

GUIA PARA EL MANEJO DE LA MUJER EMBARAZADA CON COVID-19

**CENTRO MEDICO IMBANACO
MARZO 23, 2020**

Elaborado por Jairo E Guerrero, Dahiana M Gallo, James Zapata.

1. EPIDEMIOLOGIA

La información es muy limitada sobre SARS-CoV-2 en embarazo. Las mujeres embarazadas no parecen ser más susceptibles a las consecuencias que la población general y Los estudios disponibles hasta el momento reportan un número limitado de casos de infección por SARS-CoV-2 en pacientes embarazadas que adquirieron en el 100% de los casos la infección durante el tercer trimestre. Hasta el momento no hay casos confirmados de infección intrauterina, aunque se ha informado de un posible caso de transmisión vertical. Es más probable que la transmisión sea durante el periodo neonatal y menos probable que el feto esté expuesto durante el embarazo. Se ha evaluado el líquido amniótico, la placenta, la sangre del cordón umbilical, los hisopos de garganta en los neonatos y las muestras de leche materna de madres infectadas y hasta el momento todas las muestras dieron negativas para el virus. Actualmente no hay evidencia sobre la transmisión a través de fluidos genitales.

2. DESCRIPCION DE LA ENFERMEDAD

El curso de la enfermedad es usualmente leve pero aproximadamente un 20% evolucionan a formas severas.

El periodo de incubación del SARS-CoV-2 es en promedio 5 días (IC 95% 4.5- 5.8 días), mientras que el desarrollo de los síntomas en promedio toma 11.5 días (IC95% 8.2-15.6 días) en el 98% de los casos. De acuerdo a esto, tan solo el 1% de la población desarrollaría síntomas posteriores a un aislamiento de 14 días. La transmisión persona a persona es por gotas al ser inhaladas o en contacto estrecho (menor a 2 metros). La transmisión también podría ser posible vía fecal oral, dado el hallazgo de SARS-CoV-2 en heces, mientras que no es claro si la infección puede ser transmitida por fómites.

La sintomatología más frecuente es:

- Fiebre mayor 38°C (90%)
- Tos (76%)
- Mialgia (44%)
- Expectoración (28%)
- Cefalea (8%)
- Diarrea (3%)
- Odinofagia, dificultad respiratoria, fatiga

Los hallazgos de laboratorio sugestivos de infección por SARS-CoV-2 son:

- Anormalidades en la radiografía de tórax (100%)
- Leucopenia (9-25%)
- Linfopenia (35-70%)
- Trombocitopenia (5-12%)
- Elevación de la PCR y de las transaminasas.

3. DESCRIPCIÓN DE CASO SOSPECHOSO:

Según directriz institucional en el momento y de acuerdo a la sintomatología y al nexo epidemiológico se clasifican en 3 grupos. Estos pueden cambiar con el tiempo y estas definiciones quedan sujetas a cambios.

CRITERIOS CASO 1: tos **y** fiebre, con cuadro de insuficiencia respiratoria aguda (IRAG), y refiera: historia de viaje a países con circulación del SARS-COV-2 confirmada en los 14 días anteriores al inicio de los síntomas **o** persona que atiende a pacientes con IRAG con etiología desconocida o contacto estrecho en los últimos 14 días con un caso probable o confirmado de SARS-COV-2.

Contacto estrecho es contacto a < 2 metros o durante >15 minutos o contacto directo con secreciones de un caso probable o confirmado mientras el paciente es considerado infeccioso.

CRITERIOS CASO 2: al menos **2** de los siguientes: fiebre, tos, dificultad respiratoria, odinofagia, fatiga y refiera: historia de viaje a países con circulación del SARS-COV-2 confirmada en los 14 días anteriores al inicio de los síntomas **o** persona que atiende a pacientes con IRAG con etiología desconocida o contacto estrecho en los últimos 14 días con un caso probable o confirmado de SARS-COV-2.

CRITERIOS CASO 3: asintomático **y** refiera: historia de viaje a países con circulación del SARS-COV-2 confirmada en los 14 días anteriores o contacto estrecho en los últimos 14 días con un caso probable o confirmado de SARS-COV-2 **o** vive en el mismo hogar, es pareja íntima, brinda atención en un entorno no médico (como un hogar) para una persona con SARS-COV-2 sintomática confirmada por laboratorio sin usar las precauciones recomendadas y el aislamiento en el hogar.

4. COMPLICACIONES MATERNAS Y FETALES

Las embarazadas no parecen tener una mayor susceptibilidad para contraer la infección, ni para presentar complicaciones graves, pero los datos existentes son limitados. Los datos actuales no sugieren un mayor riesgo de aborto o pérdida gestacional precoz y es muy poco probable que la infección pueda producir defectos congénitos. Han sido descritos casos de parto prematuro en mujeres con infección COVID-19, CIR y de pérdida de bienestar fetal intraparto (ISUOG).

5. DIAGNOSTICO

El ordenamiento de los estudios para SARS-COV-2 deberán ser autorizados por el Equipo de respuesta rápida de la secretaria de salud y el comando institucional.

- El personal encargado de tomar la muestra en caso de ser autorizado es el grupo de Fisioterapia.
- Aspirado nasofaríngeo (muestra para SARS-COV-2)
- Hisopado nasofaríngeo y orofaríngeo para hacer panel viral, por CRITERIO MÉDICO (si se requiere descartar otra etiología o tiene un paciente críticamente enfermo o paciente que va a requerir hospitalización).
- Idealmente no tome panel viral en pacientes con criterios- CASO 3
- Remita la muestra al laboratorio

6. RUTA DE ATENCION

Ante **cualquier** caso sospechoso de SARS-COV-2 realizar:

6.1 **El triage** depende de la condición clínica, los casos sospechosos criterio 3 serán categorizados **triage 3**, los casos sospechosos con sintomatología serán **triage 1 - 2** dependiendo de sus síntomas clínicos.

Todo paciente con sintomatología respiratoria será atendido en el consultorio 1, y seguirá siendo atendida por el mismo personal durante su estancia con todas las medidas de protección personal.

6.2 **Historia clínica:** hacer énfasis en preguntas que evalúen la severidad y comorbilidades.

Listado de preguntas que evalúan la severidad de la sintomatología:

1. ¿Tiene dificultad para respirar? (aleteo nasal, tirajes supraclaviculares o intercostales)
2. ¿Tiene dificultad para completar una oración sin jadear?
3. ¿Tiene necesidad de parar para respirar con frecuencia cuando camina?
4. ¿La paciente tiene hemoptisis?
5. ¿Tiene dolor o presión en el pecho cuando tose?
6. ¿Es incapaz de tolerar vía oral (líquidos)?
7. ¿Muestra signos de deshidratación, como mareos cuando está en pie?
8. ¿Responde menos de lo normal (somnolienta/letárgica/confusa) durante el interrogatorio?

Listado de comorbilidades en paciente obstétrica:

- Hipertensión
- Diabetes
- Asma
- VIH
- Enfermedad cardíaca, enfermedad hepática crónica, enfermedad pulmonar crónica, enfermedad renal crónica, discrasia sanguínea, cualquier factor de inmunosupresión)
- Patología obstétrica como parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, preeclampsia, diabetes gestacional, alteraciones placentarias o restricción de crecimiento fetal
- Incapacidad para el auto-cuidado o dificultad en el seguimiento

6.3 Examen físico: utilizar la hoja de alerta temprana institucional en toda paciente obstétrica sospechosa

- Evaluación de signos vitales (Tensión arterial sistólica, diastólica y media, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno y temperatura)
- Evaluación de todos los sistemas, con especial atención en el sistema respiratorio (tirajes supraclaviculares, tirajes intercostales, aleteo nasal, presencia de sibilancias, estertores, crepitos o roncus) y neurológico (estado de consciencia)
- Evaluación obstétrica del bienestar fetal incluyendo frecuencia cardíaca fetal

Verifique la presencia de alguno de los siguientes signos que sugiere severidad del cuadro clínico:

SIGNOS CLINICOS Y PARACLINICOS DE SEVERIDAD

| |
|--|
| Tensión arterial media (TAM) menor o igual a 65 mmHg (Cálculo de la TAM = TA sistólica – TA diastólica/3, este resultado se suma a la TA diastólica) |
| Tensión Arterial Sistólica (TAS) menor o igual a 90 mmHg. |
| Frecuencia cardíaca (Fc) menor o igual a 50 o mayor o igual a 125 x minuto. |
| Frecuencia respiratoria (Fr) menor o igual a 10 o mayor o igual a 30 x minuto. |
| Saturación de O ₂ (SatO ₂) menor o igual 95% |
| Diuresis menor a 50 cc en las ultimas 4 horas |
| Alteración del nivel de conciencia (Escala de Glasgow menor o igual 13 puntos) o convulsión |
| Coomorbilidad o inmunosupresión |
| Radiografía de tórax con infiltrados pulmonares o imagen sugestiva de neumonía |
| Recuento: Leucopenia < 5.6 /mm ³ / neutropenia < 3.9 /mm ³ / trombocitopenia < 100.000 |
| Elevación transaminasas > 70 |
| Ácido láctico > 2 |
| Gases arteriales acidosis pO ₂ < 70 / Exceso base < - 6 |
| Creatinina >1.2 |

6.4 Exámenes de laboratorio:

Solicitar:

- Hemograma, Proteína c reactiva (PCR), Ácido láctico, transaminasas, creatinina y evaluación fetal mediante monitoria fetal y/o ecografía según edad gestacional.
- En cualquier paciente sospechoso se debe llamar primero al comando del centro médico imbanaco (cel: 3174268197) y después al equipo de respuesta inmediata (secretaria de salud municipal) del 3185657879 para la autorización de la toma de Panel viral (Hisopado nasofaríngeo) y **muestras RTPCR para SARS-COV-2 por aspirado nasofaríngeo (Tomado por fisioterapia).**
- Gases arteriales, radiografía de tórax y panel viral si hay criterio clínico de severidad clínica.

6.5 Mientras se espera los resultados de los exámenes del paciente con sospecha, se pondrán **en sala 3 de partos**, con medidas de aislamiento por gotas y contacto estricto.

RECORDAR que la paciente debe cumplir el aislamiento de gotas y contacto mediante el uso de mascarilla o tapabocas y lavado de manos DURANTE TODA su estancia en el Centro Médico Imbanaco, esto incluye: salas de espera, área del consultorio, traslado a servicio de Radiología y/o ecografía en caso de ser necesario. Estas medidas ayudarán a que en el consultorio se pueda evitar la infección o exposición de las otras personas que estén en el consultorio o en la sala de espera.

6.6 Definir manejo ambulatorio o intrahospitalario

6.6.1 CRITERIO PARA MANEJO INTRAHOSPITALARIO

Toda paciente obstétrica con caso sospechoso y algún criterio de severidad clínica o paraclínica debe ser manejada intrahospitalariamente.

- La hospitalización se definirá en las habitaciones con presión negativa como primera opción, de no tener disponibilidad, se hará en las habitaciones de hospitalización general, especialmente 7 piso ala sur y como última medida en las habitaciones de CEO. En caso de criterios de severidad mayor se deben hospitalizar en Unidad de Cuidado Intensivo.
- **En caso de toma de estudios ecográficos**, se realizarán en sitio de aislamiento del paciente con ecógrafo portátil y todo el aislamiento por gotas, contacto y desinfección.
- Aislamiento con precauciones por gotas y contacto.
- Extremar higiene de manos y desinfección del ambiente hospitalario
- Diligenciar hoja de alerta temprana
- Solicitar exámenes adicionales de disfunción orgánica como: Electrolitos (sodio, potasio, cloro), transaminasas (ALT, AST), creatinina sérica, glucosa, LDH, ácido láctico.
- Monitorización fetal cada 4 horas
- Manejo interdisciplinario por Gineco-Obstetricia, Medicina Materno Fetal, Infectología y Neonatología.
- Trombo profilaxis según guía institucional
- Definir manejo farmacológico adicional de soporte.

- No usar esteroides de rutina para maduración pulmonar fetal. Solo en caso de finalización del embarazo en los siguientes 7 días por indicación obstétrica.
- No existe tratamiento farmacológico específico. En la institución este será guiado por el grupo de infectología. Actualmente se están empleando tratamientos con inhibidores de la proteasa (lopinavir/ritonavir) asociados a un antipalúdico (cloroquina), y en los casos más graves a interferón β . Estos tratamientos no están contraindicados durante el embarazo y, pero aún falta evidencia.

CRITERIOS DE INGRESO A UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO

En la paciente obstétrica no existe validación de una escala de disfunción orgánica, sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Colombiana de Medicina Crítica (AMCI) proponen algunos criterios de severidad, que serán utilizados como criterios para traslado a una UCI, en paciente obstétricas sintomáticas severas. Se sugiere.

- Falla respiratoria severa que requiere soporte ventilatorio
- Choque séptico con necesidad de vasopresores
- Disfunción de 2 o más órganos

6.6.2 CRITERIO PARA MANEJO AMBULATORIO

Toda paciente obstétrica con caso sospechoso **SIN** ningún criterio de severidad clínica o paraclínica **o CON SARS-CoV-2 CONFIRMADO QUE FUERON HOSPITALIZADAS Y SE DETERMINÓ QUE ESTABAN MÉDICAMENTE ESTABLES PARA IRSE A CASA**

Si se determina que no necesita ser hospitalizada y que puede estar en aislamiento en su casa, será monitoreado por personal de su EPS y de la secretaría de salud en Cali y se podrán comunicar al celular 3167779452; también pueden consultar la app CoronApp.

- Aislamiento domiciliario con medidas de higiene de manos y aislamiento de los familiares
- Control de temperatura diario
- Manejo sintomático con acetaminofén 500 mg cada 6 horas
- Reposo
- Hidratación con ingesta de abundantes líquidos
- Signos de alarma entregados por escrito (al paciente y su cuidador) en lenguaje sencillo y claro: Respiración más rápida de lo normal, dolor y/o silbido en el

pecho, vómito persistente, fiebre persistente de difícil control: más de 24 horas que no mejora con antipiréticos, somnolencia, confusión o dificultad para despertar, ataques o convulsiones, boca seca, orinar poco o nada.

- Si presenta alguno de estos síntomas deberá comunicarse en forma inmediata a la línea del equipo de respuesta inmediata (3167779452).
- Signos de alarma obstétricos, aumento de contracciones o dolor, disminución de movimientos fetales, presencia de sangrado vaginal o salida de líquido por vagina.
- Si presenta alguno de estos síntomas deberá comunicarse en forma inmediata a la línea del equipo de respuesta inmediata o con su médico tratante.
- Monitorización y seguimiento telefónico 3 días posterior al egreso hasta 14 días por el personal designado por el Centro Médico Imbanaco o por el equipo de respuesta inmediata (3167779452) .

RECOMENDACIONES ESCRITAS A LOS PACIENTES

- Vigile sus síntomas, busque atención médica rápidamente si su enfermedad empeora. Antes de hacerlo, llame a su médico y dígame que tiene el SARS-CoV-2, o que está siendo evaluado para determinar si lo tiene.
- Póngase una mascarilla o tapabocas antes de entrar al consultorio. Estas medidas ayudarán a que en el consultorio se pueda evitar la infección o exposición de las otras personas que estén en el consultorio o en la sala de espera.
- Pídale a su proveedor de atención médica que llame al departamento de salud local o estatal.
- Si tiene una emergencia médica avísele al personal del centro de llamadas que tiene el SARS-CoV-2 o lo están evaluando para determinarlo. De ser posible, póngase una mascarilla antes de que llegue el servicio médico de emergencias.
- Se recomienda diariamente medir su temperatura mediante el uso de un termómetro y anotar, además en caso de tener sensación de fiebre, malestar o escalofrío deberá buscar su termómetro, medir su temperatura y anotar.

Interrupción del aislamiento en la casa:

Las pacientes obstétricas con SARS-CoV-2 confirmado deben permanecer bajo precauciones de aislamiento en la casa hasta que el riesgo de transmisión secundaria a otras personas se considere bajo. La decisión de interrumpir las precauciones de aislamiento en la casa debe tomarse según cada caso en particular, en consulta con proveedores de atención médica.

7 ATENCION DEL PARTO

En las gestantes con caso sospechoso o confirmado de SARS-COV-2 **no** hay indicación de adelantar la finalización del nacimiento, pero se recomienda que el parto se produzca cuando se haya negativizado sus muestras.

- Vía finalización: depende de las condiciones obstétricas y la condición fetal.
- En casos de casos sospechosos, o confirmados el nacimiento sea parto vaginal o cesárea, se realizará en una sala preferiblemente con presión negativa, en caso de tener dificultades de infraestructura se deberá hacer en **sala de cirugía 17**, (con medidas de desinfección). **La sala de cirugía 16**, se utilizará para realizar cesáreas electivas y de urgencia sin sospecha de SARS-COV-2. Las salas de parto 1-2 seguirán disponibles para partos en pacientes sin sospecha de SARS-COV-2
- La paciente y el personal médico deberán utilizar mascarilla quirúrgica durante todo el proceso de atención de parto.
- Monitorización continua de frecuencia cardíaca fetal durante el trabajo de parto.
- Control de la temperatura, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno según condición clínica de la paciente.
- No se permitirá ingreso de acompañante en el trabajo de parto, ni en el nacimiento.
- Se recomienda realizar clampeo del cordón umbilical de forma precoz y evitar el contacto piel con piel para minimizar los riesgos de transmisión madre/hijo.
- La adaptación neonatal se hará en la mesa de calor radiante.
- No se realizará toma de muestra de cordón umbilical para recolección de células madre.
- La analgesia peridural no está contraindicada.

Indicaciones de cesárea:

- Indicación obstétrica habitual.

- Indicación materna: si la situación clínica materna empeora de forma significativa durante el parto o estancia hospitalaria.
- La atención del recién nacido será igual que para el nacimiento por vía vaginal

8 MANEJO DEL PUERPERIO

- El riesgo de transmisión vertical intraparto o a través de la lactancia materna es muy poco probable según reportes de casos publicados hasta el momento. Los casos de infección neonatal descritos provienen de transmisión respiratoria.
- Todos los recién nacidos de madre con infección confirmada y los de madre con caso sospechoso 1 y 2 se les tomarán muestras virológicas.
- Para evitar el contacto horizontal es preferible separar al recién nacido de la madre e ingresarlo, a la unidad de recién nacidos. Si no hay disponibilidad, la segunda opción será en la misma habitación que la madre (madre con mascarilla), a 2 metros de distancia o separación por cortina o biombo. En habitación presión negativa o habitaciones del 7 sur.
- El recién nacido, una vez descartada la infección será dada de alta a cargo de algún familiar que no sea contacto.
- **Lactancia materna:** El grupo de expertos de China y la Sociedad Española de Neonatología recomiendan **lactancia artificial** en recién nacidos de madres infectadas hasta que no existan datos suficientes debido a que no se puede descartar la posibilidad de transmisión vertical del SARS-COV-2.
- En caso de que la condición materna lo permita durante el período infeccioso, la mayoría de sociedades científicas internacionales (CDC, RCOG, WHO) recomiendan mantener la producción de leche mediante extracción y desecho de la misma hasta que la madre resulte negativa para infección utilizando un extractor de leche con estrictas medidas de higiene. El extractor debe limpiarse después de cada extracción con los desinfectantes adecuados. Sanikleen wipes
- La decisión final sobre el tipo de lactancia deberá consensuarse entre la paciente y los pediatras con base a los conocimientos científicos de cada momento y el estado de salud de la madre y el recién nacido.

SEGUIMIENTO DE LAS GESTANTES POSTERIOR A LA RESOLUCIÓN DEL SARS COV-2 DURANTE EL CONTROL PRENATAL

Se recomienda un seguimiento fetal regular para control del bienestar y crecimiento fetal (ISUOG) de acuerdo a la condición obstétrica de cada paciente.

9 MEDIDAS UNIVERSALES DE BIOSEGURIDAD

- Realizar ficha de notificación IRAG 348.
- Ubicar en habitaciones de presión negativa o en su defecto las autorizadas por la institución.
- **Aislar con precauciones por gotas**, hasta 7 días después del ingreso.
- Se recomienda usar mascarilla de alta eficiencia N-95 SÓLO para el trabajador de la salud que realice procedimientos que generen aerosoles (intubación, examen o toma de muestras de la vía respiratoria, terapia respiratoria, broncofibrobroncoscopia).
- Usar mascarilla quirúrgica convencional, utilizándola al ingresar a la habitación de aislamiento y manteniéndola durante toda la estancia en la habitación. Se debe desechar posterior a su uso
- Lavarse las manos con agua y jabón al inicio del turno, antes y después de comer o ir al baño, después del contacto con materia orgánica (sangre o fluidos corporales) y cuando las manos estén visiblemente sucias.
- Realizar fricción de las manos con solución alcohólica (alcohol glicerinado) antes y después del contacto con el paciente, después de exposición a sangre y fluidos corporales y/o al retirarse los guantes, antes de realizar cualquier procedimiento y después del contacto con el entorno del paciente. y aislamiento de contacto.
- **Aislamiento por contacto** hasta 7 días después de ingreso
- Utilizar guantes durante el contacto con el paciente
- Utilizar bata cuando se prevé el contacto directo o indirecto con la paciente y desechándola posterior al uso
- Utilizar gafas o careta cuando se prevé el contacto directo o indirecto con la paciente. Se debe hacer limpieza y desinfección luego de su uso.
- Utilizar equipo de toma de signos vitales exclusivo para cada paciente (tensiómetros, termómetros y fonendoscopios). Cuando los equipos biomédicos no sean exclusivos, se debe hacer limpieza y desinfección luego de su uso.
- Extremar la limpieza y desinfección del ambiente hospitalario con Dicloroisocianurato de sodio /Klorkleen[®]) y de equipos y dispositivos médicos con una mezcla detergentes y desinfectantes a base de aminio cuaternario /Sanikleen wipes[®] o Sanikleen ease[®]).

10. BIBLIOGRAFIA

1. COVID-19-Algorithm.pdf. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Available from: <https://www.acog.org/-/media/Practice-Advisories/COVID-19-Algorithm5.pdf?dmc=1&ts=20200315T2346288504>
2. Manejo de la mujer embarazada y el recién nacido con COVID-19, Versión de 17 de marzo de 2020, España.
3. Protocolo: coronavirus (covid-19) y embarazo Servei de Medicina Maternofetal, Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia, Hospital Clínic Servei d'Obstetrícia i Ginecologia, Hospital Sant Joan de Déu, Version 1, 17 de marzo de 2020.
4. [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(20\)30192-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(20)30192-4/fulltext). 17 marzo 2020
5. Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Version 1: Published Monday 9 March, 2020.
6. Poon LC, Yang H, Lee JC, Copel J, Yeung Leung T, Zhang Y, Chen D, Perfumo F. ISUOG Interim Guidance on 2019 novel coronavirus infection during pregnancy and puerperium: information for healthcare professionals. *Ultrasound In Obstetrics and Gynecol* 2020.
7. Phelan AL, Katz R, Gostin LO. The Novel Coronavirus Originating in Wuhan, China: Challenges for Global Health Governance. *JAMA*. 2020 Jan 30.
8. Gorbalenya AE, Baker SC, Baric RS, de Groot RJ, Drosten C, Gulyaeva AA, et al. Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: The species and its viruses – a statement of the Coronavirus Study Group. *Microbiology*; 2020
9. 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.
10. Lu R, Zhao X, Li J, Niu P, Yang B, Wu H, et al. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. *Lancet*. 2020; 395:565–74.
11. Rasmussen SA, Smulian JC, Lednický JA, Wen TS, Jamieson DJ. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Pregnancy: What obstetricians need to know. *Am J Obstet Gynecol* 2020.
12. Schwartz DA, Graham AL. Potential Maternal and Infant Outcomes from (Wuhan) Coronavirus 2019-nCoV Infecting Pregnant Women: Lessons from SARS, MERS, and Other Human Coronavirus Infections. *Viruses*. 2020.
13. 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.
14. Chen S, Huang B, Luo DJ, Li X, Yang F, Zhao Y, et al. Pregnant women with new coronavirus infection: a clinical characteristics and placental pathological analysis of three cases]. *Zhonghua Bing Li Xue Za Zhi*. 2020;49: E005.

15. Lauer SA, Grantz KH, Bi Q, Jones FK, Zheng Q, Meredith HR, et al. The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application. *Ann Intern Med.* 2020 Mar 10.
16. Clinical Analysis of 10 Neonates Born to Mothers With 2019-nCoV Pneumonia. *Transl Pediatr.* 2020; 9:51-60.
17. A Case of 2019 Novel Coronavirus in a Pregnant Woman With Preterm Delivery. *Clin Infect Dis.* 2020; pii: ciaa200. doi: 10.1093/cid/ciaa200
18. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. World Health Organization 2020. Interm guideline.
19. PROTOCOLOESI-IRAG.pdf. Available from:
<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/PROTOCOLO%20ESIIRAG.pdf>
20. Benavides-Serralde JA, Parra-Saavedra M, Miranda J, Ramirez C, Silva JL, Sanin JE, Medina V. Comunicado enfermedad por Coronavirus SARS-COV-2 (COVID-19) en embarazo. Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología – Comité de Salud Materna y Perinatal.
21. Estrategias para prevenir la propagación de la enfermedad del coronavirus SARS-CoV-2 en hogares y comunidades residenciales. Comité de infecciones y Vigilancia Epidemiológica CIVE. Centro Médico Imbanaco. Marzo 2020