

COVID- 19, EMBARAZO Y BIOÉTICA

Dr. Eudaldo Humberto Sánchez Ginarte¹

Dra. Milagro Stivan Chapman²

Dra. Hilda Peña Fernández³

Para citar este artículo puede utilizar el siguiente formato:

Eudaldo Humberto Sánchez Ginarte, Milagro Stivan Chapman y Hilda Peña Fernández: "Covid- 19, embarazo y bioética", Revista Observatorio de las Ciencias Sociales en Iberoamérica, ISSN: 2660-5554 (Vol 2, Número 12, julio 2021, pp. 145-154). En línea:

<https://www.eumed.net/es/revistas/observatorio-de-las-ciencias-sociales-en-iberoamerica/julio21/covid-embarazo-bioetica>

RESUMEN

La pandemia por la infección del nuevo coronavirus (SARSCoV-2) durante el embarazo conlleva problemas bioéticos potenciales en obstetricia. El conocimiento disponible con relación al impacto de la COVID-19 en el embarazo es aún limitado, durante la gestación se experimentan cambios inmunológicos y fisiológicos ocasionando más susceptibilidad a las infecciones virales, incluido este virus, Para profundizar en la temática se realizó una amplia revisión bibliográfica con el objetivo de identificar algunos de los efectos de esta infección tanto para la gestante como para el producto de la concepción, así como el uso de la bioética en relación con la COVID-19. Se indagó acerca de algunos factores como: exposición de la gestante, efectos sobre el feto, modo de nacimiento, de internación una vez producido el nacimiento, el uso de la lactancia materna y complicaciones. Se llegó a la conclusión que se tiene un conocimiento incompleto en relación a la infección por COVID-19, embarazo y bioética, guiándose hasta el momento en el aprendizaje obtenido de brotes anteriores de los otros coronavirus, por lo que es indispensable manejar los principios bioéticos como la beneficencia y respeto por la autonomía además de la consideración del feto como paciente particularmente cuando hay viabilidad.

Palabras clave: COVID-19, SARS-CoV-2, embarazo, gestación, feto, recién nacido, lactancia materna, bioética.¹

COVID – 19, PREGNANCY BIOETHICS

¹ Dr. Esp de 1er Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Asistente. Policlínico Integral Comunitario # 1 Francisca Rivero Arocha. eudaldohumberto@gmail.com

² MSc. Esp. 1er Grado en Cirugía General. Profesor Asistente. Hospital General Docente Dr. Ernesto Guevara de la Serna.

³ MSc. Esp. 1er Grado en Embriología. Profesor Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de Granma.

ABSTRACT

The pandemic by the infection of the dabbler queens the virus (SARSCoV - 2) during the pregnancy carries problems, he watched bioethics potentials in obstetrics. The knowledge available with an acquaintance at the impact of COVID, 19 is restricted still in the pregnancy, during the gestation period changes are experienced, immunological and physiological causing more sensitivity than the viral infections included this virus 'to compound it was earned on the thematic, a wide bibliographic revision identifies some of your commodities of this infection so for Ge Stan yourself for the purpose as for the concept figment, I snatched How did the the one use see an ethics in relation with COVID - 19. It was investigated, they verge in some factors like show of Ge Stan on you, bills on the fetus, a way of birth of internment happened once to the birth, the maternal lactation use And complications. An incomplete acquaintance on acquaintance in the infection in COVID - 19, pregnancy, was reached on the finish that is had and saw an ethics, act until the moment in the apprenticeship got of interiors eruptions of them Another queen a virus, managing the beginnings watched bioethics like the charity and respect for the autonomy in addition to the contemplation of the fetus like a patient particularly when there is a viability for what is needed.

Key Words: COVID – 19, SARS-CoV-2, pregnancy, a gestation, a fetus newly born, maternal lactation, bioethics.

INTRODUCCIÓN

El Coronavirus es una gran familia de virus, frecuentes en población humana y en diferentes especies de animales, incluyendo camellos, gatos y murciélagos. Infrecuentemente, los coronavirus de los animales pueden infectar a la gente y, posteriormente, transmitirse de persona a persona, como ha ocurrido con MERS-CoV, SARS-CoV y, ahora, con COVID-19. Su secuenciación genética indica que se trata de un betacoronavirus estrechamente relacionado con el causante del síndrome respiratorio agudo severo (SRAS-CoV). En el momento actual es una emergencia de salud pública y a fecha 11/3/2020 ha sido declarada pandemia por la Organización Mundial de Salud (OMS).¹

Desde el primer caso de neumonía por COVID-19 en Wuhan, provincia de Hubei, China, en Diciembre 2019, con un alarmante número de casos, la infección se ha extendido al resto de países. La información disponible sugiere que la infección fue originariamente zoonótica pero la transmisión actual es de persona-persona por gotas respiratorias después de un contacto cercano con una persona infectada (< 2 metros) o contacto directo con superficies contaminadas por secreciones infectadas.

Algunos procedimientos pueden generar también transmisión por aerosoles (intubación traqueal, ventilación no invasiva o manual, traqueostomía, resucitación cardiopulmonar, broncoscopia, inducción de esputo, aspiración de secreciones respiratorias, aerosolterapia y nebulización, oxigenoterapia de alto flujo). La transmisión también se podría producir a través de heces contaminadas pero la propagación por esta vía es mucho menos relevante.

El periodo de incubación habituales de 4 a 6 días, pero puede variar entre 2 y 14 días. La mayoría de pacientes presentan una enfermedad leve pero aproximadamente un 20% evolucionan a formas graves. Los síntomas más frecuentes incluyen fiebre (90%), tos (76%), y dolor muscular (44%). Síntomas menos frecuentes son anosmia, expectoración (28%), cefalea (8%) y diarrea (3%). La presencia de neumonía con infiltrados bilaterales, o presencia de consolidación en la radiología es

muy frecuente en los pacientes sintomáticos. Los cambios analíticos iniciales incluyen linfopenia y leucopenia, aumento de LDH, transaminitis, PCR y proteinuria. ² El conocimiento disponible con relación al impacto de la COVID-19 en embarazadas es aún limitado, durante la gestación se experimentan cambios inmunológicos y fisiológicos ocasionando más susceptibilidad a las infecciones respiratorias virales, incluido este virus.³

Las embarazadas no parecen tener una mayor susceptibilidad para contraer la infección, ni para presentar complicaciones graves, pero los datos existentes son limitados.¹ Debido a la elevada contagiosidad del COVID-19 es recomendable que el personal sanitario que atiende a las gestantes siga de forma estricta las medidas de prevención recomendadas. Los enfoques bioéticos pueden contribuir a solventar errores surgidos de una concepción bélica del SARS-CoV-2. “Crisis” proviene del latín crisis, y este del griego krisis, que significa decisión, de lo que se deduce que esta situación no exige combatir a un enemigo sino un juicio deliberativo y reflexivo para tomar buenas decisiones que orienten una intervención acertada con componente científico y clínico frente al virus, además de medidas personales, sociales y económicas ^{4, 5} Para la construcción de las decisiones que la deliberación es el lenguaje de la Bioética y el método de la ética clínica, reflejada si se actúa decidiendo prudentemente, de forma flexible pasando de lo concreto a lo singular. Por ello, un profesional de salud no debería descansar en la intuición, la experiencia, el conocimiento teórico, la imitación o el sentido común, para que las decisiones durante la pandemia, alcancen el rango de ciencia. El método para tomar decisiones debe estructurarse en tres niveles: hechos, valores y deberes ^{6, 7}

DESARROLLO

Para profundizar en la temática se realizó una amplia revisión bibliográfica con el objetivo de identificar algunos de los efectos de esta infección tanto para la gestante como para el producto de la concepción, así como el uso de la bioética en relación con la COVID-19. Se indagó acerca de algunos factores como: exposición de la gestante, efectos sobre el feto, modo de nacimiento, de internación una vez producido el nacimiento, el uso de la lactancia materna y complicaciones.

Bioética y atención prenatal:

Aunque se está en etapa inicial para conocer las implicaciones del COVID-19 sobre el embarazo, parto y puerperio, hay reportes sobre gestantes con infección COVID-19 con repercusiones sobre el embarazo y caracterización clínica, radiológica y paraclínica, en comparación con pacientes no embarazadas ^{8, 9}. Si bien hay protocolos clínicos internacionales, de organizaciones como la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), la International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology (ISUOG), la Society for Maternal Fetal Medicine (SMFM) con mayor o menor grado de estandarización, con respecto al abordaje inicial para los profesionales de salud, falta mucho por conocer y predomina la incertidumbre en cuanto a la terapéutica y prognosis en el binomio madre-feto, posibilidad de transmisión vertical, defectos congénitos u otros trastornos a mediano y largo plazo. ^{9, 10}

Emanuel y col, refieren que los valores bioéticos para la asignación de recursos sanitarios escasos en medio de la pandemia, que aún bajo los modelos sanitarios y políticos tan diferentes en América Latina, no se pueden soslayar porque conducen a mejores resultados sin dejar de lado la justicia que influye tanto en la macrobioética latinoamericana:

a) Maximizar beneficios: salvar la mayor cantidad de vidas, maximizar la prognosis (salvar la mayor cantidad de años de vida) tienen la mayor prioridad.

b) Tratar a las personas igualitariamente: No se debería usar la pauta first- come, first served sino en cambio la selección priorizando a la paciente gestantes con pronóstico similar.

c) Promover y recompensar el valor instrumental (beneficio a otros): en forma retrospectiva, dar prioridad a aquellos que han hecho contribuciones relevantes en forma prospectiva, dar prioridad a aquellos que más probablemente harán contribuciones relevantes; por ejemplo, gestantes de sectores que mantienen la infraestructura operativa durante la pandemia como personal de seguridad civil o militar, sector salud entre otros. Bajo esta consideración, dar prioridad a los participantes en investigaciones, cuando otros factores como el maximizar beneficios son iguales.

d) Dar prioridad a lo peor: Las pautas de priorizar a los más enfermos y a los más jóvenes se usan cuando están alineadas con los mayores beneficios, en particular el polémico punto de las gestantes más jóvenes primero si puede prevenir la diseminación del virus.¹¹

Exposición de la gestante

Aún falta información sobre los resultados adversos de la infección por COVID-19 en la gestante. Las respuestas individuales a la infección viral son diferentes para cada mujer y para diferentes virus. Sin embargo, la gripe y el embarazo proporcionan un comparador útil.¹² En algunos casos de infección durante el embarazo con otros coronavirus relacionados, se ha observado pérdida de embarazo, incluyendo aborto espontáneo y muerte fetal. Además, las fiebres altas durante el primer trimestre del embarazo pueden aumentar el riesgo de ciertos defectos congénitos. En la actualidad existe un caso publicado de una mujer con COVID-19, que ingresó en el hospital en 34 semanas de gestación, realizándose una cesárea de emergencia para un bebé nacido muerto y fue admitido en la unidad de cuidados intensivos con disfunción orgánica múltiple y de síndrome dificultad respiratoria aguda, lo que requiere la oxigenación por membrana extracorpórea.¹³

En otros tipos de infección por coronavirus (SARS, MERS), los riesgos para la madre parecen aumentar, en particular durante el último trimestre del embarazo. En al menos un estudio, no hubo un aumento del riesgo de parto prematuro estando indicado por razones médicas maternas después de 28 semanas de gestación.¹² Hay muertes no reportadas en gestantes expuestas al virus en la actualidad, por lo que su efecto no se conoce con exactitud.

En una gestante con infección COVID-19 o sospecha y clínicamente estable no hay indicación de adelantar el parto o realizar una cesárea. De preferencia el parto se debería producir cuando la paciente haya negativizado sus muestras. En caso de requerir la inducción del parto por causa obstétrica, se priorizará el uso de prostaglandinas con dispositivos de liberación continuada (tipo Propessâ) para minimizar los desplazamientos y exploraciones de la paciente.¹ Es importante, por tanto, que se tomen precauciones para protegerse contra la COVID-19 y que informen al personal médico que las atiende sobre eventuales síntomas (en particular, fiebre, tos o dificultad para respirar).¹⁴ Siendo pertinente realizar algunas consideraciones desde la bioética.

Efectos sobre el feto

Actualmente se desconoce si la gestante puede transmitir el virus a su feto o neonato por otras vías de transmisión vertical (antes, durante o después del parto). Según informes de casos limitados, se reportaron resultados adversos (por ejemplo, parto prematuro) entre los bebés nacidos de madres positivas para COVID-19 durante el embarazo. Sin embargo, no se puede afirmar que estos resultados están relacionados con la infección materna, pues no se conoce el riesgo de resultados adversos en los recién nacidos y no está claro si el parto prematuro fue siempre iatrogénico, o si algunos fueron espontáneos. Hasta el momento, la información sobre los

efectos a largo plazo en la salud del feto expuesto, al virus que causa COVID-19 en el útero es incompleta.³

No hay datos que sugieren un aumento del riesgo de pérdida del embarazo o aborto involuntario temprano en relación con COVID-19. Los informes de casos de estudios tempranos del embarazo con el SARS y MERS no demuestran una relación convincente entre la infección y el aumento del riesgo de aborto involuntario o pérdidas en el segundo trimestre.¹⁵

Como no hay evidencia de infección fetal intrauterina con COVID-19 por lo tanto se considera actualmente poco probable que habrá defectos congénitos del virus en el desarrollo fetal. No hay evidencia de que el virus actualmente es teratogénico y solo se puede asociar hasta el momento el efecto o exposición a la fiebre sobretodo en el primer trimestre que es el periodo de mayor susceptibilidad, conocido como organogénesis donde se están formando todos los órganos del feto.¹⁶ De ahí la importancia del diálogo y toma de decisiones basadas en beneficencia, teniendo en cuenta el estado de gravedad de la COVID-19 en el feto como paciente.

Modo de nacimiento

El modo de finalización del embarazo se definirá de acuerdo con el criterio obstétrico y con la condición de salud materna. Se recomienda el parto vía vaginal si la condición clínica de la madre lo permite. La evidencia actual no muestra ningún beneficio de la cesárea en embarazadas infectadas por COVID-19. Es importante evitar cesáreas injustificadas a fin de prevenir el nacimiento pretérmino y otras morbilidades en el recién nacido (RN). Debe limitarse al mínimo necesario la presencia de personal de salud en la sala de partos. En áreas definidas de circulación comunitaria, se recomienda el uso de EPP que incluya botas, cofia, guantes, barbijo N95, camisolín hidrorrepelente y antiparras para todo el equipo de atención en sala de partos teniendo en cuenta la posibilidad de generación de aerosoles durante el parto en pacientes asintomáticas u oligosintomáticas.¹⁷

En caso de finalización por cesárea, el EPP a utilizar es el recomendado para procedimientos quirúrgicos, la monitorización electrónica del feto en el trabajo de parto y en el parto según las indicaciones individuales. El resto del personal debe utilizar EPP con barbijo quirúrgico y camisolín común, y mantener una distancia interpersonal de al menos un metro. Esto podría modificarse a medida que se disponga de mayor evidencia.

En caso de una embarazada con compromiso respiratorio se procederá según el criterio médico. Si la gestante/puérpera o su RN *NO* cumplen con definición de caso sospechoso no tendrá indicación la solicitud RT-PCR para su eventual derivación o traslado. Ahora si la gestante/puérpera o su RN que *SI* cumplen con definición de caso sospechoso requirieran derivación/traslado: Si es de urgencia o no es factible realizar la RT-PCR previamente, se debe derivar con aislamiento preventivo hasta disponer del resultado priorizando la salud de ambos. En las no urgentes podría solicitarse la realización de estudio de RT-PCR para COVID19 previo a la derivación.¹⁸

Internación una vez producido el nacimiento

La decisión del modo de internación tendrá en cuenta la condición clínica de la madre y del RN, la elección de la madre luego de haber recibido la información adecuada y completa, y las posibilidades institucionales, se plantean 2 opciones:

Internación conjunta: se recomienda para el binomio madre/RN asintomáticos. La madre utilizará métodos de barrera (barbijo quirúrgico) y lavado de manos, antes y después de tocar al RN. Debe

entrenarse el lavado de manos para cumplir con los 5 pasos recomendados por la OMS, con jabón líquido y secado con toallas descartables. Se enfatizará el cuidado del aseo personal para evitar el contacto accidental del RN con secreciones respiratorias de la madre. Si la madre retira los métodos de barrera (por ej. para comer), el RN deberá ser cuidado por un acompañante sano, o permanecer en una cuna, respetando una distancia de 2 metros de la madre. Facilitar la no contaminación con secreciones de la ropa de la madre, de ser necesario proveer camisolines limpios para el amamantamiento.¹⁷

Separación temporal: se internarán por separado la madre y el RN, este último en el área destinada a aislamiento en la Unidad de Neonatología. El RN asintomático puede estar aislado en una habitación con cuidador sano.⁹

Se atenderá de manera diferenciada al RN de madres sospechosas o confirmadas de covid 19 por parte del neonatólogo el cual utilizará botas, cofia, guantes, antiparras, barbijo N95 y camisolín hidrorrepelente. Si fuera necesaria la presencia de enfermería neonatal utilizará el mismo EPP. Se recomienda el contacto piel a piel inmediata al nacer si la condición clínica de la madre y del RN lo permite. No se recomienda el baño inmediato. Se recomienda la ligadura tardía de cordón umbilical. Debe realizarse monitoreo respiratorio estricto del RN.¹⁸

Uso de la lactancia materna

En el caso de una puérpera con infección COVID-19 y lactancia establecida, no hay indicación de interrumpir la misma, pero sí de aplicar las medidas preventivas de transmisión. Se recomienda lactar al RN, ya que los beneficios superan los riesgos potenciales de transmisión; no hay evidencia hasta la fecha de presencia del SARS-CoV-2 en la leche materna.¹⁹ Si la madre está en condiciones clínicas y desea amamantar, deberá ser orientada en las medidas a tomar con el fin de disminuir los riesgos de transmisión del COVID-19 a través del contacto con el RN. Es tranquilizador que en seis casos chinos probado, la leche materna fue negativo para COVID-19.²⁰ Sin embargo, dado el pequeño número de casos, estas pruebas deben ser interpretados con precaución. El principal riesgo para los bebés es el contacto cercano con la madre, pudiendo compartir microgotas en el aire infecciosos.

El amamantamiento debe realizarse en lo posible fuera de la cama para reducir contacto del RN con superficies potencialmente contaminadas. Lavar las manos durante por lo menos 50 segundos antes de tocar al bebé o antes de retirar la leche materna (extracción manual o con bomba extractora). Usar barbijo quirúrgico (cubriendo completamente nariz y boca) durante las tomas; evitar hablar o toser durante el amamantamiento. El barbijo debe ser inmediatamente sustituido en caso de tos o estornudo, o ante cada nueva toma.¹⁸

Si se optara por la extracción de leche materna, se recomienda reforzar la técnica de extracción manual. Si se provee bomba de extracción de leche, debe cumplirse la adhesión a las normas de esterilización. La bomba no podrá ser compartida con otra paciente y la extracción se realizará en la habitación donde se realiza el aislamiento. La leche será administrada por una persona acompañante o por personal de la institución.

Si la madre no estuviera en condiciones clínicas para amamantar, se recomienda a los equipos que asistan la extracción periódica de leche con el fin de evitar trastornos mamarios y de mantener la producción de leche. La decisión final sobre el tipo de lactancia se consensuara entre la paciente y los neonatólogos en base a los conocimientos científicos de cada momento y el estado de salud de la madre y el RN. Si finalmente se decide lactancia artificial, puede mantenerse la producción de

leche mediante extracción y rechazo de la misma hasta que la madre resulte negativa para la infección.¹

La consideración bioética basada en la beneficencia debe tomar el modo de nacimiento, internación una vez producido el nacimiento y el uso de la lactancia materna, para tomar decisiones. También se debe producir el mayor equilibrio de beneficios clínicos para el binomio madre-feto, además del principio de no maleficencia, justicia y el respeto a la autonomía, evitando el paternalismo.

Complicaciones

Las complicaciones en una gestante deberían ser identificadas y tratadas de forma precoz y se deberá considerar la presencia de comorbilidades como: hipertensión arterial (HTA) o diabetes pregestacionales, enfermedades cardiopulmonares, renales estadios III-IV, inmunosupresión (trasplantadas, infección VIH < 350 CD4, tratamientos inmunosupresores o tratamiento con corticoides equivalentes a > 20 mg prednisona durante > 2 semanas).²¹

En estas condiciones adquiere relevancia según lo expuesto por Ávila y col, el principio ético de beneficencia requiere que se actúe de una manera fiable para producir el mayor equilibrio de ventajas sobre los daños en la vida de otros. Llevado diagnóstico prenatal ante la pandemia por COVID-19, requiere una cuenta de los beneficios y daños relevantes potenciales donde se produzca el mayor equilibrio de beneficios clínicos para el binomio madre-feto. No se debe olvidar que existe un riesgo de paternalismo en la beneficencia basada en el juicio clínico. El paternalismo es una respuesta deshumanizante. Todas las alternativas relacionadas con la beneficencia, conocidas como “alternativas médicas razonables”, se deben identificar y explicar a todas las pacientes sobre la infección por SARS-CoV-2 en la gestación, disponible para el momento de la atención prenatal.²²

En la atención prenatal se debe respetar la autonomía, no interfiriendo excepto en lo necesario, ayudando a la gestante a su evaluación y clasificación de las alternativas diagnósticas y terapéuticas ante una infección presente o pasada por SARS-CoV-2, para manejo de su condición y el médico debe obtener y solicitar a la misma, la autorización o denegación de los procedimientos a aplicar. El enfoque del equipo de salud en la atención prenatal durante la pandemia en función de la salud e intereses de la embarazada sirve de base para el concepto de beneficencia y las obligaciones del médico para ella, aunque sin duda su propia perspectiva proporciona la base de la autonomía en lo que respecta las obligaciones del médico para ella.²³

El concepto bioético del feto como paciente es indispensable en este contexto de la pandemia por COVID-19 y embarazo. Cuando el feto es el paciente, la asesoría adecuada recomienda formas de gestión para el beneficio fetal como procesos a seguir. Cuando el feto no es el paciente, el concepto se basa en un protocolo de decisión para la madre, a la luz de las herramientas disponibles y su adecuada interpretación en la actualidad para el diagnóstico y potencial tratamiento de la infección por SARS-CoV-2 en el embarazo. Los autores comparten la visión de Ávila y col, quienes argumentan que la base de beneficencia- obligaciones para con el feto existe, cuando el feto alcanza un estado moral independiente de niño y persona. Es decir, que el feto es un paciente diagnosticable y tratable, cuando razonablemente se espere un mayor equilibrio del beneficio sobre los daños ante la infección por SARS-COV-2 aún en etapa posterior incluyendo largo y mediano plazo posnatal. El significado bioético del concepto del feto como paciente depende de los vínculos potenciales establecidos entre él y su posterior consecución de un estado moral independiente.^{22, 24, 25}

CONCLUSIONES

Se llegó a la conclusión que se tiene un conocimiento incompleto en relación a la infección por COVID-19, embarazo y bioética, basándose hasta el momento en el aprendizaje obtenido de brotes anteriores de los otros coronavirus, por lo que es indispensable manejar los principios bioéticos como la beneficencia y respeto por la autonomía además de la consideración del feto como paciente particularmente cuando hay viabilidad.

Para llegar a decisiones con distribución equitativa de los recursos combinando eficiencia y justicia, es necesario resistir el apremio de la regla de rescate, recordando que la COVID-no es la única patología ni siempre la necesidad prioritaria que merece la respuesta inmediata del sistema sanitario y la sociedad ligada a este.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- PROTOCOLO: CORONAVIRUS (COVID-19) Y GESTACIÓN. Rev PROTOCOLS MEDICINA MATERNOFETAL.[Internet].2020 [citado 06 Agost 2020]; [aprox. 26 p.]. Disponible en: [https://www.sefertilidad.net/docs/covid19/Coronavirus\(COVID-19\)%20y%20embarazo.pdf](https://www.sefertilidad.net/docs/covid19/Coronavirus(COVID-19)%20y%20embarazo.pdf)
- Parra-Avila I. *Manifestaciones clínicas y diagnóstico de COVID-19*. Rev Mex Traspl [Internet].2020 [citado 06 Agost 2020]; 9(2)[aprox. 7p.]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/trasplantes/rmt-2020/rmts202d.pdf>
- Marañón Cardonne Tatiana, Mastrapa Cantillo Kenia, Poulut Durades Tania M, Vaillant Lora Lillian D. COVID-19 y embarazo: Una aproximación en tiempos de pandemia. MEDISAN.[Internet].2020 [citado 06 Agost 2020]; 24(4)[aprox. 21p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192020000400707
- Seoane J. Bioética, Lenguaje y COVID-19. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica [Internet]; 2020 [consultado 08 de abril de 2020]. Disponible en: <http://www.asociacionbioetica.com/blog/bioetica-lenguaje-y-covid-19>.
- León A. Ética en Medicina. Barcelona: Editorial Científica Médica; 1973:125-131.
- Seoane J. Bioética, Lenguaje y COVID-19. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica [Internet]; 2020 [consultado 08 de abril de 2020]. Disponible en: <http://www.asociacionbioetica.com/blog/bioetica-lenguaje-y-covid-19>.
- Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. Med Clín. 2001;117:18-23.
- Gracia D. Teoría y práctica de la deliberación moral. En: Feito L, Gracia D, Sánchez M, editores. Bioética: el estado de la cuestión. Madrid: Triacastela; 2011.p.120-125.
- Liu Y, Chen H, Tang K, Guo Y. Clinical manifestations and outcome of SARS-CoV-2 infection during pregnancy. J Infect [Internet]. Epub marzo de 2020 [consultado 08 de abril de 2020]. doi: 10.1016/j.jinf.2020.02.028. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7133645/>.

- Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. Maternidad segura y COVID-19. Londres: FIGO [Internet]; 2020 [consultado 08 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.figo.org/es/maternidad-segura-y-covid-19>
- Emanuel E, Persad G, Upshur S, Thome B, Parker M, Glickman A, et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *N Engl J Med*. 2020;382:2049-2055.
- 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(10226):809-815.
- Mullins E, Evans D, Viner R, et al. Coronavirus en el embarazo y el parto: la revisión rápida. [Internet].2020 [citado 06 Agost 2020]; [aprox. 2 p.]. Disponible en: <https://www.fundacionfemeba.org.ar/blog/farmacologia-7/post/coronavirus-en-el-embarazo-y-el-parto-revision-rapida-47632>
- PROTOCOLO DE ACTUACIÓN NACIONAL PARA LA COVID-19 [Internet].2020 [citado 06 Agost 2020]51,(3); [aprox.132 p.]. Disponible en: https://files.sld.cu/editorhome/files/2020/05/MINSAP_Protocolo-de-Actuación-Nacional-para-la-COVID-19_versión-1.4_mayo-2020.pdf
- Preguntas frecuentes sobre la COVID-19, el embarazo, el parto y la lactancia materna, Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva .[Internet].2020 [citado 06 Agost 2020]; [aprox. 4 p.]. Disponible en: <https://www.unicef.org/panama/media/1926/file/pdf>
- Ortiz Edgar I, Herrera Enrique, De La Torre Alejandro. Coronavirus (COVID 19) Infección en el embarazo. *Rev Colomb. Med*. [Internet].2020 [citado 06 Agost 2020]51,(3); [aprox.7 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-95342020000200001&script=sci_arttext&tlng=es
- Moore KL, Persaud TVN. En: *Embriología Clínica*. 9ª ed. Madrid: Elsevier Saunders; 2013.p 414-26.
- Garrahan J.P. RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN DE EMBARAZADAS Y RECIÉN NACIDOS CON RELACIÓN A COVID-19. *Rev Ministerio de Salud Argentina*. [Internet].2020 [citado 06 Agost 2020]; [aprox. 43 p.]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/abordaje-terapeutico>
- RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN DE EMBARAZADAS Y RECIÉN NACIDOS EN CONTEXTO DE PANDEMIA. [Internet].2020 [citado 06 Agost 2020]; [aprox. 9 p.]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/recomendaciones-uso-epp>
- Rasmussen SA, Smulian JC, Lednický JA, Wen TS, Jamieson DJ, Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Pregnancy: What obstetricians need to know, *American Journal of Obstetrics and Gynecology* [Internet].2020 [citado 06 Agost 2020]; [aprox. 6 p.] Disponible en:

<https://www.google.com/url?url=www.researchgate.net%20Coronavirus+Disease+2019+COVID-19+and+Pregnancy+What+obstetricians+need>

Proaño Diana. Recomendaciones post-parto durante COVID-19. [Internet].2020 [citado 06 Agosto 2020]; [aprox.3 p.]. Disponible en: <https://fundaciondewaal.org/index.php/2020/06/03/las-medidas-de-bioseguridad-y-la-atencion-medica-oportuna-son-fundamentales-para-controlar-el-covid-19-en-el-post-parto-y-en-recien-nacidos/>

Ávila D, Karchmer S, Salazar L. Epigenética e Inmunología. En: Ávila D, Karchmer S, Mardones F, Salazar L, editores. Origen fetal de las enfermedades del adulto. Primera edición. Federación Latinoamericana de Asociaciones de Medicina Perinatal, Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, Sociedad Internacional del Origen Fetal de las Enfermedades del adulto. Guayaquil: ECUASALUD S.A; 2019.p.2-43.

Baraño R. Inmunología del embarazo. Invest Clín [Internet]. 2011 [consultado 08 de abril de 2020]; 52(2): 175-94. Disponible en:

[http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0535-51332011000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es.](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0535-51332011000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

Ávila D, Azin A, Riccardi J, Alcázar B. Dimensiones legales y éticas del feto como paciente. Rev Latin Perinat. 2016;19(2):147-151.

McCullough LB, Chervenak FA. Ethics in Obstetrics and Gynecology, NY: Oxford Univ. Press; 1994:1-20