

# EFFECTOS DEL SARS-COV-2 SOBRE EL EMBARAZO Y PARTO

INSCRIPCIÓN GRATUITA  
CURSO ONLINE

Autoría:

MSC. MARIA DOLORES PÉREZ SÁNCHEZ

MSC. LUIS JAVIER GONZÁLEZ FUENTE



[www.salusplay.com](http://www.salusplay.com)

¡COMIENZA  
LA LECTURA!

# EFECTOS DEL SARS-COV-2 SOBRE EL EMBARAZO Y PARTO

## AUTORÍA:

- MSC. MARIA DOLORES PÉREZ SÁNCHEZ
- MSC. LUIS JAVIER GONZÁLEZ FUENTE

## AVALAN ESTA FORMACIÓN:

- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DIRECTIVOS DE LA SALUD (SEDISA)
- ASOCIACIÓN NACIONAL DE DIRECTIVOS DE ENFERMERÍA (ANDE)
- ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA ESPECIALISTA TITULADA (ASENEST)
- COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE ALICANTE
- COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE LA RIOJA
- COLEGIO DE FISIOTERAPEUTAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID
- ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERIA Y SALUD (AEES)
- INTERNATIONAL NURSING NETWORK (INN)
- SALUD SIN BULOS
- COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE VALENCIA
- COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMERS DE TARRAGONA
- COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERIA DE CASTELLÓN
- COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE MELILLA
- UNIÓN ESPAÑOLA DE SOCIEDADES CIENTÍFICAS DE ENFERMERÍA (UESCE)
- ASOCIACIÓN ENFERMERIA COMUNITARIA (AEC)
- ASOCIACIÓN NACIONAL DE ENFERMERÍA Y VACUNAS (ANENVAC)
- COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE CUENCA
- FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE ENFERMERÍA COMUNITARIA Y ATENCIÓN PRIMARIA (FAECAP)
- COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE HUESCA
- COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE GIPUZKOA
- COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE TOLEDO
- SOCIEDAD ESPAPLOLA DE ENFERMERIA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS (SEEUE)
- ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE FISIOTERAPEUTAS DE LA REGIÓN DE MURCIA
- COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE NAVARRA

**SALUSPLAY editorial**

C/ESTARTETXE 5, OFICINA 306  
48940 LEIOA, BIZKAIA, PAIS VASCO  
TEL.: +34 946522986

ISBN: 978-84-16861-95-9

**FECHA Y LUGAR DE PUBLICACIÓN: LEIOA, 21 DE MARZO DE 2020**

**LICENCIA CREATIVE COMMONS**

Reconocimiento – NoComercial – CompartirIgual (by-nc-sa):  
No se permite un uso comercial de la obra original ni de las  
posibles obras derivadas, la distribución de las cuales se debe  
hacer con una licencia igual a la que regula la obra original.



Las embarazadas no parecen tener una mayor susceptibilidad para contraer la infección, ni para presentar complicaciones graves, pero los datos actuales existentes son limitados.

La posibilidad de transmisión vertical es muy poco probable y no se ha podido demostrar en ningún caso durante el brote actual de COVID-19 en China, ni tampoco en epidemias previas por otros coronavirus similares (SARS-CoV y MERS-CoV). Las muestras tomadas han dado resultados negativos en líquido amniótico, sangre del cordón umbilical, flujo vaginal, hisopos de garganta neonatales o leche materna. Los casos descritos de infección en recién nacidos provienen probablemente de transmisión horizontal.

## TEMA 1. COMPLICACIONES FETALES

---

### Complicaciones en Gestación Precoz

- Los datos actuales no sugieren un mayor riesgo de aborto en gestantes con COVID-19.
- Al no existir evidencia de transmisión intrauterina es muy poco probable que la infección por COVID-19 pueda producir defectos congénitos.

### Complicaciones en Gestación a Término

- Han sido descritos casos de parto prematuro en mujeres con infección COVID-19.
- Estudios amplios en gestantes con otros tipos de neumonía vírica han evidenciado que existe un riesgo incrementado de parto prematuro, CIR y de pérdida de bienestar fetal intraparto.
- Tras el nacimiento se han documentado casos de recién nacidos con distrés respiratorio, trombocitopenia acompañado de alteración de la función hepática e incluso muerte.



## TEMA 2. MANEJO Y TRATAMIENTO

---

Actualmente no existe un tratamiento específico frente al COVID-19. Basándose en la experiencia previa de brotes por otros coronavirus, actualmente se está empleando en algunos casos y de forma experimental el tratamiento con una combinación de inhibidores de la proteasa (lopinavir/ritonavir) con o sin interferón  $\beta$  o  $\alpha$ , o tratamiento con un inhibidor de la ARN polimerasa (remdesivir).

Esta información se puede consultar más a fondo en “Manejo clínico de pacientes con COVID-19” en:

- <https://www.msrebs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos.htm>

El manejo de la mujer embarazada infectada por SARS-CoV-2 debe correr a cargo de un equipo multidisciplinar que establezca el lugar más adecuado para el correcto tratamiento del binomio madre-feto y que permita mantener el control y la pronta actuación en caso de deterioro materno o fetal o inicio trabajo de parto prematuro.

Dado el riesgo potencial del SARS-CoV-2 en las mujeres embarazadas, el tratamiento se basará en la optimización del estado de salud de la madre y el feto con un estrecho seguimiento.

Los principios del tratamiento de la embarazada, al igual que el resto de la población, incluyen:

- Medidas de aislamiento precoz.
- Control de la infección.
- Oxigenoterapia si es necesario.
- Evitar la sobrecarga de fluidos.
- Terapia antibiótica empírica si se sospecha coinfección bacteriana.
- Monitorización de la dinámica uterina y el bienestar fetal.
- Ventilación mecánica precoz en caso de deterioro de la función respiratoria.
- Individualizar el momento más adecuado del parto.

## TEMA 3. EMPLEO DE CORTICOIDES DURANTE EL EMBARAZO

---

### Uso de Corticoides durante el embarazo para el tratamiento de neumonía asociada a SARS-CoV-2.

- Según el documento elaborado por el Ministerio de Sanidad, el uso de Corticoides no parece adecuado, puesto que se ha demostrado que retrasa el aclaramiento del virus (en estudios con el MERS-CoV). Sin embargo, el uso de corticoides para la maduración pulmonar fetal puede utilizarse, siempre de acuerdo con el equipo multidisciplinar que atiende a la paciente embarazada.

### Uso de Corticoides durante el embarazo para la Maduración Pulmonar Fetal.

- Según la evidencia científica actual, el Real College de Obstetrician and Gynecologist (RCOG) refiere que la administración de corticoesteroides para la maduración pulmonar fetal en el contexto de una infección COVID-19, no produce efectos perjudiciales maternos. De todas maneras, cuando esté indicada su administración, especialmente en una paciente con complicaciones, la decisión se tomará de forma consensuada con el especialista en infecciones y el neonatólogo. La indicación de su administración no demorará la necesidad de finalización urgente de la gestación por causa materna.

## TEMA 4. COVID-19 Y PARTO

---

### Actuación ante la llegada de una embarazada a urgencias con sospecha de COVID-19

En el momento de la redacción de este documento, las recomendaciones son:

- A toda paciente que acuda con síntomas de infección respiratoria aguda se le colocará una mascarilla quirúrgica. Es la primera medida de protección para el personal sanitario que la atiende y para la población en general.
- El personal sanitario debe establecer de forma rápida si un paciente con infección respiratoria aguda (IRA) cumple los criterios de caso en investigación de SARS-CoV-2, sobre todo en el triaje de inicio.
- Las pacientes que se identifiquen como casos en investigación deberán separarse de otros pacientes, se les pondrá una mascarilla quirúrgica (si no la llevaran puesta ya) y serán conducidas de forma inmediata a una zona de aislamiento. El personal que las acompañe hasta la zona de aislamiento llevará mascarilla quirúrgica.
- Los casos en investigación deben permanecer aislados, bajo precauciones de aislamiento por contacto y por gotas. Si el cuadro clínico no lo precisa y se puede garantizar el aislamiento domiciliario, estas personas pueden permanecer en aislamiento en su domicilio, no siendo necesario un ingreso hospitalario, incluso mientras esperan el resultado de la prueba para no saturar las urgencias y no someter a la mujer a esperas innecesarias.
- Debe tenerse en cuenta las semanas de embarazo y los potenciales riesgos para el feto:
  - Por debajo de las 24 semanas de embarazo se comprobará la viabilidad fetal y se seguirá el mismo procedimiento que para los demás pacientes;
  - Por encima de las 24 semanas se comprobará el bienestar fetal y la paciente permanecerá en observación hasta el resultado de las pruebas diagnósticas.

El control del bienestar fetal se realizará mediante ecografía y/o registro cardiotocográfico (RCTG) en función de las semanas de embarazo.



- Los casos probables y confirmados se ingresarán en el centro hospitalario con medidas de aislamiento de contacto y por gotas. Aunque no es estrictamente necesario siempre que sea posible y se disponga de ella, y si se prevé la realización de maniobras que puedan generar aerosoles, se podrá realizar el aislamiento en una habitación con presión negativa.
- El control del bienestar fetal se realizará en función de los criterios obstétricos y en función de las semanas de embarazo. Los equipos y material (p. ej. manguitos de tensión arterial) deberán ser desechables o de uso exclusivo de la gestante. Si no puede ser así, se desinfectará después de cada uso, tal y como especifique el fabricante.
- Se limitará al máximo el transporte y se restringirá el movimiento de la gestante fuera de la habitación. Si ha de salir fuera, lo hará llevando una mascarilla quirúrgica.
- Es importante reducir el número de profesionales sanitarios y no sanitarios que accedan a la habitación de la mujer infectada. Se mantendrá un registro de todas las personas que cuidan o entran en la habitación de aislamiento.
- La habitación de aislamiento deberá contar idealmente con cama, cuna térmica, monitorización fetal (preferiblemente con puesto centralizado para evitar la permanencia constante de la matrona/obstetra), oxigenoterapia, carro de medicación (parto, puerperio, analgesia epidural, reanimación neonatal y de adulto) e incubadora de transporte.
- De forma excepcional y si la situación epidemiológica así lo requiriera, se podrá plantear el manejo de la mujer embarazada en el domicilio si la situación clínica es buena (fiebre menor de 38°C, sin síntomas respiratorios), y los condicionantes sociales y la vivienda así lo permiten. En este caso y con respecto a los controles del embarazo:
  - Se deberá avisar al centro que controle el embarazo de que se encuentra en situación de aislamiento.
  - No deberá acudir a las citas programadas sin haber avisado al centro correspondiente.
  - Se le recomendará no acudir a urgencias si no es estrictamente necesario. En este caso, se debería avisar antes de que está embarazada.

## **ACTUACIÓN EN EL PARTO**

### **Mujeres con sospecha / confirmación de COVID-19 y sin síntomas en fase de pródromos**

Los síntomas de COVID-19 pueden ser animadas a permanecer en casa (autoaislamiento) en el parto temprano (fase latente) según la práctica estándar.

### **Asistencia al parto**

Una vez iniciado el parto, actuación con equipo multidisciplinario debe ser informado: obstetra, anestesista, matrona, neonatología y equipo auxiliar.

Se deben hacer esfuerzos para minimizar el número de miembros del personal que ingresan a la sala y las unidades deben desarrollar una política local que especifique el personal esencial para escenarios de emergencia.

Una vez valorado el inicio de parto, se debe instalar en una sala de aislamiento ya preparada con anterioridad, y se realiza una evaluación completa materna y fetal para incluir:

- La evaluación de la gravedad de los síntomas de COVID-19. Estado actual de la paciente. Valoración por equipo multidisciplinar.
- Control de constantes maternas incluyendo temperatura, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno. Las observaciones y evaluaciones maternas deben continuarse según la práctica estándar, con la adición de saturaciones de oxígeno. Mantener la saturación de oxígeno > 94%, valorando usar la terapia de oxígeno en consecuencia.
- Monitorización fetal mediante cardiotocografía (CTG) continua. En dos series de casos chinos, que incluyen un total de 18 mujeres embarazadas infectadas con COVID-19 y 19 bebés (un grupo de gemelos), hubo 8 casos reportados de compromiso fetal. Dado esto tasa relativamente alta de compromiso fetal, la monitorización fetal continua en el trabajo de parto es actualmente recomendado para todas las mujeres con COVID-19. Dada la tasa de compromiso fetal reportada en la serie de casos chinos, la recomendación actual es la monitorización electrónica continua del feto en el trabajo de parto.

- Dada la asociación de COVID-19 con el síndrome de dificultad respiratoria aguda, las mujeres con los síntomas moderados a severos de COVID-19 se debe controlar la entrada y salida de líquidos por hora, dirigidos a lograr un equilibrio neutro de líquidos en el parto, en orden para evitar el riesgo de sobrecarga de líquidos.

El paritorio deberá contar con un sistema de ventilación adecuado y, aunque no es indispensable, siempre que sea posible y se disponga de ella, se recomienda que la atención al parto se realice en una habitación con presión negativa. El personal que atiende al parto debe llevar el equipo de protección individual adecuado, que incluye: gorro, gafas, batas impermeables, guantes y mascarillas FFP2.

### **Técnicas de alivio del dolor**

No hay evidencia de que la analgesia o anestesia epidural o espinal esté contraindicada en estas pacientes.

Se debe recomendar la analgesia epidural antes, o temprano en el parto, a mujeres con sospecha / confirmación de COVID-19 para minimizar la necesidad para anestesia general si se necesita un parto urgente

Valorar el riesgo / beneficio si se utiliza Entonox. Tener en cuenta que existe el riesgo de que el uso de Entonox puede aumentar la aerosolización y la propagación del virus. Por eso, en general, no se recomienda dada la generación de aerosoles que conlleva y la posible diseminación del virus. En caso de uso, el sistema de respiración debe contener un filtro para evitar la contaminación con el virus (<0,05 µm de tamaño de poro).

Las técnicas analgésicas intravenosas con remifentanilo, requieren una vigilancia estrecha y directa por el anestesiólogo y pueden incrementar el riesgo de transmisión al personal, además de aumentar el riesgo de hipoxia en una paciente con neumonía.

### **Duración del parto**

Se debe tomar una decisión individualizada con respecto a acortar la duración de la segunda etapa del parto con parto instrumental electivo en una mujer sintomática que experimente agotamiento o se objetive estado hipóxico.

## Vía de parto

Actualmente no hay evidencia para favorecer un modo de nacimiento sobre otro. La vía y momento del parto deben ser evaluados de forma individual y multidisciplinar. La decisión de realizar un parto por vía vaginal o de una cesárea debe ser evaluada teniendo en mente también el principio de precaución y de protección para el personal que la asiste. En los casos graves, el finalizar el embarazo debe considerarse en función de las semanas de embarazo y de acuerdo con el neonatólogo. La decisión debe ser multidisciplinar.

La cesárea debe ser realizado si está indicado en función de la condición materna y fetal como en la práctica normal.

Cuando se precise un parto por cesárea u otro procedimiento quirúrgico, ponerse EPIs lleva mucho tiempo. Esto puede afectar la decisión. Se debe informar a las mujeres y sus familias sobre esto posible retraso.

## Cesárea electiva

Se debe evitar la anestesia general a menos que sea absolutamente necesaria.

Valorar anestesia epidural o espinal según sea necesario y para evitar la anestesia general.

El tratamiento obstétrico del parto por cesárea electiva debe realizarse de acuerdo con la práctica habitual.

## Pinzamiento del cordón umbilical

La recomendación actual en España es que, para reducir el riesgo de transmisión vertical, se recomienda el clampaje inmediato del cordón umbilical y evitar el contacto piel con piel. Es una medida de precaución, dada la falta de evidencia.

## Piel con piel

Se desconoce si los recién nacidos infectados por SARS-CoV-2 tienen o no más riesgo de complicaciones severas. La posibilidad de transmisión de la madre infectada al recién nacido por las secreciones maternas, hace que se recomiende proteger temporalmente al recién nacido de su madre mientras la madre se considere potencialmente transmisora. La madre debe ser informada de esta decisión.

Los riesgos y beneficios de separar temporalmente a la madre del recién nacido deben ser valorados por la paciente y su equipo tratante conjuntamente. Deben valorarse a partir del estado general materno y la importancia de las primeras horas y días de vinculación de la madre y recién nacido y el establecimiento de la lactancia.

Todo recién nacido de una madre identificada como caso en investigación o confirmado debe considerarse un caso en investigación y debe ser aislado del resto de recién nacidos, en una habitación individual mientras se considere un caso en investigación. Debe limitarse las visitas a una única persona cuidadora (y siempre la misma, normalmente un progenitor sano), facilitándole las medidas de protección adecuadas: bata, guantes, mascarilla, protección ocular.

La decisión de no separar madre y recién nacido, debe ser individualizada, en función de la severidad de la infección, signos y síntomas y de los resultados de los test de laboratorio para el diagnóstico de COVID-19.

Si por algún motivo especial no se pueda separar al recién nacido de su madre, deben considerarse algunas medidas especiales:

- Disponer de ciertas barreras arquitectónicas (p. ej. mamparas...) y colocar al recién nacido a más de 2 metros de distancia de la madre.
- Si la madre debe cuidar del recién nacido y no hay ninguna otra persona que pueda hacerlo, la madre debe usar mascarilla quirúrgica a distancias inferiores a 2 metros y para cualquier manipulación del recién nacido, usar guantes y realizar higiene de manos antes y después de cualquier contacto con el recién nacido.

### **Lactancia materna**

Partiendo de la premisa de que la lactancia es la mejor alimentación para el recién nacido, no hay datos suficientes para hacer una recomendación en firme sobre el amamantamiento en el caso de mujeres infectadas por COVID-19.

El documento técnico “Manejo de la mujer embarazada y el recién nacido con COVID-19”, realizado por el Ministerio de Sanidad, afirma que en hijos de madres con infección por COVID-19 durante los primeros 14 días, a la luz de los datos disponibles, parece

aconsejable no amamantar, aunque puede administrarse leche materna en una taza y/o con una cuchara limpia o mediante biberón, siguiendo en todo momento las medidas de prevención de la infección. A partir de los 14 días de vida, según el resultado de la PCR de COVID-19 en el niño, debe considerarse de forma individual cada caso.

En dicho documento, basándose en la experiencia de China y en el documento de consenso chino para la prevención y el control de la infección perinatal por el SARS-CoV-2 y dado que la transmisión vertical a través de la leche materna no puede ser descartada, se desaconseja la lactancia materna tras el parto en hijos de madres en investigación o con infección confirmada por SARS-CoV-2 hasta que se confirme que la madre y la leche son negativas.

La Sociedad Italiana de Neonatología apuesta por facilitar la cohabitación y la lactancia materna en madres con infección confirmada asintomáticas o pseudosintomáticas. Únicamente consideran la separación en casos de madres sintomáticas con infección confirmada o probable, hasta la obtención de los resultados de las muestras (de la madre y/o el recién nacido), y en esos casos manteniendo la alimentación con leche materna extraída sin pasteurizar.

Es recomendable, para evitar la pérdida de la lactancia, que la madre se extraiga la leche hasta que el niño pueda amamantarse. En los hospitales que dispongan de banco de leche materna se recomienda administrar leche donada, especialmente en niños prematuros.

Los CDC americanos recomiendan para casos de madres que realizan lactancia fuera del periodo postnatal inmediato y que se infectan o hay sospecha de infección por el SARS-CoV-2, extremar las medidas de aislamiento (higiene de manos, mascarilla facial) para amamantar al neonato durante el periodo de separación, o bien hacer una extracción de la leche tomando las máximas precauciones de aislamiento (higiene de manos y mascarilla) y que ésta sea administrada al neonato por un cuidador sano. El extractor de la leche deberá limpiarse después de cada extracción con los desinfectantes adecuados.

El posicionamiento de la IHAN afirma que la lactancia materna ofrece protección al lactante y al niño y niña pequeños frente a las infecciones respiratorias, entre ellas el coronavirus. Se desconoce si también puede proteger frente al COVID-19. Pero se sabe que niños y niñas tienen escasa capacidad de defensa frente a las infecciones principalmente respiratorias e intestinales. Las defensas que la madre fabrica en respuesta a los virus y bacterias de su entorno (inmunoglobulinas, células y otros factores) pasan a través de la leche al bebé que puede así defenderse adecuadamente de estas infecciones. Desde el nacimiento hasta alrededor de los 3 años el sistema

inmune solo está completo si se acompaña del amamantamiento (Turfkruyer 2015). Cuando madre e hijo pasan juntos muchas horas al día, su ambiente y los virus que los rodean son similares y las defensas de la leche materna protegen al bebé con mayor eficacia. Dado que la enfermedad descrita en neonatos y lactantes es leve y no se transmite por la leche ni por la piel y los datos de los que se dispone en la actualidad, los beneficios conocidos de la lactancia materna superan con mucho los posibles riesgos de suspender lactancias ante la COVID-19.

Si el contagio de la madre lactante sucede tras el parto, se recomienda la mantener y fomentar la lactancia materna, favoreciendo así el paso de anticuerpos al niño. Mantener la lactancia es probable que disminuya el impacto clínico de la enfermedad en el lactante, como en otras infecciones respiratorias, como la gripe.

No es preciso pasteurizar la leche extraída antes de administrarla al neonato.

En recién nacidos prematuros ingresados, se debe utilizar leche de banco.

La decisión final sobre el tipo de alimentación del recién nacido deberá consensuarse entre la paciente y el equipo tratante, en base a los conocimientos científicos de cada momento y el estado de salud de la madre y el recién nacido.

### **Alta hospitalaria**

El alta de la madre debe seguir las indicaciones de alta de cualquier persona infectada por COVID-19. Para los recién nacidos con pruebas pendientes o con resultados negativos, los cuidadores deben seguir las precauciones generales para evitar la infección del recién nacido por COVID-19.

### **Puerperio**

Recomendaciones generales durante el puerperio:

- Lavado frecuente de manos.
- Al toser o estornudar cúbrete la nariz y la boca con el codo flexionado.
- Evitar tocarse los ojos, nariz y boca ya que las manos facilitan su transmisión.
- Usar pañuelos desechables para eliminar secreciones respiratorias y tíralo tras su uso.
- Evitar aglomeraciones y transporte público.
- Limitar las relaciones sociales.

- Limitar los viajes.
- Limitar las visitas en hospital y casa durante la epidemia.

Realizar consulta telefónica con la matrona y equipo de AP, salvo que requiera asistencia para retirada de grapas, cuidados postquirúrgicos o complicaciones del puerperio.

En caso de sintomatología, evitar en contacto cercano con otras personas y ponerse en contacto con los servicios sanitarios según las recomendaciones vigentes en la comunidad autónoma.



## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Documento técnico “Manejo de la mujer embarazada y el recién nacido con COVID-19”. Ministerio de Sanidad. Versión de 12 de marzo de 2020
2. Recomendaciones para la prevención de la infección y el control de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en la paciente obstétrica. SEGO. 2020.
3. Lactancia materna ante la pandemia de Coronavirus COVID-19. Información para los profesionales que atienden familias con niños y niñas pequeños. IHAN España. Versión 14 de marzo de 2020
4. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected Interim guidance. OMS. 13 March 2020
5. Recomendaciones para el manejo del recién nacido en relación con la infección por SARS-CoV-2. Versión 4.1. Sociedad Española de Neonatología. Fecha 16/03/2020
6. Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy. Information for healthcare professionals. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Version 1: Published Monday 9 March, 2020
7. Chen H, Guo J, Wang C, Luo F, Yu X, Zhang W, et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: A retrospective review of medical records. Lancet 2020 [Internet] Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673620303603>  
DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30360-3  
Zhu H, Wang L, Fang C, Peng S, Zhang L, Chang G, et al. Clinical analysis of 10 neonates born to mothers with 2019-nCoV pneumonia. Transl Pediatr 2020;9:51-60 [Internet].
8. Disponible en: <http://tp.amegroups.com/article/view/35919/28274>
9. Rasmussen SA, Smulian JC, Lednicky JA, Wen TS, Jamieson DJ. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and pregnancy: What obstetricians need to know. Am J Obstet Gynecol 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.02.017>.
10. Wang L, Shi Y, Xiao T, et al. Chinese expert consensus on the perinatal and neonatal management for the prevention and control of the 2019 novel coronavirus infection (first edition). Ann Transl Med 2020;8(3):47-55.