




Caracterización de embarazos COVID-19 positivos en centros asistenciales del interior de Uruguay

Characterization of positive COVID-19 pregnancies in care centers from Uruguay

Jeniffer Brunetto¹, Eloisa Rodríguez²,
Juan Cataldo³, Stephanie Viroga⁴, Leonel Briozzo⁵

Resumen

Introducción: en Uruguay se reportó el primer caso de COVID-19 el 13 de marzo de 2020. Dado que no contábamos con datos locales de prevalencia de infección y características de las mismas, se decidió en abril de 2020, en Centros docentes asociados (CEDAS) a la una clínica de Facultad de Medicina (Clínica Ginecológica

"A"), implementar el tamizaje universal mediante PCR para SARS CoV-2 a todos los ingresos de pacientes embarazadas a las maternidades de dichos centros.

Metodología: se analizaron todos los casos de embarazos con diagnóstico confirmado por PCR de infección por COVID-19, en el periodo diciembre 2020 - julio 2021, de los siguientes centros asociados: Hospital de Maldonado, Asociación Médica de San José, Hospital de Rocha, Centro de Asistencia Médica de Durazno, Centro de Asistencia Médica de Rivera (CASMER), Hospital de Rivera, Corporación Médica de Paysandú, Hospital de Paysandú y Hospital de Salto.

Resultados: se obtuvieron los datos de 286 pacientes embarazadas con diagnóstico de infección por COVID-19 desde diciembre de 2020 a julio 2021, 61,6% eran usuarias de salud pública y 38,4% del sistema mutual. La mayoría de las pacientes cursó la enfermedad de forma leve. En las pacientes positivas se vio un aumento de

1. Residente ginecología Hospital de Rivera.
2. Residente ginecología Sanatorio CASMER
3. Residente ginecología Hospital de Maldonado
4. Profesora Adjunta de Clínica Ginecológica A. Profesora Adjunta de Farmacología y terapéutica
5. Profesor Director de la Clínica Ginecológica "A", Hospital Pereira Rossell.

Jeniffer Brunetto

<https://orcid.org/0009-0007-7480-7981>

Eloisa Rodríguez

<https://orcid.org/0009-0002-9736-7900>

Juan Cataldo

<https://orcid.org/0009-0000-5437-3820>

Stephanie Viroga

<https://orcid.org/0000-0001-9065-6692>

Leonel Briozzo

<https://orcid.org/0000-0002-6772-3188>

Autor corresponsal: Jeniffer Brunetto, jenynetto@hotmail.com

Recibido: 24/04/2023 Aceptado: 30/07/2023

patologías asociadas al embarazo como diabetes gestacional y estado hipertensivo del embarazo, así como también la vía de finalización por cesárea.

Conclusión: este estudio permitió en tiempo real caracterizar la infección COVID-19 en usuarias cursando un embarazo.

Palabras clave: embarazo, infección COVID-19, muerte materna, pretérmino, comorbilidades, patologías, salud pública, sector privado.

Abstract

Introduction: In Uruguay, the first case of SARS CoV-2 was reported on March 13, 2020. Since we did not have local data on the prevalence of infection and characteristics, the Associated Teaching Centers (CEDAS) at Gynecological Clinic A decided, on April 2020, to implement universal screening by PCR for SARS CoV-2 to all admissions of women to the maternity.

Methodology: All cases of pregnancies with a confirmed diagnosis of SARS CoV-2 infection by PCR were analyzed in the maternity wards in the period of December 2020 - July 2021 in the associated centers: Hospital de Maldonado, Asociación Médica de San José, Hospital de Rocha, Centro de Asistencia Médica de Durazno, Centro de Asistencia Médica de Rivera (CASMER), Hospital de Rivera, Corporación Médica de Paysandú, Hospital de Paysandú and Hospital de Salto.

Results: Data from 286 pregnant patients diagnosed with SARS CoV-2 infection were obtained from December 2020 to July 2021. 61.6% were ASSE users while 38.4% were from private centers. Most of the patients had a mild disease. There was an increase in pathologies associated with pregnancy in positive patients, such as gestational diabetes and hypertension in pregnancy, as well as the completion route by cesarean section.

Conclusion: This study, allowed us to characterize the SARS CoV-2 infection in pregnant patients with said infection.

Key words: pregnancy, COVID-19 infection, maternal death, preterm, comorbidities, pathologies, public health, private sector.

INTRODUCCIÓN

Se reconoce por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como fecha de inicio de la denominada pandemia COVID-19, el 11 de marzo de 2020 luego de haberse identificado como agente causal de un brote de casos de neumonía en diciembre de 2019, el virus SARS-CoV2, en Hubei, China.¹

El SARS-CoV-2 es un virus ARN perteneciente a la familia de coronavirus, los cuales producen infecciones respiratorias en humanos que van desde casos asintomáticos hasta enfermedad grave.²

Desde la identificación del virus SARS-CoV-2, el mismo se ha propagado mundialmente, generando la enfermedad denominada COVID-19.

En Uruguay se reportó el primer caso de COVID-19 el 13 de marzo de 2020. La pandemia de COVID-19 ha mostrado que un porcentaje no despreciable de los infectados cursan la infección en forma asintomática y presentan la misma capacidad de transmisión de la enfermedad.

Inicialmente, los casos de COVID-19 en el país se mantuvieron relativamente bajos, así como también lo hicieron las muertes por el mismo.²

En una primera instancia en Uruguay el manejo de las mujeres embarazadas se pausaba por la sintomatología sospechosa de la infección. Las mujeres asintomáticas pueden transmitir la infección al personal de la salud que las asiste, así como al recién naci-

do o su entorno. Por otro lado, no contábamos con datos locales de prevalencia de infección asintomática. Al comienzo de la pandemia el impacto de la infección en el embarazo no estaba aún claramente definido, sin embargo, dado los cambios fisiológicos del embarazo, sobre todo cardiorrespiratorios y del sistema inmune, serían de esperar consecuencias importantes de esta enfermedad.

En este contexto en Centros Docentes Asociados (CEDAS) a la Clínica Ginecológica "A" se implementó el tamizaje universal mediante PCR para SARS CoV-2 a todos los ingresos de mujeres a la maternidad, tanto en proceso de nacimiento como por patologías obstétricas. Los centros asociados incluidos fueron: Hospital de Maldonado, Asociación Médica de San José (AMSJ), Hospital de Rocha, Centro de Asistencia Médica de Durazno (CAMEDUR), Centro de Asistencia Médica de Rivera (CASMER), Hospital de Rivera, Corporación Médica de Paysandú (COMEPA), Hospital de Paysandú, Hospital de Salto.

La caracterización de la población obstétrica con diagnóstico de COVID-19 permitirá un conocimiento más acabado del comportamiento en nuestra población. Conocer las características y consecuencias de la infección permitirá desarrollar estrategias locales de atención específicas.³

OBJETIVO

Describir la enfermedad por COVID-19 en mujeres embarazadas en el período de diciembre 2020 a junio 2021 en las CEDAS pertenecientes a la Clínica Ginecotológica "A".

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo, prospectivo, donde se analizaron todos los casos de embarazos con diagnóstico confirmado por PCR de infección por COVID-19, en las maternidad de las CeDAs asociadas a la Clínica "A" del CHPR, en el período diciembre 2020 – julio 2021.

Los centros asociados incluidos fueron: Hospital de Maldonado, Asociación Médica de San José (AMSJ), Hospital de Rocha, Centro de Asistencia Médica de Durazno (CAMEDUR), Centro de Asistencia Médica de Rivera (CASMER), Hospital de Rivera, Corporación Médica de Paysandú (COMEPA), Hospital de Paysandú, Hospital de Salto.

En cada centro asistencial, frente a una paciente embarazada se aplicó una ficha de recolección de datos prediseñada y se realizó seguimiento tanto de la evolución de la enfermedad por COVID-19 como de su embarazo en el período que duró el estudio. Al momento de incluir a las pacientes en el estudio se aplicó consentimiento informado telefónico, para solicitar consentimiento para analizar su historia y la de su hijo. En la ficha de recolección de datos prediseñada se recabó la información de la historia clínica de ambos. Se evaluó la enfermedad por COVID-19, la evolución del embarazo y los resultados neonatales.

Se caracterizó a las pacientes según: procedencia de la paciente tanto centro al que pertenecían como si era de sistema mutual o ASSE; edad materna, dividiéndolas en grupos menores de 18 años, entre 19 y 25, entre 26 y 35 y mayores a 35 años; edad gestacional al momento de diagnóstico de infección por COVID-19, dividiéndolas en tres grandes grupos: primer trimestre de embarazo (hasta la semana 13 de edad gestacional), segundo trimestre (desde semana 14 hasta sema-

na la semana 28 de edad gestacional) y tercer trimestre (desde semana 28 hasta el término del embarazo).

Dentro de la enfermedad por COVID-19 se analizó: presencia o no de síntomas, en caso de enfermedad sintomática se clasifica en leve, moderada y severa de acuerdo a los protocolos asistenciales de nuestra maternidad, edad gestacional al diagnóstico. De la evolución del embarazo se valoró la aparición de alguna complicación obstétrica, la edad gestacional de finalización y la vía. Para los resultados neonatales se valoró peso y APGAR al minuto y a los cinco minutos de vida del recién nacido.

Se clasificaron a las pacientes según cómo transitaron la enfermedad por COVID-19, agrupándolas en base a los siguientes síntomas: asintomáticas, leve (tos, fiebre, odinofagia, mialgias, anosmia), moderado (si requirió administración de O₂ por medidas de ventilación no invasiva), severo (aquellas pacientes que requirieron intubación orotraqueal) y finalmente fallecimiento.

Se analizaron también las complicaciones del embarazo incluyendo diabetes gestacional, estados hipertensivos del embarazo y los diferentes tipos, aborto espontáneo, amenaza de parto de parto pre término, restricción del crecimiento intrauterino, rotura prematura de membranas ovulares, síndrome antifosfolípido del embarazo, óbito y otras complicaciones (colestasis gravídica, embarazo gemelar, infección urinaria, anemia, polihidramnios, distiroidismos).

Las edades gestacionales de finalización del embarazo se dividieron en término maduro (39-41 semanas más 6 días), término inmaduro (37-38 semanas más 6 días), pretérmino leve (34-36 semanas más 6 días), moderado (31-33 semanas más 6 días), severo

(28-30 semanas más 6 días), extremo (menor a 28 semanas).

Se valoró también la vía de finalización de los embarazos según parto vaginal o cesárea.

En cuanto a los resultados neonatales, fue valorado mediante el Apgar (aparición, pulso, gestos, actividad, respiración) de los recién nacidos al minuto 1 y a los 5 minutos de nacer clasificándolos en: 0-3 depresión neonatal severa, 4-6 depresión neonatal moderada, 7-10 depresión vigoroso, y mediante peso del RN dividiéndolos en 3 grupos: pequeño para la edad gestacional, normopeso y grande para la edad gestacional.

Los datos obtenidos fueron consolidados en Microsoft Excel, Microsoft Office versión 2019. Se realizó un análisis descriptivo para las variables cualitativas utilizando frecuencias absolutas y relativas.

Se utilizó como estadístico de prueba el test de chi cuadrado (sin correcciones) para analizar si existe independencia entre los grupos de severidad con la cual las pacientes transitaron la enfermedad (catalogando como severa aquellas que requirieron IOT y las muertes maternas) y el prestador de salud al cual pertenecen.

Se analizó también la posible relación entre nacidos de pretérmino (menor a 37 semanas de edad gestacional) y el pertenecer al sector público. El análisis estadístico fue realizado mediante el programa OpenEpi versión 3.01.

RESULTADOS

Se obtuvieron los datos de 286 pacientes embarazadas con diagnóstico de infección por COVID-19 desde diciembre de 2020 a julio 2021. Usuaris de ASSE en un 61,6% y del

sistema mutual el 38,4%, distribuidas en los centros hospitalarios asociados al estudio. Las edades maternas fueron desde 14 hasta 43 con un máximo de incidencia en el rango entre 26-35 años. (Tabla 1).

Tabla 1.

Características de las embarazadas incluidas en el estudio

Variable		n (%)
<i>Procedencia por centro</i>	Hospital de Maldonado	34 (11,5%)
	HRS	27 (9,4%)
	COMEPA	44 (15,4%)
	HEL	63 (22%)
	AMSJ	20 (7%)
	Rocha	18 (6,3%)
	CAMEDUR	22 (7,7%)
	CASMER	22 (7,7%)
	HDR	36 (12,6%)
	<i>Usuaría sistema público o privado</i>	ASSE
Mutualista		110 (38,4%)
<i>Edad Materna (años)</i>	≤18	30 (11%)
	19-25	105 (36,6%)
	26-35	119 (41,4%)
	>35	32 (11%)
<i>Edad gestacional al diagnóstico de COVID</i>	1T	42 (14,8%)
	2T	78 (26,8%)
	3T	171 (58,4%)

En cuanto a la edad gestacional al diagnóstico de la infección, la mayoría fue en el tercer trimestre de embarazo (58,4%), creemos que esto se deba a que en ese momento se tomaba contacto con la paciente ya que ingresaban a los centros de salud para finalización de la gestación y se realizaba testeo de infección por COVID-19 a todos los pacientes hospitalizados.

La mayoría de las pacientes, un 55,6%, cursaron la enfermedad de forma leve con síntomas como tos, rinorrea, anosmia, ageu-

sia, mialgias. Se reportaron 5 fallecimientos en pacientes embarazadas en el período de nuestro estudio.

Se describen también complicaciones relacionadas con la gestación, la más frecuente fue diabetes gestacional, reportándose en 42 embarazadas. Los estados hipertensivos ocupan el segundo lugar, con un total de 24 embarazadas.

Se realizó un análisis exclusivamente de los estados hipertensivos del embarazo (EHE) y dentro de este grupo se observó que el síndrome preeclampsia-eclampsia (SPE) ocurrió en más de la mitad de los EHE específicamente en un 54,1%, en segundo lugar se presentó en frecuencia los EHE no proteinúricos con un 20,8% y por último la hipertensión arterial crónica (HTA cr) y la hipertensión arterial crónica con síndrome de preeclampsia-eclampsia (HTA cr + SPE) sobreagregada con una prevalencia de 12,5% cada una. Dentro de otras complicaciones se consideraron: colestasis gravídica, embarazo gemelar, infección urinaria, anemia, polihidramnios, distiroidismos. Del total de pacientes incluidas, 6 tuvieron abortos espontáneos por lo que no se analizan en la finalización y resultados neonatales. Tabla 2.

Tabla 2.

Severidad de los síntomas y complicaciones obstétricas

Variable		n(%)
<i>Severidad</i>		
	Asintomática	87 (30%)
	Leve	158 (55,5%)
	Moderada	10 (3,5)
	Severa	9 (3,2%)
	Fallecimiento	5 (1,4%)
	S/D	18 (5,6%)
<i>Complicaciones</i>		
	Aborto	6 (2,1%)
	Estado hipertensivo del embarazo	24 (8,4%)
	No proteinúrico	5 (1,7%)
	Síndrome preeclampsia eclampsia	13 (4,5%)
	HTA crónica	3 (1%)
	HTA crónica con SPE	3 (1%)
	Amenaza de parto pretérmino	7 (2,4%)
	RCIU	5 (1,7%)
	RPM	4 (1,4%)
	Diabetes gestacional	42 (14,7%)
	SAFE	4 (1,4%)
	Óbito Fetal	2 (0,7%)
	Muerte Materna	4 (1,4%)
	Otras Complicaciones	36 (12,6%)

En cuanto a la vía de finalización, el 51% fue por parto vaginal y el 49% por vía cesárea.

La edad gestacional al término de la gestación fue analizada siguiendo la clasificación en término maduro, inmaduro, pretérmino leve, moderado, severo y extremo. Las gestaciones de término representaron el 83,8% de las pacientes estudiadas y los pretérminos el 16,2%. Tabla 3.

Tabla 3.

Vía y edad gestacional

Variable		n (%)
<i>Vía de finalización</i>	CST	113 (49,1%)
	PV	117 (50,9%)
<i>EG a finalización</i>	Término maduro	121 (51,7%)
	Término inmaduro	75 (32,1%)
	Pretérmino leve	19 (8,1%)
	Pretérmino moderado	5 (2,1%)
	Pretermino severo	2 (0,9%)
	Pretérmino extremo	12 (5,1%)

Valorando los resultados neonatales, sobre el peso del recién nacido al nacer, se observó que el 76% fueron normopeso, el 16,4% tuvieron un bajo peso al nacer y el 7,6% fueron macrosómicos. Se valoró la vigorosidad neonatal utilizando el puntaje Apgar al primer y al quinto minuto de nacimiento. Se observó que el 97,2% y el 98,6% fueron clasificados como vigorosos al primer y quinto minuto de vida. Hubo dos depresiones neonatales severas al minuto de nacimiento y solamente una a los 5 minutos. Tabla 4.

Tabla 4.

Resultados neonatales

Variable		n (%)
<i>Peso al Nacer</i>	Pequeño para la edad gestacional	37 (16,4%)
	Normopeso	171 (76%)
	Grande para la edad gestacional	17 (7,6%)
<i>Apgar minuto 1</i>	Depresión Neonatal Severa	2 (0,9%)
	Depresión Neonatal Moderada	4 (1,8%)
	Recién nacido Vigoroso	210 (97,%) ²
<i>Apgar minuto 5</i>	Depresión Neonatal Severa	1 (0,4%)
	Depresión Neonatal Moderada	4 (0,9%)
	Recién nacido Vigoroso	210 (98,%) ⁶

Cabe destacar que se perdieron datos en diferentes variables dada la diversidad en el registro de datos en los diferentes centros asistenciales, obteniendo de un total de 286 casos estudiados, una pérdida de hasta 70 casos como sucede en la variable Puntaje Apgar en primer y décimo minuto. En los casos en que el total de casos estudiados era menor de 286, el valor relativo fue calculado sobre el valor absoluto de cada variable.

Se comparó la severidad de los síntomas por COVID-19 en el sector público y privado.

Se comparó también la diferencia de nacimientos de términos y pre términos entre los presentadores de salud públicos y los privados. Tabla 5.

Tabla 5.

Relación de severidad de presentación de COVID entre sector público y privado

	Covid severo	Covid no severo	p
<i>Sector Público</i>	4,20%	95,80%	0,38
<i>Sector Privado</i>	4,90%	95,10%	
	Recién nacidos pre término	Recién nacidos de término	p
<i>Sector Publico</i>	15,80%	84,20%	0,45
<i>Sector Privado</i>	15,20%	84,10%	

Realizamos la comparación entre sector público y privado en cuanto a la vía de finalización y se obtuvo un resultado de 58% de cesárea en sector privado vs. 42% en sector público. Como complicación del embarazo, aunque no aplica test de chi cuadrado, de todas formas investigamos cómo se comportaron los estados hipertensivos del embarazo en el sector público y privado. Se obtuvo como resultado un 20% de casos en sector privado y 80% en sector público.

DISCUSIÓN

Desde el inicio de la pandemia hasta la fecha se han reportado en Uruguay aproximadamente 1.000.000 de nuevos casos de infección por COVID-19, con un pico de incidencia en 2022, viéndose involucrada la población en general, siendo el grupo de la tercera edad —con comorbilidades asociadas como tabaquismo, obesidad y diabetes— y pacientes obstétricas los más gravemente afectados.

Dado que se trataba de una infección nueva, sin precedentes, su manejo fue desde el inicio una incertidumbre, desconociendo su tratamiento y menos aún su evolución.

Esto último fue lo que motivó a iniciar dicha investigación y de esta manera poder conocer el comportamiento en el grupo de embarazadas seleccionado.

Se realizó un estudio sobre caracterización de la población perteneciente a pacientes embarazadas con presencia de infección por COVID-19 en un período específico de diciembre 2020 a junio 2021, de la maternidad de las CEDAS de AMSJ, Hospital de Rocha, CAMEDUR, CASMER, Hospital Departamental de Rivera, COMEPA, Hospital de Paysandú y Hospital de Salto, con una proporción mayor para la población proveniente del sector público 61,6% vs. el 38,4%, destacando que se realizó el análisis en base a 5 centros del sector público con mayor población y 4 del sector privado, siendo en total 286 pacientes en las que se detectó COVID-19 y fueron incluidas en el estudio.

Se pudo observar que la mayoría cursó la enfermedad de forma leve o asintomática al igual que la población general no gestante según reportado en la literatura.⁴ No obstante hubo 5 pacientes fallecidas dentro del total de embarazadas en estudio, de las cuales un 60% perteneció al sector público

lo que se puede interpretar cómo una falla en el sistema de atención primaria, demora en la atención y/o en la consulta oportuna. Apoya este resultado estudios que avallan un aumento de la muerte materna duplicándose en comparación con el período 2018-2019, siendo la tasa de mortalidad materna en 2021 la más alta registrada desde la década de los 80 cómo se informa en el registro detallado del MSP.⁵

De los datos analizados mencionamos también la presencia de determinadas comorbilidades que estarían asociadas a la presencia de dicha infección como la DG, siendo la comorbilidad más prevalente relacionada a la presencia de COVID-19 y luego se observó en frecuencia la presencia de EHE, presentando SPE como complicación un 54% de las pacientes con EHE. Estos resultados se pueden asociar a un estado de inflamación sistémica relacionado al COVID-19 y el embarazo, aumentando de esta manera el riesgo obstétrico.⁶

Varios estudios demostraron la clara relación entre pacientes cursando COVID-19 con resultados obstétricos adversos y complicaciones maternas, con comorbilidades previas.⁷

Sería de interés a tales efectos con los datos obtenidos en nuestro estudio el análisis de la relación entre severidad con la que se cursó la infección y comorbilidades asociadas.

En cuanto a la vía de finalización de las gestaciones, las mismas ocurrieron mediante operación cesárea y parto vaginal en un 49% y 51%, respectivamente.

Este resultado es esperable dada la situación de pandemia y emergencia sanitaria, donde las conductas obstétricas fueron tomadas en un contexto de agotamiento de los servicios de atención primaria e interna-

ción, así como saturación del personal médico y no médico, tanto por estrés o baja por enfermedad. Agregando, a su vez, el aumento de las complicaciones obstétricas, probablemente empeoradas por cuadros respiratorios agudos descompensados, llevando a un aumento de urgencias y emergencias obstétricas y/o médicas de las pacientes gestantes, siendo necesario optar por la operación cesárea vía de nacimiento más rápida en la mayoría de los casos.

En cuanto a los resultados neonatales registramos un 16,2% de recién nacidos de pretérmino, es decir antes de las 37 sem EG, lo que significa un aumento de casi el doble de lo registrado anualmente en Uruguay, que ronda el 9-10% (Ministerio de Salud Pública).⁸

Sería pertinente un estudio más exhaustivo de la relación de infección por COVID-19 y nacimiento pretérmino y comprobar que este resultado hallado en nuestro estudio efectivamente conforma una complicación obstétrica asociada a dicha infección.

En relación a la adaptación a la vida extrauterina que se valoró a través del *score* de Apgar observamos una mayoría a favor de un resultado satisfactorio es decir casi en su totalidad fueron RN vigorosos, siendo al minuto y a los 5 minutos un 97,2% y 98,6%, respectivamente. Estos resultados son similares a los registrados en el estudio realizado por Solís/García et al. en el artículo "Epidemiología, manejo y riesgo de transmisión de SARS-Cov-2 en una cohorte de hijos de madres afectadas de COVID-19".⁹

Para la variable severidad de los síntomas por COVID - 19 y pertenecer al sector de salud público se demostró que podrían estar relacionadas: podría deberse a la demora en la atención y a la mayor dificultad al acceso a la salud que presentan la mayoría de las pacientes.

Si miramos el análisis de los recién nacidos pretérmino se podría revelar una asociación entre éste y las usuarias de ASSE, lo cual podría darse por los mayores factores de riesgo que estas pacientes presentan para la prematurez, siendo en su mayoría pertenecientes a un sector vulnerado de la población.

Como se mencionó, nuestro diseño de estudio es observacional, lo cual no nos permite mostrar la asociación entre las variables, pudiendo servir nuestros datos y análisis para formar hipótesis y realizar futuros estudios analíticos.

Se registró un mayor porcentaje en cuanto a la vía de finalización por operación cesárea en el sector privado, este registro probablemente esté asociado a la mayor demanda por parte de pacientes y/o familiares y dado el aumento de demandas que se ha registrado en los últimos tiempos en el área de la obstetricia, también podría deberse a un aumento en la medicina defensiva.

Comparamos también nuestro resultado con datos de estudios anteriores donde se comparaba la tasa de cesárea entre ambos sectores, en un estudio realizado en 2017 en Uruguay se encontró que la tasa global de cesáreas fue 51% en el sector privado y 34% en el público¹⁰. En nuestro caso la tasa de cesárea fue de 58% para el sector privado y de 42% para el sector público, por lo tanto encontramos un aumento de la tasa de cesárea tanto a nivel público como privado.

En cuanto a la aparición de estados hipertensivos del embarazo se registró una diferencia más marcada a predominio de sector público en un 80%, dicho resultado es probablemente un reflejo de la dificultad en el acceso y controles en policlínica, siendo el sector con más déficit y vulnerabilidad, lo que se asocia muchas veces a malos resulta-

dos obstétricos o como en este caso aumento de complicaciones.

CONCLUSIÓN

Se logró caracterizar la población de embarazadas que contrajeron COVID19 en el período planteado. A partir de los datos obtenidos se logró aproximar al conocimiento del transcurso de la enfermedad por SARS-CoV2 en pacientes embarazadas, se destaca el registro del aumento del número de cesáreas, siendo esta la vía de finalización cerca de casi el 50% de los nacimientos.

Destacamos por último el claro aumento de muertes maternas en este período comparado con las cifras registradas en años anteriores en Uruguay.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Plan Nacional de Contingencia para la Infección (COVID-19) por el nuevo Coronavirus (SARS CoV2). Ministerio de Salud Pública. 2020 Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/plan-nacional-contingencia-para-infeccion-covid-19-nuevo-coronavirus>
2. C.Wang, C., Horby, P.W., Hayden, F.G. and Gao, G.F. A Novel Coronavirus Outbreak of Global Health Concern. *The Lancet*, January 24, 2020, Vol 395, 470-473 Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30185-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30185-9)
3. Our World in Data. Daily new confirmed COVID-19 cases per million people. 2020. Disponible en: <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?zoomToSelection=true&time=2020-03>
4. Zhu H, Wang L, Fang C, et al. Clinical analysis of 10 neonates born to mothers with 2019-nCoV pneumonia. *Transl Pediatr*. 2020;9(1):51-60. doi:10.21037/tp.2020.02.06
5. Ministerio de Salud Pública. Tendencias recientes de la natalidad, fecundidad y mortalidad infantil en Uruguay. 2018. Disponible en:

- <https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2016/08/2018.15.12-Presentaci%C3%B3n-Coloquios-U.pdf>
6. Narang K, Enninga EAL, Gunaratne MDSK, et al. SARS-CoV-2 Infection and COVID-19 During Pregnancy: A Multidisciplinary Review. *Mayo Clin Proc.* 2020;95(8):1750-1765. doi:10.1016/j.mayocp.2020.05.011
 7. Metz TD, Clifton RG, Hughes BL, et al. Association of SARS-CoV-2 Infection With Serious Maternal Morbidity and Mortality From Obstetric Complications. *JAMA.* 2022;327(8):748-759. doi:10.1001/jama.2022.1190
 8. Estadísticas vitales, División Epidemiología. Ministerio de Salud Pública, 2021. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/indicador/porcentaje-recien-nacidos-pretermino-total-pais>
 9. Solís-García G, Gutiérrez-Vélez A, Pescador Chamorro I, et al. Epidemiología, manejo y riesgo de transmisión de SARS-CoV-2 en una cohorte de hijos de madres afectas de COVID-19 [Epidemiology, management and risk of SARS-CoV-2 transmission in a cohort of newborns born to mothers diagnosed with COVID-19 infection]. *An Pediatr (Engl Ed).* 2021;94(3):173-178. doi:10.1016/j.anpedi.2020.12.004.
 10. Briozzo L, Tomasso G, Colistro V. Análisis de la vía del parto en los diferentes escenarios asistenciales en Uruguay. *Rev Méd Urug* 2019; 35(2):94-104 doi: 10.29193/RMU.35.2.1