cubrebocas.
- Seguir rigurosamente las recomendaciones para la limpieza de las bombas de extracción de leche después de cada uso.
- No existe evidencia científica que justifique la separación de la madre y su hijo o hija en casos sospechosos o confirmados de COVID-19, asintomáticos o con cuadro clínico leve.
- Ante esta circunstancia, se recomienda mantener las medidas de prevención de contacto y por gotas ya mencionadas.

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

1. Alojamiento conjunto: la madre y la persona recién nacida permanecen en la misma habitación, aisladas de otras pacientes.

- Colocar la cuna a 1.5 metros de la cama de la madre.
- Implementar las medidas para lactancia en domicilio ya mencionadas: higiene de manos y respiratoria, usar cubrebocas y evitar hablar durante las tomas; en caso de toser o estornudar, hacerlo conservando la etiqueta respiratoria, cambiar inmediatamente el cubrebocas y realizar higiene de manos, nuevamente.
- Asegurar existencia de insumos para higiene de manos.



- Idealmente, permitir el apoyo de un familiar sano, quien deberá seguir las precauciones de gotas y contacto.

2. Separación temporal: Solamente si las condiciones de salud de la madre o la persona recién nacida no permiten el alojamiento conjunto o es imposible realizar las adecuaciones en el establecimiento.

- Alentar a iniciar o continuar la lactancia materna, mediante extracción de leche y apoyo por personal de salud.
- Proporcionar extractor de leche materna y realizar las medidas de higiene personal y del aparato.
- Contar con las condiciones para preservación de leche materna.
- Apoyo para iniciar o continuar la lactancia al ser dados de alta: técnica adecuada, libre demanda y medidas de higiene y prevención.

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

Bancos de leche humana

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

Tamiz metabólico y auditivo neonatal

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



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

Información para la población

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

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

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



durante esta pandemia, así como el seguimiento de los casos confirmados de COVID-19 en mujeres embarazadas, es una intervención esencial.

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

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

La vigilancia epidemiológica de la enfermedad por COVID-19 en el embarazo, puerperio y en la persona recién nacida es de suma relevancia, ante la falta de



evidencia específica a nivel internacional y dada la importancia de que México avance en la generación de su propia evidencia, así como en el análisis de información para la toma de decisiones y para la implementación de medidas eficaces de control, prevención y atención, apropiadas para reducir los potenciales daños a la salud de la población.

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

- a) Para el análisis de los casos confirmados en el embarazo o puerperio, se toma como punto de partida la base de datos de la Plataforma SISVER actualizada y reportada diariamente.
- b) Se implementó una cédula de seguimiento de casos por entidad federativa, que incluye variables específicas relacionadas con la salud reproductiva, cuyo objetivo es analizar los resultados maternos y perinatales en casos confirmados en cualquier trimestre de gestación, así como los casos ocurridos y resueltos en el puerperio.
- b) Para el análisis de los casos de mortalidad materna, se cuenta con la información de SISVER, así como del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Morbilidad Materna Severa (SIVEMMS) y el Sistema de Vigilancia de Mortalidad Materna. Adicionalmente, se agregaron las variables específicas a la plataforma del Proyecto de Análisis de la Mortalidad Materna (PAMM), a través de la cual el CNEGSR realiza el monitoreo y seguimiento a la mortalidad materna en el país.
- c) En los casos de mortalidad materna se realizará el análisis de cada caso en los Comités de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal, conforme a los lineamientos establecidos. En este proceso, resulta de suma importancia diferenciar los casos de muerte materna debido a COVID-19 de aquellos asociados a otras causas y que ocurren en una mujer embarazada que tiene prueba positiva para SARS-CoV2, en la que se determina que la enfermedad por coronavirus no fue la causa de la muerte.

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



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

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

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

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

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



suficiente en el abordaje de la salud reproductiva, sino que la atención durante este periodo debe apegarse a los derechos humanos, sexuales y reproductivos.

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

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

En este sentido, tanto los lineamientos de orden técnico-médico, como la perspectiva de derechos y los principios bioéticos, son ejes fundamentales en la atención de la salud sexual y reproductiva.

La atención del embarazo, aborto, parto, puerperio y de la persona recién nacida, debe estar centrada en la mujer, en sus necesidades, preferencias y características particulares, basada en la mejor evidencia científica disponible y organizada de tal manera que respete su dignidad, privacidad, confidencialidad, sea libre de daño y maltrato, que permita el ejercicio de su autonomía y su autodeterminación para la toma de decisiones bajo consentimiento informado.

Para ello, las limitantes estructurales de los servicios de salud no deben ser un obstáculo absoluto para la incorporación de las evidencias y recomendaciones, sino que es necesario intensificar esfuerzos para su mayor y mejor integración. Al respecto, se emiten las siguientes consideraciones:

a) Recomendaciones para una experiencia de parto positiva

- Atención respetuosa de la maternidad que asegure la integridad física y el trato adecuado, y permita tomar decisiones informadas y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio.



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

b) Aborto seguro como servicio esencial

El acceso a un aborto seguro es un servicio tiempo-dependiente, por lo que, en aquellos casos contemplados dentro del marco legal, los servicios comprensivos de aborto seguro deben mantenerse, aun cuando otros servicios no urgentes y electivos hayan sido suspendidos.

- Retrasar la atención resolutive del evento, puede llevar a las mujeres a límites gestacionales mayores, con lo que se incrementa su riesgo de complicaciones, así como el dispendio de recursos hospitalarios y quirúrgicos para su atención.
- El retraso en los servicios de aborto seguro conlleva el riesgo potencial de impactar negativamente en la salud y el bienestar de las mujeres y de ser expuestas a tratos inhumanos, crueles y degradantes.

c) Distribución más equitativa y optimización de recursos

- La crisis sanitaria conlleva un riesgo importante de disminución en la disponibilidad y de sobresaturación de los servicios.
- Las mujeres no deben sufrir retrasos en su atención bajo la premisa de no tener la gravedad que presentan las personas afectadas por SARS-CoV-2.



- Para la ampliación y fortalecimiento de la capacidad resolutive del sistema de salud, es fundamental la incorporación del primer nivel de atención y de las tecnologías de la información y la comunicación.
- Es un imperativo bioético implementar las adecuaciones (estructurales y actitudinales) que se requieran para evitar daños prevenibles a las usuarias de los servicios de salud y al propio equipo de salud, que comprende al personal médico y no médico de todos los niveles de atención, incluyendo a las enfermeras obstetras y a las parteras profesionales.
- Todo profesional de salud tiene derecho a contar con el equipo de protección personal de acuerdo al nivel de riesgo que enfrenta y a un ambiente de trabajo seguro, lo que abona a mantener una fuerza de trabajo saludable que permita continuar el cuidado de las mujeres y sus recién nacidos con altos estándares de calidad.

9. Líneas telefónicas disponibles

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

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

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

Información relacionada con salud sexual y reproductiva:

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

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

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



V. El Gobierno de la Ciudad de México, anunció que Intensifica atención en 36 colonias prioritarias, a través de una nota publicada el 22 Julio de 2020 en el Portal de Internet COVID-19 CDMX:

Como parte de las medidas para atender y disminuir contagios de Coronavirus (COVID-19) en 36 colonias de la Ciudad de México, el Gobierno capitalino implementa el programa “Colonias de Atención Prioritaria” que contempla: Quioscos de Salud con asesoría médica y pruebas; visitas domiciliarias, entrega de kits médicos y alimentarios; Hogares Responsables y Protegidos para que las familias puedan permanecer en casa; identificación, contención, seguimiento y rastreo de casos; y cierre de tianguis y comercio en vía pública de venta de alimentos preparados.

La Jefa de Gobierno, Claudia Sheinbaum Pardo, resaltó que el objetivo del programa Colonias de Atención Prioritaria es llevar a cabo un trabajo intensivo durante 15 días en las zonas de la capital con mayor índice de contagios de



COVID-19 y disminuirlos, mediante apoyos médicos, económicos y alimentarios, campañas informativas sobre medidas sanitarias y de sana distancia, así como la disminución de algunas actividades económicas.

Sheinbaum Pardo informó que, después de los 15 días, las acciones se mantendrán en las colonias para evitar más contagios. También anunció que se incorporó en la Denuncia Digital de la App CDMX, la opción para que las personas puedan realizar una denuncia -ante la Fiscalía General de Justicia (FGJ)-, en caso de haber sido despedidas por tener COVID-19, ya que representa un acto de discriminación.

La secretaria de Salud, Oliva López Arellano, informó que, en los Quioscos de Salud de las colonias con mayores contagios, del 15 de julio a la fecha, se han brindado 55 mil 701 consultas domiciliarias, atendido 5 mil 178 personas con sintomatología compatible con COVID-19; realizado la toma de 7 mil 20 muestras; y se ha orientado personalmente a 62 mil para el manejo de su situación.

Del total de pruebas, 4 mil 240 se encuentran en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica; las pruebas con resultado son 2 mil 516 y positivas 691; esto representa un 27 por ciento de positividad en las colonias; los casos activos son 834.

La Brigada Casa por Casa y el programa Hogares Responsables y Protegidos han realizado 75 mil 821 visitas informativas; la Procuraduría de la Defensa del Trabajo ha brindado 232 asesorías por WhastApp y/o llamadas telefónicas; también se brinda acompañamiento, en caso de ausencia laboral, mediante el registro en el sitio hogarresponsable.covid19.cdmx.gob.mx. Además, se han entregado 695 kits a hogares con casos positivos y casos sospechosos identificados por el sistema SMS y los médicos de Locatel en estas colonias.

También 719 personas han usado el sistema SMS/test virtual/Locatel en las Colonias de Atención Prioritaria; se han detectado 96 casos sospechosos graves que fueron canalizados a hospitalización; médicos de LOCATEL han efectuado 251 llamadas especializadas; y se tienen 44 citas para una programación de toma de muestra.

López Arellano indicó que se han llevado a cabo mil 200 llamadas como parte del rastreo de contactos en colonias prioritarias; de ellas, 935 han sido contestadas; 747 aceptaron el cuestionario; 181 accedieron a dar contactos; y se proporcionaron 389 contactos. Cabe señalar que el número del que se le llama a las personas es: 55 54 84 04 00.



Asimismo, mediante el trabajo coordinado de la Secretaría de Desarrollo Económico, la Agencia de Protección Sanitaria y el Instituto de Verificación Administrativa (INVEA) se han retirado 25 tianguis y 14 mil 65 oferentes no instalados, principalmente comercio en vía pública de alimentos preparados. También se ha dado orientación, apoyo, fomento sanitario a 3 mil 203 establecimientos en las colonias prioritarias, 29 servicios de sanitización en domicilios con casos COVID-19 y se han aprobado 738 apoyos para comerciantes en vía pública.

El titular de la Agencia Digital de Innovación Pública (ADIP), José Antonio Peña Merino, indicó que hoy se incorporaron dos colonias Tezozómoc y San Juan Tlihuaca, ambas de la Alcaldía Azcapotzalco, que se suman a las 34 iniciales que fueron seleccionadas a partir de dos criterios centrales: número de casos activos y la tasa por 100 mil habitantes de casos activos para ponderar por población, es decir, si se trata de un proceso que ha durado por lo menos tres semanas o no.

El Gobierno de la Ciudad de México recuerda a la población que, el semáforo naranja está más cerca del rojo que del verde, lo que significa que seguimos en alerta. Por lo anterior, es importante que sigamos las siguientes reglas básicas para disminuir los contagios de COVID-19:

1. Si puedes seguir quedándote en casa, hazlo.
2. Si sales, sé riguroso en el uso de cubrebocas, sana distancia y limpieza frecuente de manos.
3. Ante cualquier síntoma (fiebre mayor a 37.5 grados, dificultad para respirar, dolor corporal o dolor de garganta), quédate en casa y envía un SMS con la palabra "covid19" al número 51515 o llama a Locatel (5658-1111).

VI. La Dirección General de Epidemiología, de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, a través del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos "Dr. Manuel Martínez Báez" (InDRE), publica la actualización al 23 de julio de 2020, de los Laboratorios con reconocimiento por parte del InDRE, para realizar el diagnóstico de COVID 19, con fines de Vigilancia Epidemiológica:

1. LABORATORIOS ESTATALES DE SALUD PÚBLICA

- 1 Laboratorio Estatal de Salud Pública de Ciudad de México
- 2 Laboratorio Estatal de Salud Pública de Edo. México



2. LABORATORIOS DE APOYO A LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA (LAVES)

- 1 Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
- 2 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”
- 3 Hospital General de México
- 4 Hospital 20 de noviembre (ISSSTE)
- 5 Laboratorio Central de Epidemiología, CMN La Raza (IMSS)

3. LABORATORIOS PARTICULARES.

1. Centro Médico ABC, Campus Observatorio
2. Hospital Ángeles Interlomas
3. Olartey Akle, Bacteriólogos, S.A de C.V.
4. Laboratorios Lister, (Lister Laboratorios de Referencia, S.A de C.V)
5. LABIOMOLA, S.A de C.V
6. Hospital Español de la Ciudad de México.
7. Médica Sur, S.A.B de C.V
8. Grupo Diagnóstico Aries.
9. Laboratorio CARPERMOR, (Grupo Diagnóstico Médico PROA, S.A de C.V)
10. ORTHIN Referencia Especializada, S.A de C.V.
11. Unidad de Patología Clínica,
12. Salud Digna A.C.
13. LANS, Laboratorios de Referencia.
14. Laboratorio de Diagnóstico Molecular AL Genós.
15. GENOLIFE, Información de vida SAPI de CV
16. Desarrollos Especializados en Biotecnología y Diagnóstico Molecular S.A. de C.V. (Denatbio)
17. Laboratorio de Análisis Genéticos Especializados México, S de RL de CV (LAGEM)
18. Laboratorios DIAGNOMOL S.A. DE C.V.
19. SERVACARE SA. de C.V.
20. Laboratorios de Especialidades Inmunológicas S. A. de C. V.
21. Hospital San Ángel Inn Universidad.
22. Referencia de Micro-técnicas de laboratorio S.A. de C.V (Micro-Tec)
23. GD Technologies S.A. de C.V



24. Huella Génica, S.A. de C.V.
25. BIOMEDICA DE REFERENCIA
26. Laboratorios San Angel, S.A. (www.laboratoriossanangel.com)
27. Técnicas Genéticas Aplicadas a la Clínica S.A. de C.V. (TGAC)
28. Corporativo Hospital Satélite S.A de C.V.
29. Laboratorios de Inmunología e Inmunogenética de la Fundación Comparte Vida, A.C.
30. Lapi, S.A. de C.V.
31. QUEST DIAGNOSTICS MÉXICO, S. DE R.L. DE C.V

4. LABORATORIOS DE LA ACADEMIA.

1. Departamento de Genética y Fisiología Molecular del Instituto de Biotecnología (IBT) de la Universidad Autónoma de México (UNAM).
2. Unidad de Desarrollo e Investigación en Bioprocesos de la Escuela Nacional de Ciencias Biológicas (UDIBI-ENCB) INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL (IPN).
3. Laboratorio de Bioseguridad para el Diagnóstico e Investigación de Enfermedades Emergentes (LBS2), CINVESTAV, CDMX.
4. Departamento de Biología Celular y del Desarrollo. Instituto de Fisiología Celular, UNAM, Ciudad Universitaria CDMX
5. Laboratorio de Virología, Instituto de Investigaciones Biomédicas, UNAM, Ciudad Universitaria CDMX
6. Laboratorio de Inmunología Molecular Microbiano del Departamento de Microbiología y Parasitología de la Facultad de Medicina, UNAM.
7. Laboratorio de Investigación en Enfermedades Infecciosas. División de Investigación de la Facultad de Medicina, UNAM.
8. Instituto Nacional de Medicina Genómica (INMEGEN)
9. Facultad de Química, Unidad de Investigación Preclínica, UNAM.
10. Unidad de Investigación Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia (UNAM, CU)

5. HOSPITALES PÚBLICOS.

1. Hospital Infantil de México. "Federico Gómez"
2. Hospital Central Sur Alta Especialidad PEMEX
3. Laboratorio de Biología Molecular y Bioseguridad 3 del Centro



- Médico Naval (CEMENAV).
4. Laboratorio de Microbiología y Diagnóstico Molecular del Departamento de Inmunobioquímica, Instituto Nacional de Perinatología INPER
 5. Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca.
 6. Laboratorio de Virología del Instituto Nacional de Pediatría (INP).
 7. Laboratorio de Infectología del Instituto Nacional de Rehabilitación "Luis Guillermo Ibarra Ibarra".
 8. Hospital Central Militar Dependiente de la Dirección General de Sanidad Militar y de la Secretaría de la Defensa Nacional.
 9. Hospital Juárez de México.
 10. Hospital Militar de Especialidades de la Mujer y Neonatología Dependiente de la Dirección General de Sanidad Militar y de la Secretaría de la Defensa Nacional.
 11. Laboratorio de Microbiología del Servicio de Infectología y Microbiología Clínica del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez".

VII. El Gobierno de la Ciudad de México, anuncio que **Seguimos en Semáforo Naranja con alerta**, a través de una nota publicada el 24 Julio 2020, en el Portal de Internet COVID-19 CDMX:



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

**Seguimos en
Semáforo **Naranja**
con alerta**

**Hoy más que nunca
protégete y protege a
los demás**

Ciudad de México, 24 de julio 2020

Para la semana del 27 de julio al 2 de agosto la
Ciudad **continúa en semáforo naranja**

**Durante esta semana se mantienen las actividades permitidas
con estrictas medidas sanitarias**



Centro Histórico

- El Centro Histórico está en constante monitoreo y vigilancia del cumplimiento de las medidas.
- Dado el incumplimiento de los horarios diferenciados de mayoreo y menudeo, **todos los comercios regresarán a un horario de 11 am a 5 pm de lunes a sábado**
- Se mantendrán reuniones con los comerciantes y vecinos para evaluar los resultados hasta el momento y plantear ajustes



Para la semana del 27 de julio al 2 de agosto la
Ciudad **continúa en semáforo naranja**



Fortalecimiento del programa de colonias, pueblos y barrios de atención prioritaria y del Programa Hogares responsables y protegidos

Continuación del Programa de detección, protección y resguardo de casos y sus contactos así como la aplicación de pruebas para aislar casos positivos



Se fortalecerá la supervisión de tianguis y comercio en vía pública (en coordinación con las alcaldías) para garantizar el uso de cubrebocas, la sana distancia y el cumplimiento de las medidas sanitarias



Mayor supervisión del transporte concesionado especialmente en las rutas de la periferia de la Ciudad



El incremento en la **ocupación hospitalaria es motivo de alerta**



En coordinación con la Secretaría de Salud del Gobierno de México se determinarán las siguientes medidas:

Si se registra nuevamente crecimiento durante la próxima semana, **se aplicarán mayores restricciones para las actividades que están abiertas**

1

Si la ocupación crece hasta llegar a 5,127 camas, **la Ciudad regresará al semáforo rojo**, y permaneceremos así 3 semanas más (el tiempo estimado para que comience a descender otra vez)

2



Frente al COVID-19 no hay más que protegerse y proteger a los demás siguiendo estas 3 reglas básicas



- 1 Si puedes **quédate en casa el mayor tiempo posible**, sobre todo las **personas vulnerables**

Personas mayores de 60 años, mujeres embarazadas o que padecen diabetes, obesidad, hipertensión, cáncer u alguna otra comorbilidad.



- 2 Si tienes que salir, **utiliza siempre cubrebocas, mantén una sana distancia de 1.5 metros y lávate frecuentemente las manos con agua y jabón o usa gel antibacterial al 70% de alcohol**

No te toques la cara, nariz, ojos, boca, estornuda en el ángulo interno de tu codo.



- 3 Si tú o un familiar presentan **síntomas de enfermedad respiratoria, quédense en casa y envíen un SMS al 51515 o llamen a LOCATEL (55 56 58 11 11)**

Síntomas como fiebre, tos, dolor de garganta, dolor de cabeza, cansancio, diarrea, pérdida del gusto y olfato.

La única manera de **combatir al COVID-19** es **cuidándonos unos a otros y siendo responsables con nuestra salud y la de los demás.**

Es momento de ser **AÚN MÁS** responsables

La Salud está en tus manos

Que **NO** crezcan los contagios depende de todas y todos

— **Protégete y protege a los demás** —



CONSIDERACIONES GENERALES

Esta crisis nos deja clara, la necesidad de seguir en todo momento las indicaciones de las autoridades de salud para contar con la información necesaria de las acciones y los procedimientos que permitirán brindar, en la medida de lo posible, la mejor atención a las personas mayores, así como asegurar la continuidad en la operación de las Instituciones que atienden a esta población.

No debemos olvidar

Restringir el acceso de personas ajenas a la Institución, así como a familiares o visitas para los residentes.

- Monitorear constantemente el estado de salud de los residentes del Asilo o Residencia

- Mantener comunicación constante con los familiares (de existir)

Extremar medidas de higiene y sanitización con los trabajadores, colaboradores y residentes, siguiendo la guía del Instituto Nacional de Geriátría, y el Instituto Nacional de las Personas Mayores así como de la Secretaría de Salud.

Una vez identificado síntomas en cualquiera de los trabajadores, colaboradores y residentes, es importante que sigan los pasos del protocolo publicado por las autoridades de salud.

Importante informar de cualquier posible caso sospechoso de COVID-19 a la Unidad de Inteligencia Epidemiológica y Sanitaria (UIES) de México, al teléfono 5337-1845 o al 800 00 44 800 y a la dirección de correo electrónico ncov@dgepi.salud.gob.mx y siga sus indicaciones.

Estamos a sus órdenes en la página www.jap.org.mx, así como, en el correo atencion@jap.org.mx. y en el teléfono 55 5279 7270.

Permanecemos en contacto para actualizar la información que hagan pública las autoridades de salud.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Dirección de Enseñanza y Divulgación, Instituto Nacional de Geriátria. (2020). Estudios muestran que personas mayores sufren menos depresión y ansiedad que jóvenes durante la pandemia COVID-19. Boletín INGER - Julio 2020, Volumen 3. Número 5, p. 20-23. [Archivo en issuu]. Recuperado de https://issuu.com/institutonacionaldegeriatria/docs/boletin_inger_-_julio_2020
2. Gobierno de la Ciudad de México. (19 de julio, 2020). Integra Gobierno capitalino dos colonias de Azcapotzalco a la lista de Atención Prioritaria por COVID-19. [Nota]. Recuperado de <https://covid19.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/integra-gobierno-capitalino-dos-colonias-de-azcapotzalco-la-lista-de-atencion-prioritaria-por-covid-19>
3. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (20 de julio 2020). Discriminación en tiempos de COVID. Recuperado de <https://www.gob.mx/inapam/articulos/discriminacion-en-tiempos-de-covid?idiom=es>
4. Gobierno de México. Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida. Versión 2. [PDF]. Recuperado de https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/07/Lineamientos_Prevencion_COVID19_Embarazos_V2.pdf
5. Gobierno de la Ciudad de México. (22 de julio, 2020). Intensifica Gobierno de la Ciudad de México atención en 36 colonias prioritarias. [Nota]. Recuperado de <https://covid19.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/intensifica-gobierno-de-la-ciudad-de-mexico-atencion-en-36-colonias-prioritarias>
6. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General de Epidemiología. Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos "Dr. Manuel Martínez Báez" (InDRE). (23 de julio, 2020). Laboratorios con reconocimiento por parte del InDRE, para realizar el diagnóstico de COVID 19, con fines de Vigilancia Epidemiológica. [PDF]. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/565352/LISTADO_DE_LABORATORIOS_QUE_REALIZAN_EL_DIAGNOSTICO_DE_COVID-19_23072020.pdf



7. Gobierno de la Ciudad de México. (24 de julio, 2020). Seguimos en Semáforo Naranja con alerta. [Nota]. Recuperado de <https://covid19.cdmx.gob.mx/storage/app/media/plan%20gradual%20hacia%20la%20nueva%20normalidad%20en%20la%20ciudad%20de%20mexico/seguimos-en-semaforo-naranja-con-alerta-240720.pdf>