

## Comunicaciones

## 2º Congreso de COVID-19

12-16 de abril de 2021

### *Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)*

#### 6. INDICACIONES DE LA VACUNA PARA LA COVID-19 EN POBLACIONES GINECOLÓGICAS ESPECIALES

**María Antonia López Rubio**, Pedro Juan Tarraga López, Lidia María Gómez Muñoz, Raquel López Martínez, Aída Toledo Valencoso, José Miguel García Cebrián, Inés Sánchez Nieto, Cristina de Miguel López, y Antonio Nicolás Amezcua Recover

*Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España.*

**Palabras clave:** COVID-19. Coronavirus. Embarazo. Lactancia. Vacuna. Pandemia. Cáncer ginecológico.

Aunque ciertos sectores de la población no serían en un primer momento susceptibles para vacunarse contra el COVID-19, pueden pertenecer a grupos poblacionales incluidos en las primeras fases por diversos motivos, como son pertenecer a grupos de trabajadores con riesgo alto de exposición o tener comorbilidades que aconsejen la vacunación, por ello pueden surgir dudas a la hora de recomendarles la vacunación. La vacunación contra la COVID-19 es atractiva en gestantes, ya que no se administrarían agentes vivos atenuados con las vacunas disponibles en España y les protegería de sufrir manifestaciones graves de la enfermedad. No obstante, ya que no hay estudios en éstas, y a la espera de más datos, deberían minimizar los contextos de exposición y, si no fuese posible, valorar conjuntamente con su médico los beneficios y riesgos de la vacuna. Por otro lado, en las madres lactantes expuestas la vacunación tendrían un doble beneficio: minimizar los riesgos de padecer la enfermedad y aportar inmunoglobulinas al lactante mediante la alimentación. Se pueden administrar en esta población, ya que son vacunas que no contienen organismos vivos y tienen un mecanismo de acción que hace poco plausible su eliminación por leche materna (ARNm envuelto en partículas lipídicas que en contacto con el receptor se libera y codifica proteínas S virales, las cuales en el peor de los casos se destruirían en el tracto digestivo del lactante). En mujeres en edad fértil, dado que el calendario vacunal para la COVID-19 no está establecido, sociedades como la SEF/ASEBIR consideran que no está justificado posponer los estudios o tratamientos, incluso los que conllevan donaciones de gametos. La recomendación actual en nuestro país en estas mujeres es esperar dos semanas a iniciar la búsqueda de embarazo tras la segunda dosis, aunque es muy probable que por las

características de la vacuna, no supongan riesgo para la gestante ni para el feto. Dicho tiempo es aplicable para las inseminaciones o transferencias de embriones en mujeres que hayan iniciado el proceso de vacunación y se encuentren en tratamiento de reproducción asistida. Las graves repercusiones de la COVID-19 sobre pacientes oncológicos (peor evolución, mayor riesgo de eventos fatales y de admisión en UCI) hacen que sea prioritaria su vacunación. Aunque serían individuos inmunocomprometidos, las vacunas serían capaces de generar una respuesta inmune muy potente que les mantendría protegidos.

#### 10. EVIDENCIAS SOBRE LA ATENCIÓN A LA GESTANTE, PARTO Y PUERPERIO DURANTE LA COVID-19

**María Antonia López Rubio**, Pedro Juan Tarraga López, Sergio Rico Cardenal, María Mar Pérez Haro, Enrique Achiaga Sánchez, Gema Serrano García, Clara Aparicio Martínez y Antonio Nicolás Amezcua Recover

*Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España.*

**Palabras clave:** COVID-19. Coronavirus. Embarazo. Control prenatal. Humanización. Pandemia.

El embarazo es una condición médica en la que tenemos que hacer un mayor esfuerzo por adaptar nuestra práctica clínica, por las peculiaridades asistenciales/sociales que comporta. Los cambios fisiológicos del embarazo predisponen a que el COVID se manifieste con mayor gravedad. La fiebre en las primeras fases del embarazo es teratogénica y las neumonías víricas están relacionadas con parto prematuro, crecimiento intrauterino restringido, bajo peso neonatal, peor APGAR, etc. ¿Qué consideraciones se deberían tener en cuanto a las consultas de control de embarazo? Limitar las visitas presenciales, pudiendo recurrir a consultas telefónicas o videollamadas para controles que no requieran exploraciones o pruebas complementarias. Previamente a su asistencia, se debería realizar un triaje para confirmar la ausencia de sintomatología o posibles contactos de riesgo. Si la visita es prioritaria y presentan síntomas o son de riesgo, la consulta debe realizarse en un circuito asistencial aislado. En las salas de espera y exploración respetar los tiempos de las visitas programadas y prolongar los intervalos entre citas, para evitar situaciones de hacinamiento. Ningún niño o adulto mayor de 60 años debería acudir a la cita. ¿Cómo debería ser el manejo del parto y postparto en la situación actual? Deben ser triadas y testadas para la COVID-19 a su llegada al hospital, limitando los acompañantes. En pacientes sintomáticas o que acuden con diagnóstico de

COVID-19: El manejo debe ser realizado por un equipo multidisciplinario. La infección por sí misma no es indicación de finalizar el embarazo, a menos que haya compromiso respiratorio materno. En parto en curso, las sospechosas o confirmadas, deben ser manejadas en una habitación con presión negativa. Los acompañantes no deberían estar permitidos y el número de sanitarios limitado. No está contraindicado el parto vaginal y si se realiza cesárea, debe ser en un quirófano con presión negativa. No es planteable el parto o dilatación en el agua, por la incapacidad de los sanitarios de protegerse adecuadamente. No hay evidencia de que un clampaje tardío del cordón umbilical aumente la infección por contacto directo en el recién nacido, aunque se recomienda que se haga de forma precoz. No hay evidencia en cuanto a la separación de recién nacido/madre o evitar la lactancia materna, salvo que ésta esté gravemente enferma, en cuyo caso se puede seguir estimulando la lactancia materna si su deseo es lactar.

## 79. IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN DE GESTANTE CON COVID-19

**Blanca Buezas Jiménez, Sara Martínez Palazón**  
y Patricia Núñez Martín

*Ginecología y Obstetricia, Huelva, España.*

**Palabras clave:** Comunicación. Gestación. COVID-19.

**Caso clínico:** Gestante de 34+4 semanas que acude a Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva) por clínica de disnea y tos de 5 días de evolución junto con marcada astenia, afebril. Refiere dolor en hemiabdomen derecho, que aumenta con el esfuerzo tusígeno. Valoración por Ginecología. No RAMc. No AP ni IQ de interés. FPP: 19.02.2021. Grupo/Rh: B negativo. Analítica 1ª T: sin parámetros analíticos patológicos. CC1T: bajo riesgo. Ecografía morfológica: acorde a edad gestacional. Analítica 2ª T: normal. RCTG: feto reactivo a 145 lpm con buena variabilidad/dinámica uterina escasa. Al tacto vaginal: cuello posterior, largo y cerrado. Eco abdominal: cefálica, LF y MF (+), LAN, placenta posterior NI. Biometría acorde. PFE: 2.801 g. Exploración: SatO2 97% a/a. FC 125 lpm. Tª 36,5 °C. ACR: taquicardia rítmica sin soplos, MVC con crepitantes bibasales. No edemas en MMII. Analítica: Hb 11,6 g/dL, resto normal. Rx tórax infiltrado bilateral de predominio en campos inferiores. Juicio clínico: neumonía bilateral por SARS-CoV-2 sin insuficiencia respiratoria en el momento actual. Plan de actuación: ingreso para observación y tratamiento. Se comienza con dexametasona 6 mg/24h y enoxaparina 60 mg/24h. La paciente evoluciona favorablemente. Se mantiene eupneica con Sat O2 97% con gafas nasales a 4L. Es dada de alta con buen estado general a los 10 días. Continúa su embarazo. Se mantiene comunicación diaria con medicina interna, servicio de infeccioso, servicio de neonatología, realizándose test no estresante cada 48 horas. La paciente nos comunica su preocupación acerca de las posibles complicaciones durante el embarazo, a cerca de la finalización de la gestación, cuándo y cómo será. Tiene mucho miedo en transmitir infección a su recién nacido en el momento del parto. Intentamos trasladarle que esté tranquila, resolvemos dudas, le explicamos que estamos 24 horas a su disposición y estamos cuidando lo mejor que sabemos tanto de ella como de su bebé. Se fue a visitar a la paciente a la planta de medicina interna a diario, realizándole un test no estresante cada 48 horas. Se ha publicado que la capacidad de la comunicación recíproca frecuente con los pacientes para mitigar el estrés es esencial. Se ha constatado en bibliografía que la preocupación y el estrés durante el embarazo están asociados con efectos secundarios como pre-eclampsia, depresión, aumento de las náuseas y vómitos durante el embarazo, trabajo de parto prematuro, bajo peso al nacer y puntuación Apgar baja.

## 82. DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO EN NEUMONÍA BILATERAL POR COVID EN GESTANTE DE 33 SEMANAS

**Sara Martínez Palazón, Blanca Buezas Jiménez**  
y Patricia Núñez Martín

*Ginecología y Obstetricia, Huelva, España.*

**Palabras clave:** Gestación. Distrés Respiratorio. COVID.

**Caso clínico:** Mujer 34 años, gestante 33 semanas ingresa por infección COVID. Sin antecedentes personales médicos o quirúrgicos de interés. Historia obstétrica: Tercigesta: una interrupción legal del embarazo por acráneo y un parto eutócico. Embarazo cursa de manera habitual, sin incidencias. La paciente comienza con astenia, disgeusia y anosmia. Test de antígeno positivo. Posteriormente tos seca y disnea a mínimos esfuerzo, motivo de ingreso. Mala evolución en planta, necesidad de aumento progresivo de oxigenoterapia. Se administró dexametasona para maduración fetal y heparina a dosis intermedias. Debido al deterioro materno, se finaliza la gestación con cesárea urgente por interés materno, la gestación no se vio afectada por la infección. Cirugía sin incidencias. Recién nacido COVID negativo. Estudio microbiológico de placenta y cordón sin detectarse COVID. Posteriormente ingresa en UCI con alteración de parámetros analíticos relacionados con la infección. Presentó insuficiencia respiratoria hipoxémica, con síndrome distrés respiratorio agudo secundario a neumonía intersticial bilateral por COVID, requiriendo ventilación mecánica no invasiva, intubación y traqueotomía. Compromiso respiratorio, necesitando maniobras de reclutamiento frecuentes, 13 sesiones de decúbito prono, y corticoterapia hasta llegar a dosis de distrés respiratorio. Tras mejoría respiratoria, excanulación y posterior uso de gafas nasales a 4l. En la UCI se utilizó todo tipo de arsenal terapéutico frente a la infección, entre ellos plasma hiperinmune. No presentó cuadros de sobreinfección respiratoria ni sistémica, salvo hongos en punta de catéter. Presentó picos febriles sin objetivarse foco, que precisó antibioterapia de amplio espectro. PCR negativa a los 22 días de su PCR positiva, con anticuerpos IgM e IgG positivos. Tras mejoría clínica, pasa a planta. Analítica normal, dímero D en descenso. En planta la paciente mejoró de forma evidente, necesitando dosis decrecientes de oxigenoterapia, sin poder retirarse por desaturación al ejercicio. Precisa fisioterapia respiratoria y motora, por debilidad muscular por miopatía del paciente crítico, con buena evolución. Al alta: radiografía de tórax: ligera cardiomegalia. Infiltrados de predominio intersticial, secuela por COVID. Analítica normal. Tratamiento: corticoides, betabloqueante, heparina, antipsicóticos, inhaladores y oxígeno terapia crónica domiciliaria 16 horas al día. Seguimiento por Neumología y Rehabilitación para fisioterapia respiratoria

## 176. IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID-19 EN LA INCIDENCIA DE PARTO PREMATURO

**Laia Pratcorona Alicart, Ivan Hurtado Lupiáñez, Marta Ricart Calleja,**  
**Beatriz Lorente Silva, Julià Álvarez Puig y Carmina Comas Gabriel**

*Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, España.*

**Palabras clave:** Parto prematuro. COVID-19. Restricción social.

**Introducción:** La pandemia por COVID-19 ha supuesto un reto mundial en la atención sanitaria. En el campo de la medicina materno-fetal ha creado una oportunidad única para estudiar la influencia de los cambios socio-ambientales en los resultados perinatales. El Gobierno Español decretó un confinamiento nacional estricto desde marzo hasta junio y un confinamiento parcial de octubre a diciembre de 2020. Mientras algunas publicaciones apuntan un aumento de la tasa de parto pretérmino (PP) en gestantes infectadas por SARS-CoV-2, otras describen un descenso en la tasa de PP global durante el periodo de la pandemia.

**Objetivos:** Investigar la posible influencia del confinamiento en la tasa de PP observada en nuestra área.

**Material y métodos:** El estudio se llevó a cabo en el Hospital Germans Trias (Badalona). Se estudiaron los PP atendidos en nuestro centro entre el 1 de enero de 2019 y el 31 de diciembre de 2020. Se excluyeron los casos de óbito fetal y los PP múltiples se consideraron como un único evento. Los datos se obtuvieron de nuestro registro de resultados perinatales. Se comparó la tasa global de PP de 2020 con la del año anterior, así como la de los períodos de máxima restricción social. El análisis estadístico se realizó comparando proporciones con la prueba de chi-cuadrado (significación estadística cuando  $p < 0,05$ ).

**Resultados:** En 2020 se observó una reducción global de 1,5 puntos en la tasa de PP comparada con la de 2019 (descenso del 18,1%). No se encontraron diferencias entre años referentes a la etnicidad, hábito tabáquico, historia previa de PP, tasa de PP espontáneo vs PP por indicación médica, ni en la proporción de partos múltiples. Cuando se analizaron los PP ocurridos durante los periodos de confinamiento, se detectó una disminución significativa de los PP antes de las 37 y las 34 semanas. La significación estadística se mantuvo analizando el efecto de la primera ola aisladamente. La gráfica de la evolución de la tasa de PP a lo largo de 2020 muestra una relación inversa a la de la evolución de la pandemia.

**Conclusiones:** La tendencia a la baja de la tasa de PP coincide con los periodos de máxima restricción social en nuestra zona. Estos resultados fueron especialmente pronunciados en el grupo de prematuros tardíos y en la primera ola de la pandemia, que supuso un confinamiento más estricto. Nuestras observaciones, si se confirman en otras regiones que adoptaron medidas similares, podrían aportar luz a la aún desconocida fisiopatología del parto pretérmino.

## 188. IMPACTO PSICOLÓGICO Y SOCIAL EN MUJERES EMBARAZADAS DURANTE EL CONFINAMIENTO DEBIDO A LA PANDEMIA SARS-CoV-2: ESTUDIO DE COHORTES

**Maia Brik Spinelli,** Miguel Sandonis Vicente, Sara Fernández Sosa, Anna Suy Franch, Gemma Parramón Puig, Nerea Maiz Elizaran, María Emilia Dip Pérez, Josep Antoni Ramos Quiroga y Elena Carreras Moratonas

*Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España.*

**Palabras clave:** Depresión. Embarazo. Confinamiento.

**Introducción:** La ansiedad y la depresión durante el embarazo pueden asociar resultados perinatales adversos maternos y neonatales. La pandemia SARS-CoV-2, y el confinamiento que se produjo durante la primera ola en muchos países han sido factores de estrés para la embarazada y puede asociar ansiedad y depresión durante el embarazo. El objetivo del estudio fue explorar la sintomatología depresiva y de ansiedad, así como el apoyo social en la mujer embarazada, durante el confinamiento, por la pandemia SARS-CoV-2, así como explorar posibles factores de riesgo demográficos.

**Material y métodos:** Se desarrolló un estudio prospectivo de cohortes en el Hospital Universitario de Vall d'Hebron, Barcelona, incluyendo mujeres embarazadas que acudían a las consultas antenatales durante el confinamiento de la primera ola de la pandemia SARS-CoV-2. Se administraron tres cuestionarios para estudiar depresión (EPDS), ansiedad (STAI) y soporte social (MOS-SSS). STAI estado (STAI<sub>s</sub>) describió el estado actual de ansiedad y el STAI trazo (STAI<sub>t</sub>) describió el trazo de ansiedad. Se estableció un punto de corte de 10 para EPDS y 40 para STAI para ser considerado como clínicamente relevante. La variable resultado principal fueron síntomas de depresión y ansiedad.

**Resultados:** Un total de 217 mujeres fueron invitadas a participar y 204 (94%) aceptaron. De estas, 164 rellenaron el EPDS, 109 el STAI y 159 MOS-SSS: 37,8% (95% intervalo de confianza (IC), 30,5-45,7%) (62/164) de mujeres mostraron un EPDS  $\geq 10$ , 59,6% (IC95% 49,8-68,8%) (65/109) un STAI<sub>s</sub>  $\geq 40$ , y 58,7% (IC95% 48,9-67,9%) (64/109) un STAI<sub>t</sub>  $\geq 40$ . El análisis de regresión mostró que el tener una patología de salud mental, ser de origen latinoamericano y la falta de soporte

social eran factores de riesgo independientes para síntomas de ansiedad en el STAI<sub>s</sub> ( $p = 0,032$ ,  $p = 0,040$  y  $p = 0,029$ , respectivamente). En relación a los síntomas de depresión, IMC materno, patología de salud mental y soporte social fueron factores independientes ( $p = 0,013$ ,  $p = 0,015$  y  $p = 0,000$ , respectivamente).

**Conclusiones:** El escenario de confinamiento durante la primera ola de la pandemia por el SARS-CoV-2 aumentó la sintomatología de ansiedad y depresión en las mujeres embarazadas, particularmente a las que presentaban un bajo soporte social.

## 189. RESULTADOS OBSTÉTRICOS Y PERINATALES EN GESTANTES CON PCR POSITIVA A SARS-CoV-2

**Esmeralda López López,** Laura Pérez Hernández, Celia Lirola López, Daniel Antonio Martins y Marta Ruth Meca Casbas

*Agencia Pública Sanitaria Hospital de Poniente, El Ejido, España.*

**Palabras clave:** Gestación. COVID-19. Resultados perinatales.

**Objetivos:** Reportar los resultados obstétricos: tipo de parto, desgarro perineal, prematuridad y analgesia en el parto; y perinatales: APGAR al minuto y pH arterial en sangre de cordón de las gestantes con PCR positiva a SARS-CoV-2 con seguimiento gestacional en nuestro centro.

**Material y métodos:** Análisis descriptivo mediante la búsqueda retrospectiva de datos en la historia clínica digital de las gestantes con PCR positiva a SARS-CoV-2 desde marzo a diciembre de 2020. Se han recogido los datos maternos: tipo de parto, desgarro perineal, semanas de gestación al nacimiento y analgesia en el parto. Se han recogido de los recién nacidos: APGAR al minuto y pH arterial en sangre de cordón. Las pacientes incluidas se hallan dentro del Registro Nacional de Emergencias Obstétricas COVID y Embarazo.

**Resultados:** Durante el periodo estudiado, 59 gestantes han resultado positivas a SARS-CoV-2 en PCR. De ellas, finalizaron en parto eutócico 44 (74,6%), cesárea 14 (23,7%) e instrumental 1 (1,7%) (fórceps por ayuda al expulsivo). La indicación de la cesárea fue: desproporción pelvifémica 2 (3,4%), no progresión de parto 4 (6,8%), presentación podálica 1 (1,7%), iterativa 3 (5%), riesgo de pérdida de bienestar fetal 1 (1,7%), período intergenésico corto 1 (1,7%) e interés materno por complicaciones respiratorias 2 (3,4%). Entre los partos, el periné resultó íntegro en 12 (26,7%) y se produjo un desgarro perineal en 33 (73,3%); siendo 16 de 1º grado (35,5%), 16 de 2º (35,5%) y 1 de 3º grado (2,2%) que corresponde con el fórceps. Se empleó anestesia epidural en 23 partos (51,1%). 51 nacimientos (86,4%) fueron a término ( $\geq 37$  semanas) mientras que 8 (13,6%) fueron pretérmino; siendo la media de la edad gestacional 38 semanas (mínimo 23, máximo 41). En cuanto a los resultados perinatales, se tienen datos de 44 pacientes; debido a que las 15 restantes parieron en otro hospital. El Apgar fue  $\geq 8$  en todos los casos salvo 2: un óbito fetal y un pretérmino de 30 semanas. El pH resultó  $\geq 7,15$  en el 91% de los casos.

**Conclusiones:** La mayoría de las gestaciones con PCR positiva a SARS-CoV-2 finalizaron en parto eutócico con desgarro perineal de 2º grado. Existe una baja tasa de prematuridad en dicho grupo. Apparently, no existen peores resultados perinatales que en las pacientes sin COVID-19, aunque se necesitan estudios analíticos para concluirlo.

## 199. ¿FOMENTAMOS LA LACTANCIA MATERNA EN PACIENTES CON SOSPECHA/INFECCIÓN POR COVID-19?

**Leticia Azcona Sutil,** Mohamed Al Banyahyati e Isabel Corrales Gutiérrez

*Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.*

**Palabras clave:** COVID-19. Lactancia materna. Recién nacido.

**Introducción:** La pandemia causada por el COVID-19, un nuevo virus de la familia coronavirusidae, ha originado una disrupción global generando dificultades e incógnitas en muchos aspectos de nuestras vidas. Debido al escaso tiempo transcurrido desde el 31-12-2019, fecha en la que las autoridades de Wuhan (China) notificaron la existencia del virus a la Organización Mundial de la Salud (OMS), actualmente aún se desconocen datos sobre su etiopatogenia y la repercusión en gestantes y recién nacidos (RN). La lactancia previene alrededor de 823.000 muertes infantiles al año; pero, aunque estén sobradamente demostrados sus beneficios en el periodo neonatal tanto para la madre como para el RN, en la situación actual de pandemia se han emitido mensajes contradictorios.

**Material y métodos:** En enero de 2020 hemos realizado una búsqueda bibliográfica incluyendo las palabras “COVID-19 y breastfeeding” en Pubmed®. Obteniéndose 263 resultados hemos seleccionado 9 publicados entre abril y septiembre del 2020.

**Conclusiones:** Las propiedades beneficiosas de la leche materna hacen que tenga un impacto positivo en la morbilidad infantil y en la salud de la madre: para el RN constituye un alimento completo, equilibrado y adecuado y para la madre, reduce la incidencia de sangrado postparto, ayuda a la reducción de peso y reduce el riesgo de diabetes tipo 2, cáncer de ovario y mama y depresión posparto. En los estudios realizados hay datos muy limitados sobre la presencia de COVID-19 en leche materna y la posibilidad de transmisión vertical; además, al analizar muestras de leche se han encontrado anticuerpos IgA contra COVID-19. Esto hace que actualmente la OMS así como numerosas organizaciones recomienden la lactancia materna exclusiva extremando las precauciones para disminuir el riesgo de contagio (uso de mascarilla y escrupulosa antisepsia de manos). En caso de que el estado de salud materno no permita realizarla, se aconseja ofrecer alimentar al RN con leche previamente extraída y almacenada en refrigerador durante al menos 12h. Sin embargo, en China se recomendó la separación de la madre y el RN interrumpiendo la lactancia materna para evitar la infección del RN, como ocurrió en 3 de una cohorte de 33 hijos de madres infectadas a pesar de tomar estrictas medidas de prevención. En conclusión falta mucho camino por recorrer en el estudio del COVID-19, pero con los datos publicados hasta la fecha de revisión, se debe promover la lactancia materna ya que los beneficios superan los riesgos.

## 251. RESULTADOS PERINATALES EN GESTANTES CON IGG+ DE SARS-CoV-2 COMO HALLAZGO INCIDENTAL

**Laura Pérez Hernández,** Esmeralda López López, Daniel Antonio Martins, Celia Lirola López y Marta Ruth Meca Casbas

*Hospital de Poniente, El Ejido, Almería, España.*

**Palabras clave:** COVID-19. Resultados perinatales.

**Objetivos:** Evaluar el efecto de la infección por SARS-CoV-2 en los resultados perinatales de las gestantes atendidas en el Hospital de Poniente.

**Material y métodos:** Análisis descriptivo a través de una revisión retrospectiva de la historia clínica de las pacientes desde marzo a diciembre de 2020 y revisión en la literatura sobre las consecuencias de la COVID-19 al final del embarazo. Las pacientes incluidas se hallan dentro del Registro Nacional de Emergencias Obstétricas COVID y embarazo.

**Resultados:** Desde el inicio de la pandemia por COVID-19, se han detectado en el cribado del 3º trimestre a 30 gestantes con IgG positiva frente al virus SARS-CoV-2. Todas ellas han pasado la infección de forma asintomática. El parto fue eutócico en 22 pacientes (73,3%), 2 partos fueron instrumentados con ventosa, uno de ellos por riesgo de pérdida de bienestar fetal, y 6 terminaron en cesárea (3 de forma programada por presentación podálica y 3 de forma urgente, uno de

ellos por riesgo de pérdida de bienestar fetal). Ninguno de los partos tuvo lugar por debajo de las 37 semanas de gestación y ningún recién nacido tuvo un peso bajo al nacer. Solo 6 recién nacidos fueron macrosomas (peso máximo 4.630 gramos) y la media del peso al nacimiento fue de 3.477 gramos. Se midió el pH arterial del cordón umbilical en todos los recién nacidos, estando solo 2 de ellos < 7,15 (7,07 y 7,14). En relación al test de Apgar, 29 recién nacidos tuvieron un Apgar mayor o igual a 9/10. Solo en una ocasión el Apgar fue 7-8. A dos de los recién nacidos se les realizó una PCR de SARS-CoV-2 (una a las 24 horas y otras a las 48 horas) que resultó negativa.

**Conclusiones:** La infección por el virus SARS-CoV-2 en pacientes gestantes puede cursar de forma más severa, sobre todo si tiene lugar durante el 3º trimestre. Aún así, un 75% de las gestantes pueden ser asintomáticas y de las que presentan síntomas, un 85% tendrán un curso leve. La principal complicación es la prematuridad, aunque en la mayoría de los casos será iatrogénica. En relación a los recién nacidos, parece no haber diferencias en los resultados perinatales. En nuestro hospital, hemos detectado a 30 pacientes con inmunidad IgG frente al SARS-CoV-2. Ninguna de las gestantes tuvo un parto prematuro ni ningún recién nacido pesó menos de 2.500 gramos al nacer. Un 20% de los partos fueron por cesárea, solo uno de ellos de forma urgente por riesgo de pérdida de bienestar fetal. El pH arterial de sangre del cordón umbilical fue > 7,15 en el 93% de los recién nacidos.

## 290. CONSECUENCIAS DEL COVID-19 EN MUJERES EMBARAZADAS Y RECIÉN NACIDO

**Rocío Navarro Corrales**

*Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería, España.*

**Palabras clave:** SARS-CoV-2. Gestantes COVID. Cesárea coronavirus.

La enfermedad por coronavirus (COVID-19) es una enfermedad infecciosa causada por el SARS-CoV-2 recientemente descubierta que puede provocar graves problemas de salud. Los cambios que se producen en el sistema inmunitario, el corazón y los pulmones durante el embarazo hacen que las mujeres embarazadas tengan mayor probabilidad de desarrollar complicaciones a causa de esta infección, pudiendo llegar a requerir hospitalización, detención del embarazo, cesárea o parto prematuro. La neumonía por COVID-19 es un evento de estrés que puede provocar en mujeres gestantes una cetoacidosis normoglicémica (una forma atípica del cuadro muy infrecuente en pacientes sin antecedentes de diabetes) provocando mayores tasas de morbilidad materno-fetal. Otras comorbilidades que se asocian en embarazadas con COVID-19 son: diabetes (11%), trastornos hipertensivos (9%), trastornos placentarios (5%), coinfecciones (6%), hipotiroidismo (5%) y anemia (4%). Aunque las mujeres embarazadas tienen mayor riesgo de enfermar gravemente y morir a causa del COVID-19, la infección en recién nacidos cuyas madres son positivas es poco frecuente, pues existe una baja probabilidad de transmisión vertical. En un estudio de 205 recién nacidos se confirmó solo un 6,3% de positivos confirmados al nacer. Sin embargo, en otros 33 estudios se demostró que el 90% de los recién nacidos de madres positivas de COVID-19 crearon anticuerpos IgG e IgM aún siendo negativos al nacer. En cuanto a la labor del TCAE en mujeres embarazadas con COVID-19 ésta se ve incrementada a los cuidados básicos de una gestante sin infección por SARS-CoV-2. En el caso real de la gestante con cetoacidosis, se lleva a cabo un control de diuresis horaria que por norma general el resto de gestantes no lo precisan. Del mismo modo, al precisar de oxigenoterapia, la deambulación de la mujer se ve reducida y requiere del aseo en cama, así como los cambios de humificador y soporte ventilatorio (gafas nasales, ventimax, reservorio, etc.). En el caso de los partos prematuros, los cuidados al recién nacido se intensifican, pues se llevan a cabo por parte del personal sanitario al ser necesario un soporte de incubadora.



#### 442. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE GESTANTES CON IGG POSITIVOS COMO HALLAZGO INCIDENTAL

Celia Lirola López<sup>1</sup>, Daniel Antonio Martins<sup>2</sup>,  
Esmeralda López López<sup>1</sup>, Laura Pérez Hernández<sup>2</sup>  
y Marta Ruth Meca Cabas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Poniente, El Ejido, España. <sup>2</sup>Hospital de Poniente, Almería, España.

**Palabras clave:** Gestantes. SARS. Anticuerpos.

**Objetivos:** Describir los datos sociodemográficos y factores de riesgo en la población gestante con anticuerpos positivos frente a la infección por virus SARS-CoV-2 en un hospital comarcal.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo durante el año 2020, a raíz de una base de datos de características retrospectivas, con los datos sociodemográficos (edad, nacionalidad, IMC, paridad y grupo sanguíneo) de las gestantes con positividad de IgG frente a infección por virus SARS-CoV-2 en el cribado del tercer trimestre de la gestación. Estos datos están incluidos dentro del registro Nacional de Emergencias Obstétrica COVID y embarazo.

**Resultados:** En total detectamos unas 30 gestantes con anticuerpos positivos. Nuestros resultados indican que el 63,3% de las pacientes con anticuerpos positivos frente al virus SARS-CoV-2 son de origen magrebí, el 16,7% son españolas, el 13,3% de África Central, mientras que solo una paciente era de Europa del Este y otra de Sudamérica. En cuanto a la edad, el 36,6% de las pacientes tenían 35 años o más, mientras que el 63,3% tenían menos de 35 años. La mayoría eran gestantes multiparas, mientras que el 33,3% eran gestantes primigestas. Un dato a tener en cuenta es la obesidad ya que se relaciona con complicaciones más graves. En total un 30% tenían un IMC > 30. Finalmente recogimos el grupo sanguíneo en nuestra muestra y obtuvimos que el 30% tenían grupo sanguíneo O, el 40% tenían grupo sanguíneo A y el resto eran gestantes con grupo B.

**Conclusiones:** Como ha sido estudiado, entre los principales factores de riesgo de complicaciones de la enfermedad COVID-19 en gestantes, destacan la edad, la obesidad, la etnia y la paridad. Nuestro área de atención hospitalaria comprende una población muy diversa en cuanto a sus características demográficas, por ello desarrollamos un estudio descriptivo, para conocer los factores más comunes entre las pacientes con anticuerpos positivos ya que en nuestro servicio integramos la detección de anticuerpos (IgG) en la analítica del tercer trimestre. Además estudiamos el grupo sanguíneo ya que se propuso una diferencia en cuanto al riesgo de desarrollar infección por COVID-19, sobre todo entre las gestantes con grupo sanguíneo A (con mayor riesgo) y aquellas con grupo O. Los resultados obtenidos nos llevan a concluir que la mayor parte de nuestra muestra eran gestantes de origen magrebí, menores de 35 años, multiparas, con un IMC < 30 y grupo sanguíneo A.

#### 551. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LAS GESTANTES CON PCR POSITIVA A SARS-CoV-2

Daniel Antonio Martins, Celia Lirola López,  
Laura Pérez Hernández, Esmeralda López López,  
Marta Ruth Meca Casbas

Agencia Pública Sanitaria Hospital de Poniente, El Ejido, España.

**Palabras clave:** Gestación. SARS-CoV-2. Datos Sociodemográficos.

**Objetivos:** Reportar los datos sociodemográficos de las gestantes con PCR positiva a SARS-CoV-2 con seguimiento gestacional en nuestro centro.

**Material y métodos:** Análisis descriptivo mediante la búsqueda retrospectiva de datos en la historia clínica digital de las gestantes con PCR positiva a SARS-CoV-2 desde marzo a diciembre de 2020. Se han recogido los datos maternos: edad, nacionalidad, talla, peso y paridad.

**Resultados:** Durante el periodo estudiado, 59 gestantes han resultado positivas a SARS-CoV-2 en PCR. La edad media fue de 32,03 años, la mediana de 33 años y la moda de 31 años (n = 6; 10,2%). La edad mínima fue de 20 años (n = 1; 1,7%) y la máxima de 42 años (n = 1; 1,7%). 21 de ellas (35,6%) resultaron tener edad materna avanzada ( $\geq 35$  años). La distribución por nacionalidad en la población estudiada fue: españolas (n = 11; 18,6%); árabes (n = 32; 54,2%); Europa del Este (n = 6; 10,2%); africanas (n = 8; 13,6%) y sudamericanas (n = 2; 3,4%). La edad materna avanzada dentro de cada nacionalidad resultó: españolas (n = 3; 14,30%), árabes (n = 14; 66,7%), Europa del Este (n = 1; 4,8%), africanas (n = 3; 14,3%). Las sudamericanas no presentaron embarazos con edad materna avanzada. La distribución general respecto al índice de masa corporal (IMC) ha sido: sobrepeso (IMC 25-29,9): n = 16; 27,2%; obesidad tipo I (IMC 30-34,9): n = 23; 39,1%; obesidad tipo II (IMC 35-39,9): n = 4; 6,8%; obesidad tipo III (IMC  $\geq 40$ ): n = 1; 1,7%. De las 21 pacientes con edad materna avanzada, 8 (38,10%) tenían sobrepeso (2 eran españolas, 25%) y 11 (52,38%) tenían obesidad (ninguna española). Hay que destacar que dentro del grupo de sobrepeso había 9 árabes (56,25%) y dentro del grupo de obesidad había 16 (27,14%). Las nulíparas representaron el 27,1% (n = 16) y las multiparas el 72,9% (n = 43). 5 españolas (31,3%) eran nulíparas y 6 (14%) multiparas.

**Conclusiones:** La gran mayoría de las gestantes con PCR SARS-CoV-2 positiva de nuestro Centro son de nacionalidad árabe, además de ser el grupo que presenta la mayor tasa de edad materna avanzada, sobrepeso y obesidad. Existe una alta tasa de multiparidad en el grupo estudiado.

\*Formamos parte del Registro Nacional de Emergencias Obstétricas COVID y embarazo.

#### 559. IMPLICACIÓN DE LA INFECCIÓN MATERNA POR SARS-CoV-19 SOBRE EL CRECIMIENTO FETAL

Alexandra Bonmatí Santane, Clara Martínez Diago,  
María Pérez de Puig, Dunia Pérez del Campo,  
Montserrat Farré Reñe, Mireia Teixidor Nogueu,  
Agueda Rodríguez Vicente, Eduard Sala Hernández,  
María Elena Álvarez Castaño y Anna Maroto González

Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona, España.

**Palabras clave:** IgG. Retraso Crecimiento Fetal. Infección Leve.

**Introducción:** La infección por SARS-CoV-2 parece afectar a las gestantes de igual forma que al resto de mujeres de su edad. No presentan mayor riesgo de contraer la infección ni complicaciones graves, aunque los estudios son aún limitados. La infección materna por virus similares como SARS-CoV o MERS-CoV evidenció un mayor riesgo de restricción del crecimiento fetal pero esta asociación no se ha establecido aún con el SARS-CoV-19.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo caso-control en el que definimos "caso" como gestante con recién nacido con peso inferior a percentil 10. Se estudia la presencia de IgG en sangre materna, como diagnóstico de la infección durante la gestación, en el momento del parto a todas las gestantes incluidas en el estudio durante el tercer trimestre de la gestación con sospecha ecográfica de peso fetal estimado < P10 y a su respectivo control. Se definió como "control" a la gestante con peso del recién nacido superior a percentil 10. Asimismo se estudian otras variables que pueden afectar al crecimiento fetal.

**Resultados:** Se incluyen un total de 60 pacientes, todas ellas sin diagnóstico analítico previo de infección por coronavirus, con 6 casos de IgG positivos que representa un 10% de pacientes con infección por SARS-CoV-19, similar a la infección en la población general según datos del Ministerio de Sanidad. 3 gestantes positivas entre los 34 casos (8,82%) y 3 entre los 26 controles (11,54%). Lo que implica que no

se ha evidenciado un aumento en la tasa de infección por SARS-CoV-19 en los fetos afectados de retraso del crecimiento intrauterino de forma estadísticamente significativa. No hay diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en las variables estudiadas: edad materna, obesidad, presencia de hipertensión/preeclampsia, diabetes, paridad u otras variables de interés.

**Conclusiones:** La infección por SARS-CoV-19 en la gestante asintomática o paucisintomática, no parece afectar al crecimiento fetal. Esta información nos puede ayudar a establecer un mejor protocolo de seguimiento de las gestantes afectas o sospecha de SARS-CoV-19, así como a tranquilizar a las pacientes y a los profesionales de la salud.

## 662. IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID-19 EN LA ATENCIÓN MATERNO-FETAL EN UN HOSPITAL TERCIARIO

**Mª Soledad Vicen Melús,** Marta Ricart Calleja, Laia Pratcorona Alicart, Ivan Hurtado Lupiañez, Laia Vidal Sagnier, Nuria Grané Terrradas, Andrea Buil Tellache, Julià Álvarez Puig, Carmina Comas Gabriel y Sergio Martínez Roman

*Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, España.*

**Palabras clave:** Indicadores obstétricos. COVID-19.

**Introducción:** La pandemia COVID-19 ha supuesto un desafío sin precedentes en la atención materno-fetal. Aunque no hay evidencia clara sobre el riesgo de transmisión vertical, su impacto en términos de resultados perinatales es innegable, pero aún poco evaluado.

**Objetivos:** Análisis del impacto de la pandemia COVID-19 en la atención materno-fetal en nuestro centro.

**Material y métodos:** Descripción de los indicadores obstétricos más relevantes registrados durante el estado de alarma nacional y desescalada, así como en la segunda ola, debido a la pandemia de la COVID-19 (marzo-junio y octubre-diciembre 2020) y en comparación con las tasas registradas en el mismo periodo del año previo, en centro hospitalario terciario.

**Resultados:** Durante el periodo de análisis, con un incremento anual del 9% en los partos atendidos respecto al año previo, se observan cambios significativos en la práctica obstétrica. Se mantiene la tendencia histórica progresiva a reducir el intervencionismo obstétrico (tasa de instrumentación y episiotomía), aunque se observa un incremento significativo en la tasa de cesáreas e inducciones, especialmente al inicio de ambos periodos de pandemia, con tendencia a la recuperación progresiva a las cifras del mismo periodo del año previo. Se constata un incremento significativo en el número de altas coordinadas tempranas madre-neonato (< 36h), con disminución secundaria en la estancia media postparto, manteniendo la calidad asistencial, apoyo a la lactancia (con incremento de la tasa de lactancia materna al alta) y fomentando la autonomía del paciente. Se registra una variación del peso neonatal, con descenso del bajo peso (< 2.500 g) y aumento de la macrosomía (> 4.000 g), con recuperación posterior a los picos epidémicos. Los indicadores de morbilidad materna y neonatal se mantienen e incluso muestran tendencia a la mejora.

**Conclusiones:** Este año 2020 marcado por la gestión de la pandemia COVID-19, a pesar del incremento de actividad y la necesaria reorganización de nuestra práctica clínica habitual, hemos mantenido y mejorado algunos indicadores obstétricos más relevantes, sin modificaciones significativas en los resultados perinatales. Hay poca información publicada al respecto y no es uniforme. La relevancia de estos cambios hace imprescindible el análisis de hipotéticas causas multifactoriales, así como la oportunidad de plantear estrategias para mantener los indicadores con tendencia positiva y afrontar futuras situaciones de crisis sanitaria.

## 791. ANÁLISIS DEL RULEQ EN UN HOSPITAL TERCIARIO DURANTE EL CONFINAMIENTO (15-03/10-05)

Francisco José Camello Marqués, **Ignacio Cristóbal García,** Jorge Peñaloza Bustamante, Daniel Ladrón de Guevara Redondo, Ana Chacón García, Carlos Elvira Martínez y Miguel Ángel Herráiz Martínez

*Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.*

**Palabras clave:** Lista de espera quirúrgica. RULEQ. COVID-19.

**Introducción:** El 30 de enero de 2020, el brote de neumonía detectado en Wuhan es declarado Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional. El 1 de febrero de 2020, se diagnostica el primer caso de COVID-19 en España.

**Objetivos:** Analizar si el período de confinamiento decretado en España (15-03/10-05-2020) incidió de alguna forma en la evolución de la lista de espera quirúrgica (LEQ) de nuestro Servicio frente al mismo período del año anterior.

**Material y métodos:** A partir del Registro Unificado de Pacientes en Lista de Espera Quirúrgica (RULEQ), se analiza la evolución de la LEQ en las fechas citadas. Para ello, se tiene en cuenta el calendario laboral (en 2019 y en 2020 los días laborales (DL) fueron los mismos: 37).

**Resultados:** Se realiza un análisis observacional, longitudinal y retrospectivo de nuestra LEQ. Así, para el período 15-03 a 10-05, se obtiene que: en 2020 se incluyeron 51 pacientes (11 en marzo -22%, 33 -65%- en abril y 7 en mayo -14%-), con 27 días de actividad de inclusión (de los 32 días disponibles) frente a los 223 de 2019 (82 -37%- en marzo, 116 -52%- en abril y 25 -11%- en mayo), con inclusiones en lista de espera todos los días laborales. Las 51 inclusiones de 2020 se desglosan de la siguiente forma: 36 (71%) se diagnosticaron de cáncer de mama, 13 (25%) de otros tipos de cáncer ginecológico y 2 (4%) inclusiones fueron pacientes de obstetricia. Las 223 inclusiones de 2019 se desglosan así: patología mamaria (49 pacientes -22%-), Oncología ginecológica/patología vulvocervical (43 pacientes -19%-), reproducción asistida (40 pacientes -18%-) y ginecología general (101 pacientes -45%-).

**Conclusiones:** La suspensión de la actividad asistencial no oncológica, urgente/emergente ni relacionada con la COVID-19, supuso retrasos en la prestación de la asistencia sanitaria quirúrgica. En nuestro caso, la suspensión de la actividad quirúrgica no oncológica ha afectado principalmente a la Unidad de ginecopatología. La necesidad de priorizar los recursos provocó problemas de equidad en el acceso al sistema sanitario, al priorizar las patologías oncológicas, urgentes y la asistencia a los pacientes con COVID-19.

## 803. SIN MODIFICACIONES EN TASA DE CESÁREA DURANTE LA PANDEMIA EN EL HOSPITAL CAN MISSES

**Rodolfo Francisco Moreno Mira** y Raquel Gascón González

*Hospital Can Misses, Ibiza, España.*

**Palabras clave:** COVID-19. Gestación. Tasa de cesárea.

**Introducción:** La pandemia en el mundo arroja 105 millones de infectados y 2,3 millones de muertes. En Baleares 55.000 infectados y 655 fallecidos. En Ibiza, 9.065 infectados y 59 fallecidos. La pandemia ha cambiado la asistencia sanitaria también de la gestación. Sin más susceptibilidad a la infección puede haber más complicaciones obstétricas en enfermedad pulmonar severa con modificaciones de la atención al parto y la tasa de cesáreas como marcador de calidad asistencial a nivel obstétrico. Tasas iniciales altísimas de cesáreas en infectadas del 90,2 y 93%. 3, 4, 5.

**Material y métodos:** Análisis de 987 partos habidos entre el 1 de marzo de 2020 y el 31 de enero de 2021 y de las embarazadas infectadas por SARS-CoV-2. Se modificó la asistencia con cribado clínico

sistemático para posteriormente pasar al cribado mediante PCR rápida universal (GeneXpert® de Cepheid) de todos los ingresos y variación en los controles de las gestantes infectadas.

**Resultados:** Edad media  $32,6 \pm 5,5$ , con 294 (29,7%) > 35 años y 561 nulíparas (56,8%). 50 (5%) partos < 37 semanas de gestación y 14 (1,4%) embarazos múltiples. 885 sin comorbilidad y 40 (4%) con cesárea anterior. 207 (20,9%) inducciones de parto. Parto eutócicos y vaginales en 720 (72,9%), partos instrumentales en 143 (14,4%) con tasa de cesárea de 12,5%. Recién nacidos con peso < 2.500 gramos 7,3%, pH de arteria umbilical < 7,15 después del nacimiento de 50 (5%) y muertes perinatales de 5,06%. Las gestantes COVID fueron 96 con 63 gestantes actuales, 8 abortos espontáneos y una interrupción voluntaria del embarazo por polimalformación fetal. 24 pacientes han parido mediante 20 partos eutócicos y 4 cesáreas (16,6%). El 70% fueron positivas en los dos primeros trimestres. Curso de la infección asintomático o leve-moderado. 3 ingresos, 2 de ellos en planta y 1 en UCI. Tras parto 4 atonías uterinas. Cesárea electiva en 2 casos y otros 2 por riesgo de pérdida de bienestar fetal. Sin otras complicaciones.

**Conclusiones:** La pandemia puede suponer una variación en los estilos de práctica obstétrica. No confirmamos variación en la tasa de cesáreas con niveles similares a los existentes en los años prepandemia de 12,9% año 2018 o el 14,3% del 2019. Tampoco las gestantes afectadas por la infección COVID se apartan de lo descrito en la literatura.

## 820. REPORTE DE LOS RESULTADOS DE 120 GESTANTES CON PCR POSITIVA PARA SARS-CoV-2, HUIC

**Amanda de Labaig Revert**, María Guzmán Muñoz, Vicente Manuel Patiño Maraver y Pablo Tobias González

*Hospital Universitario Infanta Cristina, Parla, España.*

**Palabras clave:** Embarazo. Coronavirus 2019. Parto.

El municipio de Parla, en la Comunidad de Madrid, ha sido uno de los más afectados, con la segunda mayor incidencia acumulada respecto a los demás municipios de la Comunidad, 7.163,2 casos por cada 100.000 habitantes desde mayo hasta enero de 2021. Por tanto, creemos relevante documentar la casuística y las medidas llevadas a cabo en nuestro Hospital, en concreto, en el servicio de ginecología y obstetricia. En esta comunicación recogemos los resultados de 120 gestantes que dieron positivo en PCR para SARS-CoV-2, tanto asintomáticas como sintomáticas. Entre los cuales reportamos un caso de eclampsia, el tipo de parto que tuvo lugar en cada caso, también varios casos de preeclampsia, ya que empieza a existir evidencia de un mayor porcentaje de casos de esta patología relacionados con la infección por SARS-CoV-2; resultados neonatales y perinatales, malformaciones anatómicas detectadas durante los seguimientos ecográficos de diagnóstico prenatal, alteraciones en el crecimiento intraútero, edad gestacional al diagnóstico; así como, reportamos las gestantes que requirieron ingreso hospitalario y las que se controlaron de manera domiciliaria. Con todo ello queremos aportar toda nuestra experiencia en el Hospital Universitario Infanta Cristina, acerca de lo que hemos aprendido durante esta pandemia y todas las dudas que nos quedan por resolver en cuanto a las gestantes que padecen infección por SARS-CoV-2<sup>1,2</sup>. Hasta la fecha se han reportado pocos estudios, y hay pocos registros de gestantes que han padecido esta infección, siendo una población vulnerable a las infecciones respiratorias creemos conveniente aumentar la evidencia acerca del manejo de estas gestantes<sup>3-5</sup>.

## Bibliografía

1. Sentilhes L, et al. Coronavirus disease 2019 in pregnancy was associated with maternal morbidity and preterm birth. *Am J Obstet Gynecol.* 2020;223:914.
2. Schwartz DA, Graham AL. Potential maternal and infant outcomes from coronavirus 2019-NCoV (SARS-CoV-2) infecting pregnant women: Lessons from SARS, MERS, and other human coronavirus infections. *Viruses.* 2020;12.

3. Zaigham M, Andersson O. Maternal and perinatal outcomes with COVID-19: A systematic review of 108 pregnancies. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica.* 2020;99:823-9.
4. Di Mascio D, et al. Outcome of coronavirus spectrum infections (SARS, MERS, COVID-19) during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet.*

## 926. ¿EXISTE UNA MAYOR INCIDENCIA DE ÓBITO FETAL EN CONTEXTO DE COVID-19 EN LA GESTACIÓN?

**Berta Serrano Sánchez**, Pablo García Manau, Itziar García Ruiz, Anna Suy Franch y Elena Carreras Moratons

*Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España.*

**Palabras clave:** Óbito fetal. COVID-19. Gestación.

**Introducción:** La infección por SARS-CoV-2 en la gestación ha demostrado aumentar el riesgo de complicaciones maternas (tasa de hospitalización, ingreso en UCI, necesidad de ventilación mecánica, etc.), pero la literatura no refleja efectos deletéreos destacados en el feto. Aun así, en nuestro centro hemos recogido un total de cuatro casos de óbitos fetales en gestantes PCR SARS-CoV-2 positivas que podrían poner de manifiesto que las complicaciones de esta infección podrían no ser solo maternas.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo realizado en Sala de Partos de marzo 2020 a febrero 2021. Las variables categóricas se describen con frecuencias absolutas y relativas. Las variables continuas se describen con media y desviación estándar (DE) o mediana y rango intercuartílico (IQR) según si siguen o no una distribución normal.

**Resultados:** La edad gestacional mediana al diagnóstico de óbito fetal fueron 27 semanas de gestación (SG) (IQR: 25-29). La mitad era de origen marroquí. La edad materna mediana al parto fueron 31,5 años (IQR: 29,25-33,25). Tres pacientes eran primigestas y una quintigesta. Solo una paciente tuvo un COVID-19 sintomático con fiebre, tos y malestar general y condensaciones unilaterales en la radiografía de tórax, mientras que el resto de PCR fueron hallazgos casuales. Las dos pacientes diagnosticadas de COVID-19 previamente al óbito fetal, estaban correctamente tratadas con HBPM 40 mg/24h profiláctica de acuerdo con el protocolo de la SEGO. Por el momento solo contamos con los resultados de Microbiología (MB) y Anatomía Patológica (AP) de dos de las pacientes, siendo una PCR SARS-CoV-2 positiva en sangre de cordón y placenta y la otra en líquido amniótico (LA) y placenta. El estudio AP muestra en una de las placentas una marcada autólisis trofoblástica y en la otra numerosos infartos y hematomas. A destacar un caso de citomegalovirus en LA.

**Conclusiones:** Una mayor incidencia de óbitos fetales en contexto de infección por SARS-CoV-2 destaca por la importancia que podría tener de cara al manejo y asesoramiento de las gestantes con COVID-19. La presencia de infartos y necrosis placentaria y la presencia de PCR positivas en placenta y líquido amniótico ofrecen una hipótesis plausible de la causa de la muerte fetal. Serán precisos más estudios para validar esta hipótesis.

## 936. SARS-CoV-2 EN PARTOS EN EL ÁREA SANITARIA CON MÁS MORTALIDAD DE ESPAÑA POR COVID-19

**María León Molina**, Rosa Ana Garrido Esteban, Vanessa Aguilar Galán, Marina Martí Edo, Isabel María Consuegra Garrido, Luis Patiño Jiménez, Francisco Javier González Gasca, Carlos Andrés López de la Manzanara Cano y Victoria Muñoz Martínez

*Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España.*

**Palabras clave:** Embarazada. COVID-19. Partos.

**Introducción:** La comunidad médica ha asistido a una situación de emergencia asistencial y saturación de los servicios sanitarios es-



pecialmente grave en España provocada por COVID-19. Por otro lado, la infección por SARS-CoV-2 puede presentarse en embarazadas habiéndose descrito generalmente un curso benigno. Sin embargo, el manejo del parto y las implicaciones sobre los recién nacidos son menos conocidas.

**Objetivos:** Describir la incidencia de infección por SARS-CoV-2 en mujeres que van a parir en el área asistencial de Ciudad Real (España), región del país con mayor tasa de infección y mortalidad por habitantes por COVID-19. Además, se analizaron las implicaciones en el manejo del parto y en los recién nacidos.

**Material y métodos:** Desde el 20 de abril de 2020 hasta el 1 de febrero de 2021 se hizo PCR de exudado nasofaríngeo para SARS-CoV-2 a todas las mujeres que iban a parir en el Hospital General Universitario de Ciudad Real. Se recogieron variables de la madre y del recién nacido y se compararon las pacientes infectadas con el resto.

**Resultados:** Se registraron 1.080 partos de mujeres con edad media de  $32,3 \pm 5,6$  de las cuales 31 (3%) tuvieron PCR positiva para SARS-CoV-2. Solo 2 (6,4%) pacientes tuvieron neumonía bilateral requiriendo ingreso en UCI una de ellas, el 13% síntomas leves y el resto fueron asintomáticas. No hubo diferencias entre los antecedentes médicos entre ambos grupos de pacientes. Con respecto al manejo del parto, no hubo diferencias en pacientes sometidas a inducción (25,8% en pacientes con PCR positiva vs 36,8% en el resto) ni tampoco en la tasa de cesáreas y de parto instrumental (19,4% vs 25,3%; 16,1% vs 18,5% respectivamente;  $p = 0,6$ ). Ningún recién nacido tuvo PCR positiva. Los nacidos de pacientes con COVID-19 presentaron pH más bajo ( $7,25 \pm 0,66$  vs  $7,29 \pm 0,78$   $p = 0,002$ ) sin diferencias en puntuación Apgar ni en el peso. El 12,9% de las mujeres con COVID-19 no hicieron lactancia materna frente al 4,1% de las no infectadas ( $p = 0,005$ ).

**Conclusiones:** En un área con alta tasa de infección y mortalidad por COVID-19, la incidencia en embarazadas fue baja y la infección por SARS-CoV-2 no se asoció con diferencias en el manejo del parto si con menor pH fetal y menor práctica de la lactancia materna.

## 949. RIESGO DE INGRESO EN GESTANTES CON INFECCIÓN POR COVID-19

**Laura Santana Amatriain**, Alejandra Mariño Noya, Nerea Puga González, Verónica Simón Cid, Nadia Magallanes Peláez, Beatriz Rivadeneira Rodríguez, Elena Marín Ortiz, Emilio Couceiro Naveira, Carlos López Ramón y Cajal y Mercedes Fernández Marta

Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, España.

**Palabras clave:** Gestación. Hospitalización. COVID-19.

La pandemia mundial originada por el SARS-CoV-2, causante de la infección COVID-19, asocia peores resultados y mayor morbimortalidad en algunos grupos de pacientes, entre los que se incluyen las mujeres embarazadas. Durante la gestación se producen una serie de alteraciones inmunitarias que se relacionan con mayor riesgo de formas graves de la infección, mayor porcentaje de ingreso hospitalario en comparación con mujeres de la misma edad no embarazadas, mayor riesgo de evolución a situaciones clínicas críticas, que requieren ingreso en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) (1-3%). Se realizó un estudio transversal prospectivo en el Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo desde marzo de 2020 hasta la actualidad. El objetivo principal del estudio fue conocer la tasa de ingreso de las gestantes COVID-19 de nuestra área sanitaria. El objetivo secundario fue hacer un análisis descriptivo de las características de la infección de estas mujeres, analizando variables como el tratamiento administrado o la vía del parto. Obtuvimos una  $n$  de 77 gestantes con infección por SARS-CoV-2. La edad media fue de 33 años y en la mayoría de los casos la infección tuvo lugar en el tercer trimestre de gestación. Del total el 15,6% precisaron ingreso hospitalario, no siendo preciso el ingreso en Unidad de

Cuidados Intensivos en ninguno de los casos. En cuanto al tratamiento recibido, el 1,3% precisó de antibioterapia, el 3,9% de antivirales y el 3,9% de corticoterapia. En el 68,8% de los casos se realizó un tratamiento con heparina de bajo peso molecular (HBPM). El 75% de los nacimientos fueron por vía vaginal. A pesar de los datos publicados y presentar un mayor riesgo de complicaciones en la gestación, la buena situación clínica de nuestras gestantes nos permitió un manejo conservador, permitiendo que la vía vaginal fuera la opción mayoritaria. Estos tienen lugar en una unidad de trabajo parto y recuperación con presión negativa. El porcentaje de HBPM del 68,8%, es un dato sesgado por la ausencia de recomendación de profilaxis antitrombótica universal al inicio de la pandemia. Desde el 17 de junio de 2020 todas las gestantes con infección por SARS-CoV-2 reciben su pauta de HBPM. En conclusión, hasta la fecha, nuestra tasa de ingreso en UCI es del 0%, con un 75% de parto por vía vaginal.

## 957. VIVENCIA DEL EQUIPO MÉDICO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA ANTE LA PANDEMIA SARS-CoV-2

**Gabriela Moreano Pérez**, María Soledad Vicen Melus, Anna Guasch Ferre, Marta Ricart Calleja, Antoni Tarrats Oliva, Carmina Comas Gabriel y Sergio Martínez Roman

Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, España.

**Palabras clave:** SARS-CoV-2. Gestión de crisis. Vivencia personal.

**Introducción:** La pandemia de SARS-CoV-2 ha generado una situación compleja en el entorno sanitario con un impacto claro sobre el personal de salud.

**Objetivos:** Valorar la experiencia del personal médico del servicio de G&O del HUGTIP ante la primera ola de la pandemia, como centro hospitalario terciario y referente territorial de esta condición.

**Material y métodos:** Se realizó una encuesta al personal médico de G&O en mayo-junio 2020, con relación al impacto de la pandemia de SARS-CoV-2, dividido en 5 bloques. El bloque de vivencia personal realizó 3 preguntas con respuesta de escala analógica 0-10. La Dinámica de equipo y Gestión de crisis se valoró con 2 preguntas con el mismo sistema de respuesta, respectivamente. Los bloques de Aprendizaje y Necesidades y Prioridades se valoraron con preguntas de respuesta libre. De 31 que recibieron la encuesta, 23 la respondieron en su totalidad (77%).

**Resultados:** En el bloque de Vivencia personal se valoró el estado emocional del personal, encontrando un grado medio de pena/tristeza ante la situación de 5/10, de angustia/miedo (5/10), de cansancio (6/10), de preocupación (6/10) y sensación de ser imprescindible ante la situación (8/10). En Dinámica en equipo se valoró la preparación y cohesión del equipo (4/10) y si se consideraba una peor cohesión de equipo previa a la pandemia (5/10). En Gestión de crisis se estratificó la percepción del personal frente al manejo de la pandemia por parte de las autoridades sanitarias estatales (4/10), catalanas (5/10), hospitalaria (7/10), del servicio (8/10) y equipo humano del servicio (8/10). Se consideró mejorable la previsión de la pandemia, la adquisición de EPIS y la difusión de información. En el bloque de Aprendizajes se destacó la capacidad de adaptación, el trabajo en equipo y la coordinación profesional; y se identificaron prácticas asistenciales innecesarias y las que deberían incorporarse o potenciarse (altas precoces, recursos telemáticos, coordinación con atención primaria). En el último bloque se identificaron las necesidades prioritarias inmediatas (recursos, renovación de instalaciones, quirófanos y ampliación de área de CCEE).

**Conclusiones:** La experiencia colectiva vivida es una oportunidad para analizar, tomar conciencia y prepararnos para situaciones de crisis. La situación emocional del servicio de G&O no parece excesivamente afectada, a diferencia de la cohesión como equipo, a pesar de cierta satisfacción en la percepción de la gestión de la crisis del servicio y hospital



## 959. INFLUENCIA DE LA INFECCIÓN POR COVID-19 EN EL PARTO Y EN LOS RESULTADOS PERINATALES

**Alejandra Mariño Noya**, Laura Santana Amatriáin, Verónica Simón Cid, Ezequiel Cardoso González, Beatriz Rivadeneira Rodríguez, Mercedes Fernández Marta, Nadia Magallanes Peláez, Laura González Rodríguez, Emilio Couceiro Naveira y Carlos López Ramón y Cajal

*Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, España.*

**Palabras clave:** COVID-19. Parto. Neonatos.

El nuevo coronavirus SARS-CoV-2 ha provocado una emergencia sanitaria global causando desde una infección asintomática a una infección grave; siendo la evidencia todavía limitada, especialmente en el embarazo. Aunque hasta el 60% de gestantes son asintomáticas, la inmunosupresión fisiológica del embarazo y las alteraciones en la mecánica ventilatoria constituyen un factor de riesgo para el desarrollo de neumonía. También es un factor de riesgo de resultados obstétricos adversos, como la rotura prematura de membranas pretérmino y la prematuridad, el bajo peso al nacer, la muerte fetal intraútero y el aumento de la tasa de cesáreas entre otras. La mayoría de estudios concluyen que no existe riesgo aumentado de transmisión vertical. En cuanto a los resultados perinatales, la evidencia hasta el momento no identifica un mayor riesgo de resultados adversos en estos recién nacidos. Se identifica un riesgo del 5% de complicaciones, en su mayoría derivadas principalmente de la prematuridad (38% en algunos estudios). Se realizó un estudio transversal prospectivo en el Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo, desde marzo de 2020 hasta la actualidad. El objetivo principal fue describir la vía de parto en nuestras gestantes con infección por SARS-CoV-2. El objetivo secundario, conocer los resultados perinatales, poniendo especial atención a la tasa de prematuridad. Nuestro tamaño muestral fue de 77 gestantes. La edad gestacional media en el momento del parto fueron 39 semanas. Obtuvimos una tasa de prematuridad del 8,3%. La vía vaginal fue la mayoritaria en nuestra población, con un 70% de partos eutócicos. En cuanto a las variables perinatales analizadas, el peso medio al nacimiento fue de 3.102 gramos. Se obtuvo un Apgar 10 a los 5 minutos en el 100% de los casos. El valor medio del pH arterial fue de 7,26. El 19,4% de recién nacidos requirieron de ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos. Todos los recién nacidos presentaron PCR SARS-CoV-2 negativas. La buena situación clínica de nuestras gestantes con infección COVID-19, permitió un manejo conservador en el momento del parto, siendo este por vía vaginal en la mayoría de los casos. Obtuvimos una tasa de transmisión vertical del 0%, sin un incremento de la tasa de complicaciones perinatales. La tasa de prematuridad en nuestra área sanitaria es inferior a la publicada por otros grupos de trabajo.

## 967. FACTORES DE RIESGO EN GESTANTES CON INFECCIÓN COVID-19 DEL ÁREA SANITARIA DE VIGO

**Laura Santana Amatriáin**, Alejandra Mariño Noya, Mercedes Fernández Marta, Helena Losa Puig, Javier Santos Hernández, Nadia Magallanes Peláez, Ezequiel Cardoso González, Verónica Simón Cid, Emilio Couceiro Naveira y Carlos López Ramón y Cajal

*Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, España.*

**Palabras clave:** Riesgo. COVID-19. Gestación.

La pandemia causada por el coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19), se asocia con peor pronóstico en determinados grupos poblacionales como las embarazadas. La gestación se asocia a un mayor riesgo de infección severa respecto a la población general, debido a los cambios fisiológicos propios de esta como la inmunosupresión y la disminución de la capacidad ventilatoria. Cuando a esta situación se le asocian factores como la edad materna avanzada, el índice de masa corporal

(IMC) elevado, la hipertensión arterial, la diabetes pregestacional o las técnicas de reproducción asistida, el riesgo se incrementa. Se realizó un estudio transversal prospectivo. Se seleccionaron las gestantes con infección por SARS-CoV-2 en el área sanitaria de Vigo. El objetivo principal fue conocer la prevalencia de comorbilidades y factores de riesgo en nuestra población a estudio. Se estudiaron variables sociodemográficas como: la edad materna, el índice de masa corporal (IMC), la patología respiratoria (asma y EPOC), La diabetes mellitus pregestacional y la hipertensión arterial pregestacional. Se obtuvo un total de 77 gestantes, con una edad media de 33 años. El 18,92% de las gestantes presentaron un IMC > 30 al inicio del embarazo. Solo el 6,49% tenían hábitos tóxicos. La prevalencia de comorbilidades asociadas fue baja. El 5,19% presentaba patología respiratoria (asma y EPOC) previa a la gestación, el 3,89% diabetes mellitus pregestacional y el 2,59% hipertensión arterial pregestacional.

**Conclusiones:** La prevalencia de comorbilidades asociadas a la gestación en nuestra área sanitaria fue baja. El porcentaje de pacientes obesas, con patología respiratoria y diabetes en nuestro centro fue menor que en otros grupos.

## 975. MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA INFECCIÓN POR COVID-19 DURANTE LA GESTACIÓN

**Alejandra Mariño Noya**, Laura Santana Amatriáin, Nadia Magallanes Peláez, Helena Losa Puig, Elena Marín Ortiz, Javier Santos Hernández, Nerea Puga González, Laura González Rodríguez, Emilio Couceiro Naveira y Carlos López Ramón y Cajal

*Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, España.*

**Palabras clave:** COVID-19. SARS-CoV-2. Embarazo.

La infección por el coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) es una emergencia de salud pública, declarada pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en marzo de 2020. Aunque hasta en un 75% de los casos la infección puede ser asintomática, la gestación se asocia a un mayor riesgo de infección severa respecto la población no gestante, especialmente en el tercer trimestre y cuando se asocian factores de riesgo como: la edad materna avanzada, el índice de masa corporal (IMC) elevado, la hipertensión arterial, la diabetes pregestacional o las técnicas de reproducción asistida. Otros, como los cambios fisiológicos propios del embarazo, la inmunodepresión o la disminución de la capacidad ventilatoria, pueden incrementar este riesgo de malos resultados. El 15% de estos casos evolucionan a formas graves y el 4% de gestantes infectadas puede requerir ingreso en unidad de cuidados intensivos (UCI), con necesidad de ventilación invasiva en un 3%. Se realizó un estudio transversal prospectivo desde el inicio de la pandemia en marzo de 2020 hasta la actualidad, en el Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo. Seleccionamos las gestantes con PCR positiva para SARS-CoV-2. El objetivo principal fue conocer las manifestaciones clínicas y analíticas más prevalentes. Como objetivo secundario hacer una comparativa de nuestra población con los datos publicados hasta la fecha de otros grupos. En un total de 77 gestantes, la edad media fue de 33 años. La tasa de hospitalización fue del 15,6% y no se produjo ningún ingreso en UCI. La mayoría presentó clínica leve (67,53%). Los síntomas referidos más frecuentes fueron la rinorrea (35,1%), las mialgias (33,8%) y la tos (32,5%). Dentro de las pruebas complementarias, se evidenció una neumonía por pruebas de imagen en un 9,1% de los casos. En cuanto a las alteraciones analíticas, las más prevalentes fueron la linfopenia (19,5%) y la alteración del perfil hepático (13%). Debido a un mayor riesgo de evolución tórpida de la infección, las gestantes son consideradas población de riesgo. Si bien es cierto, nuestra población de gestantes ha presentado una evolución clínica muy favorable, sin llegar a alcanzar las tasas de necesidad de ingreso en UCI publicadas por otros grupos de trabajo (4%). Como conclusión, en nuestra población la sintomatología leve fue la más prevalente, siendo la rinorrea

la más frecuente, seguida por las mialgias y la tos. Ninguna de nuestras mujeres requirió ingreso en UCI.

#### 1046. EFECTO DEL ESTADO DE ALARMA POR COVID-19 SOBRE EL NÚMERO DE PARTOS EN SEVILLA

**Jara Gallardo Martínez<sup>1</sup>**, Jose Luis Arias Fernández<sup>2</sup>, Aida Tomaizeh Gómez<sup>3</sup>, Manuel Pantoja Garrido<sup>1</sup>, José Luis Barroso Castro<sup>1</sup>, Rosa Ostos Serna<sup>3</sup>, Lucas Ángel Cerrillos González<sup>2</sup>, Guillermo Antiñolo Gil<sup>2</sup> y Juan Carlos García Lozano<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España. <sup>2</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España. <sup>3</sup>Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla, España.

**Palabras clave:** Tasa de natalidad. Pandemia COVID-19. Estado de alarma.

**Introducción:** El 14 de marzo de 2020, tras haberse declarado pandemia global la infección por SARS-CoV-2, el gobierno de España declara al país en estado de alarma. Ello obliga al confinamiento domiciliario estricto durante 6 semanas. La pandemia COVID-19 ha afectado la salud física y mental de la población, así como a las relaciones sociales, lo que puede influir negativamente en la tasa de natalidad. La evolución de la tasa de natalidad durante las pandemias acontecidas a lo largo de la historia muestra un patrón típico: una caída inicial importante, seguida de una recuperación progresiva y posteriormente, un “baby boom”.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio multicéntrico observacional retrospectivo. Se ha obtenido el número de partos ocurridos 40 semanas más tarde del inicio del estado de alarma hasta el 31 de enero de 2021. Dichos datos han sido comparados con los partos ocurridos en el mismo periodo del año anterior, así como con el global de los años 2019 y 2020. Los datos corresponden a los 3 hospitales públicos de la ciudad de Sevilla: Hospital Universitario Virgen del Rocío, Virgen de la Macarena y Virgen de Valme.

**Resultados:** El total de partos de los 3 hospitales públicos de la ciudad de Sevilla en 2019 fue de 9.813 y en 2020 de 9.367, observándose una tendencia a la baja del 2% que ya viene demostrándose desde años previos. Al analizar los partos ocurridos 40 semanas más tarde del inicio del estado de alarma hasta el 31 de enero de 2021 (56 días en total), se objetiva una reducción del 15,75% con respecto a la misma franja temporal del año anterior. De 1.447 se reduce a 1.219 partos totales, de 25,85 partos al día a 21,77. Los partos esperables en esa franja habrían sido 1.417, es decir, 25,3 partos al día.

**Conclusiones:** Se demuestra un efecto negativo del estado de alarma por la pandemia COVID-19 sobre la natalidad en la ciudad de Sevilla. Esto coincide con lo ocurrido en las diferentes pandemias a lo largo de la historia, que presentaron una caída brusca inicial de la tasa de natalidad. Los datos corresponden a las gestaciones concebidas en los 56 primeros días del estado de alarma, posteriormente la tendencia podría variar.

**Conclusiones:** El impacto de la SARS-CoV-2 en la fertilidad aún es desconocido, pero la declaración de la pandemia a principios de 2020 parece haber tenido un efecto negativo sobre la tasa de natalidad. El seguimiento de su evolución y el análisis de otros factores que puedan afectarla será importante para aportar nuevas evidencias.

#### 1106. INFECCIÓN CONGÉNITA POR CMV EN PACIENTE COVID-19+

**Susana Soldevilla Pérez**, Sara Montes de Oca González y Rocío Ales Canales

Hospital Universitario Jerez de la Frontera, Jerez, España.

**Palabras clave:** Infección congénita. CMV. COVID-19.

**Caso clínico:** Paciente de 28 años sin AP de interés. O Rh positivo. Presenta infección por COVID-19 en semana 23 de gestación. En control ecográfico 24+5 sg se detecta ascitis fetal, hepatomegalia con calcificaciones puntiformes. Serología CMV IgG e IgM positivas. Se realiza estudio de CMV en líquido amniótico a las 26 sg cuyo resultado es PCR CMV positivo (68,513.653 copias/ml). RMN fetal: Hallazgos sugestivos de malformación de la migración y la organización cortical cerebral. Pequeña imagen sugestiva de microcalcificación periventricular. Hepatomegalia. Ascitis fetal. La paciente desea ILE que se realiza tras informe favorable Comité de Ética Provincial a las 30 sg. Informe necropsia: feto varón de 1.540 g de peso. Al estudio microscópico muestra necrosis visceral generalizada con afectación más grave de hígado y bazo y más localizada en pulmones donde aparecen elementos sugestivos de CMV.

#### 1114. IMPACTO DEL COVID-19 EN GESTANTES EN EL HOSPITAL VALL D'HEBRON

**Judit Gil Cuevas<sup>1,2</sup>**, Berta Serrano Sánchez<sup>1,2</sup>, Nerea Maiz Elizaran<sup>1,2</sup> y Anna Suy Franch<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España.

<sup>2</sup>Gesta-COVID-19 Collaboration Group, España, España.

**Palabras clave:** COVID-19. Gestación. Lactancia materna.

**Introducción:** La gestación representa un estado de vulnerabilidad frente a determinadas infecciones, y la información acerca de la pandemia por COVID-19 en la gestación es aún reciente. Debido a la necesidad de aportar evidencia científica sobre el impacto de la infección en la gestación y viceversa hemos evaluado los resultados materno-fetales desde el inicio de la pandemia.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio observacional prospectivo. Se han incluido un total de 135 gestantes con PCR SARS-CoV-2 positivo entre marzo y octubre de 2020. Las variables categóricas se describen con frecuencias absolutas y relativas. Las variables continuas con mediana y rango intercuartílico (IQR).

**Resultados:** La mediana de edad al diagnóstico es 32 años y la edad gestacional al parto 29 semanas de gestación (sg) (IQR: 19-37). La proporción entre caucásicas (45%) y latinoamericanas (42%) es similar; así como entre primíparas (53%) y multiparas (47%). El 25% fueron sintomáticas y la clínica mayoritaria incluía fiebre (65%), tos (63%), astenia (40%), neumonía (40%) y mialgias (31%). Se reportaron un 20% de complicaciones obstétricas, a destacar preeclampsia (5%) y retraso del crecimiento intrauterino (4%). Se realizaron radiografías de tórax al 60%, 56% de los cuales mostraban signos de neumonía (38% unilateral y 62% bilateral). Solo el 3% requirió un TAC torácico. Los principales hallazgos analíticos fueron leucopenia (5%), linfopenia (48%), elevación del dímero-D (92%), de IL6 (82%), de PCR (76%), de ferritina (15%) y transaminitis (16%). El 53% necesitó hospitalización, de mediana 5 días. El 9% requirió ingreso en UCI, de mediana 9 días. El principal tratamiento en la primera ola fue oxigenoterapia (35%), Kaletra (27%) y cloroquina (30%). Ninguna muerte materna reportada. La mediana de edad gestacional al nacimiento fueron 39 sg (IQR 38-40). Solo un 3% se finalizó por infección COVID-19. La ratio de prematuridad (< 37s) fue del 8%. El 63% fueron partos vaginales y el 37% cesáreas. La mayoría realizó piel con piel (95%) y lactancia materna (97%). Se registró solo un 3% de Apgar < 7 a los 5 min y un caso de PCR nasofaríngea positiva en el neonato.

**Conclusiones:** El impacto del COVID-19 en la gestación y viceversa está todavía en estudio. En nuestro hospital hemos atendido a más de 135 gestantes afectas. Destacamos las altas de lactancia materna y contacto piel con piel, así como el hecho que la tasa de prematuridad y de cesáreas es similar a la habitual en nuestro centro.

## 1128. ATENCIÓN MATERNOFETAL ANTE LA PANDEMIA COVID-19 EN HOSPITAL TERCIARIO: REORGANIZACIÓN

**Anna Guasch Ferre<sup>1</sup>**, Gabriela Moreano Pérez<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> Soledad Vicen Melús<sup>1</sup>, Ivan Hurtado Lupiañez<sup>1</sup>, Laia Pratcorona Alicart<sup>1</sup>, Julià Álvarez Puig<sup>1</sup>, Marta Ricart Calleja<sup>1</sup>, María Nadales Borràs<sup>2</sup>, Carmina Comas Gabriel<sup>1</sup> y Sergio Martínez Roman<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, España. <sup>2</sup>Atenció Primària Metropolitana Nord, Badalona, España.

**Palabras clave:** Atención maternofoetal. Pandemia. Reorganización.

**Introducción:** La pandemia por SARS-CoV-2 ha supuesto un gran reto sanitario por el desconocimiento médico de la infección y las consecuencias de reorganización asistencial que comporta su aparición.

**Objetivos:** Describir el impacto de la pandemia en la organización del servicio de Obstetricia de un hospital terciario de la Gerencia Territorial Metropolitana Norte (GTMN, Catalunya), centro de referencia territorial de gestantes con infección por SARS-CoV-2.

**Material y métodos:** Analizar los cambios implementados como adaptación a la nueva situación de pandemia a nivel hospitalario y en coordinación con el territorio.

**Resultados:** Adaptación continuada a la situación de pandemia, con despliegue de planes de contingencia, priorizando la preservación de profesionales de atención maternofoetal, por definición no diferible. Referentes territoriales de gestación con COVID (corona 1 y 2 de GTMN). Coordinación con atención primaria, derivando la atención de riesgo bajo/medio preservando la atención del terciarismo hospitalario. Aumento de actividad obstétrica (incremento del 9% de partos, 1821 en 2020), superior al objetivado en los últimos años, atribuible a la derivación territorial de gestantes con COVID-19 y a la reordenación territorial de la asistencia al parto. Nuevo espacio de aislamiento respiratorio en parto y puerperio para diferenciar circuitos COVID del resto. Consulta específica de gestantes con COVID-19. Protocolo de gestación y COVID, dando respuesta a nuevas condiciones y complicaciones. En 2020 son atendidas 118 gestantes con COVID-19, con buen resultado perinatal. Liderazgo en indicación y recomendación de cribaje universal con PCR-SARS-CoV-2 en gestantes de parto e ingresos obstétricos (desde 30/03/2020), con prevalencia media de PCR en asintomáticas del 2% y tasas mayores coincidiendo con las 2 olas (marzo y octubre 2020).

**Conclusiones:** A pesar del aumento en actividad asistencial y la referencia territorial de gestantes afectas de COVID-19, la coordinación con atención primaria ha permitido preservar la atención de terciarismo, potenciando el seguimiento telemático y racionalizando las visitas en n.º y eficiencia. Estos cambios suponen una oportunidad para implementar nuevas tecnologías que permiten formas de atención no presencial, disminuir y racionalizar visitas y adaptar el conocimiento adquirido en la creación de protocolos, procedimientos y circuitos seguros y eficientes, preparados para afrontar situaciones de crisis de presente y futuro.

## 1155. RESULTADOS PERINATALES EN EMBARAZADAS COVID-19 POSITIVAS

**Carla Gómez Ortiz**, Isabel Durán Castellanos, Mohamed Al Banyahyati, Manuel Lozano Vidal e Isabel Corrales Gutiérrez

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

**Palabras clave:** Coronavirus. Embarazo. Resultados perinatales.

**Introducción:** La OMS declaró en marzo del 2020 la enfermedad causada por el SARS-CoV-2 como pandemia. Las infecciones virales en el embarazo en general y por el SARS-CoV-2 en particular, producen un aumento de complicaciones obstétrico-perinatales. Con la evidencia

disponible, esta infección en las gestantes cursa sin síntomas con frecuencia. Pero, cuando cursa con síntomas, la proporción de gestantes con enfermedad grave es mayor. La edad materna y un IMC elevado, hipertensión crónica y la diabetes pregestacional se asocian a gravedad. El objetivo es analizar y describir con la información consultada, el efecto de esta infección en resultados obstétricos y perinatales.

**Material y métodos:** Búsqueda bibliográfica en base de datos PubMed desde marzo 2020-enero 2021. Palabras clave: Coronavirus, Pregnancy, Perinatal outcomes. Se obtuvieron 133 artículos, seleccionando 7, por la calidad científica y adecuación.

**Conclusiones:** La infección por SARS-CoV-2 se ha asociado con una tasa más elevada de parto prematuro, cesárea y muerte perinatal, sin diferencias significativas con otros resultados. Actualmente, con la evidencia disponible no se ha podido demostrar la transmisión vertical. El resultado perinatal adverso más frecuente fue el parto prematuro (previo a la semana 37), con porcentajes que varían del 17% al 42%. Aunque no se conoce claramente la etiopatogenia, algunos estudios sugieren que el estado proinflamatorio de la infección vírica junto con la finalización de la gestación de forma yatrogénica podrían estar implicados. El parto por cesárea también es más común representando en algunos estudios el 92%. Al inicio de la pandemia se observó un rápido aumento de la tasa de cesárea, posiblemente debido a la falta de evidencia científica y de recomendaciones sólidas. Las indicaciones de finalizar la gestación mediante cesárea fueron: cesárea previa, baja saturación materna de oxígeno, asociación con preeclampsia, rotura prematura de membranas y riesgo de pérdida de bienestar fetal. El porcentaje de ingresos de neonatos de madres afectas fue aproximadamente 3 veces mayor en comparación con los de madres sanas. En conclusión, el aumento en la tasa de cesárea, de parto pretérmino y una mayor frecuencia de ingresos de neonatos son los resultados más relevantes del efecto de la infección por SARS-CoV-2 en la gestante y el neonato. Debido a la corta duración de la pandemia, se necesitan más estudios que evalúen a gestantes en cada trimestre para obtener conclusiones sólidas.

## 1212. CASUÍSTICA DE LA INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 EN GESTANTES DE LA PROVINCIA DE HUELVA

**Sara Martínez Palazón**, Patricia Núñez Martín, Blanca Buezas Jiménez y Ana Sillero Castillo

Ginecología y Obstetricia, Huelva, España.

**Palabras clave:** Transmisión vertical. Gestación. COVID-19.

La infección por SARS-CoV-2, es una emergencia de salud pública, declarada pandemia por la OMS. Su transmisión, entre personas por gotas de flügge, a través de un contacto directo con una persona infectada o por superficies contaminadas. Según la bibliografía, parece no existir transmisión vertical, ni presencia de virus en fluidos genitales ni leche materna. No se ha visto mayor susceptibilidad para contraer la infección en mujeres embarazadas, ni mayor tasa de complicaciones. Tampoco se ha descrito un mayor riesgo de abortos, pérdidas gestacionales, ni defectos congénitos, lo que sí se ha evidenciado es un incremento de partos prematuros, CIR, y pérdidas de bienestar fetal intraparto. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de las gestantes diagnosticadas de COVID, en la provincia de Huelva desde marzo 2020 hasta enero de 2021, contabilizándose un total de 121 gestantes. Edad media 31 años (14-43). En relación a factores de riesgo, 5 de ellas sufrían patología previa respiratoria. 26 gestantes (21,5%) del total, eran fumadoras. En relación al trimestre de la gestación en la que se contrajo la infección, 31 gestantes (26,6%) se infectaron antes de la semana 12+6, 38 mujeres (31,4%) en el segundo trimestre, 51 pacientes (42,1%) en el último trimestre de la gestación; infectándose una única paciente durante el puerperio. La mayoría de ellas, 80 gestantes (66,1%) tuvieron síntomas leves, 2 gestantes sufrieron una sintomatología moderada y 3 gestantes (2,5%) cursaron con neumonía grave, una



de ellas precisando ingreso en UCI. El resto de gestantes, un total de 36 (29,8%) fueron asintomáticas. De las 121 gestantes COVID positivo, 37 (30,6%) han finalizado ya su gestación, 36 siguiendo el curso habitual del embarazo, y solo una de ellas precisó finalización mediante cesárea urgente por desestabilización materna a causa de la infección. 25 (70%) tuvieron parto vaginal, y 12 cesárea. 19 de las 37 (51%), cursaron con infección activa en el momento del parto. 108 gestantes (89,3%) realizaron tratamiento con heparina, dependiendo la duración de la tromboprofilaxis de los factores de riesgos. La duración media: 15 días (7-76). De todas las gestantes positivas durante la gestación, 14 placetas se enviaron a anatomía patológica para su estudio, sin objetivarse presencia del virus en ninguna de ellas, pero sí fenómenos trombóticos. Ninguno de los 37 recién nacidos (4 pretérminos) obtuvo PCR positiva, lo que sugiere la no transmisión vertical de la infección.

## 1216. NEUMONÍA BILATERAL POR SARS-CoV-2 HIPOXÉMICA EN EL PUERPERIO

**Patricia Núñez Martín**, Sara Martínez Palazón, Blanca Buezas Jiménez y Elena Pérez López

*Ginecología y Obstetricia, Huelva, España.*

**Palabras clave:** Puerperio. Neumonía bilateral hipoxémica. COVID-19.

**Caso clínico:** Puérpera de 41 años, que acude a urgencias por cefalea, tos, disnea y vómitos. Afebril Natural de Marruecos. Antecedentes personales: neutropenia en estudio. Anemia ferropénica. Antecedentes obstétricos: cuatro partos eutócicos. El último de ellos 10 días antes del inicio de los síntomas, siendo la PCR negativa al ingreso. Lactancia materna. Exploración: buen estado general. Bien hidratada y perfundida. Saturación oxígeno en sangre 95% con gafas nasales a 2 litros por minuto. Auscultación cardiorrespiratoria anodina. Pruebas complementarias: analítica al ingreso: hemoglobina 14,8 g/dl. 4.500 leucocitos (3.570 neutrófilos, 910 linfocitos), 233.000 plaquetas. Tiempo de protrombina: normal. Tiempo de tromboplastina parcial activado 1,26. Dímero D 1.042. Glucosa 113. Lactato deshidrogenasa 460. Aspartato transaminasa 26. Proteína C reactiva 177. Antígeno Legionella y neumococo: negativa. PCR SARS-CoV-2 positiva. Radiografía de tórax: neumonía bilateral en contexto de SARS-CoV-2. Plan de actuación: ingreso para observación y tratamiento: dexametasona 6 mg/24 h v.o. y heparina dosis terapéuticas. Durante el ingreso hospitalario (7 días) la paciente evoluciona favorablemente, manteniendo saturaciones de oxígeno > 97%, con oxigenoterapia a bajo flujo. Se realiza posterior control radiológico no demostrando progresión de la neumonía y buena evolución analítica por lo que se procede al alta. Se realiza PCR al recién nacido, resultando esta positiva, por transmisión horizontal, generando ansiedad materna. Al alta: continuó 10 días con aislamiento, dexametasona 6 mg/24h y enoxaparina 40 UI/24h.

**Conclusiones:** El estado de hipercoagulabilidad fisiológico durante el puerperio puede verse agravado por la infección por SARS-CoV-2, de ahí su importancia de extremar las precauciones en relación a las medidas preventivas necesarias para evitar el contagio. Así mismo se destaca la importancia de explicar de manera clara y concisa a la madre los cuidados precisos para salvaguardar la salud del recién nacido.

## 1303. COVID-19 Y OBSTETRICIA: NUESTRA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA ZARZUELA

**Jose Alberto Bustos Rojo**, Marina Carrascoso Altares, Lucía Cilleruelo García, Guillermo Fernández Couto, Elisa María Díaz de Terán Martínez Berganza, Ana Isabel Prieto Amorin, Fernando Salazar Burgos y Antonio Jesús Hernández Sánchez

*Hospital Universitario Sanitas La Zarzuela, Madrid, España.*

**Palabras clave:** COVID-19. Obstetricia. Gestación.

**Objetivos:** Describir las características y complicaciones tanto de la gestación como del parto y puerperio de las gestantes con infección por SARS-CoV-2 en el Hospital Universitario Sanitas La Zarzuela desde abril 2020 hasta enero 2021.

**Material y métodos:** Presentamos un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de las gestantes COVID-19+ diagnosticadas entre 4/2020 y 2/2021. Se procedió a analizar los datos relacionados con la gravedad de la infección, su influencia en el curso de la gestación y los resultados obstétricos en estas gestantes, entre otras.

**Resultados:** Desde 4/2020 a 2/2021, nuestra Unidad ha atendido un total de 55 gestantes COVID+ de 33,43 años de media, de las cuales 31 han tenido un parto. De estas, 7 de ellas tuvieron una prueba diagnóstica positiva en el momento del ingreso por parto. El 5,65% del total de partos en nuestro centro han sido en gestantes con diagnóstico de COVID-19 durante gestación. La edad gestacional al parto fue de 38+6 semanas. La infección tuvo lugar mayoritariamente en el tercer trimestre (n = 22). Respecto a la gravedad, en la mayoría (n = 50) fue de carácter leve. Cuatro pacientes, sin ningún antecedente destacable, padecieron neumonía que requirió ingreso hospitalario, sin necesidad de Unidad de Cuidados Intensivos ni ventilación mecánica. En cuanto al tratamiento en el resto de pacientes, 12 recibieron tratamiento sintomático, 20 heparina y 7 ambos. Del resto se desconoce. El inicio de parto fue espontáneo en 20 de las pacientes, inducido en 8 pacientes y 3 fueron cesáreas programadas. Ninguna de las gestaciones tuvo que ser finalizada por mal estado materno o fetal debido a la infección. De las 31 pacientes que han parido, 22 de ellas tuvieron un parto vaginal y 9 de ellas cesáreas. El 100% fueron recién nacidos vivos, con un peso medio de 3.246,03 g, pH de cordón medio 7,3 y test de Apgar medio 8,7/9,3. Respecto al puerperio, 30 pacientes tuvieron un puerperio fisiológico y en una de ellas sufrió una trombosis de la vena gonadal derecha. De nuestras 31 pacientes 25 de ellas optaron por la lactancia materna y 6 por lactancia artificial. Respecto al tratamiento al alta, a 12 se les pautó heparina a dosis profiláctica, 7 por tener infección activa.

**Conclusiones:** No se han encontrado complicaciones en el parto ni en el puerperio relacionadas directamente con la infección. Para poder extraer conclusiones estadísticas robustas se necesitaría un mayor tamaño muestral.

## 1315. COVID-19 Y GESTACIÓN. REGISTRO SOCIEDAD CATALANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

**Itziar García Ruiz**<sup>1</sup>, Ramon Escuriet Peiró<sup>2</sup>, Berta Serrano Sánchez<sup>1</sup>, Francisco José Barranco Martínez<sup>1</sup>, Anna Suy Franch<sup>1</sup> y Montse Palacio<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España.

<sup>2</sup>Departament de Salut, Barcelona, España. <sup>3</sup>Hospital Clínic, Barcelona, España.

**Palabras clave:** Gestación. COVID-19. Perinatología.

**Introducción:** La Societat Catalana d'Obstetrícia i Ginecologia (SCOG) junto con el Servei Català de la Salut, ha elaborado un registro de infección COVID-19 en gestantes.

**Objetivos:** Conocer la incidencia, las características de la enfermedad y su repercusión en la gestación.

**Material y métodos:** Estudio observacional descriptivo. Se incluyeron las gestantes diagnosticadas de COVID-19 en Cataluña entre el 13 de marzo y el 1 de agosto de 2020.

**Resultados:** Se diagnosticaron 372 gestantes con infección por SARS-CoV-2, 16 casos por cada 1000 partos. La mediana de edad fue 32 años (IQR: 28-37). Entre las gestantes afectadas, 57 (15,3%) estaban en primer trimestre de embarazo; 79 (21,2%) en segundo trimestre y 236 (63,4%) en tercer trimestre. 242 (65,1%) fueron sintomáticas. Los síntomas más frecuentes fueron tos (52,7%) y fiebre (49,7%). Entre las

gestantes sintomáticas, 166 (68,6%) presentaron cuadros leves, sin requerir ingreso hospitalario; 62 (25,6%) fueron ingresadas por neumonía; y 14 (5,8%) presentaron neumonía grave y síndrome de distrés respiratorio agudo, con necesidad de ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos, 8 de ellas con ventilación mecánica invasiva. No se registró ninguna muerte materna. Se dispone de los resultados de 220 gestaciones. Un aborto de primer trimestre (0,45%); 3 pérdidas antes de las 24 semanas (1,36%); 24 partos prematuros (10,9%), 14 iatrogénicos por empeoramiento materno y 10 espontáneos; y 192 gestaciones a término (87,3%). La tasa de prematuridad en las gestantes ingresadas por COVID-19 fue del 26,7% ( $p = 0,009$ ). La tasa de cesáreas es superior en las gestantes que ingresaron por COVID-19 (51,1%) respecto a las que ingresaron en trabajo de parto (29,5%) ( $p = 0,018$ ). Seis recién nacidos presentaron PCR SARS-CoV-2 positiva en aspirado orofaríngeo durante el ingreso, sin afectación clínica. No hubo ningún caso de muerte neonatal.

**Conclusiones:** Las manifestaciones clínicas en la gestación son similares a la población general. Las complicaciones maternas son más graves que las esperadas en población similar no gestante. La tasa de prematuridad y de cesáreas es más elevada en las gestantes con infección por COVID-19.

### 1326. DIAGNÓSTICO DE COVID-19 PERIPARTO: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

**Leticia Delgado Espárrago**, Helia Altea Reyes Iborra, Patricia Pérez Sahagún, Soledad María Oñate Tejada y David Sánchez-Nieves Fernández

*Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, España.*

**Palabras clave:** COVID-19. Gestación. Parto.

**Introducción:** Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo de los casos positivos para COVID-19 en partos acontecidos en nuestro centro.

**Material y métodos:** Se han recogido los datos de los partos que han tenido lugar desde marzo del 2020 hasta diciembre del 2020 y los casos en los que la PCR para SARS-CoV-2 realizada al ingreso fue positiva.

**Resultados:** De un total de 1.199 partos, 33 pacientes (2,7%) fueron positivas para PCR de SARS-CoV-2 al ingreso. 5 de ellas (15,2%) presentaban síntomas al ingreso, consistentes en fiebre y tos principalmente, siendo diagnosticadas de neumonía bilateral sin precisar ingreso en UCI. Otras 3 pacientes (9%) presentaron fiebre aislada en el postparto. El 75,8% restante permanecieron asintomáticas. El grupo sanguíneo materno mayoritario fue 0 positivo (42,4%). En cuanto al inicio del parto, la mayor parte de los casos éste fue espontáneo (69,7%) e inducido en el resto. En 1 caso la inducción se llevó a cabo por empeoramiento del estado materno secundario a neumonía por COVID-19, indicándose a las pocas horas una cesárea urgente por riesgo de pérdida de bienestar fetal. El recién nacido no sufrió complicaciones al nacimiento, y durante el puerperio la paciente evolucionó favorablemente en planta. La mayoría de los partos fueron de tipo eutócico (72,7%), realizándose cesárea en 4 casos (12,1%). Se llevaron a cabo 5 partos instrumentales (15,1%). La tasa de cesárea fue menor a la objetivada en pacientes sin diagnóstico de COVID-19 periparto durante el mismo periodo de tiempo (20,4% vs 12,1%) pero la de parto instrumental fue ligeramente superior (12,8% vs 15,1%). La edad gestacional medial al parto fue de 38,5 semanas (rango 33-41), siendo solo uno de los casos pretérmino (33 semanas). Como complicaciones del parto, hubo 2 casos de desgarros perineales severos (III grado) y otros 2 casos de hemorragia postparto, requiriendo uno de ellos transfusión de 2 concentrados de hemáties. No existieron complicaciones neonatales severas y solo uno de los recién nacidos requirió ingreso en Neonatología, con evolución favorable. No se documentó ningún caso de transmisión vertical de COVID-19.

**Conclusiones:** Según los datos de nuestro centro el diagnóstico de COVID-19 periparto no supone un aumento de la mortalidad materna ni neonatal, ni aumento de la prematuridad. Tampoco supone un aumento de la tasa de cesárea, pero quizás sí de parto instrumental. No se han registrado complicaciones perinatales severas y tampoco se ha documentado transmisión vertical.