



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR PEDRO EMILIO CARRILLO”

POSTGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

www.bdigital.ula.ve
COMPLICACIONES MATERNAS Y PERINATALES POR INFECCIÓN DE SARS-
COV-2 EN PACIENTES OBSTÉTRICAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR.
PEDRO EMILIO CARRILLO” VALERA 2020-2022.

Autor: Dra. Yuly Yasmin Peña Márquez

Tutor: Dra. Gilma Patricia Lemus Silva

Cotutor: Dra. María Virginia Pacheco Monsalve

VALERA 2022

Reconocimiento

COMPLICACIONES MATERNAS Y PERINATALES POR INFECCIÓN DE SARS-
COV-2 EN PACIENTES OBSTÉTRICAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR.
PEDRO EMILIO CARRILLO” VALERA 2020-2022.

www.bdigital.ula.ve

Trabajo Especial de Grado presentado por el Médico Yuly Yasmin Peña Márquez CI:
V- 16317551, ante el Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los
Andes, como credencial de mérito para la obtención del grado de Especialista en
Ginecología y Obstetricia

Reconocimiento

Autor: Dra. Yuly Yasmin Peña

Médico General Universidad Bolivariana de Venezuela

Residente de tercer año del postgrado de Ginecología y Obstetricia -
ULA- Extensión Valera Hospital Universitario "Dr. Pedro Emilio
Carrillo".

Tutor: Dra. Gilma Patricia Lemus

Médico Cirujano Universidad de los Andes

Especialista en Ginecología y Obstetricia ULA

Adjunta del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital
Universitario " Pedro Emilio Carrillo"

Cotutor: Dra. María Virginia Pacheco

Médico Cirujano- Universidad de los Andes

Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia

Profesora a dedicación exclusiva de la Cátedra de Embriología de la
Universidad de los Andes Extensión Valera

Agradecimientos

Gracias a la Universidad de Los Andes, ya que gracias a los profesores, su dedicación y esfuerzo hoy soy una gran profesional, gracias por siempre dar lo mejor de ustedes.

Al Hospital Universitario de Valera “Dr. Pedro Emilio Carrillo” mi segundo hogar durante estos años.

Al personal docente del Postgrado Universitario de Obstetricia y Ginecología.

A todos los que colaboraron para el logro de este proyecto.

www.bdigital.ula.ve

INDICE

Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
Introducción.....	1
Formulación y Delimitación del Problema.....	1
Justificación.....	3
Factibilidad.....	4
Marco Teórico.....	8
Objetivos de la Investigación.....	15
Objetivo General.....	15
Objetivos Específicos.....	15
Materiales y Metodos.....	16
Diseño y Tipo de investigación.....	16
Población y muestra.....	16
Criterios de Inclusión:.....	16
Criterios de Exclusión:.....	17
Procedimiento.....	17
Variables dependientes:.....	18
Variable interviniente:.....	19
Resultados.....	19
Conclusiones.....	27
Recomendaciones.....	28
Bibliografía.....	29
Cronograma de actividades Diagrama de Gantt.....	35

Resumen

Objetivo: Determinar las complicaciones maternas y perinatales por infección de SARS-CoV-2 en pacientes obstétricas que acuden al servicio de Emergencia Obstétrica del Hospital Universitario “Dr. Pedro Emilio Carrillo” durante el periodo comprendido enero 2020 julio 2022 Valera, Venezuela.

Metodología: esta investigación fue descriptiva, retrospectiva, transversal, la muestra la conformaron 26 pacientes.

Resultados: la edad promedio fue de 29 años, el peso promedio fue de 73 kilogramos, la talla promedio fue de 160 centímetros, el IMC promedio fue de 28,38 kg/m², el (61%) tenía la secundaria completada, el (81%) provenían del medio urbano, el (84%) se encontraban en estrato obrero, (76%) eran multigestas, (50%) era su segundo embarazo, el (39%) reportaron una cesárea anterior, el (96%) eran embarazos únicos, (94%) bien controlados, (65%) se resolvieron mediante cesárea segmentaria, (42,30%) presentaron anemia moderada, el (100%) presento tos, (92%) fiebre y el (84,61%) presentaron infiltrados bilaterales, el (73%) presento una saturación de oxígeno superior a 92%, la complicación más frecuente fue la neumonía basal (79%) y el (11,5%) ameritaron el ingreso a la unidad de cuidados intensivo, la complicación perinatal más frecuente fue la prematuridad (11,53%), y solo el (7,9%) ameritaron el ingreso a UCIN.

Conclusiones: La pacientes de 30 años tienen mayor predisposición a contraer la infección por SARS-CoV-2, así mismo las complicaciones más frecuentes son las sobreinfecciones a nivel respiratorio, no se evidencia alguna afectación al feto durante la gestación.

Palabras Clave: COVID-19- Wuhan - SARSCOV2- Neumonía - Embarazada

Abstract

Objective: To determine the maternal and perinatal complications due to SARS-CoV-2 infection in obstetric patients who attend the Obstetric Emergency service of the “Dr. Pedro Emilio Carrillo” during the period January 2020 July 2022 from January 2020 to February 2022

Methodology: this research was descriptive, retrospective, cross-sectional, the sample was made up of 26 patients.

Results: the average age was 29 years, the average weight was 73 kilograms, the average height was 160 centimeters, the average BMI was 28.38 kg/m², (61%) had completed high school, (81%) came from the urban environment, (84%) were in the working class, (76%) were multiple gestations, (50%) were their second pregnancy, (39%) reported a previous caesarean section, (96%) were singleton pregnancies, (94%) were well controlled, (65%) were resolved by segmental caesarean section, (42.30%) had moderate anemia, (100%) had cough, (92%) fever and had bilateral infiltrates, (73%) had oxygen saturation above 92%, the most frequent complication was baseline pneumonia (79%), and (11.5%) required admission to the intensive care unit, the most frequent perinatal complication was prematurity (11.53%), and only (7.9%) required admission to the NICU.

Conclusions: 30-year-old patients have a greater predisposition to contract SARS-CoV-2 infection, likewise the most frequent complications are superinfections at the respiratory level, there is no evidence of any affectation to the fetus during pregnancy.

Keywords: COVID-19- Wuhan - SARSCOV2- Pneumonia - Pregnant

INTRODUCCION

Formulación y Delimitación del Problema.

Diciembre 2019, provincia de Hubei en China, comienza un brote de neumonía grave el cual se expandía rápidamente entre las comunidades, dicha patología se comportaba de manera más agresiva en pacientes de 30-79 años de edad con una letalidad del 2.3%, luego de estudios etiológicos en pacientes de la zona cero, con diferentes agentes como los del síndrome respiratorio severo(SARS), el síndrome respiratorio del medio oriente y la influenza aviar, todos arrojando resultados negativos, motivo por el cual se usan métodos de secuenciación profunda y microscopia electrónica, se logró demostrar la presencia de un agente viral nuevo, el cual pertenecía a la familia de los coronavirus llamado inicialmente 2019-nCoV genéticamente relacionado pero distinto al agente del SARS. En marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró Pandemia el brote de SARS-CoV-2.¹

Este virus RNA tiene un periodo de incubación de 2 a 14 días, en promedio de 5 días, este afecta principalmente a los hombres y el grupo etario de 30 a 79 años de edad, para la fecha de abril 2020 se habían reportado más de 1 millón de infectados en 183 países, más de 60.000 muertes, con una tasa de mortalidad del 3% sobre todo aumentando esta cifra en los pacientes más vulnerables, el clima y la capacidad de infraestructura para el manejo de estos casos, entre los grupos vulnerables se consideran las mujeres gestantes, ya que presentan ciertas susceptibilidades para la evolución de la enfermedad, sobre todo por la baja capacidad de respuesta inmune, la posibilidad de transmisión vertical (no probada) y los inconvenientes respiratorios.²

La gravedad de la infección por SARS-COV-2 se ve significativamente influenciada por la presencia de diferentes factores de riesgo, entre los que se encuentran, la edad, las comorbilidades presentes en el paciente, diferentes factores de riesgo como la ubicación geográfica, la calidad de la atención hospitalaria, la capacidad de infraestructura para atender la población, así mismo como la facilidad de ingreso hospitalario y el entrenamiento del personal de salud, para junio de 2020 los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) incluyeron el Embarazo como factor de riesgo para SARS-COV-2 con un criterio de gravedad 3, lo que significa que las pacientes gestantes tenían altas probabilidades de contraer el virus y presentar signos críticos de gravedad.³

Las pacientes infectadas por el SARS-CoV-2 pueden presentarse como sintomáticas y asintomáticas, las embarazadas sintomáticas tienen un riesgo 3 veces mayor de presentar y desarrollar secuelas graves de la enfermedad en comparación con las mujeres en edad reproductiva que no están embarazadas, no se ha podido evidenciar la transmisión vertical de este síndrome sin embargo diferentes estudios han demostrado la presencia del virus en la placenta a pesar de ellos el resultado neonatal en la mayoría de las pacientes es positivo con un bajo índice de complicaciones neonatales.⁴

Durante la pandemia se han generado múltiples preguntas sobre si las parejas deberían considerar el posponer la gestación debido a los riesgos relacionados con el virus, sobre todo por la salud de la madre y el recién nacido, sin embargo diferentes agencias creen que las decisivas de la planificación familiar y terminación de los embarazos no deben estar basadas principalmente en preocupaciones relacionadas con la pandemia sino que se debería evaluar individualmente los riesgos de cada paciente, sin embargo debido a las últimas investigaciones relacionadas con el embarazo y el virus, puede ser minimizado este ya que no son altos o superiores a los riesgos asociados a otras enfermedades bastante comunes en las pacientes gestantes.⁵

A pesar de la disponibilidad de información y estudios realizados aún no se ha descrito de manera verificable los mecanismos fisiopatológicos por los que el SARS-CoV-2 puede comprometer el estado materno y fetal durante el embarazo, sin embargo múltiples estudios han evidenciado la asociación entre la infección por SARS-CoV-2 y la aparición de preeclampsia, parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, ingreso a unidad de cuidados intensivos neonatales UCIN, óbito fetal, asociado tanto a la presencia de la infección como a la gravedad de la clínica de la paciente.⁶

Es por lo anteriormente expuesto que este estudio podría demostrar las complicaciones maternas y perinatales a las que se encuentran expuestos estos grupo poblacionales frente a la infección por el SARS-CoV-2, así mismo este estudio resultaría útil para las futuras investigaciones que pueden contribuir en evaluar y disminuir la aparición de complicaciones, generando así una disminución en la prevalencia de los casos desfavorables producidos por el SARS-CoV-2 en el estado Trujillo, a su vez generara en el estado una nueva visión de cómo se comporta esta infección viral en las pacientes gestantes y a su vez poder generar en el Departamento de Obstetricia del Hospital “Dr. Pedro Emilio Carrillo” en Valera una mirada diferente a la clínica y complicaciones de estas pacientes.

Justificación.

Esta investigación está justificada en el propósito fundamental que tiene el cual es poder evidenciar las complicaciones obstétricas y perinatales a las cuales se encuentran expuestas las pacientes gestantes que han sido infectadas por el SARS-CoV-2 que futuramente se encuentran ingresadas en el Departamento de Obstetricia del Hospital Universitario “Dr. Pedro Emilio Carrillo” de la ciudad de Valera, este trabajo de investigación es de suma importancia debido a la cantidad de pacientes atendidas por este departamento no solo pacientes del estado Trujillo si no también de estados

límites como Zulia y Mérida, para así brindar una eficiente y adecuada atención a las gestantes que sean ingresadas por dicho diagnóstico.

Factibilidad.

La investigación contará con el apoyo del personal del Departamento de Obstetricia del Hospital Universitario “Dr. Pedro Emilio Carrillo” (HUPEC) de Valera. En este sentido, el recurso humano, está representado por el investigador, médicos residentes e internos y la asesoría teórica-metodológica necesaria para el logro de los objetivos de la misma, representado por los Obstetras que laboran en el HUPEC.

Desde el punto de vista financiero este estudio no necesitó mayor presupuesto porque los materiales y registros médicos se encuentran en el Hospital Universitario “Dr. Pedro Emilio Carrillo”. En consecuencia, esta investigación es factible y viable porque se contará con los recursos y equipos necesarios para ser llevada a cabo cumpliendo todas las metas que serán propuestas.

Antecedentes.

En Utah Metz T, et al en la investigación titulada Association of SARS-CoV-2 Infection With Serious Maternal Morbidity and Mortality From Obstetric Complications con una muestra de 2352 pacientes obtuvo los siguientes resultados la edad promedio fue de 28+-6,02 años, el 42,8% eran pacientes menores a 30 años, predominó el grupo étnico hispano 53,5%, 33,3% de las pacientes eran primigestas, 21,4% tenían una cesárea anterior, el 12,8% tenía antecedentes de asma, 10,1% presentaron enfermedad hipertensiva, el 34,5% se les realizó cesárea como vía de resolución, el 2,5% presentó muerte fetal, 17,7% fueron nacimientos pretérminos de los cuales el 58,8% fue por indicación médica y 41,2% espontáneo, el 4,7% de los nacimientos fueron antes de las 32 semanas, y el 4,5% presentaron malformaciones congénitas, entre los factores maternos el 26,1% presentó un cuadro severo de la enfermedad, 0,9% de las madres

fallecieron, el 19% presento enfermedad hipertensiva en los casos de contagio moderado y severo, el 6,7% presento hemorragia postparto, el 6,9% presento otras infecciones agregadas al SARS-CoV-2 concluyendo que la infección por SARS-CoV-2 se asoció con un aumento del riesgo de un resultado compuesto de mortalidad materna o morbilidad por complicaciones obstétricas.⁷

Barja et al en Perú 2022 en su investigación titulada características epidemiológicas y complicaciones obstétricas en gestantes con el diagnóstico de COVID-19 en un hospital público con una muestra de 100 pacientes, obtuvo los siguientes resultados la edad media de las gestantes fue de $27,6 \pm 3,7$ años, el 77,4% tenían instrucción secundaria, el 65,5% vivían en concubinato, el 71,5% tenían una edad gestacional de 37 y 40 semanas, solo el 28,5% no tuvo ninguna atención prenatal, el 27,7% tenía antecedentes de aborto y el 68,9% eran multigestas, así mismo entre las complicaciones más frecuentes se encontró que las pacientes el 90,6% eran asintomáticas, que el síntoma más frecuente fue la fiebre en un 7,4%, que las complicaciones obstétricas la más frecuente fue el parto por cesárea en un 30,6% seguido por el 15,7% que presento anemia, concluyendo así que las gestantes con COVID-19 tienen una tasa elevada de complicaciones obstétricas principalmente la vía de obtención del producto de la concepción y la anemia.⁸

Muñoz en 2021 Perú, bajo la investigación titulada Características sociodemográficas y clínicas de gestantes covid-19 atendidas en el hospital José Soto Cadenillas con una muestra de 86 pacientes obteniendo los siguientes resultados predomino la edad de 19 a 34 años, la mayoría del área urbana 74,4%, con secundaria completa en el 45,3%, el 84,9% eran amas de casa y el 54,7% refirió no haber tenido contacto con pacientes positivos, el 95% fueron asintomáticas y el síntomas más común fue la tos y la cefalea, la complicaciones obstétricas más frecuentes fueron la infección

del tracto urinario y el aborto este último se presentó en el 11,6% de las pacientes, el 61,5% de las gestantes obtuvo el producto de la concepción a través del parto vaginal.⁹

Pomachagua en 2020 en la investigación titulada conocimiento de las medidas preventivas frente a la pandemia Covid – 19 por las gestantes, con una muestra de 100 pacientes obtuvo los siguientes resultados, predominó el rango de edad de 20-34 años en un 79% de la población, el grado de instrucción que predominó fue la secundaria y el técnico superior 51% y 21% respectivamente para cada nivel de escolaridad, el 54% son amas de casa.

Nizama Perú 2021 en su investigación con una muestra de 143 paciente obtuvo los siguientes resultados el 46% de las pacientes tenían una edad menor a 25 años, el 96% eran amas de casa, la educación predominó la secundaria en un 37,8% y la procedencia era del área urbana, los antecedentes obstétricos en 515 de las gestantes no fueron controladas la edad gestacional era de 37 a 41 semanas en el 93,7% de la muestra, el 19,6% presentaron antecedentes de diabetes gestacional, el 18,9% padecían de hipertensión y el 16,8% eran pacientes obesas, el 14,7% presentó complicaciones de anemia, el 88% de las pacientes eran asintomáticas el 10,2% tuvo tos y el 1,4% presentó fiebre.¹¹

Montañez, Ramos en 2021 Perú en la investigación realizada con una muestra de 50 pacientes encontraron los siguientes resultados el rango de edad que predominó fue el de 30-45 años de edad un 48% de la muestra, el 46% eran multigestas, el 44% eran multíparas, trimestre de gestación 40% 3er trimestre, número de atenciones prenatales, 74% tuvieron menos de 8 atenciones prenatales, grado de instrucción 38% estudiaron primaria y estado civil 42% concubinas.¹²

Cosma S, et al Korea 2021 en la investigación titulada Obstetric and neonatal outcomes after SARS-CoV-2 infection in the first trimester of pregnancy: A prospective

comparative study con una población de 16 pacientes con resultado positivo para SARS-CoV-2 la edad promedio fue de 31,9+4 años, el IMC fue de 22,7kg/m², el 56,2% eran nulíparas, el 6,3% había tenido 3 abortos anteriores, el 12,5% presentaban alteraciones en la tiroides, el 62,5% de los embarazos fueron por vía vaginal, la media de peso al nacer fue de 3270gr, el pH de la arteria umbilical fue de 7,29+-0,07, 12,5% presentaron complicaciones neonatales, 6,3% de los RN fueron ingresados a UCIN, tuvieron defectos congénitos y un puntaje menor a 7 en el Apgar al minuto y a los 5 minutos.¹³

En 2021 Dávila E *et al* en la investigación titulada Resultados materno-perinatales en gestantes con COVID-19 en un hospital nivel III del Perú con una población de 43 pacientes se obtuvieron los siguientes resultados predomino la edad materna de 19-34 en un 60,5%, con un control prenatal no adecuado en el 95,3%, las cuales el 44,2% eran nulíparas, el estado civil que predomino fue conviviente en un 55,8%, el nivel de educación fue superior 74,4% y de ocupación amas de casa 93%, entre las características clínicas el 93% fueron asintomáticas, el 48,8% presento complicaciones obstétricas, donde predomino la ruptura prematura de membranas con 18,6% seguido de preeclampsia 11,6%, trabajo de parto disfuncional 9,3%, la vía de parto que predomino fue la cesárea 65,1%, la morbilidad neonatal fue de 13,95% por lo que concluyen que las pacientes fueron asintomáticas, las complicaciones más frecuentes fueron la ruptura prematura de membrana, la preeclampsia, los recién nacidos como morbilidad más frecuente la prematuridad, el bajo peso al nacer y sepsis sin embargo estos últimos tuvieron un porcentaje menor al 10%.¹⁴

MARCO TEÓRICO

Diciembre de 2019 se hace el primer anuncio de Neumonía por un nuevo virus en la provincia de Wuhan, sin conocer el agente etiológico, posterior a diferentes investigaciones se descubre que el agente causal es de la familia de los Coronavirus específicamente SARS-Cov-2, desde entonces inicia la aparición de múltiples casos tanto en Hubei como en las provincias cercanas en China, ya para el 3 de Enero de 2020 se encontraba casos por neumonía causada por el SARS-CoV-2 fuera de China específicamente en Japón, para el 12 de enero en España y el 16 de enero en Estados Unidos de América.¹⁵

El 30 de enero la OMS declara que la epidemia del COVID-19 es una emergencia de salud pública internacional, para posteriormente el 11 de Marzo de 2020 declararlo oficialmente como una Pandemia; para ese momento existían alrededor del mundo al menos 118000 casos en 114 países con más de 4000 fallecidos, es por ello que se toman múltiples medidas a nivel mundial como el confinamiento, la restricción de vuelos internacionales y nacional, de igual forma se cerraron escuelas, empresas, comercio, supermercados.¹⁶

Se iniciaron protocolos para evitar el contagio, la OMS realizó una serie de recomendaciones como el lavado de manos múltiples veces al día, usar antibacterial o alcohol al 70% para desinfectar, cubrir boca y nariz al toser, usar cubre bocas de alta eficiencia con un filtrado mayor al 95% de las partículas, evitar el contacto al saludar, no tocarse la cara sin lavarse las manos, distanciamiento social de al menos 1 metro a otras personas, quedarse en casa, evitar sitios con aglomeración de personas, limpiar las superficies de uso común,¹⁷

Los datos epidemiológicos aportados por la OMS han sido detallados en lapsos de semanas, desde la confirmación de los primeros casos, hasta el 21 de noviembre de 2021 han transcurrido 47 semanas, en esta última semana el total acumulado de casos positivos para SARS-CoV-2 es de 260.547.965 con un total de personas fallecidas de 5.195.833 lo que equivaldría a la sumatoria de todos los ciudadanos de países como Irlanda o Costa Rica o Nueva Zelanda si se transpolara esta información a Venezuela es como si toda la población del estado Zulia muriera en solo 2 años de pandemia.¹⁸

Evaluando el comportamiento se observa un incremento de contagios a diferencia la semana 46 con un 11,3% más de contagios y un 8% de defunciones, a pesar de ser condicionados por regiones como Europa y África, sin embargo, América presentó un incremento mucho menor a los porcentajes globales durante el mismo periodo ya que el crecimiento fue de 3% frente a África donde el crecimiento fue de un 93,2% por lo que el contagio aumentó hasta un 24% a nivel mundial.¹⁹

El CDC de EUA identificó que durante el periodo de marzo 2020 a septiembre 2021 se contagiaron solo en EUA la cantidad de 1.249.643 pacientes, las cuales reportaron mayores complicaciones que las pacientes gestantes que no se encontraban infectadas, es por ello que inició la implementación de estrategias de prevención del SARS-Cov-2 basada en evidencia para disminuir el impacto del virus en este grupo etario en la cual se implementó la vacunación antes o durante el embarazo, el uso de todas las medidas de seguridad anteriormente mencionadas para reducir la morbimortalidad de este grupo etario.²⁰

Hasta el 26 de noviembre de 2021 en América Latina y el Caribe se habían notificado la presencia de 342.513 pacientes infectadas por SARS-CoV-2 en pacientes gestantes, así mismo se registraron 3.309 defunciones lo que demuestra un nivel de letalidad para este

grupo poblacional del 1%, gracias a ello se está generando un nuevo nivel de evidencia y la importancia que tiene la infección en las pacientes gestante así como también las posibles complicaciones asociadas a esta infección. En Venezuela según los datos aportados por el ministerio a la OMS entre enero 2020 y noviembre de 2021 solo se contagiaron 770 mujeres de las cuales fallecieron solamente 16 sin embargo, Venezuela no entregó el último informe de octubre 2021 por lo cual no se puede confirmar cifras reales.²¹

En la fase actual en la que nos encontramos con respecto a la pandemia por SARS-CoV-2 se debe considerar el caso de infección por este virus si la paciente presenta un cuadro clínico de infección respiratoria aguda compatible con los síntomas de tos, odinofagia, rinorrea, fiebre, mialgias, PCR ≥ 7 mg/dL, linfocitos ≥ 1000 cel./mm³, así mismo se han planteado diversos tipos de cribado para el diagnóstico mediante pruebas inmunológicas de acuerdo a cada situación especial que pueda presentar la paciente, encontrándose la siguiente clasificación para realizar una prueba, pre ingreso programado, pre ingreso urgente, pre ingreso urgente intraparto, con antecedentes de COVID, con esquema de vacunación completa, cribado al acompañante y cribado de repetición, este último se realizara a los 7 días de estar ingresada.²²

Se dividirán los casos en caso sospechoso, caso confirmado, caso probable, caso descartado y caso con infección resuelta, el primero se dará en pacientes con clínicas sugestivas de infección por COVID pero que no cambiara su estatus hasta presentar una prueba PCR positiva, de igual forma si la paciente presenta en 90 días positividad en la prueba esta será considerada como un caso sospechoso de reinfección, en el caso de las pacientes confirmadas se les dará este estatus cuando la paciente presente la clínica y algunas de las pruebas PCR o Test de antígeno positivo; las pacientes se les tomara como un caso probable si tiene infección aguda-grave diagnosticada por criterio clínico

y radiológico compatible pero con PCR o antígeno negativo, el caso de infección resuelta se da en pacientes donde se presentaron síntomas y pruebas positivas pero al momento del egreso se encontró asintomático y con valores de pruebas negativas y el caso descartado es aquel que mejora la sintomatología y nunca presento pruebas positivas.²³

El embarazo se considera como un estado donde a la gestante se le exige un mayor número de requerimientos energéticos para la culminación exitosa del proceso de gestación, por lo que cualquier patología médica que genere complicaciones al embarazo lo pone en riesgo de experimentar una mayor morbilidad, entre las complicaciones podemos mencionar las más frecuentes asociadas a esta infección, logrando evidenciar su frecuencia en estudios anteriores, ruptura prematura de membranas, preeclampsia, parto prematuro, restricción del crecimiento intrauterino, amenaza de parto prematuro, hemorragia postparto.²⁴

Se define ruptura prematura de membrana a la pérdida de la continuidad de las membranas amnióticas con salida del líquido amniótico transvaginal el cual se presenta antes del inicio del trabajo de parto, se clasifican según las semanas de gestación, por lo que puede ser a término la cual será posterior a las 37 semanas y pretérmino que son aquellas que se presentan antes de las 37 semanas las cuales a su vez se dividen en cercana al termino entre 33-36 semanas de gestación, remota del termino entre las semanas 24-32 y premiable antes de las 23 semanas, la ruptura de membrana se asocia a diferentes etiologías dependiendo de la semanas de gestación a pesar de ello todas coinciden que a menor edad gestacional mayor asociación a infección del corion o decidua.²⁵

Preeclampsia definida como la aparición de hipertensión y proteinuria después de la semana 20 de gestación, esta suele estar acompañada con una serie de signos y síntomas por lo que la misma también tiene una clasificación, preeclampsia con signos de severidad y preeclampsia sin signos de severidad, la frecuencia de esta patología según el hospital clínico de Barcelona en España es muy bajo siendo este entre el 1-2% sin embargo en Venezuela la incidencia de esta complicación asciende hasta el 7% de las pacientes sin embargo hay hospitales con hasta un 30% de incidencia de esta patología.²⁶

La restricción del crecimiento Intrauterino (RCIU) es una causa de morbilidad y mortalidad perinatal con consecuencias que pueden tener implicaciones hasta la vida adulta, se define RCI a una condición en la que el feto no expresa su potencialidad genética de crecimiento, existe un consenso por la Federación Argentina de Ginecología y Obstetricia (FASGO) donde se incluye en esta patología todo feto con un crecimiento menor al percentil 10 y el cual se deberá clasificar de acuerdo a la fisiopatología y a la severidad del mismo.²⁷

Parto prematuro es el nacimiento de cualquier nacido vivo entre las 22 y 36,6 semanas de gestación, alrededor del mundo tiene una frecuencia de hasta el 9,6%, sin embargo a pesar de ser un porcentaje muy bajo, tiene el 46% de la mortalidad infantil menores de 1 año por lo que se considera la primera causa de morbimortalidad en la primera mitad de la primera infancia, este se clasifica según las semanas de gestación (SDG), prematuros extremos de 22-28 SDG, muy prematuros 28,1-31,6 SDG, prematuros moderados 32-36,6 SDG, Prematuros tardíos entre las 34-36,6 SDG.²⁸

La amenaza de parto prematuro es aquella en la que se produce entre las semanas 27 y 37 la aparición de contracciones uterinas con la frecuencia de 1 cada 10 minutos, con

una duración de 30 segundos de duración palpatoria y que debe llegar a durar este periodo 60 minutos además se debe presentar el borramiento del cérvix uterino en un 50% o menos y con una dilatación menor a 3 cm.²⁹

La hemorragia postparto (HPP) es definida por la FASGO como cualquier pérdida de sangre que cause un estado o signos de hipovolemia y/o inestabilidad hemodinámica en las pacientes, es una de las complicaciones más temidas durante el puerperio esta se puede clasificar según el tiempo de aparición por lo que la HPP primaria está dada en las primeras 24 horas posteriores al nacimiento, la secundaria ocurre posterior a las 24 horas y hasta 12 semanas después del nacimiento, las causas incluyen retención de restos ovulares, atonía uterina, desgarros vaginales, entre otras, el diagnóstico tardío de esta grave patología es causada por mala estimación del volumen de sangre perdida por la paciente por parte del operador retrasando el tratamiento.³⁰

Así mismo se pueden presentar otras complicaciones durante el embarazo y la infección por COVID-19 las cuales se incluirán en el instrumento de investigación para poder evaluar la frecuencia en la que ocurren, las anteriormente mencionadas son las que han sido más relevantes en estudios anteriores, entre las que se incluirán en el instrumento de trabajo estarán, el aborto espontáneo, óbito fetal, muerte materna, desprendimiento prematuro de placenta, entre otras.³¹

El sufrimiento fetal es una de las complicaciones perinatales que se presentan durante la infección por SARS-CoV-2 se define como la perturbación metabólica compleja por una disminución de los intercambios feto maternos, que tiene una evolución relativamente rápida, llevando a una alteración en la homeostasis del feto conduciendo a alteraciones tisulares que son irreparables o inclusive llegando a la muerte fetal, hay diferentes causas que producen sufrimiento fetal entre las que se encuentran la

disminución del aporte sanguíneo al útero, además de la calidad y la cantidad de la sangre que llega al útero, esta se puede ver en pacientes con alteraciones metabólicas como diabetes o hipertensión, mujeres con anemia o problemas pulmonares que provocan disminución de la cantidad de oxígeno en la sangre, como es en este caso por la infección por SARS-CoV-2.³²

La prematuridad se considera el nacer antes de las semanas estipuladas para que el cuerpo humano este desarrollado para el medio externo, en este caso son 37 semanas desde el momento de la gestación, todos los niños nacidos antes de las 37 semanas se consideran prematuros así mismo estos se clasifican de acuerdo a la cantidad de semanas que tenían al momento del nacimiento, prematuros extremos son todos aquellos nacidos antes de las 28 SDG, muy prematuros entre 28-32 SDG y Prematuros moderados o tardíos los que son entre las 32,1-37SDG, anualmente ocurren hasta 15 billones de nacimientos prematuros; es decir, que es más de uno por cada diez nacimiento, los bebés que superan la prematuridad pueden de igual forma presentar algún tipo de secuela, la cual puede permanecer durante toda la vida, estas pueden ser dificultad con el aprendizaje, problemas visuales o auditivos, estos ocurren porque no pudieron desarrollarse en el ambiente más óptimo que es el útero materno.³³

Bajo peso al nacer, se considera como todo nacimiento por debajo de los 2500 gramos de peso fetal, éste es uno de los resultados de otras complicaciones como serían la ruptura prematura de membrana, la restricción de crecimiento intrauterino, el parto prematuro, el bajo peso al nacer condiciona al bebé a presentar múltiples patologías como puede ser alteración del metabolismo, anemia, mal absorción intestinal, dificultad en el crecimiento entre otros.³⁴

El puntaje de Apgar bajo al minuto y a los 5 minutos también se ha asociado en recién nacidos de madres que durante el embarazo presentaron infección por SARS-CoV-2, este puntaje se basa en el test el cual puede realizarse al minuto a los 5 minutos y hasta a los 10 minutos, el minuto uno revela la tolerancia del recién nacido al proceso de nacimiento, el de los 5 minutos la adaptación al medio ambiente y su respuesta a los cambios del nacimiento, sin embargo, un resultado con una puntuación baja a los 5 minutos se debe realizar una inspección general y trasladar a unidad de cuidados neonatales, APGAR puede usarse también como acrónimo para Apariencia, Pulso, Gesticulación, Actividad y Respiración las cuales son las características que debe evaluar el pediatra o neonatólogo.³⁵

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Determinar las complicaciones maternas y perinatales por infección de SARS-CoV-2 en pacientes obstétricas que acuden al servicio de Emergencia Obstétrica del Hospital Universitario “Dr. Pedro Emilio Carrillo” durante el periodo comprendido enero 2020 julio 2022 Valera, Venezuela.

Objetivos Específicos

1. Describir las características demográficas de las pacientes con el Diagnóstico de Infección por SARS-CoV-2 embarazadas ingresadas al Departamento de Obstetricia del Hospital Universitario “Dr. Pedro Emilio Carrillo”
2. Identificar los antecedentes ginecobstetricos (paridad, IMC, peso, talla, control prenatal) de las pacientes incluidas en el estudio.
3. Identificar la clínica según la gravedad y sintomatología en pacientes incluidas en este estudio con infección por SARS-CoV-2

4. Describir las complicaciones maternas y perinatales asociadas a la infección por SARS-CoV-2 en pacientes gestantes.
5. Registrar el ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos y mortalidad materna y perinatal asociada a la infección por SARS-Cov-2 en el Hospital Universitario “Dr. Pedro Emilio Carrillo”

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y Tipo de investigación

El tipo de investigación será descriptiva, retrospectiva, transversal y documental ya que la información sobre los pacientes con infección por SARS-CoV-2 que se ingresaron al Departamento de Emergencia Obstétrica del Hospital Universitario “Dr. Pedro Emilio Carrillo” enero 2020 y febrero 2022 se encuentra en las historias médicas de las cuales se obtuvo la información.

Población y muestra

En la investigación a desarrollar, la población a estudiar estará conformada por todas las pacientes gestantes con infección por SARS-CoV-2 que ingresaron al Departamento de Emergencia Obstétrica del Hospital Universitario “Dr. Pedro Emilio Carrillo” durante el periodo de estudio.

Criterios de Inclusión:

Historias de pacientes con el diagnóstico de infección por SARS-COV-2

Pacientes Ingresadas en el Departamento de Emergencia Obstétrica del Hospital Universitario “Dr. Pedro Emilio Carrillo” en el lapso enero 2020- febrero 2022.

Historias clínicas completas que contengan todos los datos necesarios descritos en el instrumento de recolección de datos.

Criterios de Exclusión:

Pacientes sin el Diagnóstico de infección por SARS-CoV-2

Historias clínicas incompletas que no cuenten con todos los datos necesarios descritos en el instrumento de recolección de datos.

Procedimiento

El procedimiento para recaudar la información será el siguiente.

Se solicitó a la Coordinación de Estudios Universitarios de la institución Hospital Universitario Dr. Pedro Emilio Carrillo la autorización para realizar esta investigación, de igual forma se redactará una carta a la Coordinación del Postgrado de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de los Andes para la aprobación de la misma.

Se dirigió una carta al Servicio de Registros Médicos solicitando las historias de los pacientes que han sido ingresados en el Departamento de Emergencia Obstétrica del Hospital Universitario “Dr. Pedro Emilio Carrillo” en el periodo agosto 2021 y febrero 2022.

Se realizó una selección de las Historias Clínicas obtenidas las cuales cumplieron con los criterios de inclusión anteriormente mencionados.

Los datos obtenidos de las historias clínicas, se transcribieron los datos necesarios en el instrumento de recolección de datos, el cual deberá ser aprobado por un panel de expertos conformado por 2 especialistas en el área y 1 experto en metodología de la investigación

Los datos que se recopilaron, serán llevados a una hoja de Microsoft Office Excel, de manera sistemática y posteriormente utilizar programas estadísticos que generen

resultados que sean graficables para poder analizarlos y correlacionarlos con la literatura ya existente.

Técnica e instrumento de recolección de datos.

Se aplicó la técnica de observación y registro de la información obtenida de las historias médicas en el instrumento de recolección de datos, este se diseñó por el autor de esta investigación en compañía del tutor, constara de los datos de la investigación, del postgrado y de los ítems objeto de investigación, los cuales serán suficientes para lograr responder todos los objetivos que fueron propuestos anteriormente con el fin de que estos datos sean comparables, discutibles y permitan llegar a una conclusión con esta investigación.

Sistemas de Variables

Variable Independiente.

www.bdigital.ula.ve

Pacientes Gestantes con el Diagnostico de Infección por SARS-CoV-2

Variables dependientes:

Aspectos epidemiológicos.

Factores de riesgo asociados.

Antecedentes Ginecobstetricos

Características clínicas de los pacientes.

Complicaciones maternas

Complicaciones perinatales

Variable interviniente:

Pacientes gestantes hospitalizadas en el Hospital Universitario de Valera “Dr. Pedro Emilio Carrillo” con el diagnóstico de Infección por SARS-CoV-2 en el periodo enero 2020 a febrero 2022

Historia Clínica Completa

Análisis Estadístico

Se procedió al análisis de las variables cualitativas mediante frecuencias absolutas y relativas, las variables cuantitativas se analizaron mediante medidas de tendencia central y de dispersión. Para el contraste se aplicó la prueba Chi cuadrado de Pearson. Se consideró estadísticamente significativo a todo valor de $p \leq 0,05$

Resultados

Tabla 1. Características demográficas de las pacientes gestantes con el Diagnóstico de Infección por SARS-CoV-2 incluidos en el estudio.

Indicador	N	Min	Max	X±DE				
Edad	26	18	42	29,46±6,02				
Peso		53	92	73,15±9,36				
Talla		152	165	159,77±3,80				
IMC		22	34	28,38±3,51				
Grado de Instrucción								
Grupo de Edad	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	Total	P valor
Secundaria	2 (7,69%)	3 (11,53%)	7 (26,92%)*	1 (3,84%)	3 (11,53%)		16 (61,51)	0.018
Universitaria			3 (11,53%)	5 (19,23%)		2 (7,69%)	10 (38,46)	
Procedencia								
Rural	2 (7,69%)		4 (15,38%)	2 (7,69%)			8 (30,76)	
Urbana		3 (11,53%)	6 (23,07%)	4 (15,38%)	3 (11,53%)	2 (7,69%)	18 (69,2)	0.131
Graffar								
Medio alto		1 (3,84%)					1 (3,84%)	
Medio Bajo			1 (3,84%)	2 (7,69%)			3 (11,56%)	
Obrero	2 (7,69%)	2 (7,69%)	9 (34,62%)	4 (15,38%)	3 (11,53%)	2 (7,69%)	22 (84,58%)	0.553
Total	2 (7,69%)	3 (11,53%)	10 (38,46%)	6 (23,07%)	3 (11,53%)	2 (7,69%)	26 (100%)	

* Valor estadísticamente significativo

Tabla 2. Antecedentes Ginecoobstetricos de las pacientes con el Diagnostico de Infección por SARS-CoV-2 incluidos en el estudio.

Paridad	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	Total	P valor
Nuligesta	2 (7,69%)	1 (3,84%)	3 (11,53%)	0	0	0	6 (23,07%)	0.064
Multigesta	0	2 (7,69%)	7 (26,92%)	6 (23,07%)	3 (11,53%)	2 (7,69%)	20 (76,92%)	
Gestas								
Primera	2 (7,69%)	1 (3,84%)	3 (11,53%)				6 (23,07%)	0.045*
Segunda		1 (3,84%)	4 (15,38%)	5 (19,23%)*	3 (11,53%)		13 (50%)	
Tercera		1 (3,84%)	3 (11,53%)	1 (3,84%)		1 (3,84%)	6 (23,07%)	
Cuarta						1 (3,84%)	1 (3,84%)	
Abortos			4 (15,38%)		1 (3,84%)	1 (3,84%)	6 (23,06%)	0.315
Cesárea Anterior			3 (11,53%)	3 (11,53%)	2 (7,69%)		8 (39,76%)	
Total	2 (7,69%)	3 (11,53%)	10 (38,46%)	6 (23,07%)	3 (11,53%)	2 (7,69%)	26 (100%)	

* Valor estadísticamente significativo

Tabla 2.1 Características del Embarazo actual de las pacientes incluidas en el estudio.

	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	Total	P valor
Embarazo Único	2 (7,69%)	3 (11,56%)	9 (34,61%)	6 (23,07%)	3 (11,53%)	2 (7,69%)	25 (96,15%)	.893
Gemelar			1 (3,84%)				1 (3,84%)	
Control Prenatal								
Adecuado	2 (7,69%)	2 (7,69%)	8 (30,79%)	6 (23,07%)	2 (7,69%)	2 (7,69%)	22 (94,61%)	.628
Mal control		1 (3,84%)	2 (7,69%)		1 (3,84%)		4 (15,38%)	
Via de Resolución								
Cesárea	2 (7,69%)	3 (11,53%)	7 (26,92%)	4 (15,38%)	1 (3,84%)		17 (65,38%)	.263
Sin Resolución			3 (7,69%)	2 (7,69%)	2 (7,69%)	2 (3,84%)	6 (23,07%)	
Anemia								
Leve	1 (3,84%)	1 (3,84%)		1 (3,84%)	2 (7,69%)		5 (19,23%)	.140
Moderada		3 (11,53%)	6 (23,07%)		1 (3,84%)	1 (3,84%)	11 (42,30%)	
Severa	1 (3,84%)		3 (11,53%)	4 (15,38%)	2 (7,69%)		10 (38,46%)	

Tabla 3. Clínica de acuerdo a la gravedad y sintomatología en pacientes incluidas en este estudio con infección por SARS-CoV-2

Gravedad	Asintomática	Leve	Moderada	Severa	Total	P valor
Tos		6 (23,07%)	18 (69,23%)	2 (7,69%)	26 (100%)	0.643
Fiebre		5 (19,23%)	17 (65,38%)	2 (7,69%)	24 (92,30%)	0.799
Infiltrados Bilaterales	1 (3,84%)	6 (23,07%)	13 (50%)	2 (7,69%)	22 (84,61%)	0.475
Tiraje Intercostal	1 (3,84%)	3 (11,53%)	11 (42,30%)	2 (7,69%)	17 (65,38%)	0.528
Mialgias	1 (3,84%)		6 (23,07%)	1 (3,84%)	8 (30,79%)	0.143
Odinofagia	1 (3,84%)	2 (7,69%)	1 (3,84%)	1 (3,84%)	4 (15,38%)	0.108
Rinorrea	1 (3,84%)	1 (3,84%)	2 (7,69%)		4 (15,38%)	0.909
Saturación o2 >90	1 (3,84%)	4 (15,38%)	13 (50%)	1 (3,84%)	19 (73,07%)	0.722
Saturación O2 <90		2 (7,69%)	4 (15,38%)	1 (3,84%)	7 (29,92%)	0.769

Tabla 4. Complicaciones maternas presentadas por las pacientes con el diagnóstico de SARS-CoV-2 incluidas en el estudio.

Complicaciones	Asintomática	Leve	Moderada	Severa	Total	P valor
Neumonía Basal	1 (3,84%)	5 (19,23%)	14 (53,84%)		20 (76,92%)	0.059
Necesidad de Ventilación Mecánica			1 (3,84%)	2 (7,69%)	3 (11,53%)	0.012
Edema Agudo de Pulmón			1 (3,84%)	1 (3,84%)	2 (7,69%)	
Preeclampsia con signos de Severidad		1 (3,84%)	1 (3,84%)		2 (7,69%)	.
Diabetes Gestacional			1 (3,84%)		1 (3,84%)	0.908
Síndrome de Guillan Barre				1 (3,84%)	1 (3,84%)	
Oligoamnios			1 (3,84%)		1 (3,84%)	

Tabla 5. Complicaciones perinatales presentadas por los recién nacidos de las pacientes incluidas en el estudio

Complicaciones Perinatales	Moderada	Severa	Total	P valor
Prematuridad	1 (3,84%)	2 (7.69%)	3 (11,53%)	0.001
Parto Prematuro	2 (7.69%)		2 (7.69%)	0.060
Ingreso a UCIN		2 (7.69%)	2 (7.69%)	0.065
Apgar Bajo a los 5'	1 (3,84%)	0	1 (3,84%)	0.908
Sufrimiento Fetal		2 (7.69%)	2 (7,69%)	0.006

Tabla 6. Ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos con el diagnostico de SARS-CoV-2.

Complicaciones	Asintomática	Leve	Moderada	Severa	Total	P valor
Ingreso a UCI			1	2 (7.69%)	3 (11,53%)	.050

La tabla 1 muestra las características demográficas de las pacientes incluidas en el estudio, la edad promedio fue de $29,46 \pm 6,02$ años de edad, con una edad mínima de 18 y una máxima de 42 años, el promedio de peso fue de $73,15 \pm 9,36$ kilogramos, la talla promedio fue de $159,77 \pm 3,80$ y el promedio de índice de masa corporal fue de $28,38 \pm 3,51$ kg/m², el grado de instrucción que predominó fue el de secundaria completada en 16 pacientes un (61,53%) de la muestra seguido de 10 pacientes con estudios universitarios conformado por el (38,46%), la procedencia que predominó fue la urbana en 18 pacientes (69,23%) de la muestra, seguido por los del área rural 8 pacientes (30,76%), el nivel socioeconómico según la escala de Graffar modificado por Castellanos predominó el estrato obrero en 22 pacientes un (84,61%) de la muestra, seguido por 3 pacientes (11,56%) en estrato medio bajo y 1 paciente en estrato medio alto (3,84%).

La tabla 2 muestra los antecedentes ginecobstetricos de los pacientes, encontrándose que la paridad que predominó fue la de multigesta con 20 pacientes un 76,92% de la muestra seguido de las nuligestas las cuales fueron 6 pacientes (23,07%), con respecto al número de gestas que se encontraron predominaron 13 pacientes con su segunda gesta (50%), seguido por las pacientes con su primera gesta y las pacientes con su tercera gesta cada grupo con (23,07%), seguida en último lugar se encontraron los pacientes con cuarta gesta en 1 paciente (3,94%), los abortos anteriores solo se

reportaron en 6 pacientes 23,07% de la muestra, 8 pacientes reportaron la presencia de una cesárea anterior lo que representa un (39,76%) del total.

La tabla 2.1 muestra las características del embarazo actual encontrándose que el embarazo único predominó en 25 pacientes un (96,51%) seguido por el embarazo gemelar que se reportó en 1 paciente (3,84%), el control prenatal fue adecuado en 22 pacientes con más de 8 consultas para (84,61%) seguido de 4 pacientes con mal control del embarazo el cual fue menor a 8 consultas para (15,38%) la vía de resolución que predominó entre las pacientes fue la cesárea para un total de 17 pacientes un (65,38%) de la muestra seguido por los pacientes que por su edad gestacional no se realizó la culminación del embarazo los cuales fueron 9 pacientes que conforman el (34,61%) de la muestra, entre los síntomas registrados fue la anemia, predominando la anemia moderada la cual se presentó en 11 pacientes un (42,30%) de la muestra, seguido por anemia severa 10 pacientes el (38,46%) de la muestra, en tercer lugar la anemia leve la cual se presentó en 5 pacientes un (19,23%) de la muestra.

La tabla 3 muestra la clínica de las pacientes, encontrándose que el signo clínico que predominó fue la tos, la cual se encontró en 26 pacientes (100%) de la muestra, seguido por la fiebre la cual se presentó en 24 pacientes (92,30%), en tercer lugar se encontraron infiltrados bilaterales en la radiografía de tórax en 22 pacientes (84,61%), en cuarto lugar se encontró el tiraje intercostal en 17 pacientes (65,38%), seguido por las mialgias las cuales se presentaron en 8 pacientes (30,79%), en sexto lugar se encontraron la rinorrea y la odinofagia se presentó en 4 pacientes respectivamente para un total de (15,38%), respecto a la saturación de oxígeno de las pacientes, se encontró que 19 pacientes (73,07%) presentaron una saturación superior a 92% seguido de 7 pacientes (29,92%) con saturación menor a 92%, al momento de realizar la comparación cruzada los pacientes con una gravedad moderada de la infección fueron los que más presentaron síntomas clínicos.

La tabla 4 muestra las complicaciones maternas presentes en las pacientes, se encontró que predominó la neumonía basal en 20 pacientes para un (76,92%) de la muestra, seguido de la necesidad de ventilación mecánica la cual fueron 3 pacientes (11,53%), en tercer lugar la presencia de edema agudo del pulmón y la preeclampsia con signos de severidad se presentaron en 2 pacientes respectivamente (7,69%) seguido por el

síndrome de Guillan Barre, diabetes gestacional y oligoamnios los cuales se presentaron en 1 paciente para cada grupo respectivamente.

La tabla 5 muestra las complicaciones perinatales, predominando la prematuridad en 3 pacientes (11,53%) seguido del parto prematuro, el ingreso a UCIN, y el sufrimiento fetal, los cuales se presentaron en 2 neonatos para cada grupo respectivamente (7,69%), en tercer lugar se logró ubicar la presencia de Apgar bajo a los 5 minutos el cual se presentó en 1 paciente (3,84%), así mismo se encontró valor estadísticamente significativo con respecto a la prematuridad ($p < 0,001$) así mismo el ingreso a UCIN con un p valor de 0,006

La tabla 6 muestra la prevalencia del ingreso a UCI encontrándose que 2 pacientes estaban en el grupo de Grave severidad (7,69%) y 1 paciente en el grupo de moderada severidad de la infección (3,84%).

Discusión

La edad promedio fue de $29,46 \pm 6,02$ años similar a lo expresado por Coma 2021 cuyo grupo poblacional se encontraba con una media de edad de $31 \pm 4,0$ años de edad, el grupo de edad predominante fue el de 25 a 29 años de edad 7 pacientes 26,92% del total de la muestra similar a lo expresado por Pomachagua 2020 donde el 79% de los pacientes se encontraban en edad comprendida de 20-30 años de edad, así mismo lo expresa Nizamara donde el 42% de la muestra se encontraba en el rango de edad de 25-30 años, de igual forma lo expresa Muñón donde el 76,7% de los pacientes se encontraba en el rango de edad de 19 a 35 años, en contra parte a Montañez donde el 48% de los pacientes se encontraban en el rango de edad de 30-45 años de edad, el índice de masa corporal se encontraba en una media de $28,38 \pm 3,51$ kg/m² similar a lo expresado por Comas 2021 donde el grupo poblacional presento un IMC promedio de $31,9 \pm 4,0$, el grado de instrucción que predomino fue la secundaria completa en 16 pacientes 61,53% de la muestra similar a lo expresado por Montañez donde el 53% había culminado la secundaria, así mismo a lo descrito por Pomachagua donde el 51% de la muestra había culminado la secundaria, así mismo lo expresa Nizama donde el 37,8% de la muestra había culminado la secundaria siendo el grupo mayoritario en ese estudio, así mismo lo expreso Muñoz donde el 45,3% de los pacientes habían terminado la secundaria, la procedencia urbana predomino en el estudio presentándose en 18 pacientes un 69,23% de la muestra similar a lo expresado por Muñoz donde el 74,4% de

la muestra provenía del área urbana, de igual forma lo expresa Nizama donde el 72% de la muestra era del área urbana, el nivel socioeconómico se realizó mediante el cuestionario de Graffar modificado por Castellanos obteniéndose que predominó el estrato socioeconómico obrero.

Con respecto a la paridad de las pacientes que se incluyeron en el estudio, predominó las pacientes multigestas 20 en total (conformando un 79,92%) de la población, similar a lo descrito por Nizama donde el (62,7%) de la población presentaban más de un embarazo, también lo expresa Montañez donde el (50%) de las pacientes eran multigestas, lo describe Muñoz donde el 65% de las pacientes eran multíparas, con respecto a la cantidad de embarazos predominó la segunda gesta en 13 pacientes (50%) de la muestra similar a lo expresado por Montañez donde el (36%) de la muestra se encontraba en su segundo embarazo, así mismo lo expresado por Dávila donde el (30%) se encontraba en su segundo embarazo encontrándose relevancia estadísticamente significativa $p < 0,045$. La presencia de un aborto anterior se presentó en 6 pacientes (23,07%) similar a lo expresado por Montañez donde se presentó el aborto en el (11,6%) de las pacientes. La cesárea anterior se presentó en 8 pacientes el (39,79%) de la muestra similar a lo expresado por Metz donde el (23,4%) de las pacientes presentaban este antecedente.

El tipo de embarazo que predominó fue el embarazo único en 25 pacientes, (96,15%) de la muestra, solo se presentó una paciente con un embarazo gemelar, respecto al control del embarazo 22 pacientes tenían más de 8 consultas considerando así que el embarazo estaba bien controlado, similar a lo expresado por Montañez donde el (74%) de las pacientes tenían un control acorde del embarazo, en contra a lo expresado por Nizama donde el (51%) de las pacientes no tenían control del embarazo, lo expresado por Muñoz donde el (55,8%) de la muestra no tenía control del embarazo, lo expresa Dávila donde el (95,3%) de las pacientes no tenía ningún control del embarazo. La vía de resolución fue cesárea en 17 pacientes, un (65,38%) de la muestra, similar a lo expresado por Coma en el (56%) de la muestra la vía de nacimiento fue la cesárea segmentaria, en contra a lo expresado por Dávila donde el (65,1%) de las pacientes obtuvieron los productos de la gestación por medio de parto vía vaginal, de igual forma a lo que describe Muñoz donde el (65,1%) de los pacientes se realizó parto vaginal, respecto a la presencia de anemia predominó la anemia moderada en 11 pacientes (42,30%) en contra a lo expresado por Muñoz donde solo (15,1%) de los pacientes

reporto anemia, de igual forma lo expresa Nizama donde se presentó anemia en (14,7%) de la muestra.

La tos se presentó en el (100%) de la muestra de igual forma lo describe Muñoz donde el (4,6%) presento tos, en contra a lo expresado por Pomachagua donde el (35%) de los pacientes presentaron tos, de igual forma lo describe Nizama donde el (7%) de los pacientes presento este síntoma.

La complicación más frecuente fue la neumonía basal presentándose en 20 pacientes (76,92%) de la muestra, de igual forma como lo describe la literatura, seguido por la necesidad de ventilación mecánica en 3 pacientes (11,53%), en tercer lugar se presentó el edema agudo del pulmón, es importante destacar que las diferentes complicaciones se presentaron en una baja cantidad de pacientes de hasta el (3%) dichas complicaciones fueron, diabetes gestacional, síndrome de Guillan Barre y la presencia de oligoamnios, sin embargo no existen estudios anteriormente sobre complicaciones maternas por infección por SARCov-2.

Entre las complicaciones perinatales se encontró la prematuridad en 3 paciente (11,53%) de la muestra, de los cuales 2 pacientes eran del grupo de severidad obteniéndose un p valor de 0,001, seguido del parto prematuro el cual se presentó en 2 pacientes (7,69%) de la muestra, así mismo lo expreso Muñoz donde el parto pretérmino se presentó en (3,3%) de los pacientes, similar a lo expresado por Vega donde esta complicación se presentó en el (4,9%) de los casos.

El ingreso a la unidad de cuidados intensivos se presentó en 3 pacientes de los cuales 2 pacientes se encontraban en el grupo de nivel de severidad: severa, correspondiente a la gravedad de la infección obteniéndose un p valor de 0,050.

Conclusiones

- La edad promedio de las pacientes fue de $29,46 \pm 6,02$ años, predominaron las pacientes dentro del rango de edad de 25-29 años, con la secundaria culminada, provenientes del área urbana, del estrato socioeconómico obrero.
- En los antecedentes obstétricos predominó las pacientes multigestas, las cuales cursaban su segundo embarazo, seis pacientes presentaron aborto y ocho presentaron una cesárea anterior.
- En el embarazo en curso predominó el embarazo único, con un adecuado control prenatal, las pacientes presentaron anemia moderada y la vía de resolución fue en su mayoría por cesárea segmentaria
- Predominó el nivel de severidad de la infección como moderado, las pacientes presentaron en su mayoría tos, fiebre e infiltrados bilaterales, predominó una saturación de oxígeno superior al 92%, solo se encontró una paciente asintomática el cual posteriormente a su hospitalización se convirtió en un paciente sintomática.
- La complicación materna más frecuente fue la neumonía basal seguida de la necesidad de ventilación mecánica, sin embargo, se presentaron complicaciones aisladas como el síndrome de Guillan Barre, edema agudo de pulmón y preeclampsia con signos de severidad.
- La complicación perinatal más frecuente fue la prematuridad y el ingreso a UCIN
- Solo tres pacientes ameritaron el ingreso a la unidad de cuidados intensivos.

Recomendaciones

- Concientizar a la población sobre las complicaciones que se presentan al infectarse con el virus del SARCov2 y los riesgos que presentan para una paciente gestante así como para el recién nacido
- Continuar con esta línea de investigación, con el fin de obtener una muestra más amplia y poder encontrar nuevos datos para evaluar las complicaciones y poder evitar la aparición de la misma.

www.bdigital.ula.ve

BIBLIOGRAFIA

1. Díaz F, Toro A. SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia. *Medicina & Laboratorio* 2020 [Internet]. 24(3):183–205. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1096519/covid-19.pdf>
2. Herrera M, Rebolledo J, de León D, Alvarez A, Dickens J. Embarazo e infección por coronavirus 2019. *Fundación Internacional de Medicina Materno Fetal* [Internet]. 2020;2(1):37. Disponible en: <https://www.flasog.org/static/COVID-19/FIMMF.pdf>
3. CDC. Investigating the Impact of COVID-19 during Pregnancy [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2022 [citado el 26 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/cases-updates/special-populations/pregnancy-data-on-covid-19/what-cdc-is-doing.html>
4. Berghella V, Hughes B. COVID-19: Overview of pregnancy issues. *FACOG* [Internet]. 2022;3(2):1–23. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/covid-19-overview-of-pregnancy-issues>
5. Rasmussen SA, Lysterly AD, Jamieson DJ. Delaying pregnancy during a public health crisis - examining public health recommendations for covid-19 and beyond. *N Engl J Med* [Internet]. 2020;383(22):2097–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp2027940>
6. Barja J, Valverde N, Campomanes E, Alaya N, Ramos ESJ, Zuñiga N. Características epidemiológicas y complicaciones obstétricas en gestantes con diagnóstico de COVID-19 en un hospital públicos. *Revista Cubana de Medicina Militar* [Internet]. 2021;50(4):23–35. Disponible en: <http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/1644>

7. Metz TD, Clifton RG, Hughes BL, Sandoval GJ, Grobman WA, Saade GR, et al. Association of SARS-CoV-2 infection with serious maternal morbidity and mortality from obstetric complications. JAMA [Internet]. 2022;327(8):748–59. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2022.1190>
8. Dadgar S, Mahmoudinia M, Akbari A, Zandieh E, Attaranzadeh A, Hoseinpour S, et al. Placental infection with SARS-CoV-2, analysis of 16 cases and literature review. Arch Gynecol Obstet [Internet]. 2022; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00404-021-06372-5>
9. Celik E, Vatansever C, Ozcan G, Kapucuoglu N, Alatas C, Besli Y, et al. Placental deficiency during maternal SARS-CoV-2 infection. Placenta [Internet]. 2022;117:47–56. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.placenta.2021.10.012>
10. Sánchez J, Espinosa J, Caballero LC, Campana BS, Quintero A, Luo C, et al. COVID 19 and high pregnancy and perinatal complications in Panama. J Matern Fetal Neonatal Med [Internet]. 2021;1–4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/14767058.2021.1967925>
11. Metz TD, Clifton RG, Hughes BL, Sandoval G, Saade GR, Grobman WA, et al. Disease severity and perinatal outcomes of pregnant patients with Coronavirus disease 2019 (COVID-19). Obstet Gynecol [Internet]. 2021;137(4):571–80. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000004339>
12. Carmach Ananias GV, Escobar Jaramillo CF. Resultados obstétricos y perinatales asociados a la infección por COVID-19: una revisión de la literatura. MatActual [Internet]. 2021;1(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22370/rev.mat.1.2021.2509>

13. Cosma S, Carosso AR, Cusato J, Borella F, Bertero L, Bovetti M, et al. Obstetric and neonatal outcomes after SARS-CoV-2 infection in the first trimester of pregnancy: A prospective comparative study. *J Obstet Gynaecol Res* [Internet]. 2022;48(2):393–401. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jog.15105>
14. Dávila-Aliaga C, Hinojosa-Pérez R, Espinola-Sánchez M, Torres-Marcos E, Guevara-Ríos E, Espinoza-Vivas Y, et al. Resultados materno-perinatales en gestantes con COVID-19 en un hospital nivel III del Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2021;38(1):58–63. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2021.381.6358>
15. Vigil De Gracia P, Caballero LC, Ng Chinkee J, Luo C, Sánchez J, Quintero A, et al. COVID-19 y embarazo. Revisión y actualización. *Rev peru ginecol obstet* [Internet]. 2020;66(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v66i2248>
16. La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia [Internet]. Paho.org. [citado el 26 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>
17. Organización Mundial de la Salud. COVID-19, embarazo y lactancia: actualización al 13 de marzo de 2020 [Internet]. OMS; 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/venezuela/dmdocuments/covid-19/COVID19%20Embarazo%20y%20lactancia%20Comunidad%20MPPS%20OPS%20y%20UNFPA.pdf>
18. Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica Enfermedad por coronavirus (COVID-19) [Internet]. diciembre 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/file/101858/download?token=HEsHgjNk>

19. Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica Enfermedad por coronavirus (COVID-19) [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/file/99552/download?token=DNpzQ7Sp>
20. Moghadas SM, Vilches TN, Zhang K, Wells CR, Shoukat A, Singer BH, et al. The impact of vaccination on Coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreaks in the United States. Clin Infect Dis [Internet]. 2021;73(12):2257–64. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/cid/ciab079>
21. Desisto CL, Wallace B, Simeone RM, Polen K, Ko JY, Meaney-Delman D, et al. Risk for stillbirth among women with and without COVID-19 at delivery hospitalization -United States, March 2020-September 2021 [Internet]. Bit.ly. [citado el 28 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/31fhK3V>
22. Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer, y Reproductiva (CLAP/SMR). Brote de enfermedad por el Coronavirus (COVID-19) [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/centro-latinoamericano-perinatologia-salud-mujer-reproductiva-clap?page=1>
23. Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona. PROTOCOLO: CORONAVIRUS (COVID-19) Y GESTACIÓN [Internet]. 2021. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/covid19-embarazo.pdf>
24. Ministerio de Salud de Panama. Guías de Manejo de las Complicaciones en el Embarazo [Internet]. 2015. Disponible en: https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/guias-complicaciones-embarazo_diciembre_2015.pdf
25. Vigil-De Gracia P, Savransky R, Andrés J, Wuff P, Delgado Gutierrez J, Nunez De Morais E, et al. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS [Internet].

- Org.ar. [citado el 28 de febrero de 2022]. Disponible en:
<http://sogiba.org.ar/documentos/GC1RPM.pdf>
26. Margarita Y, Matheus R, Sofía G, Fonseca P, Essenfeld De Sekler E. Epidemiological analysis of medical conditions in women of childbearing age who attended a teaching general hospital in Caracas, Venezuela [Internet]. Bvsalud.org. [citado el 28 de febrero de 2022]. Disponible en:
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/08/1009082/432-833-1-sm.pdf>
27. Valenti EA, Avila N, Sofia Amenabar E, Zanuttini H. “RCIU (Restricción del Crecimiento intrauterino)” Autores [Internet]. Org.ar. [citado el 28 de febrero de 2022]. Disponible en:
http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Actualizacion_consensos_RCIU_FA_SGO_2017.pdf
28. Eduardo DR, Valenti A, Asprea DI, Voto DG, Roberto Votta DR. Parto pretérmino [Internet]. Org.ar. [citado el 28 de febrero de 2022]. Disponible en:
http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consensos_Partos_Pretermino.pdf
29. Salazar Veloz JM, Guevara Moreira DN, Dominguez Vera JE. Causas más frecuentes de amenaza de parto prematuro en el Hospital Universitario. RECIAMUC [Internet]. 2021;5(1):70–7. Disponible en:
[http://dx.doi.org/10.26820/reciamuc/5.\(1\).ene.2021.70-77](http://dx.doi.org/10.26820/reciamuc/5.(1).ene.2021.70-77)
30. Sociedad Argentina de Ginecología y Obstetricia. Consenso 2019 Hemorragia Post Parto [Internet]. 2019 [citado el 28 de febrero de 2022]. Disponible en:
http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consensos_2019_Hemorragia_Post_Partos.pdf
31. Vispo S, Meana J, Karatanasópuloz C, Casal J, Casal I. Sufrimiento Fetal Agudo: Revisión. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina

- [Internet]. 2002 [citado el 28 de febrero de 2022];112:21–6. Disponible en:
https://med.unne.edu.ar/revistas/revista112/suf_fet_agu.htm
32. Hospital Clínic de Barcelona. Amenaza de Parto Prematuro [Internet]. 2022. Disponible en:
<https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/prematuridad.pdf>
33. Organización Mundial de la Salud. Documento normativo sobre bajo peso al nacer [Internet]. 2014. Disponible en:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255733/WHO_NMH_NHD_14.5_spa.pdf
34. Test de Apgar [Internet]. Facultad de Medicina. 2017 [citado el 28 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://medicina.ufm.edu/eponimo/test-de-apgar/>

www.bdigital.ula.ve

Cronograma de actividades

Diagrama de Gantt

TIEMPO ACTIVIDAD	2022											
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Revisión Bibliográfica												
Selección del Universo y Muestra												
Búsqueda de Historias Clínicas												
Recolección de Muestras												
Análisis de los Resultados.												
Redacción de Informe Final												
Revisión y Corrección de Informe												
Presentación del Trabajo Final.												



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
 FACULTAD DE MEDICINA EXTENSION VALERA
 HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. PEDRO EMILIO CARRILLO"
 POSTGRADO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS



COMPLICACIONES MATERNAS Y PERINATALES POR INFECCIÓN DE SARS-COV-2 EN PACIENTES OBSTÉTRICAS
 DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. PEDRO EMILIO CARRILLO" VALERA 2020-2022
 Dra. YULI YASMÍN PEÑA MÁRQUEZ

Historia Número: _____ Numero de paciente: _____ Fecha de Ingreso: _____

1. Características Sociodemográficos

- 1.1) Edad _____ años
- 1.2) Nivel Educativo Primaria _____ Secundaria _____
 Universitaria _____
- 1.3) Lugar de Procedencia Rural _____ Urbana _____
- 1.4) Edad gestacional al ingreso por FUR _____ SDG
- 1.5) Edad gestacional al momento de resolución _____ SDG

2. Características Ginecobstétricas.

- 2.1) Gestas Si _____ No _____ Cuantas _____
- 2.2) Abortos Si _____ No _____ Cuantos _____
- 2.3) Cesárea anterior Si _____ No _____
- 2.4) Peso _____ kg 2.5) Talla _____ cm
- 2.6) IMC _____ kg/m²

3) Características del Embarazo

- 3.1) Anemia durante el embarazo Leve _____
 Moderada _____ Severa _____ No _____
- 3.2) Hemorragias durante el embarazo Si _____ No _____
 Cuantas _____
- 3.3) Embarazo Gemelar Si _____ No _____
- 3.4) Control prenatal <8 _____ >8 _____
- 3.5) Vía de resolución Cesárea _____ Parto _____

4) Clínica de la paciente

- 4.1) Tos Si _____ No _____
- 4.2) Fiebre Si _____ No _____
- 4.3) Rinorrea Si _____ No _____
- 4.4) Odinofagia Si _____ No _____
- 4.5) Mialgias Si _____ No _____
- 4.6) Tiraje intercostal Si _____ No _____
- 4.2) Infiltrados Bilaterales Si _____ No _____
- 4.4) SatO₂ <90 _____ >92 _____
- 4.8) Ingreso a UCI Si _____ No _____

5) Clasificación de la gravedad de la infección.

- 5.1) Asintomática Si _____ No _____
- 5.2) Leve Si _____ No _____
- 5.3) Moderado Si _____ No _____
- 5.4) Severo Si _____ No _____

6) Resultados paraclínicos Ingreso

- 6.1) Prueba PCR Positiva Si _____ No _____
- 6.2) Prueba Antígenos Positiva Si _____ No _____
- 6.3) Hemoglobina _____ 6.4) Hematocrito _____
- 6.5) Glicemia _____ 6.5) Urea _____
- 6.6) TGO _____ TGP _____
- 6.7) Bilirrubinas Total _____ Direct _____ Indirecto _____

7) Resultados paraclínicos Egreso

- 7.1) Prueba PCR Positiva Si _____ No _____
- 7.2) Prueba Antígenos Positiva Si _____ No _____

7.3) Hemoglobina _____ 6.4) Hematocrito _____

Graffar Modificado	
A. Profesión del jefe de la Familia: <input type="radio"/> Universitario. <input type="radio"/> Técnica. <input type="radio"/> Empleado. <input type="radio"/> Obrero Especializado. <input type="radio"/> Obrero no especializado.	C. Principales fuentes de ingreso de la familia. <input type="radio"/> Fortuna Heredada ó Adquirida. <input type="radio"/> Ganancias, Beneficios, Honorarios Profesionales. <input type="radio"/> Sueldo Mensual. <input type="radio"/> Salario Semanal. <input type="radio"/> Donación Pública o Privada.
B. Nivel de instrucción de la madre: <input type="radio"/> Universitaria. <input type="radio"/> Secundaria Completa o Técnica Superior Completa. <input type="radio"/> Secundaria Incompleta o Técnica Inferior. <input type="radio"/> Educación Primaria o Analfabeta. <input type="radio"/> Analfabeta.	D. Condiciones de Alojamiento: <input type="radio"/> Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de lujo. <input type="radio"/> Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes sin lujo pero espaciosas. <input type="radio"/> Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos. <input type="radio"/> Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos con deficiencias en algunas condiciones sanitarias. <input type="radio"/> Rancho o vivienda con una habitación y condiciones sanitarias inadecuadas.

Total:

- 7.5) Glicemia _____ 6.5) Urea _____
- 7.6) TGO _____ TGP _____
- 7.7) Bilirrubinas Total _____ Direct _____ Indirecto _____

8) Complicaciones maternas

- 8.1) Hipertensión crónica Si _____ No _____
- 8.2) Diabetes gestacional Si _____ No _____
- 8.3) Necesidad de Ventilación Mecánica Si _____ No _____
- 8.4) Ruptura Prematura de Membranas Si _____ No _____

Puntaje	Clase	Denominación
4-6	I	Estrato Alto
7-9	II	Estrato Medio Alta
10- 12	III	Estrato Media Baja
13- 16	IV	Estrato Obrera
17- 20	V	Estrato Pobreza Extrema

- 8.5) Hemorragia Postparto Si _____ No _____
- 8.6) Muerte Materna Si _____ No _____
- 8.7) Otra: _____

9) Complicaciones Perinatales

- 9.1) Parto Prematuro Si _____ No _____
- 9.2) Prematuridad Si _____ No _____
- 9.3) Sepsis Neonatal Si _____ No _____
- 9.4) Ingreso a UCIN Si _____ No _____
- 9.5) Bajo peso al nacer Si _____ No _____
- 9.6) Apgar Bajo al 1er minuto Si _____ No _____
- 9.7) Apgar bajo al minuto 5 Si _____ No _____
- 9.8) Óbito Fetal Si _____ No _____
- 9.9) Mortinato Si _____ No _____
- 9.10) Sufrimiento fetal Si _____ No _____

10) Graffar Modificado: I) _____ II) _____ III) _____ IV) _____ V) _____

**Proyecto del Trabajo Especial de Grado
Planilla de Registro**

Datos del Autor

Apellidos: Peña Márquez
Cédula Id. 25.733.718
Año que cursa: Tercer año.

Nombres: Yuly Yasmin
Teléfono: 0424-7157201
e-mail: yuyaspen@gmail.com

Datos del Postgrado

Unidad Académica Ginecología y Obstetricia **Sede:** Escuela de Medicina Valera
Coordinador del Postgrado: Dra. María Pacheco_
Fecha aprob. C. E Postgrado: CNU:

Datos sobre el Proyecto del TEG

Título: COMPLICACIONES MATERNAS Y PERINATALES POR INFECCIÓN DE SARS-COV-2 EN PACIENTES OBSTÉTRICAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. PEDRO EMILIO CARRILLO” VALERA 2020-2022

Tutor	Institución	Asesores
Tutora: Dra. Gilma Patricia Lemus Silva	Hospital Universitario ”Dr. Pedro Emilio Carrillo	
Co Tutor: Dra. María Virginia Pacheco Monsalve	Hospital Universitario ”Dr. Pedro Emilio Carrillo	
Email- Teléfonos	Marivi6686@gmail.com 0424-7804146	

Firma del Autor:

Fecha de Entrega:

Fecha de aprobación:

Firma del Tuto

Reconocimiento

www.bdigital.ula.ve

Reconocimiento