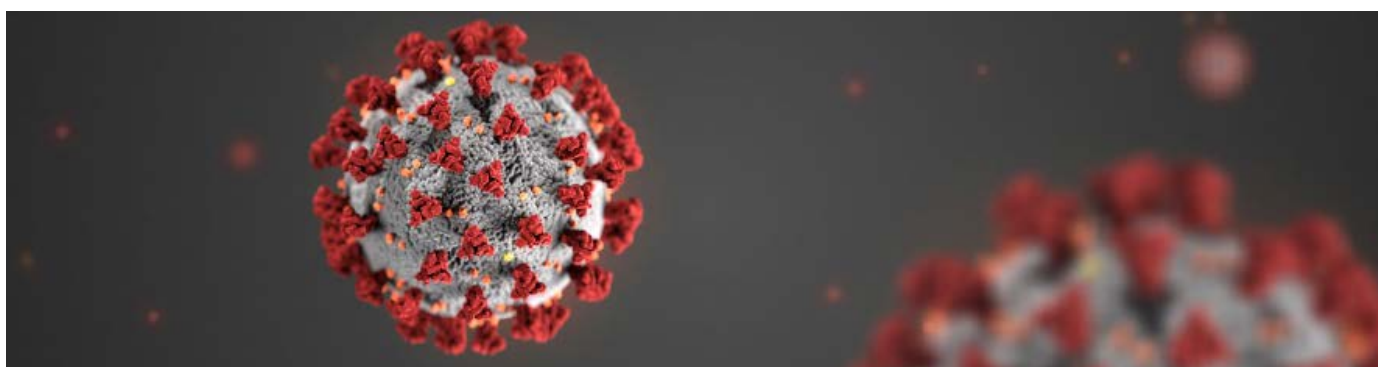




**SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
S.E.G.O.**

**Recomendaciones para la prevención de la infección y el control
de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19)
en la paciente obstétrica**



El 31 de diciembre de 2019, la Comisión Municipal de Salud y Sanidad de Wuhan (provincia de Hubei, China) informó sobre un grupo de 27 casos de neumonía de etiología desconocida, incluyendo siete casos graves, con una exposición común a un mercado mayorista de la ciudad de Wuhan. El primer caso empezó con fiebre, tos seca, disnea y hallazgos radiológicos de infiltrados pulmonares bilaterales el 8 de diciembre de 2019. El 7 de enero de 2020 se identificó como agente causal del brote a un nuevo coronavirus, el SARS-CoV-2. La enfermedad causada por este nuevo virus se ha denominado por consenso internacional COVID-19.

Según las evidencias actuales se calcula que el período de incubación es de 5 días (rango de 2-14 días). La enfermedad afecta principalmente a personas de entre 30 y 79 años, siendo muy poco frecuente entre los menores de 20 años. La tasa de letalidad se estima aproximadamente en el 1% (IC 95% 0,5-4%), con cifras superiores en China y menores en Europa y EE.UU. (1-3%).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ofrece una información actualizada acerca del número de casos y muertes a través de su página web: <https://www.who.int/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>. El 80% de los casos identificados presentan un cuadro leve y un 20% puede tener manifestaciones clínicas más graves, en la mayoría de estos casos los pacientes presentaban enfermedades de base como hipertensión, enfermedades cardiovasculares, diabetes o enfermedad respiratoria crónica (6).

En España, los datos son actualizados diariamente por el Ministerio de Sanidad (<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/situacionActual.htm>).

Infección por coronavirus 2019 durante el embarazo

Existen muy pocos datos referentes a la infección por SARS-CoV-2 durante el embarazo, sin embargo, los datos existentes acerca de la infección por otros coronavirus similares (*Severe Acute Respiratory Syndrome* [SARS-CoV] o el *Middle East Respiratory Syndrome* [MERS-CoV]), hacen extrapolable el posible efecto del SARS-CoV-2 en la mujer embarazada.



**SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
S.E.G.O.**

Efecto del SARS-CoV sobre el embarazo

La serie más larga de embarazadas fue descrita durante el brote de 2003 en Hong Kong. Se infectaron 12 mujeres, con una mortalidad del 25% (síndrome de distrés respiratorio agudo [SDRA] en 4, coagulación intravascular diseminada [CID] en 3, fallo renal en 3, neumonía bacteriana en 2 y sepsis en 2), con un porcentaje de necesidad de ventilación mecánica superior entre las embarazadas que entre las no embarazadas.

Los resultados perinatales fueron diferentes en función del trimestre de embarazo:

- 4 de las 7 infecciones de primer trimestre acabaron en aborto espontáneo y 2 realizaron una interrupción voluntaria del embarazo.
- 4 de las 5 embarazadas de más de 24 semanas tuvieron un parto prematuro (3 cesáreas indicadas por deterioro materno, a las 26, 28 y 32 semanas, con complicaciones posparto como displasia broncopulmonar, perforación yeyunal y enterocolitis necrotizante. Los 2 niños que nacieron después de que sus madres se recuperaran del SARS tuvieron retrasos de crecimiento intrauterino) y solo 1 dio a luz un feto a término sano.

En ningún caso se demostró la transmisión de madre a hijo.

El embarazo parece empeorar el curso de la enfermedad por SARS-CoV: mayor tiempo de hospitalización, mayor tasa de fallo renal, sepsis, CID, ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI) (el 40% de las embarazadas requirieron ventilación mecánica frente a un 13% en adultos ($p = 0,07$) y con mayor letalidad ($p = 0,01$).

Efecto del MERS-CoV sobre el embarazo

El MERS afecta principalmente a hombres mayores de 50 años, y su tasa de letalidad se estima en un 35-40%.

Se han descrito 13 casos en embarazadas, de los cuales 2 fueron asintomáticos. De los 11 casos con síntomas: 7 ingresaron en la UCI por SDRA, 5 requirieron ventilación mecánica, 3 murieron (23%) entre los 8 y 25 días posparto y 8 se recuperaron.

Los resultados perinatales fueron: los 2 hijos de las mujeres asintomáticas nacieron a término sanos; de los casos sintomáticos: 1 fue óbito intraútero, 1 recién nacido muerto, 1 prematuro de 25 semanas que murió a las 4 horas posparto, 2 prematuros sanos, 5 a término sanos y 1 caso sin datos al respecto.

En ningún caso se demostró la transmisión de madre a hijo.

Efecto del SARS-CoV-2 sobre el embarazo

Existen muy pocos datos disponibles de embarazadas afectas de COVID-19, pero parece que las embarazadas no son más susceptibles de infectarse por coronavirus, de hecho este nuevo coronavirus parece afectar más a hombres que a mujeres.

Los datos que conocemos del SARS y MERS sugieren que en las embarazadas la infección puede ser desde asintomática a causar serios problemas respiratorios y muerte.

Chen y cols. han publicado (12 de febrero de 2020) una serie de 9 casos de infección por SARS-CoV-2 en mujeres embarazadas de tercer trimestre (7).

El cuadro clínico que presentaron fue: en 7 casos fiebre, 4 tos, mialgia en 3, dolor de garganta en 2 y malestar general en 2 casos. En 5 casos se detectó linfopenia y en 3 casos transaminitis. Ninguna paciente desarrolló una neumonía severa por este virus y no hubo ninguna muerte.



**SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
S.E.G.O.**

Nacieron 9 niños vivos, todos ellos por cesárea. Se detectó sospecha de pérdida de bienestar fetal en 2 casos, pero no hubo ningún caso de asfixia fetal. Todos los recién nacidos tuvieron una puntuación en el test de Apgar de entre 8-9 al primer minuto y entre 9-10 a los 10 minutos.

Las muestras recogidas de 6 de los casos (líquido amniótico, sangre de cordón umbilical, frotis orofaríngeo al recién nacido y leche materna) dieron resultados todos negativos para SARS-CoV-2.

En una segunda serie de 9 embarazadas con 10 niños, publicada por Zhu y cols. (10 de febrero de 2020), los síntomas se iniciaron antes del parto en 4 casos, 2 en el mismo día del parto y en 3 casos en el posparto. La clínica fue similar a las no embarazadas, principalmente fiebre y tos. En 6 casos se detectó alteración del bienestar fetal, 7 fueron cesáreas y 6 niños nacieron prematuros (9).

El síntoma principal de los recién nacidos fue distrés respiratorio en 6, 2 tuvieron fiebre, alteración de la función hepática en 2, 1 caso de taquicardia, 1 caso con vómitos y 1 neumotórax. En el momento de la publicación 5 recién nacidos estaban sanos, 1 había fallecido y 4 permanecían hospitalizados pero estables.

Se recogió una muestra orofaríngea de 9 de los 10 niños y en todos los casos los resultados de la proteína C reactiva (PCR) para SARS-CoV-2 fue negativa.

De estas dos publicaciones podemos extrapolar, con la máxima precaución, dado el número limitado de casos, que:

- La neumonía en las pacientes embarazadas no parece ser más grave que en el resto de grupos de población.
- No hay evidencia de la transmisión intrauterina del SARS-CoV-2 en mujeres que adquieren la infección durante el tercer trimestre de embarazo.
- La infección perinatal por SARS-CoV-2 puede tener efectos adversos sobre los recién nacidos, como pérdida del bienestar fetal, parto prematuro, distrés respiratorio, trombocitopenia acompañado de alteración de la función hepática e incluso muerte.

Mecanismo de transmisión

La información disponible sugiere que la infección es zoonótica, pero se desconoce la fuente exacta de infección. Se ha demostrado la infección persona-persona por gotas respiratorias y contacto directo con secreciones respiratorias de forma similar al virus influenza. Al toser o estornudar se exhalan gotitas que se inhalan por los contactos cercanos (menos de 2 metros). No está claro si también se puede transmitir por fómites o si la transmisión fecal-oral también es posible.

Cuadro clínico

El COVID-19 se puede manifestar con síntomas semejantes a un resfriado común hasta un cuadro de insuficiencia respiratoria grave e incluso la muerte.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes incluyen fiebre, tos, mialgia, cefalea y diarrea.

La complicación más frecuente es la neumonía y los cambios analíticos más frecuentes son linfopenia, leucopenia y trombocitopenia.

En un 17-29% de los pacientes hospitalizados el cuadro puede evolucionar a SDRA.



**SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
S.E.G.O.**

Según los datos disponibles de 18 embarazadas infectadas por SARS-CoV-2, todas se infectaron en el tercer trimestre del embarazo y todas mostraron cuadros clínicos semejantes a la clínica de los adultos. De estas 18 embarazadas, 16 dieron a luz por cesárea y los recién nacidos no mostraron infección por SARS-CoV-2.

Definición de caso de infección por el SARS-CoV-2

https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Procedimiento_COVID_19.pdf. Actualización 27 de febrero de 2020 (2).

Se considerarán casos en investigación de COVID-19 los que cumplan alguno de los siguientes criterios:

- A. Cualquier persona con un cuadro clínico compatible con infección respiratoria aguda (inicio súbito de cualquiera de los siguientes síntomas: tos, fiebre, disnea) de cualquier gravedad.
Y en los 14 días previos al inicio de los síntomas cumple cualquiera de los siguientes criterios epidemiológicos:
 - 1. Historia de viaje a áreas con evidencia de transmisión comunitaria. Las áreas consideradas actualmente se pueden consultar en el siguiente enlace: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/areas.htm>.
 - 2. Historia de contacto estrecho con un caso probable o confirmado.
- B. Cualquier persona que se encuentre hospitalizada por una infección respiratoria aguda con criterios de gravedad (neumonía, SDRA, fallo multiorgánico, *shock* séptico, ingreso en UCI o fallecimiento) en la que se hayan descartado otras posibles etiologías infecciosas que puedan justificar el cuadro (resultados negativos como mínimo para un panel de virus respiratorios, incluyendo gripe).

Estos criterios deben servir como una guía para la evaluación. Las autoridades de salud pública valorarán conjuntamente con los profesionales asistenciales el cumplimiento de los criterios de forma individualizada.

A efectos de la definición de caso, se clasifica como **contacto estrecho**:

- Cualquier persona que haya proporcionado cuidados a un caso probable o confirmado mientras el caso presentaba síntomas: trabajadores sanitarios que no han utilizado las medidas de protección adecuadas, miembros familiares o personas que tengan otro tipo de contacto físico similar.
- Cualquier persona que haya estado en el mismo lugar que un caso probable o confirmado mientras el caso presentaba síntomas, a una distancia menor de 2 metros (ejemplo: convivientes, visitas).
- Se considera contacto estrecho en un avión, a los pasajeros situados en un radio de 2 asientos alrededor de un caso probable o confirmado mientras el caso presentaba síntomas y a la tripulación que haya tenido contacto con dichos casos.

Criterio de laboratorio

- PCR de *screening* positiva y PCR de confirmación en un gen alternativo al de *screening* también positiva.

Los casos se clasificarán del siguiente modo:

- Caso en investigación: cuando cumpla uno de los criterios descritos en el cuadro anterior.
- Caso confirmado por laboratorio: caso que cumple criterio de laboratorio.
- Caso probable: caso en investigación cuyos resultados de laboratorio para SARS-CoV2 no son concluyentes o solo son positivos para una de las PCR del criterio de laboratorio.
- Caso descartado: caso en investigación cuyas PCR del criterio de laboratorio son negativas.



**SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
S.E.G.O.**

Muestras recomendadas para el diagnóstico

Muestras del tracto respiratorio

- Superior: exudado nasofaríngeo y/o orofaríngeo (igual que para el diagnóstico de gripe).
- Inferior: preferentemente lavado broncoalveolar, esputo (si es posible) y/o aspirado endotraqueal, especialmente en pacientes con enfermedad respiratoria grave.

En los casos confirmados se recogerá:

- Sueros: se recogerán 2 muestras de suero, la primera en la fase aguda y la segunda transcurridos 14-30 días para confirmar la presencia de anticuerpos.
- Heces y orina: se recogerán muestras de heces y orina para confirmar o descartar la excreción de virus por vías alternativas a la vía respiratoria.

Pruebas diagnósticas adicionales

- Radiografía de tórax: ante la necesidad de realizar una radiografía de tórax, esta no se demorará por el hecho de estar embarazada.
- Ecografía fetal: se realizarán los controles ecográficos en función de las semanas de embarazo, la gravedad del cuadro clínico materno y el bienestar fetal.
- Registro cardiotocográfico (RCTG): se realizarán los controles de bienestar fetal adecuados a las semanas de embarazo.

Limpieza y desinfección de superficies

El procedimiento de limpieza y desinfección de las superficies y de los espacios en contacto con la paciente se hará de acuerdo con la política habitual de limpieza y desinfección del centro. Existe evidencia de que los coronavirus se inactivan en contacto con una solución de hipoclorito sódico con una concentración al 0,1%, etanol al 62-71% o peróxido de hidrógeno al 0,5%, en un minuto. Es importante que no quede humedad en la superficie cercana al paciente. Se pueden emplear toallitas con desinfectante.

Se emplearán los detergentes y desinfectantes habituales autorizados para tal fin (con efecto virucida) y para las superficies se utilizará material textil desechable.

Actuación ante la llegada de una embarazada a urgencias con sospecha de infección por SARS-CoV-2

Dada la situación de incertidumbre sobre las características de la transmisión de este virus, la situación epidemiológica actual en nuestro país y el principio de precaución, las medidas recomendadas en este momento, que se irán revisando según se disponga de más información sobre la enfermedad y su epidemiológica, son las siguientes:

- 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.
- Las pacientes que se identifiquen como casos en investigación deberán separarse de otros pacientes, se les pondrá una mascarilla quirúrgica y serán conducidas de forma inmediata a una zona de aislamiento. El personal que les acompañe hasta la zona de aislamiento llevará mascarilla quirúrgica y guantes. Si hay riesgo de contacto con fluidos además debe llevar bata y protección ocular.
- Los casos en investigación deben ser aislados a la espera de los resultados de las pruebas diagnósticas. Si el cuadro clínico no lo precisa y se puede garantizar el aislamiento domiciliario, estas personas pueden perma-



**SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
S.E.G.O.**

necer en aislamiento en su domicilio, no siendo necesario un ingreso hospitalario. 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 RCTG en función de las semanas de embarazo.
- Los casos probables y confirmados se ingresarán en un hospital en aislamiento de contacto y por gotas. Siempre que sea posible, y en especial en caso de realización de maniobras que puedan generar aerosoles, se recomienda aislamiento en habitación de presión negativa. El control del bienestar fetal se realizará en función de los criterios obstétricos, en función de las semanas de embarazo.

Equipos de protección para el personal sanitario

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Procedimiento_COVID_19.pdf (2).

- El personal sanitario que atienda a casos en investigación, probables o confirmados, para infección por SARS-CoV-2 o las personas que entren en la habitación de aislamiento (por ejemplo: familiares, personal de limpieza...) deben llevar un equipo de protección individual (EPI) para la prevención de infección por microorganismos transmitidos por gotas y por contacto que incluya:
 - Bata resistente a líquidos.
 - Mascarilla: aunque por el momento no existe evidencia de transmisión aérea se recomienda como medida de precaución la utilización de mascarilla FFP2.
 - Guantes.
 - Protección ocular antisalpicaduras.
 - En los procedimientos que generen aerosoles, que incluyen cualquier procedimiento sobre la vía aérea, como la intubación traqueal, el lavado bronco-alveolar, o la ventilación manual, se deberán reducir al mínimo el número de personas en la habitación y todos deben llevar:
 - Una mascarilla de alta eficacia FFP2 o preferiblemente FFP3.
 - Protección ocular ajustada de montura integral o protector facial completo.
 - Guantes.
 - Batas impermeables de manga larga (si la bata no es impermeable y se prevé que se produzcan salpicaduras de sangre u otros fluidos corporales, añadir un delantal de plástico).
- Si hay disponibilidad, se valorará realizar estos procedimientos en habitaciones de presión negativa.
- Se debe cumplir una estricta higiene de manos antes y después del contacto con el paciente y de la retirada del EPI.

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 β , o tratamiento con un inhibidor de la ARN polimerasa (remdesivir).

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.



**SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
S.E.G.O.**

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

- Medidas de aislamiento precoz.
- Control de la infección.
- Toma de muestras para el diagnóstico de COVID-19 y otros virus respiratorios.
- Oxigenoterapia si es necesario.
- Evitar la sobrecarga de fluidos.
- Antibioticoterapia 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.

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 permita mantener el control y la pronta actuación en caso de deterioro materno o fetal o que se inicie trabajo de parto prematuro.

Los cambios en el bienestar fetal (RCTG) pueden ser un primer síntoma de deterioro materno. Basándonos en la experiencia con el SARS y el MERS las embarazadas pueden tener un fallo respiratorio severo y, en los casos más severos, la ventilación mecánica puede no ser suficiente para conseguir una adecuada oxigenación. En estos casos, y en centros donde se tenga experiencia, la oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) podría tener un papel en la embarazada.

Finalización del embarazo

Se desconoce si finalizar el embarazo puede beneficiar el tratamiento de la madre. 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.

Se recomienda que la atención al parto se realice en una habitación con presión negativa. Si ello no es posible, el partorio debería contar con un sistema de ventilación adecuado. El personal que atienda al parto debe llevar el equipo de protección individual adecuado, que incluye: gorro, gafas, batas impermeables, guantes y mascarillas N95.

Para reducir el riesgo de transmisión vertical, se recomienda el clampaje inmediato del cordón umbilical y evitar el contacto piel con piel.

El documento de consenso para la prevención y el control de la infección perinatal por el SARS-CoV-2 publicado recientemente por un grupo de expertos chinos recomienda a las madres con sospecha o diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 que no realicen lactancia materna hasta que se disponga de más datos acerca de su seguridad (11).

Maduración pulmonar con corticoides

El uso de corticoides para la neumonía asociada al SARS-CoV-2 no parece adecuado, puesto que retrasa el aclaramiento del virus como el MERS. Sin embargo, el uso de corticoides para la maduración pulmonar fetal puede utilizarse, siempre de acuerdo con el equipo multidisciplinar que atienda a la paciente embarazada.

Recomendaciones sobre viajes a las embarazadas

La recomendación para las embarazadas sería de no viajar a las zonas donde exista transmisión comunitaria del virus.

Los obstetras deben interrogar a las pacientes sobre sus viajes a zonas consideradas como áreas con evidencia de transmisión comunitaria. Las áreas consideradas actualmente se pueden consultar en el siguiente enlace: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/areas.htm>.



**SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
S.E.G.O.**

Cuidado de los niños nacidos de madres infectadas por el COVID-19

Los niños nacidos de madres infectadas por SARS-CoV-2 deben ser considerados como "casos en investigación" y por tanto deben ser aislados del resto.

Contacto madre-hijo

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 separar temporalmente al recién nacido de su madre mientras la madre se considere potencialmente transmisora.

- Los riesgos y beneficios de separar temporalmente a la madre del recién nacido deben ser valorados por la paciente y su equipo tratante conjuntamente.
- Debe adecuarse una habitación para poder aislar al recién nacido mientras se considere un "caso en investigación". Debe limitarse las visitas a la persona que cuida al recién nacido (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 (mampara...) y colocar al recién nacido a más de 2 metros de distancia de la madre.
 - Si la madre debe cuidar del recién nacido, 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

El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades americano (CDC) recomienda que durante el período de separación de madre y recién nacido se aconseje a la madre que se extraiga la leche, previa limpieza de las manos, con un extractor de leche adecuado, y esta leche pueda administrarse al recién nacido por una persona sana.

El extractor de leche debe limpiarse después de cada extracción con los desinfectantes adecuados.

Si madre y recién nacido permanecen juntos, la madre debe desinfectarse las manos antes de cada toma y colocarse la mascarilla facial.

Sin embargo, el grupo de expertos de China recomienda que hasta que no existan datos suficientes, no se puede descartar la posibilidad de transmisión vertical de COVID-19, por lo que los recién nacidos de madres infectadas no deberían ser alimentados con leche materna hasta que sus madres y la leche den negativo para la infección.

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 bebés con pruebas pendientes o con resultados negativos, los cuidadores deben seguir las precauciones generales para evitar la infección del recién nacido por COVID-19.



**SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
S.E.G.O.**

Bibliografía consultada

1. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Prevención y control de la infección en el manejo de pacientes con COVID-19. Versión de 20 de febrero de 2020. [Internet]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Documento_Control_Infeccion.pdf.
2. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Procedimiento de actuación frente a casos de infección por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2). Actualizado a 27 de febrero de 2020 [Internet]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Procedimiento_COVID_19.pdf.
3. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Manejo en urgencias y primera atención de pacientes con sospecha de COVID-19. Versión de 19 de febrero de 2020 [Internet]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Manejo_urgencias_pacientes_con_COVID-19.pdf.
4. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. Coronavirus disease 2019 (COVID-19). Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/hcp/index.html>.
5. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. Interim Considerations for Infection Prevention and Control of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Inpatient Obstetric Healthcare Settings [Consultado el 29 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/inpatient-obstetric-healthcare-guidance.html>.
6. Organización Mundial de la Salud. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 40. February 29 2020 [Internet]. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200229-sitrep-40-covid-19.pdf?sfvrsn=7203e653_2.
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.
8. Favre G, Pomar L, Musso D, Baud D. 2019-nCoV epidemic: What about pregnancies? Lancet 2020 [Internet] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673620303111>. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30311-1.
9. 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]. Disponible en: <http://tp.amegroups.com/article/view/35919/28274>.
10. 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>.
11. 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.

Autora

Anna Suy Franch

Vocal de la Sección de Medicina Perinatal de la SEGO

Revisores

José Luis Bartha Rasero

Presidente del Comité Científico de la SEGO

Juan Luis Delgado Marín

Presidente de la Sección de Medicina Perinatal de la SEGO

Txantón Martínez-Astorquiza Ortiz de Zárate

Presidente de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

JUNTA DIRECTIVA

PRESIDENTE

TXANTÓN MARTÍNEZ-ASTORQUIZA ORTIZ DE ZÁRATE

VICEPRESIDENTE

MARÍA JESÚS CANCELO HIDALGO

SECRETARIA

CORAZÓN HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

TESORERO

JOSÉ EDUARDO ARJONA BERRAL