

Consenso ISUOG sobre el uso racional de servicios de ecografía ginecológica en el contexto de COVID-19

Traducción: Jessica Preisler Romanow, Chile; Juan Luis Alcázar Zambrano, España
Revisión: Nelson Burgos Siegmund, Chile.

Dado los desafíos que ha generado la pandemia de coronavirus (SARS-CoV-2) y con el fin de proteger a pacientes y ecografistas (médicos, tecnólogos u otros profesionales de salud), la Sociedad Internacional de Ultrasonido en Obstetricia y Ginecología (ISUOG) ha generado la siguiente guía, basada en la opinión de expertos, sobre el uso racional del examen ecográfico en indicaciones ginecológicas.

Como el examen ecográfico se considera una prestación esencial y todas las pacientes con síntomas ginecológicos merecen una evaluación de alta calidad, en el contexto de la actual pandemia por coronavirus 2019 (COVID-19), es necesario establecer una selección o triage en la derivación de pacientes para evaluación ecográfica ginecológica. Esto se basa en los siguientes principios:

1. Los recursos médicos deben ser acotados y priorizados
2. Se debe tener máxima precaución para evitar la exposición innecesaria entre personal médico (potencialmente infectado) y pacientes (potencialmente infectados). El riesgo de transmisión es particularmente alto durante el examen ecográfico, debido a la imposibilidad de mantener el principio de distanciamiento social entre el personal de salud y la paciente.
3. Las visitas al médico deben ser limitadas a las estrictamente necesarias, para evitar el riesgo de diseminación del virus.

Por este motivo, las horas de atención para ecografías por indicaciones ginecológicas, deben ser priorizadas según el escenario clínico, de la siguiente manera:

1. El examen ecográfico debe ser realizado sin demora (**ahora**)
2. El examen ecográfico puede ser postergado algunas semanas (**pronto**)
3. El examen ecográfico puede ser postergado mientras dure la pandemia (**más adelante**)

Esta guía se enfoca en pacientes con síntomas ginecológicos. Las recomendaciones para cada categoría se encuentran resumidas en Tabla 1 y la justificación se incluye dentro del mismo documento.

Tabla 1: Recomendaciones sobre la priorización de ecografías por indicaciones ginecológicas en el contexto de la pandemia COVID-19

Prioridad	Acción/Asignación	Escenarios clínicos
AHORA	Pacientes deben presentarse sin demora al departamento de urgencia para evaluación inmediata.	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor abdominal agudo persistente– diagnóstico diferencial: <ul style="list-style-type: none"> – Torsión ovárica – Quiste ovárico hemorrágico roto – Enfermedad inflamatoria pélvica y/o absceso tubo-ovárico • Complicaciones post-operatorias/post-procedimientos • Síndrome de hiperestimulación ovárica • “Masa” abdominopélvica sintomática (por ej. distensión abdominal secundaria a ascitis) • Sangrado uterino anormal: <ul style="list-style-type: none"> – Menorragia con anemia severa o inestabilidad hemodinámica
PRONTO	Ecografía puede ser postergada por 2-4 semanas.	<ul style="list-style-type: none"> • Sangrado uterino anormal <ul style="list-style-type: none"> – Sangrado de la postmenopausia • “Masa” abdominopélvica <ul style="list-style-type: none"> – Alto riesgo de malignidad según modelo IOTA-ADNEX ($\geq 10\%$) • Estadificación ecográfica de un cáncer ginecológico probado por biopsia o diagnosticado de forma incidental (durante otro examen imagenológico), siempre que sea útil para el manejo posterior • Sangrado post-coital • Signos de recurrencia de un cáncer ginecológico • Antecedentes familiares de cáncer ginecológico con predisposición genética (por ej. BRCA positivo)

<p>MÁS ADELANTE</p>	<p>La evaluación ecográfica debe ser postergada mientras dure la pandemia.</p> <p>Las pacientes pueden seguir siendo referidas para ecografía, pero las horas de atención no serán entregadas hasta el término de la pandemia. Se deben establecer sistemas apropiados para asegurar que las horas de atención se entregarán más adelante.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sangrado uterino anormal , no severo, en pacientes premenopáusicas: <ul style="list-style-type: none"> – Sangrado disfuncional en pacientes usuarias de tratamiento hormonal – Sangrado menstrual abundante/menorragia sin anemia asociada – Sangrado menstrual de baja frecuencia (oligoamenorrea), SOP – Sangrado intermenstrual/irregular – Sangrado uterino anormal de la perimenopausia • Dolor abdominal no agudo <ul style="list-style-type: none"> – Algia pélvica crónica – Disquezia cíclica – Dismenorrea – Dispareunia • Antecedentes familiares de cáncer ginecológico (sin predisposición genética conocida/identificada) • Incontinencia • Infertilidad y aborto recurrente • Prolapso • Control de patología anexial clasificada previamente como “probablemente benigna” <ul style="list-style-type: none"> – Quiste unilocular – Endometrioma – Quiste dermoides / Teratoma quístico maduro – Quiste hemorrágico del ovario (incluye cuerpo lúteo quístico) – Hidrosalpinx – Bajo riesgo de malignidad según modelo IOTA-ADNEX (<10%)
----------------------------	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Control de patología pélvica conocida previamente: <ul style="list-style-type: none"> • Pólipo(s) uterinos(s) • Mioma(s) • Adenomiosis • Endometriosis • Control de dispositivos intrauterinos • Control post-tratamiento de un cáncer ginecológico sin síntomas ni signos de recurrencia
--	--	--

PRIORIZACIÓN DE ECOGRAFÍAS SEGÚN ESCENARIO CLÍNICO

Dolor pélvico agudo (AHORA)

El dolor pélvico agudo y persistente debe seguir siendo considerado una urgencia ginecológica hasta demostrar lo contrario. Cuando se ha descartado embarazo con B-HCG negativa, considerar las siguientes etiologías posibles:

- **Torsión ovárica:** en la mayoría de los casos (sin considerar los estados de torsión intermitente), existe indicación de realizar cirugía de urgencia. A pesar que el diagnóstico de torsión ovárica es clínico, la ecografía es crucial en la evaluación de pacientes con dolor pélvico agudo.
- **Quiste ovárico hemorrágico roto:** a pesar que este cuadro es muy doloroso, el manejo clínico ambulatorio con analgesia es generalmente suficiente. La evaluación ecográfica es necesaria para descartar torsión ovárica.
- **Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) y/o absceso tubo-ovárico (ATO):** puede haber superposición de síntomas y signos con aquellos que se manifiestan con la infección por SARS-CoV-2 (por ej. fiebre). Al igual que en la torsión ovárica, el diagnóstico puede ser guiado por los hallazgos ecográficos en caso de presentarse un ATO. Descartar un ATO es crucial para el manejo de pacientes con EIP.

Dolor pélvico no agudo (MÁS ADELANTE)

Por los objetivos que tiene esta guía, hemos agrupado todas las formas de dolor pélvico no agudo, incluyendo los siguientes cuadros clínicos:

- **Algia pélvica crónica**
- **Disquezia cíclica**
- **Dismenorrea**
- **Dispareunia**

Endometriosis y adenomiosis son las patologías más frecuentes que presentan estos síntomas. En muchos casos, se presenta el conjunto de estos síntomas. A pesar que son cuadros clínicos extremadamente complejos, pacientes y personal de salud deben considerar postergar la evaluación ecográfica hasta la resolución de la pandemia. Episodios agudos de dolor, en el contexto de una paciente con antecedentes de dolor pélvico no agudo persistente, también deben ser evaluados de la forma descrita anteriormente.

Complicaciones post-operatorias/post-procedimientos (AHORA)

- A pesar que algunos centros médicos han suspendido la cirugía ginecológica electiva, la mayoría continúa realizando procedimientos oncológicos de urgencia. En todos los centros, va a ser necesario que se sigan realizando procedimientos de urgencia durante la pandemia (por ej. cesáreas, embarazos ectópicos, torsión ovárica), y por tanto, se pueden presentar complicaciones postoperatorias (por ej. hemorragia, abscesos, colecciones, hidronefrosis). –Ante la sospecha de una complicación postoperatoria (por ej. perforación) o que la paciente presente un efecto adverso post-procedimiento como en la inserción de un dispositivo intrauterino (por ej. dolor severo, sangrado, infección), se debe realizar de forma urgente una ecografía ginecológica. La evaluación ecográfica también debe estar disponible después de una cirugía oncológica mayor (ver más abajo la sección de cánceres ginecológicos).

Infertilidad

Muchos centros han suspendido las técnicas de reproducción asistidas (TRA) durante la pandemia. Algunas sociedades científicas están aconsejando evitar el uso de TRA en estos momentos^{1,2}. Sin embargo, se espera que las TRA continúen realizándose en pacientes oncológicas en el contexto de preservar la fertilidad.

- Síndrome de hiperestimulación ovárica (**AHORA**): Independiente de la indicación de tratamiento con TRA, ya sea por infertilidad o por preservación de fertilidad, el síndrome de hiperestimulación ovárica sigue siendo un problema serio y agudo que requiere de una evaluación ecográfica inmediata.
- Infertilidad y abortos recurrentes (**MÁS ADELANTE**): la evaluación debe ser postergada hasta que se liberen las recomendaciones de distanciamiento social y los centros de fertilidad puedan reanudar sus prestaciones médicas.

Sangrado uterino anormal

Generalmente, el sangrado uterino anormal (SUA) en mujeres premenopáusicas representa una condición benigna que no implica riesgo vital. La evaluación ecográfica de las siguientes formas de SUA puede ser postergada hasta una nueva fecha (una vez que se haya levantado la recomendación de distanciamiento social). Si las pacientes están preocupadas o aquejadas por sus síntomas durante ese tiempo, se debe considerar el uso de consulta vía telefónica o videoconsulta con su médico general o ginecólogo para ayudarlas a manejar sus síntomas de forma empírica.

- Sangrado disfuncional en pacientes usuarias de tratamiento hormonal (**MÁS ADELANTE**)
- Sangrado menstrual abundante sin anemia (**MÁS ADELANTE**)
- Sangrado menstrual de baja frecuencia (oligoamenorrea) (**MÁS ADELANTE**) Se debe descartar embarazo en caso que exista esa posibilidad.
- Sangrado intermenstrual (**MÁS ADELANTE**)
- Sangrado uterino anormal de la perimenopausia (**MÁS ADELANTE**)
- Sangrado post-coital (**PRONTO**)
 - a) Debe considerarse especuloscopia y/o citología cervical (Papanicolau)
 - b) Se debe considerar la posibilidad de un cáncer cérvico-uterino y realizar las medidas necesarias para no omitir ese diagnóstico.

En los siguientes casos, una paciente con SUA puede requerir de una evaluación ecográfica prioritaria (según necesidad):

- **Sangrado menstrual abundante con anemia severa o inestabilidad hemodinámica (AHORA):**

- a) Se va a requerir una evaluación ecográfica sin demora, si el tratamiento empírico fracasa y la paciente tiene secuelas por la anemia. En estos casos, el clínico debe intentar identificar la etiología del SUA para poder optimizar el tratamiento médico. Dado que la mayoría de las causas son benignas, una intervención quirúrgica no será priorizada debido a la redistribución de recursos hospitalarios. Por este motivo, los proveedores de salud deben evaluar si la realización de la ecografía puede contribuir o cambiar el manejo del SUA durante la pandemia.
- b) Pacientes con sangrado menstrual abundante anormal van a necesitar una evaluación urgente, ya que algunas pueden presentar patologías severas como por ej. cáncer cervical.

- **Sangrado de la postmenopausia (PRONTO)**

- a) En pacientes con sangrado de la postmenopausia se debe descartar cáncer endometrial. Afortunadamente, el cáncer sigue siendo una etiología poco frecuente en estas pacientes, y cuando existe, no es un cáncer agresivo ni de rápido desarrollo³. En circunstancias normales, pacientes con sangrado de la postmenopausia son derivadas para evaluación dentro de las siguientes 2 semanas desde el comienzo del sangrado⁴. Debido a la pandemia actual de COVID-19, nosotros sugerimos retrasar la evaluación en 4 semanas más (se recomienda evaluación en aproximadamente 6 semanas).

“Masa” abdominopélvica

Masas abdominopélvicas pueden ser diagnosticadas de forma incidental durante la realización de otro examen imagenológico. Otra alternativa es que las pacientes consulten a un centro de salud con una masa abdominopélvica auto-diagnosticada. Proponemos clasificar estas pacientes según síntomas asociados.

- **“Masa” abdominopélvica con síntomas asociados (AHORA o PRONTO):** dependiendo de la severidad de los síntomas asociados, el profesional de la salud

puede considerar enviar a la paciente al servicio de urgencia para evaluación inmediata. Esto puede ser necesario en caso de sospechar algún tipo de tumor maligno (signos de obstrucción intestinal, náuseas/vómitos, anorexia, saciedad precoz, bajada de peso inesperada, aumento de la circunferencia abdominal). A pesar que los síntomas asociados (presión generada por efecto de la masa, síntomas urinarios/intestinales) habitualmente no son agudos o no representan riesgo vital, pueden ser signo de un cáncer avanzado, por lo tanto, puede ser razonable solicitar a la brevedad (pronto) una ecografía por un experto y así comenzar con el tratamiento adecuado. Un tumor de alto riesgo de malignidad sería definido razonablemente como un riesgo $\geq 10\%$ según el modelo IOTA-ADNEX⁵. El modelo IOTA ADNEX puede ser utilizado de forma gratuita online y acceder desde el siguiente link: <https://www.iotagroup.org/research/iota-models-software/adnex-risk-model>.

- **“Masa” abdominopélvica sin síntomas asociados (PRONTO o MÁS ADELANTE):** el profesional de la salud puede considerar retrasar la evaluación ecográfica hasta la resolución de la pandemia, cuando hay historia de patología pelviana previa como miomas uterinos. Por el contrario, en el caso de una masa abdominopélvica incidental sin síntomas asociados, se considera aceptable un retraso de 4 semanas para realizar la ecografía.

Cáncer ginecológico (Tumor maligno ginecológico) (PRONTO)

Durante la pandemia de COVID-19, se debe evaluar si el examen ecográfico realizado por un experto podría ser reemplazado en su totalidad por una tomografía axial computada (TAC) o resonancia nuclear magnética (RNM), en los casos de estadificación tumoral inicial, evaluación de eficacia del tratamiento o signos de enfermedad recurrente. En caso contrario, la ecografía ejecutada por un experto debe ser realizada pronto en las siguientes situaciones:

- **Diagnóstico inicial**
 - a) Caracterización ecográfica de la masa abdominopélvica
 - b) Estadificación ecográfica de un cáncer ginecológico probado por biopsia o diagnosticado de forma incidental mientras se realizaba otro examen imagenológico, siempre y cuando sea útil para el manejo posterior.

- c) Para descartar complicaciones postoperatorias o post-procedimientos como colecciones, hidronefrosis, líquido libre y derrame pleural que requiere drenaje.
- **Evaluación de eficacia del tratamiento:** para la evaluación de la respuesta tumoral es recomendable aplicar el mismo tipo de examen de imágenes que se utilizó inicialmente, sin embargo, en estos momentos, se debe preferir TAC y/o RNM por sobre la ecografía.
- **Enfermedad recurrente:** En mujeres con signos de cáncer ginecológico recurrente (por ej. elevación de marcadores tumorales, síntomas nuevos), en las cuales, los hallazgos ecográficos puedan permitir un tratamiento oncológico efectivo, debe realizarse pronto una evaluación ecográfica. En pacientes con signos de recurrencia típicos (ascitis, disnea, saciedad precoz) donde la única opción de manejo son los cuidados paliativos, es importante equilibrar los riesgos y beneficios de realizar la ecografía u otro método de imágenes.

Control de patología conocida previamente (MÁS ADELANTE)

Muchas pacientes tienen una ecografía ginecológica previa que requiere control en los próximos meses. Más abajo destacamos una lista de posibles condiciones que requieren control. En todos los siguientes diagnósticos, sugerimos retrasar el control ecográfico hasta la resolución de la pandemia. En caso de masas anexiales que presentan morfología benigna al ultrasonido, el riesgo de malignidad y complicación aguda es bajo⁶.

- Patología uterina
 - a) **Pólipo (s) uterino (s)**
 - b) **Mioma(s)**
 - c) **Adenomiosis**
- Patología ovárica
 - a) **Quiste unilocular < 10 cm de diámetro máximo**
 - b) **Endometrioma**
 - c) **Quiste dermoide (teratoma quístico maduro)**
 - d) **Quiste hemorrágico (incluye cuerpo lúteo quístico)**
 - e) **Masa con bajo riesgo de malignidad según modelo IOTA-ADNEX (<10%)⁵**
- Patología extra-uterina y extra-ovárica
 - a) **Endometriosis**

b) Hidrosalpinx

Control de dispositivos intrauterinos (DIU) (MÁS ADELANTE)

Durante la pandemia, se espera una disminución de consultas cara-a-cara, lo cual va a significar una reducción en la inserción de DIU. Sin embargo, la contracepción es esencial y los DIU deben seguir siendo una alternativa para las pacientes. Si alguna paciente opta por la inserción de un DIU, nosotros recomendamos postergar cualquier evaluación ecográfica de rutina para confirmar la posición de éste hasta la resolución de la pandemia. Si las guías del DIU no son visibles en la especuloscopia, sugerimos agregar un método anticonceptivo adicional y postergar la evaluación ecográfica, considerando que la posibilidad de una perforación asintomática o expulsión del DIU son infrecuentes.

Síntomas uroginecológicos (MÁS ADELANTE)

En la mayoría de los casos, los síntomas uroginecológicos no son peligrosos y tampoco implican riesgo vital. La evaluación ecográfica debe ser postergada hasta la resolución de la pandemia en los casos de:

- **Incontinencia**
- **Prolapso**

Seguimiento de cánceres ginecológicos post tratamiento oncológico completo (MÁS ADELANTE)

Pacientes en seguimiento ecográfico activo deben ser informadas sobre síntomas de enfermedad recurrente y se les aconsejará dar aviso telefónico al gine-oncólogo en caso necesario.

GUÍA GENERAL

Screening de SARS-CoV-2

Todas las mujeres que necesiten atención de salud deben ser clasificadas y derivadas en base a sus síntomas y estado infeccioso. Idealmente, este triage debe ser realizado telefónicamente por profesionales de la salud con experiencia, antes de la cita al centro médico. Sin embargo, en el caso que la paciente sea vista primero en la consulta, el profesional de la salud que realiza el triage debe utilizar los elementos de protección personal apropiados (EPP). Es muy importante preguntar a la paciente por síntomas comunes como tos y fiebre⁷, antes de acceder a una unidad de ecografía o consulta. También se debe implementar una encuesta que incluya antecedentes de riesgo como viajes, ocupación, ser contacto o “grupo de riesgo” (TOCC: “travel, occupation, contact and cluster”). Si la prevalencia local de SARS-CoV-2 aumenta, en algún momento puede ser necesaria la implementación de una política que considere a todas las pacientes como de alto riesgo. También recomendamos que un profesional de la salud experimentado acceda y analice los detalles de la historia clínica de la mujer, para determinar si necesita acudir al hospital o clínica.

Políticas para pacientes con sospecha o confirmación de COVID-19

A toda mujer con sospecha o confirmación de COVID-19 se debe solicitar que no acuda a la unidad de ecografía. Si requiere evaluación, debe ser vista en un espacio especialmente designado para COVID-19. Se debe permitir la visita a la unidad, sólo a pacientes con tamizaje negativo o pacientes con sospecha de COVID-19 que necesitan ser atendidas sin demora. En caso de requerir una ecografía, se recomienda en lo posible, designar una sala y un ecógrafo para pacientes con sospecha o confirmación de COVID-19. Es importante limpiar el equipo de acuerdo a las guías de seguridad publicadas previamente⁸.

Pacientes con sospecha de COVID-19 que requieren hospitalización

Si la paciente con sospecha de COVID-19 está estable, debe ser enviada a su hogar para aislamiento por 7 días, siempre y cuando corresponda clínicamente. Idealmente, cualquier paciente que cohabita con alguien que muestra posibles síntomas de COVID-19, debe aislarse por 14 días; sin embargo, en el contexto de atención de mujeres cursando un embarazo inicial, esto podría resultar poco práctico. Todas las salas y áreas del servicio, donde estuvo la paciente, van a requerir de un aseo terminal, desinfección o fumigación. Si

la paciente requiere ser ingresada al hospital, el lugar de la hospitalización va a depender del motivo de la admisión y disponibilidad de un espacio aislado hasta que el test para SARS-CoV-2 confirme su estado.

Toda paciente con sospecha de infección concomitante de SARS-CoV-2 debe ser informada a todos los miembros del equipo de salud.

MEDIDAS DE APOYO PARA ATENCIONES AMBULATORIAS

Precauciones que deben ser tomadas en áreas de espera y salas de examen

1. Considerando la recomendación de distanciamiento social, es importante respetar la hora de las citas médicas, espaciar los horarios en las agendas para evitar la aglomeración de pacientes en la sala de espera y distanciar al menos 2 metros los asientos en esas áreas.
2. En la entrada y dentro de las salas de espera debe haber desinfectante de manos disponible. A las pacientes embarazadas y sus acompañantes (si están presentes), se les debe sugerir su uso cuando lleguen a la unidad, aplicarlo además en intervalos frecuentes mientras se encuentren en el servicio y antes del examen ecográfico. Si no hay desinfectante de manos disponible, debido a racionamiento, se les debe sugerir a las pacientes lavarse las manos con agua y jabón por al menos 20 segundos, antes de la realización de la ecografía.
3. Deben haber mascarillas disponibles y ser usadas de acuerdo a las guías publicadas previamente⁹. Específicamente, las pacientes con síntomas o aquellas evaluadas con posible o probable COVID-19 deben usar mascarillas quirúrgicas. Personal que realiza la ecografía debe usar mascarilla quirúrgica o mascarilla de mayor protección (N95, FFP2/3), dependiendo del perfil de riesgo del paciente.
4. Cuando las pacientes agendan la hora, se les debe solicitar que acudan solas o con un sólo acompañante adulto. No deben asistir niños o adultos mayores de 60 años. Mujeres con síntomas sugerentes de posible infección por coronavirus deben evitar asistir a las unidades, a menos que haya una indicación clínica razonable que justifique la visita. En esas circunstancias, las mujeres deben ser atendidas y evaluadas en áreas designadas como “contaminadas” o áreas de evaluación para pacientes con SARS-CoV-2.

Guías para el personal que realiza ecografías de rutina o especializadas

1. Guías de limpieza y desinfección de transductores y equipos, y cómo proteger pacientes y ecografistas durante la realización de ecografías obstétricas y ginecológicas, están disponibles en otro documento⁸.
2. Todas las recomendaciones de los departamentos de control de infecciones locales deben ser aplicadas, incluyendo:
 - Los brazos de los ecografistas deben estar descubiertos bajo los codos;
 - El ecografista no debe usar reloj ni joyas.
3. El profesional de la salud debe lavarse las manos o usar desinfectante para manos antes y después de tener contacto directo con la paciente.
4. El profesional de la salud debe usar guantes desechables libres de látex durante el examen ecográfico, y cambiarlos después de cada paciente.
5. Se recomienda el uso de mascarillas quirúrgicas de 3 capas como mínimo para realizar la ecografía, ya que los ecografistas mientras realizan el examen, pasan un tiempo significativo muy cerca de la paciente. Si se evalúa a una paciente con sospecha/probable/confirmada COVID-19, se debe utilizar una mascarilla de mayor protección (N95, FFP2/3)⁹.
6. Se recomienda el uso de envases de gel individuales en vez de contenedores, incluso para las ecografías transabdominales.
7. Se sugiere al personal no-clínico (por ej. recepcionistas y secretarias) a seguir los procedimientos locales de control de infecciones. Si pueden realizar sus labores alejados de los pacientes, no debiera ser necesario el uso de mascarillas quirúrgicas de 3 capas.
8. Todo el personal que trabaja en la unidad de ecografía debiera conocer los potenciales síntomas de la infección por SARS-CoV-2, tales como tos de inicio reciente, fiebre y dificultad respiratoria. Si desarrollan alguno de estos síntomas, deben buscar atención médica inmediata y realizarse el test, si así lo permiten los protocolos locales.

Cómo coordinar su unidad de ecografía durante la pandemia de COVID-19

Adicionalmente a los requerimientos diarios de funcionamiento de su unidad de ecografía local, nosotros recomendamos lo siguiente:

1. Todos los EPP⁹ deben ser revisados diariamente para asegurar que su unidad esté abastecida y preparada;
2. A todos los integrantes de la unidad se les debe comprobar que las mascarillas FFP3 se le ajusta correctamente, quedando guardados los registros;
3. Los responsables o coordinadores de la unidad de ecografía deben prever que durante la pandemia alguien del personal de salud (o miembros de sus familias) pueda enfermar y deba ser aislado. Por este motivo, debe existir una planificación cuidadosa del personal y un plan de contingencia que permita resolverlo de acuerdo a la disponibilidad de cada centro;
4. Si hay pacientes que fueron sometidas al test para detectar SARS-CoV-2, asegúrese que los registros sean guardados y revisados diariamente. Asegúrese que la paciente haya sido informada del resultado, y en caso que haya sido hospitalizada, también el equipo de médicos de urgencia debe ser informado lo antes posible;
5. En caso que deban seguir realizándose reuniones de equipos multidisciplinarios para discutir casos, aconsejamos que éstos se realicen de forma semanal, y utilizando plataformas digitales de reunión;
6. Considerando que existe un alto riesgo de transmisión de SARS-CoV-2 entre miembros del equipo de salud, se debe intentar mantener un distanciamiento social entre colegas y minimizar las reuniones a las estrictamente necesarias. Las horas de colación deben tomarse de forma individual y no grupal.

REFERENCIAS

1. American Society for Reproductive Medicine. COVID-19: Suggestions On Managing Patients Who Are Undergoing Infertility Therapy Or Desiring Pregnancy. 2020. <https://www.asrm.org/news-and-publications/news-and-research/press-releases-and-bulletins/covid-19-suggestions-on-managing-patients-who-are-undergoing-infertility-therapy-or-desiring-pregnancy/> [Accessed March 24, 2020]
2. European Society of Human Reproduction and Embryology. Coronavirus Covid-19: ESHRE statement on pregnancy and conception. 2020. [https://www.eshre.eu/Press-Room/ESHRE - News](https://www.eshre.eu/Press-Room/ESHRE-News) . [Accessed March 24, 2020]
3. The American College of Obstetricians and Gynecologists. The Role of Transvaginal Ultrasonography in Evaluating the Endometrium of Women With Postmenopausal Bleeding. *Obstet Gynecol* 2018; 131: e124–129.
4. Morrison J, Gillespie S, MacKenzie IZ. “Two week wait” standards for suspected gynaecological malignancy. On target, but missing the point? *J Br Menopause Soc* 2003; 9: 170–172.
5. Van Calster B, Van Hoorde K, Valentin L, Testa AC, Fischerova D, Van Holsbeke C, Savelli L, Franchi D, Epstein E, Kaijser J, Van Belle V, Czekierdowski A, Guerriero S, Fruscio R, Lanzani C, Scala F, Bourne T, Timmerman D. Evaluating the risk of ovarian cancer before surgery using the ADNEX model to differentiate between benign, borderline, early and advanced stage invasive, and secondary metastatic tumours: prospective multicentre diagnostic study. *BMJ* 2014; 349: g5920.
6. Froyman W, Landolfo C, De Cock B, Wynants L, Sladkevicius P, Testa AC, Van Holsbeke C, Domali E, Fruscio R, Epstein E, dos Santos Bernardo MJ, Franchi D, Kudla MJ, Chiappa V, Alcazar JL, Leone FPG, Buonomo F, Hochberg L, Coccia ME, Guerriero S, Deo N, Jokubkiene L, Kaijser J, Coosemans A, Vergote I, Verbakel JY, Bourne T, Van Calster B, Valentin L, Timmerman D. Risk of complications in patients with conservatively managed ovarian tumours (IOTA5): a 2-year interim analysis of a multicentre, prospective, cohort study. *Lancet Oncol* 2019; 20: 448–458.
7. GuanWJ, NiZY, HuY, LiangW, OuC, HeJ, LiuL, ShanH, LieC, HuiD, DuB, LiL. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med* 2020. DOI: 10.1056/NEJMoa2002032
8. Poon LC, Abramowicz JS, Dall’Asta A, Sande R, ter Haar G, Marsal K, Brezinka C, Miloro P, Basseal J, Westerway SC, Abu-Rustum RS. ISUOG Safety Committee

Position Statement: safe performance of obstetric and gynecological scans and equipment cleaning in the context of COVID-19. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2020. DOI: 10.1002/uog.22027.

9. Abramowicz JS, Basseal JM, Brezinka C, Dall'Asta A, Deng J, Harrison G, Marsal K, Lee JCS, Lim A, Miloro P, Poon LC, Salvesen KJ, Sande R, ter Haar G, Westerway SC, Xie MX, Lees C. ISUOG Safety Committee Position Statement on use of personal protective equipment and hazard mitigation in relation to SARS-CoV-2 for practitioners undertaking obstetric and gynecological ultrasound. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2020. <https://www.isuog.org/uploads/assets/b8dde768-08a2-424c-a4615551637515e9/ISUOG-Safety-Committee-statement-on-COVID19-and-PPE.pdf>

AUTORES

T. Bourne, Early pregnancy and Acute Gynaecology Unit, Department of Obstetrics and Gynaecology, Queen Charlotte's and Chelsea Hospital, Imperial College, London, UK; Department of Obstetrics and Gynaecology, University Hospitals Leuven, Leuven, Belgium; KU Leuven, Department of Development and Regeneration, Leuven, Belgium

M. Leonardi, Acute Gynecology, Early Pregnancy & Advanced Endoscopic Surgery Unit, Sydney Medical School Nepean, University of Sydney Nepean Hospital, Penrith, Sydney, Australia

C. Kyriacou, Early pregnancy and Acute Gynaecology Unit, Department of Obstetrics and Gynaecology, Queen Charlotte's and Chelsea Hospital, Imperial College, London, UK

M. Al-Memar, Early pregnancy and Acute Gynaecology Unit, Department of Obstetrics and Gynaecology, Queen Charlotte's and Chelsea Hospital, Imperial College, London, UK

C. Landolfo, Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli, IRCCS, Dipartimento Scienze della Salute della Donna, del Bambino e di Sanità Pubblica, Rome, Italy

D. Cibula, Gynaecological Oncology Centre, Department of Obstetrics and Gynecology, First Faculty of Medicine, Charles University and General University Hospital in Prague, Prague, Czech Republic

G. Condous, Acute Gynecology, Early Pregnancy & Advanced Endoscopic Surgery Unit, Sydney Medical School Nepean, University of Sydney Nepean Hospital, Penrith, Sydney, Australia

U. Metzger, Centre d'Échographie de l'Odéon, Paris, France

D. Fischerova, Gynaecological Oncology Centre, Department of Obstetrics and Gynecology, First Faculty of Medicine, Charles University and General University Hospital in Prague, Prague, Czech Republic

D. Timmerman, Department of Obstetrics and Gynaecology, University Hospitals Leuven, Leuven, Belgium; KU Leuven, Department of Development and Regeneration, Leuven, Belgium

T. Van den Bosch, Department of Obstetrics and Gynaecology, University Hospitals Leuven, Leuven, Belgium

Agradecimientos

La revisión del documento fue realizada por Juan-Luis Alcazar (Departamento de Obstetricia y Ginecología, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España), Misty Blanchette-Porter (Larner College of Medicine at the University of Vermont Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Sciences Division, Reproductive Medicine and Infertility Burlington, Vermont, USA), Christina Fotopoulou (Department of Surgery and Cancer, Imperial College London, London, UK) y Wouter Froyman (KU Leuven, Department of Development and Regeneration, Leuven, Belgium).