



ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA. REVISIÓN

Recomendaciones y manejo práctico de la gestante con COVID-19: *scoping review*



Héctor González-de la Torre^{a,b}, Raúl Rodríguez-Rodríguez^b y Alicia Martín-Martínez^{b,*}

^a Departamento de Enfermería, Universidad de La Laguna-Sede La Palma, Santa Cruz de Tenerife, España

^b Servicio de Obstetricia y Ginecología, Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Gran Canaria, Servicio Canario de Salud, Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas, España

Recibido el 4 de mayo de 2020; aceptado el 11 de mayo de 2020

Disponible en Internet el 18 de mayo de 2020

PALABRAS CLAVE

COVID-19;
Embarazo;
Parto;
Obstetricia;
Mujer embarazada

Resumen

Objetivo: Recopilar recomendaciones y evidencias en el manejo práctico de las gestantes con infección por COVID-19 para clarificar pautas de atención obstétrica ante esta nueva enfermedad.

Método: *Scope review* a partir de búsqueda bibliográfica en bases de datos nacionales e internacionales en ciencias de la salud (PubMed/Medline, Biblioteca Virtual en Salud, SciELO, Cochrane y CUIDEN) y sitios web y adicionalmente mediante sistema de «bola de nieve». Se utilizaron los términos MeSH: «COVID-19», «Pregnancy», «Delivery, Obstetric», «Pregnant Women» y «Maternal». Como límites en la búsqueda se seleccionaron los idiomas español e inglés. No se establecieron límites en referencia al año de publicación o el tipo de artículo.

Resultados: Se detectaron un total de 49 documentos y artículos, de los cuales 27 fueron analizados, utilizándose 18 y desechándose 9 que no contenían recomendaciones prácticas. Las recomendaciones fueron agrupadas en 10 temáticas: prevención de la infección en la embarazada; prevención de la infección en el personal sanitario que atiende a la embarazada; forma de presentación y severidad en la embarazada; transmisión materno-fetal (vertical y perinatal); control materno-fetal de la gestante con COVID-19; control de la gestante grave por COVID-19; tratamiento de la gestante con COVID 19; manejo y vía de finalización del parto; resultados neonatales en mujeres con COVID-19, y lactancia materna.

Conclusiones: Falta una evidencia sólida que sustente muchas de las recomendaciones para la mujer gestante respecto a la COVID-19, ya que están basadas en la experiencia previa con las infecciones provocadas por los virus SARS-CoV y MERS-CoV. Se necesitan nuevos estudios que confirmen la idoneidad de muchas de las recomendaciones y pautas de actuación en el caso concreto de la mujer gestante y la COVID-19.

© 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aliciammartinez@gmail.com (A. Martín-Martínez).

KEYWORDS

COVID-19;
Pregnancy;
Delivery;
Obstetric;
Pregnant women

Recommendations and practical management of pregnant women with COVID-19: A scoping review**Abstract**

Aim: To compile recommendations and evidence on the practical management of pregnant women with COVID-19 in order to clarify standards of obstetric care in the face of this new disease.

Method: Scoping review based on literature searches in national and international health science databases (PubMed/Medline, Biblioteca Virtual en Salud, SciELO, Cochrane and CUIDEN) and websites, and additionally by a “snowball” system. MeSH terms were used: “COVID-19”, “Pregnancy”, “Delivery, Obstetric”, “Pregnant Women” and “Maternal”. As limits in the search Spanish and English languages were selected. No limits were established in relation to the year of publication or type of article.

Results: A total of 49 documents and articles were detected, of which 27 were analyzed, 18 were used, and 9 were discarded because they did not contain practical recommendations. The recommendations were grouped into 10 subjects: Prevention of infection in pregnant women; prevention of infection in health care personnel attending pregnant women; form of presentation and severity in pregnant women; maternal-fetal transmission (vertical and perinatal); maternal-fetal control of the pregnant woman with COVID-19; control of the severely pregnant woman with COVID-19; treatment of the pregnant woman with COVID-19; management and route of termination of labor; neonatal outcomes in women with COVID-19, and breastfeeding.

Conclusions: Lack of strong evidence to support many of the recommendations for pregnant women with COVID-19, as they are based on previous experience with SARS-CoV and MERS-CoV infections. Further studies are needed to confirm the appropriateness of many of the recommendations and guidelines for action in the specific case of pregnant women and COVID-19.

© 2020 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

A finales de diciembre de 2019 se notificaron una serie de casos inexplicables de neumonía en Wuhan (provincia de Hubei, China) causada por un nuevo tipo de coronavirus^{1,2}, denominada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como enfermedad coronaviral COVID-19³, provocada por el coronavirus-2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2)^{4,5}, convirtiéndose en poco tiempo en una pandemia mundial^{6,7} que a día de hoy sigue extendiéndose y cuyas consecuencias globales todavía son incalculables.

Los interrogantes que se presentan con esta nueva enfermedad son muchos⁸. Uno de los más relevantes hace referencia a cuáles son las recomendaciones para evitar la infección por COVID-19 en las mujeres gestantes, así como cuál debe ser el manejo de las mujeres que desarrollen finalmente la enfermedad por infección del virus SARS-CoV-2.

Ante esta nueva enfermedad, este artículo tiene como objetivo recopilar las recomendaciones y evidencias en el manejo práctico de las gestantes con infección por COVID-19, basadas en los estudios y documentos publicados hasta este momento, con el objetivo de clarificar pautas de atención obstétrica.

Método

Se lleva a cabo una *Scoping Review* a partir de una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed/Medline,

Biblioteca Virtual en Salud, SciELO, Cochrane y CUIDEN. Para la búsqueda se utilizaron los términos MeSH: «COVID-19», «Pregnancy», «Delivery, Obstetric», «Pregnant Women» y «Maternal». Las ecuaciones de búsqueda utilizadas fueron «COVID-19 AND Pregnancy», «COVID-19 AND Pregnant», «COVID-19 AND Delivery, Obstetric» y «COVID-19 AND Maternal».

Como límites en la búsqueda se establecieron los idiomas español e inglés. No se establecieron límites en cuanto al año de publicación o el tipo de artículo. También se realizó una búsqueda en los sitios web de la OMS, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, el *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*, el *American College of Obstetricians and Gynaecologists* y el Ministerio de Sanidad del Gobierno de España. Adicionalmente se realizó una búsqueda en «bola de nieve» a partir de los documentos encontrados, para acceder a fuentes que hubieran escapado a los 2 procedimientos anteriores. Uno de los autores realizó la búsqueda en las bases de datos y sitios web. Tras eliminar los duplicados, el mismo autor seleccionó aquellos documentos que hacían referencia a posibles recomendaciones y evidencias en el manejo práctico de las gestantes con infección por COVID-19. Para ello, se valió de los resúmenes y el texto completo para realizar la selección.

Este autor remitió a los otros 2 autores los documentos potencialmente incluíbles en la revisión, los cuales leyeron los artículos y documentos a texto completo, extrayendo y realizando un resumen de evidencias y recomendaciones, según una temática concreta. Para establecer el nivel de

evidencia se usó el sistema de grados de recomendación (GR) del *Joanna Briggs Institute*, atendiendo a la relevancia y el balance riesgo/beneficio que de estas recomendaciones se derivan. Finalmente, un experto externo revisó las recomendaciones.

Resultados

Un total de 27 documentos y artículos completos fueron analizados, utilizándose finalmente 18 y desechándose 9 que no contenían recomendaciones prácticas. Las recomendaciones fueron agrupadas en las 10 temáticas que se exponen a continuación. En la [figura 1](#) se aporta el flujograma de la revisión.

Prevención de la infección en la embarazada

La mujer embarazada, aun con gestaciones de curso normal, debe utilizar el sistema sanitario, por lo que se pondrá en contacto con posibles vectores de la enfermedad, tales como otras embarazadas y personal sanitario. Por dicho motivo es conveniente reducir el contacto con el sistema sanitario, de forma que se pueda mantener un control adecuado de la gestación con el mínimo riesgo. Las principales recomendaciones se centran en⁹:

- Mantener una distancia de seguridad entre el profesional y la paciente de 1-2 m (GR: A).
- Evitar áreas concurridas, transporte público y contacto con personas enfermas (GR: A).
- Control telemático de la gestación, en las ocasiones en que sea posible.
- Posponer aquellas consultas que no sean imprescindibles. Se debe mantener la consulta entre la semana 11-14 para el cribado del primer trimestre, la de la semana 20 para la ecografía morfológica y la del tercer trimestre para control del crecimiento fetal.
- Realizar las analíticas que sean necesarias en la misma visita con el obstetra.
- Atención en consulta a la paciente sin acompañante, salvo que sea estrictamente necesario.
- Restringir las indicaciones para la realización de test no estresante, y cuando se realice ecografía, realizar perfil biofísico modificado sin test no estresante, en lugar de nueva cita solo para realización de dicho test (GR: B).
- Control telemático de heridas poscesárea y/o posparto, mediante imagen.

Prevención de la infección en el personal sanitario que atiende a la embarazada

Además de las medidas generales de prevención de la COVID-19, como mantener una distancia de seguridad o extremar las medidas de higiene y el lavado de manos, es necesario que los centros sanitarios tomen medidas como estructura central del sistema⁹⁻¹¹. La institución sanitaria debe establecer¹⁰:

- Reuniones virtuales entre el equipo obstétrico, siempre que la situación lo permita.

- Siempre que la atención clínica esté garantizada, los profesionales no imprescindibles y/o con factores de riesgo para la COVID-19, como edad avanzada, comorbilidad asociada y gestación, deberían quedarse en casa.
- El personal sanitario, ante la sospecha de una gestante con posible, probable o confirmada infección por SARS-CoV-2, debe tomar las oportunas medidas de protección individual (uso de máscara quirúrgica [FFP2 o N95], guantes, bata y protección ocular)¹¹.
- En el caso de procedimientos que generen aerosoles o si se prevé que se produzcan salpicaduras de sangre u otros fluidos corporales, si hay disponibilidad, se debe utilizar máscara FFP3, protección ocular ajustada de montura integral o protector facial completo y bata impermeable¹¹ (GR: A).

Forma de presentación y severidad en la embarazada

A pesar de que otros coronavirus, como los causantes del SARS o el MERS, sí han demostrado peores resultados obstétricos, con los datos de que se dispone actualmente, la mujer embarazada no tiene mayor riesgo de contraer la infección que el resto de la población general⁹.

No obstante, dados los cambios producidos en la anatomía y la fisiología respiratoria por el embarazo (elevación del diafragma, engrosamiento de la mucosa bronquial, aumento del consumo de oxígeno, etc.), así como en las modificaciones de la respuesta inmune, la evolución de la afección podría ser más severa.

Una revisión sistemática demostró que la forma de presentación más frecuente fue en forma de neumonía (91,8%), así como que los síntomas principales fueron fiebre (82,6%), tos (57,1%) y disnea (27%)¹². En relación con los resultados de la gestación, aún no se conocen casos de abortos de primer trimestre ni malformaciones asociados a COVID-19, siendo el evento adverso más frecuente el parto pretérmino espontáneo o por riesgo materno¹².

Transmisión materno-fetal (vertical y perinatal)

El SARS-CoV-2 posee una patogenicidad y una transmisibilidad mayores que otros coronavirus, como los causantes del MERS y el SARS¹³. Este se une a los receptores de la enzima convertidora de angiotensina II con una alta afinidad, más aún que el causante del SARS.

Con los datos publicados actualmente no se ha demostrado la transmisión vertical¹¹. Se ha publicado un caso de un recién nacido de madre COVID-19, con resultado positivo para PCR de SARS-CoV-2 en muestra de exudado faríngeo a las 36 h; como las muestras de placenta, sangre de cordón umbilical y leche materna fueron negativas, se consideró que lo más probable es que se tratase de una transmisión neonatal¹⁴. Aunque no existen casos de transmisión vertical, sí los hay de transmisión neonatal; por todo ello, se recomienda aislar al recién nacido de madre con COVID-19 para evitar la infección, aunque se debe valorar la relación riesgo/beneficio entre la ausencia de contacto materno y no lactancia directa materna y los riesgos de infección tomando las precauciones adecuadas de uso de mascarillas, aseo de manos y aseo del pezón¹¹ (GR: B).

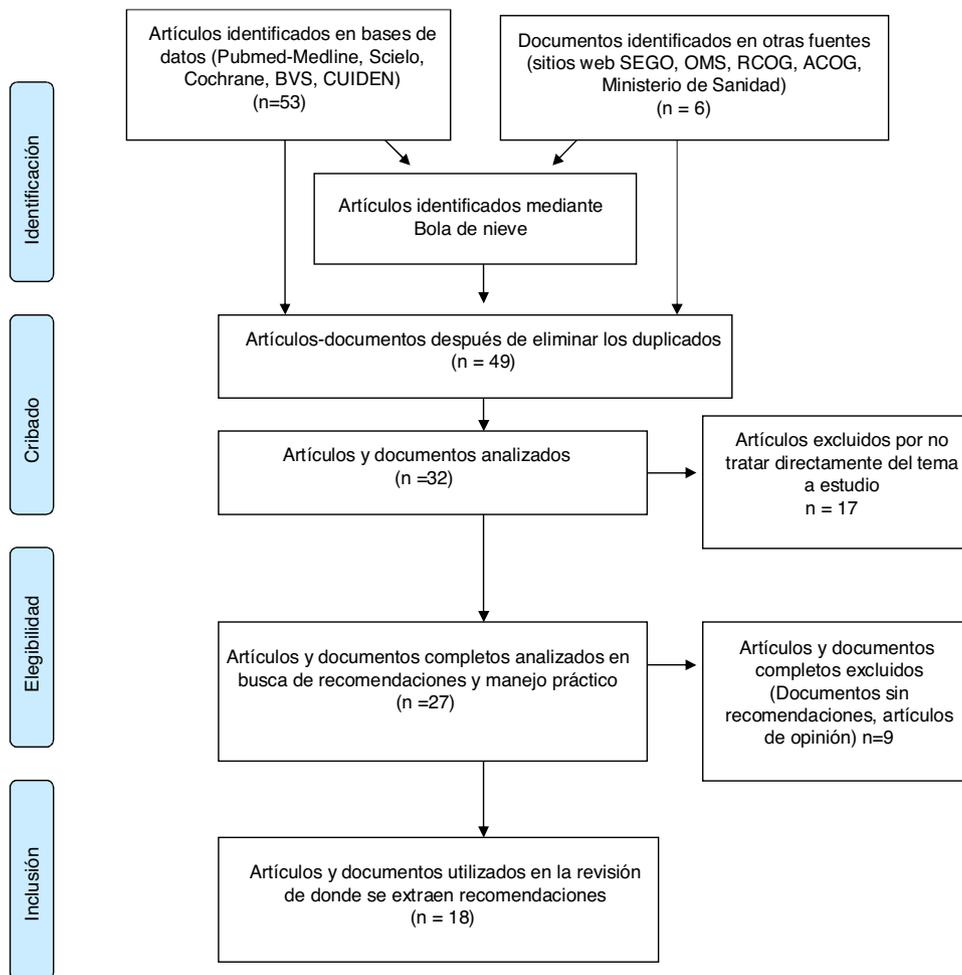


Figura 1 Flujograma.

Control materno-fetal de la gestante con COVID-19

Se necesitan más datos sobre la afectación de la gestación temprana en las mujeres infectadas.

En mujeres afectadas por COVID-19 con embarazo en curso, la vigilancia de la restricción del crecimiento fetal podría ser razonable, dados los cambios placentarios agudos y crónicos observados (dos tercios de los embarazos en curso con SRAS se ven afectados por la restricción del crecimiento fetal)^{9,12}. La infección por SARS-CoV-2 se asocia con el parto prematuro en el 47% de los casos notificados, aunque muchos de ellos lo son por interés materno¹².

El riesgo de transmisión horizontal (por gotas o por contacto), a través, habitualmente, de un familiar próximo infectado, es igual que en la población general. Las mujeres embarazadas con infección confirmada por laboratorio que estén asintomáticas deben autovigilarse en su casa, para detectar las características clínicas evolutivas de la COVID-19 durante al menos 14 días¹¹. Estas pacientes y aquellas que se recuperan de una forma leve de la enfermedad deben ser monitorizadas mediante ecografías de crecimiento fetal bimestrales y evaluaciones Doppler, debido al potencial riesgo de retraso de crecimiento intrauterino¹² (GR: B).

Control de la gestante grave por COVID-19

La infección por SARS-CoV-2 presenta una mortalidad del 3-4% de acuerdo con lo publicado por la OMS, frente a 10,5% del SARS y el 34,4% del MERS. No obstante, la tasa de ingresos en unidades de cuidados intensivos por COVID-19 es mayor que en los casos anteriores¹². La infección perinatal puede tener efectos perinatales adversos, como pérdida del bienestar fetal, parto prematuro, dis-trés respiratorio y trombocitopenia, junto con alteración de la función hepática e incluso muerte^{8,12}. La asistencia a la gestante grave incluye el tratamiento de soporte frente a la enfermedad (control de signos vitales, gases sanguíneos y soporte ventilatorio materno), así como el control de la gestación^{12,15}. En relación con el control fetal, durante la estancia de la gestante en la Unidad de Cuidados Intensivos se debe realizar monitorización electrónica de la frecuencia cardíaca fetal y/o ecografía¹⁶ (GR: B). Antes de la viabilidad fetal, la auscultación mediante Doppler podrá ser suficiente. La finalización de la gestación se valorará de forma individualizada en caso de que esta ponga en riesgo la vida materna. El shock séptico, el fallo multiorgánico o el riesgo de pérdida de bienestar fetal son indicación de una cesárea de urgencia (o la

terminación, si es legal, antes de la viabilidad fetal)¹⁷ (GR: B).

Tratamiento de la gestante con COVID-19

Actualmente, no existe un tratamiento específico frente a la COVID-19¹¹. Basándose en la experiencia previa de brotes por otros coronavirus, el manejo de las mujeres gestantes es igual que el del resto de la población¹¹. El tratamiento incluye una combinación de inhibidores de la proteasa (lopinavir/ritonavir) con o sin interferón β o α , o tratamiento con un inhibidor de la ARN polimerasa (remdesivir) al que se asocia cloroquina^{11,16}. Los inhibidores de la proteasa se han utilizado durante el embarazo para el tratamiento del VIH, en el que los beneficios del tratamiento superan los riesgos de toxicidad observados en estudios en animales. Los beneficios del uso de cloroquina superan los riesgos en la prevención y el tratamiento de la malaria durante el embarazo¹⁶. El remdesivir se ha utilizado para el tratamiento del ébola en mujeres embarazadas¹⁶.

Parece razonable no excluir a las mujeres embarazadas gravemente enfermas de los ensayos de estas terapias para COVID-19. Es necesario presentar datos de forma sistematizada de las gestantes afectadas por la COVID-19 a fin de proporcionar una base empírica para el tratamiento, la prevención y el uso racional de recursos limitados durante el brote¹⁴. El manejo de la gestante infectada por SARS-CoV-2 debe realizarse por 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 de trabajo de parto prematuro¹¹.

Los cambios en el bienestar fetal pueden ser un primer síntoma de deterioro materno. La experiencia previa con el SARS y el MERS parece indicar que las embarazadas pueden tener un fallo respiratorio severo y, en los casos más graves, la ventilación mecánica puede no ser suficiente para conseguir una adecuada oxigenación¹¹. En estos casos, y en centros donde se tenga experiencia, se podría plantear la utilización de oxigenación por membrana extracorpórea¹¹.

Manejo y vía de finalización del parto

La vía y el momento del parto deben ser evaluados de forma individual en un contexto multidisciplinar^{9,11}. El *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* recomienda que el modo de parto se determine principalmente por indicación obstétrica y no practicar la separación rutinaria de las madres y los neonatos afectados por COVID-19⁹. Para las mujeres embarazadas con infección confirmada, la elección del momento del parto debe ser individualizada dependiendo de la semana de gestación y las condiciones maternas y fetales¹¹. Siempre que sea posible, debe favorecerse el parto vaginal, a fin de evitar complicaciones quirúrgicas innecesarias. En COVID-19, si la enfermedad materna no es grave, las consideraciones para el parto se basarán, fundamentalmente, en indicaciones obstétricas¹⁸. Dada la tasa de compromiso fetal publicada en la serie de casos chinos, la recomendación actual es la monitorización electrónica continua del feto en el trabajo de parto^{11,18} (GR: B).

A modo de resumen podemos afirmar que en gestantes con infección por SARS-CoV-2, se debe actuar de la siguiente manera¹¹ (GR: B):

- Asintomáticas: vigilancia en el domicilio y biometría y Doppler cada 2 semanas. De elección, el parto vía vaginal; aislamiento del recién nacido durante 14 días, aunque se pueden valorar otras alternativas con medidas de prevención de la transmisión neonatal de la madre al recién nacido.
- Sintomáticas: hospitalización en centro de tercer nivel, aislamiento y medidas de protección del personal sanitario (mascarilla FFP2 o N95, guantes, bata impermeable, protección ocular). La vía del parto será la vaginal, aunque se debe considerar la realización de cesárea si hay *shock séptico*, fallo multiorgánico o sufrimiento fetal agudo. El neonato debe limpiarse y secarse inmediatamente. Aislamiento del recién nacido durante 14 días con monitorización estrecha, para detectar manifestaciones clínicas de infección (GR: B).
- Puede usarse anestesia regional o general durante el parto en mujeres embarazadas con neumonía por COVID-19^{11,19-21}. La decisión sobre el modo de analgesia debe ser discutida con el equipo de anestesiología. Si se requiere intubación debido a un estado materno deficiente, se debe utilizar anestesia endotraqueal general para el parto por cesárea (GR: B).
- No se recomienda el pinzamiento tardío del cordón para neonatos de mujeres embarazadas infectadas con SARS-CoV-2²² (GR: B). La placenta de las mujeres con infección por SARS-CoV-2 debe tratarse como residuo biopeligroso; cuando sea necesario, debe obtenerse una muestra de tejido placentario para su análisis, de acuerdo con la normativa nacional vigente²².

Resultados neonatales en mujeres con COVID-19

Hay datos limitados sobre el impacto del actual brote de COVID-19 en las mujeres afectadas por el embarazo y sus recién nacidos, ya que los estudios encontrados son informes de casos o series de baja calidad^{18,23-25}. El estudio de Chen et al.²³ no encontró evidencia de la presencia de virus en las muestras de torunda nasofaríngea neonatal, líquido amniótico, sangre de cordón o leche materna. No hay evidencia de infección intrauterina causada por transmisión vertical en mujeres con neumonía por COVID-19, al final del embarazo.

Lactancia materna y COVID-19

Aun no existiendo datos suficientes para hacer una recomendación firme sobre el amamantamiento en el caso de mujeres infectadas por SARS-CoV-2, es importante señalar que la lactancia materna otorga muchos beneficios, entre ellos, el potencial paso de anticuerpos madre-hijo frente al SARS-CoV-2. Por ello, y con base en la evidencia actual, se recomienda el mantenimiento de la lactancia materna desde el nacimiento, siempre que las condiciones clínicas del recién nacido y su madre así lo permitan¹¹ (GR: B). La OMS recomienda mantener el amamantamiento tanto para casos de madres confirmadas como probables, siempre y cuando se mantengan medidas para la prevención de

infección por microorganismos transmitidos por gotas y por contacto²⁶.

En casos de madres con enfermedad grave se debe recurrir a la extracción de la leche. Para los casos de madres lactantes fuera del periodo posnatal inmediato que se infecten o tengan sospecha de infección por el SARS-CoV-2, se recomienda extremar las medidas de aislamiento (higiene de manos y mascarilla facial) y seguir amamantando al neonato, o bien hacer una extracción de la leche tomando las máximas precauciones de aislamiento (higiene de manos y mascarilla) y que esta sea administrada al neonato por un cuidador sano²². No es preciso pasteurizar la leche extraída antes de administrarla al neonato¹¹. 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 sanitario, con base en los conocimientos científicos de cada momento y el estado de salud de la madre y el recién nacido.

Conclusiones

La irrupción de la pandemia de COVID-19 está suponiendo un reto a todos los niveles para los sistemas sanitarios mundiales. Uno de estos retos es la falta de una evidencia sólida que sustente muchas de las actuaciones frente a la COVID-19, lo que sin duda genera inquietud y preocupación al personal sanitario que se está enfrentado a esta nueva enfermedad. Esto es especialmente cierto en el caso particular de las mujeres embarazadas: muchas de las recomendaciones para la mujer gestante respecto a la COVID-19 están basadas en la experiencia previa acumulada en las pandemias anteriores provocadas por los virus SARS-CoV y MERS-CoV. Se necesitan nuevos estudios que confirmen la idoneidad de muchas de las recomendaciones y pautas de actuación en el caso concreto de la mujer gestante y la COVID-19. Por ello, es fundamental documentar toda la experiencia clínica generada en esta pandemia. Su posterior análisis permitirá prepararnos para posibles próximas oleadas de esta enfermedad.

Conflicto de intereses

Uno de los autores del artículo, HGT, pertenece al Comité Editorial de la revista *Enfermería Clínica*, aunque este aspecto no ha condicionado el proceso de revisión del manuscrito ni su resultado final.

Agradecimientos

Al jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del HUMIC, el Prof. José Ángel García Hernández, miembro del Comité de Gestión de Emergencia Sanitaria para la COVID-19 del Gobierno de Canarias, por realizar la revisión externa de las recomendaciones recogidas en este documento.

Bibliografía

- Lake MA. What we know so far: COVID-19 current clinical knowledge and research. *Clin Med (Lond)*. 2020;20:124–7, <http://dx.doi.org/10.7861/clinmed.2019-coron>.
- Zhou P, Yang XL, Wang XG, Hu B, Zhang L, Zhang W, et al. Discovery of a novel coronavirus associated with the recent pneumonia outbreak in humans and its potential bat origin. *bioRxiv*. 2020, <http://dx.doi.org/10.1101/2020.01.22.914952>. En prensa.
- World Health Organization [Internet]. Novel coronavirus – China. WHO; 2020. [consultado 25 Mar 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/en/>.
- Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med*. 2020;382:727–33, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2001017>.
- Adhikari SP, Meng S, Wu YJ, Mao YP, Ye RX, Wang QZ, et al. Epidemiology, causes, clinical manifestation and diagnosis, prevention and control of coronavirus disease (COVID-19) during the early outbreak period: A scoping review. *Infect Dis Poverty*. 2020;9:29, <http://dx.doi.org/10.1186/s40249-020-00646-x>.
- World Health Organization [Internet]. Coronavirus disease 2019 (COVID-19). Situation Report-67. WHO; 2020 [consultado 27 Mar 2020]. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200327-sitrep-67-covid-19.pdf?sfvrsn=b65f68eb_4.
- Ministerio de Sanidad [Internet]. Actualización n.º 58. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19) [consultado 28 Mar 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Actualizacion_58_COVID-19.pdf.
- Amodio E, Vitale F, Cimino L, Casuccio A, Tramuto F. Outbreak of novel coronavirus (SARS-CoV-2): First evidences from international scientific literature and pending questions. *Healthcare (Basel)*. 2020;8:E51, <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare8010051>.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists [Internet]. Coronavirus (COVID-19) infection in pregnancy [consultado 27 Mar 2020]. Disponible en: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2020-03-28-covid19-pregnancy-guidance.pdf>.
- Boelig RC, Saccone G, Bellussi F, Berghella V. MFM guidance for COVID-19. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100106>. En prensa.
- Ministerio de Sanidad [Internet]. Documento técnico. Manejo de la mujer embarazada y el recién nacido con COVID-19 [consultado 26 Mar 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Documento_manejo_embarazo_recién_nacido.pdf.
- Di Mascio D, Khalil A, Saccone G, Rizzo G, Buca D, Liberati M, et al. Outcome of Coronavirus spectrum infections (SARS, MERS COVID 1-19) during pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100107>. En prensa.
- Han Y, Yang H. The transmission and diagnosis of 2019 novel coronavirus infection disease (COVID-19): A Chinese perspective. *J Med Virol*. 2020, <http://dx.doi.org/10.1002/jmv.25749>. <https://doi.org/10.1002/jmv.25749>.
- Wang S, Guo L, Chen L, Liu W, Cao Y, Zhang J, et al. A case report of neonatal COVID-19 infection in China. *Clin Infect Dis*. 2020, <http://dx.doi.org/10.1093/cid/ciaa225>. En prensa.
- Liang H, Acharya G. Novel corona virus disease (COVID-19) in pregnancy: What clinical recommendations to follow? *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2020;99:439–42, <http://dx.doi.org/10.1111/aogs.13836>.
- Chen D, Yang H, Cao Y, Cheng W, Duan T, Fan C, et al. Expert consensus for managing pregnant women and neonates born to mothers with suspected or confirmed novel coronavirus (COVID-19) infection. *Int J Gynaecol Obstet*. 2020;149:130–6, <http://dx.doi.org/10.1002/ijgo.13146>.
- Favre G, Pomar L, Qi X, Nielsen-Saines K, Musso D, Baud D. Guidelines for pregnant women with suspected SARS-CoV-2 infection. *Lancet Infect Dis*. 2020, [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30157-2](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30157-2). En prensa.

18. Mullins E, Evans D, Viner RM, O'Brien P, Morris E. Coronavirus in pregnancy and delivery: Rapid review. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2020;55:586–10592, [10.1002/uog.22014](https://doi.org/10.1002/uog.22014).
19. Chen R, Zhang Y, Huang L, Cheng BH, Xia ZY, Meng QT. Safety and efficacy of different anesthetic regimens for parturients with COVID-19 undergoing Cesarean delivery: A case series of 17 patients. *Can J Anaesth.* 2020;67:655–63, <http://dx.doi.org/10.1007/s12630-020-01630-7>.
20. 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, <http://dx.doi.org/10.21037/tp.2020.02.06>.
21. Xia H, Zhao S, Wu Z, Luo H, Zhou C, Chen X. Emergency Caesarean delivery in a patient with confirmed COVID-2019 under spinal anaesthesia. *Br J Anaesth.* 2020;124:e216–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.bja.2020.02.016>.
22. Qiao J. What are the risks of COVID-19 infection in pregnant women? *Lancet.* 2020;395:760–2, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30365-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30365-2).
23. 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;395:809–15, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30360-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30360-3).
24. Jiao J. Under the epidemic situation of COVID-19, should special attention to pregnant women be given? *J Med Virol.* 2020, <http://dx.doi.org/10.1002/jmv.25771>. En prensa.
25. 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;222:415–26, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2020.02.017>.
26. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Preguntas frecuentes sobre la COVID-19, el embarazo, el parto y la lactancia materna. OMS; 2020 [consultado 26 Mar 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/q-a-on-covid-19-pregnancy-childbirth-and-breastfeeding>.