

Trabajo Original

Parto prematuro en pacientes COVID-19 en Hospital San Juan de Dios

Premature delivery in COVID-19 patients at San Juan de Dios Hospital

Sebastián Vielma O. ¹, Marcia López A. ², Juan Carlos Bustos V. ², Rodrigo Assar ³,
Fernanda Valdés P. ².

¹ Residente Obstetricia y Ginecología, Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile.

² Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile.

³ Instituto de Ciencias Biomédicas, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Correspondencia: Fernanda Valdés Pérez

Email del autor: fevaldes@gmail.com

RESUMEN

Introducción y Objetivo: La pandemia por SARS-CoV-2 afecta a las embarazadas con diferentes manifestaciones clínicas; una de ellas es el parto prematuro. El objetivo del presente estudio es caracterizar a las embarazadas con COVID-19 que tuvieron su parto y determinar la razón de aumento de parto prematuro en este grupo en comparación con aquellas que no presentaban la enfermedad.

Métodos: Estudio observacional de cohorte retrospectivo donde se incluyeron pacientes embarazadas entre abril y junio del año 2020 en la Maternidad del Hospital San Juan de Dios. Se seleccionaron aquellas que tuvieron su parto y se evaluaron los datos demográficos y médicos, antecedentes obstétricos, información respecto al parto, antecedentes del recién nacido y características de la enfermedad por COVID-19.

Resultados: Entre las pacientes COVID-19 un 16.9% tuvo parto prematuro, alcanzando un OR de 1,79 (0,76-3,84 IC 95%) respecto a aquellas sin la enfermedad que, aunque no significativo, evidencia tendencia. Entre las que cursaron con COVID-19 severo todas tuvieron parto prematuro, con un OR significativo (≥ 7.84 IC 95%) en comparación con aquellas con cuadro leve o negativas a COVID-19. Un 10.1% de los recién nacidos de madres COVID-19 requirió reanimación neonatal, mientras que en las negativas fue de un 5.5%.

Conclusiones: Entre las pacientes COVID-19 se observó una tendencia a aumento del riesgo de parto prematuro respecto a aquellas sin la enfermedad, siendo significativo el aumento del riesgo en aquellas que cursaban con síntomas y aún más significativo si presentaban enfermedad severa.

Palabras claves: COVID-19, embarazo, parto prematuro.

ABSTRACT

Introduction and Objectives: The SARS-CoV-2 pandemic has affected pregnant women with different clinical manifestations, one of them premature labor. The objective of this study is to characterize the pregnant patients with COVID-19 who had their delivery and to determine the risk of preterm delivery in this group compared to those who did not have the disease at the Maternity Department in San Juan de Dios Hospital, and determine what the rate of premature delivery is.

Methods: Retrospective observational cohort study where pregnant patients were included between April and June of 2020 at the Maternity Department in San Juan de Dios Hospital. Patients who had their delivery were selected and demographic and medical data, obstetric history, information regarding delivery, newborn history and characteristics of COVID-19 disease were evaluated.

Results: Among COVID-19 positives, a 16.9% had premature labor, reaching a nonsignificant OR 1.79 (0.76-3.84 95% CI) compared to those COVID-19 negative. Among those with severe COVID-19, all had preterm birth, with a significant OR ($>=7.84$ 95% CI) compared to those with mild symptoms or COVID-19 negative. 10.1% of newborns of COVID-19 mothers required neonatal resuscitation, while, in the negative ones it was 5.5%.

Conclusions: Among COVID-19 patients, a trend towards increased risk of preterm birth was observed compared to those without the disease, with the increased risk being significant in those with symptoms and even more significant if they had severe disease.

Keywords: COVID-19, pregnancy, premature delivery.

INTRODUCCIÓN

La neumonía asociada a la infección por SARS-CoV-2 o COVID-19 es una enfermedad detectada en Wuhan, China. Al propagarse globalmente fue declarada pandemia por la Organización Mundial de la Salud en Marzo de 2020 ¹. El agente es un betacoronavirus como SARS-CoV y MERS-CoV que produjeron epidemias los años 2003 y 2012 con características clínicas similares: fiebre, tos, mialgias, cefalea y diarrea, pudiendo progresar hacia un síndrome de distrés respiratorio agudo eventualmente mortal ².

Las primeras publicaciones sobre COVID-19 apuntaban sólo a población general adulta no gestante, siendo desconocidas las características de la enfermedad en las embarazadas. En febrero de 2020, Chen et al. en el Hospital Universitario de Wuhan realizan un estudio observacional retrospectivo que incluye 9 pacientes hospitalizadas por COVID-19. Las pacientes, hospitalizadas por neumonía, tenían test de RT-PCR positivo para SARS-CoV-2 y cursaban su tercer trimestre de embarazo. Todos los partos fueron por cesárea, con indicaciones variables, desde antecedente de mortinato o cesárea hasta estado fetal no tranquilizador o rotura prematura de membrana. Hubo 4 partos prematuros, todos sobre 34 semanas. No se reportaron muertes maternas ni perinatales ³.

Una revisión sistemática ⁴ sobre la tasa de mortalidad materna y perinatal por síndrome respiratorio agudo severo secundario a infección de SARS-CoV-2 incluyó 13 artículos primarios que incluían 538 pacientes con embarazos complicados por SARS-CoV-2, de los cuales 435 registraron el parto. De las

mujeres, un 86.1% (81.5–89.7 IC 95%) presentó enfermedad leve, un 15.3% (11.1-20.8 IC 95%) enfermedad severa y 1.4% (0.5-4.1 IC 95%) enfermedad crítica.

Dentro de las pacientes embarazadas con prueba positiva para SARS-Cov-2 la edad gestacional promedio fue de 38.1 semanas y la tasa de partos prematuros del 20.1% (15.8– 25.1 IC 95%), donde 55 de los 57 partos prematuros fueron en China y el resto en Italia, 84.7% (80.8-87.9 IC 95%) de los partos fue por cesárea; sin embargo, entre las pacientes chinas esta tasa se elevó a 92%.

Si bien el parto prematuro es un síndrome con una multiplicidad de causas que pueden activar una vía final común que lleve al nacimiento antes de las 37 semanas de gestación, se describe que 1 de cada 4 partos prematuros están asociados a algún grado de infección intraamniótica bacteriana ⁵. Agrawal et al. plantearon que la invasión viral podría desencadenar el parto prematuro por medio del receptor toll-like TLR-3 al activar la vía común del parto ⁶.

En la realidad nacional, en agosto de 2020, aún no existen reportes sobre el impacto de la enfermedad en la población embarazada.

En este contexto, el objetivo del presente estudio es caracterizar a las embarazadas con COVID-19 que tuvieron su parto en la Maternidad del Hospital San Juan de Dios y determinar el riesgo de presentar de parto prematuro en este grupo de mujeres en comparación con aquellas que no presentaron la enfermedad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional de cohorte retrospectivo que incluyó los ingresos de embarazadas que tuvieron su parto entre el 17 de Abril y el 30 de Junio del año 2020 en la Maternidad del Hospital San Juan de Dios y fueron testeadas con RT-PCR para SARS-CoV-2 con muestra nasofaríngea. Se excluyeron las madres con embarazo gemelar, por el mayor riesgo de parto prematuro en este grupo. La ocurrencia de parto prematuro fue considerada la variable dependiente en el presente estudio.

Los datos fueron obtenidos de la historia clínica y de bases de datos COVID del Servicio de Obstetricia y Ginecología. En todas las pacientes se realizó un examen de RT-PCR para SARS-CoV-2 con muestra nasofaríngea, ya sea como tamizaje en el caso de aquellas asintomáticas que ingresaban en trabajo de parto o como prueba de diagnóstico en las sintomáticas.

Se registraron edad materna e índice de masa corporal (IMC); antecedentes obstétricos (paridad, edad gestacional al momento del parto, tipo de parto, indicación de cesárea, etiología de parto prematuro espontáneo o iatrogénico, uso de maduración pulmonar); antecedentes del recién nacido (peso, APGAR 1 y 5 minutos, necesidad de reanimación neonatal); manifestaciones de COVID-19 (síntomas, severidad del cuadro definido por necesidad de ventilación mecánica invasiva o no invasiva) y otros diagnósticos presentes al momento del parto.

Para el análisis estadístico se utilizó el software R 3.6.1 de uso libre. Se realizó un análisis descriptivo a todas las variables donde se consideraron medidas de resumen y posteriormente se utilizaron medidas de asociación para estimar el riesgo de presentar parto prematuro por test de PCR positivo para SARS-CoV-2. Se consideraron como variables de ajuste la edad y presencia de co-morbilidad. Para todas las pruebas se tomó el nivel de confianza de p menor a 0,05. En caso de variables con amplia gama de valores posibles, se compararon las variables entre grupos COVID-19 positivos y negativos, así como también entre prematuros y nacimientos de término, mediante test de Student de comparación de medias. En caso de comparar proporciones se usó el test de proporciones con corrección de Yates. El cálculo de

OR se acompaña de IC 95% y valores P del test Exacto de Fisher.

RESULTADOS

Entre el 17 de abril y el 30 de junio de 2020 tuvieron su parto un total de 609 embarazadas. De ellas se excluyeron 10 embarazos gemelares, una paciente sin examen RT-PCR y paciente con resultado no concluyente. En total se incluyeron 597 madres, 59 (9,9%) tuvieron test positivo para SARS-CoV-2 y 538 resultaron negativo. El promedio de edad de las pacientes incluidas fue de $28.5 + 1.3$ años, el de IMC de $32.2 + 0.56$ y una edad gestacional promedio de $38.33 + 1.5$ semanas. La tabla 1 presenta las características maternas, de la enfermedad COVID-19 y del recién nacido según el resultado del examen RT-PCR. Al comparar se observa que ambos grupos son estadísticamente indistinguibles en cuanto a edad, primiparidad, IMC, porcentaje de cesárea, peso del recién nacido, APGAR 1-5 y reanimación neonatal.

Edad materna e índice de masa corporal (IMC). El promedio de edad de quienes cursaron con COVID-19 fue de 28.2 años, mientras que en aquellas sin la enfermedad el promedio fue de 28.55 años. El IMC promedio de las pacientes COVID-19 fue de 32.7 y en las pacientes con examen negativo para la enfermedad fue de 32.15. Diferencias no son significativas.

Paridad. En quienes tuvieron test positivo fueron primigestas un 27.1%, mientras que en quienes fueron negativas alcanzó un 36.06%. Diferencias no son significativas.

Parto. Entre las pacientes COVID-19, un 83,1% ($n=49$) presentó parto a término y un 16,9% ($n=10$) fue prematuro; mientras que en las pacientes sin la enfermedad 89,8% ($n=483$) fue de término y un 10,2% ($n=55$) prematuro. Entre los partos prematuros de pacientes COVID-19, 60% ($n=6$) fueron iatrogénicos y 40% ($n=4$) espontáneos, el 50% ($n=5$) tenía indicación de recibir maduración pulmonar.

Cesárea. En el grupo de pacientes positivas la tasa de cesárea fue de un 38.9%, mientras que en las negativas llegó al 34.3%. Diferencias no son significativas. Entre las indicaciones de cesárea en el grupo de partos prematuros COVID-19 positivos, 63% ($n=3$) fueron por causa obstétrica (2 por podalica y una

por inducción fracasada por patología materna) y el 37% (n=4) fueron secundario al estado materno por COVID-19, principalmente con el objetivo de mejorar la mecánica ventilatoria luego de no tener buena respuesta o no tolerar la posición prono. COVID-19. De la muestra total de pacientes un 50,85% fueron asintomáticas, en el grupo de parto prematuro un 10% (n=1) y en el grupo de término un 59% (n=29). De las pacientes COVID-19 sintomáticas cuyo parto fue prematuro un 50% (n=5) presentó enfermedad severa, de los cuales un 40% (n=2) requirió ventilación mecánica invasiva y 60% (n=3) ventilación mecánica no invasiva. La tabla 2 presenta las características maternas, de la enfermedad y del recién nacido en pacientes COVID-19 según parto prematuro y de término.

Peso Recién Nacido. El peso promedio de los recién nacidos a término fue de 3401 g y de los prematuros 2741 g entre las pacientes que cursaron con COVID-19, entre aquellas que no tuvieron la enfermedad fue de 3402 g entre los a término y 2399 g entre los prematuros.

Reanimación neonatal. Un 20% (n=2) de los partos prematuros y 8% (n=4) de los partos a término entre las mujeres con COVID-19 requirieron reanimación, mientras que en el grupo que no cursó con la enfermedad fue necesario en el 24% (n=13) y 3% (n=17) respectivamente. No se evidenció diferencia significativa. No se presentaron muertes perinatales en ninguno de los dos grupos.

Dentro de las medidas de asociación, se observó un riesgo absoluto de 0.17 (0.07-0.27 IC 95%) de presentar parto prematuro en aquellas pacientes positivas para COVID-19 y un OR de 1,79 (0.76-1.79 IC 95%).

Además, se observó un riesgo absoluto de 1.00 (0.9-1 IC 95%) de presentar parto prematuro en pacientes positivas para COVID-19 con cuadro severo y un OR infinito (mayor o igual a 7.84 IC 95%) en comparación con aquellas con cuadro leve o negativos para COVID-19. Dicho OR también es altamente significativo, 4,1 (1,57-9,98 IC 95%), al analizar el efecto de ser sintomática. La Edad materna también interactúa con el factor COVID-19 con OR significativo de 6,9 (1,3-32,87 IC 95%). (Tabla 3).

DISCUSIÓN

En línea con lo planteado por la evidencia internacional, entre las mujeres incluidas en este estudio y que tuvieron su parto con una infección por SARS-CoV-2, se observa un aumento en la razón partos prematuros/no prematuros (OR 1,79; 0,76-1,79 IC 95%), si bien el resultado no fue estadísticamente significativo, esto se puede explicar por el número reducido de pacientes incluidas en el estudio.

Un reporte de Chen et al con datos retrospectivos de 118 embarazadas de varios hospitales de la ciudad de Wuhan encontró que la mayoría de las pacientes tuvieron enfermedad leve y que de las que tuvieron su parto el 93% fue por cesárea y los prematuros alcanzaron un 21% del total de nacimientos⁷. En nuestro estudio la tasa de prematuridad en pacientes COVID-19 fue de un 16.9%, mientras que los partos por cesárea alcanzaron un 38.9%. La revisión sistemática de Huntley et al.⁴, que incluye 13 estudios, en su mayoría proveniente de China, describe una frecuencia de 20.1% de partos menores de 37 semanas. Otra revisión de Gajbhiye et al.⁸, con más de 50 estudios de distintos países encontró que el parto prematuro se producía hasta en el 26% de las pacientes. En el presente estudio el porcentaje de prematuridad en pacientes COVID-19 fue de un 16.9% y 10,22% en aquellas sin la enfermedad. Con respecto a los partos por cesárea alcanzaron un 38.9% en pacientes con la enfermedad y un 34,3% en pacientes sin COVID-19. Se observa un menor porcentaje de cesárea en paciente COVID-19 con respecto a la literatura internacional.

Si bien la mayoría de los estudios incluidos en revisiones sistemáticas no hace diferencia entre parto prematuro de origen espontáneo o iatrogénico (por indicación médica), en la revisión mencionada de Huntley et al.⁴ se reportaba un 70% de parto prematuro iatrogénico y un 30% espontáneo. Entre las pacientes COVID-19 incluidas en nuestro estudio, el parto prematuro iatrogénico ocurrió en el 60% mientras que el restante 40% tuvo un parto prematuro espontáneo, situación inversa a lo ocurrido en aquellas pacientes sin la enfermedad donde un 36,4% fue iatrogénico y 63,4% espontáneo. Esto se asimila a lo reportado por la serie de casos informada por Chen et al⁷, en donde un 57% de las pacientes con PCR positiva para SARS-CoV-2 tuvo un parto

iatrogénico y un 43% de los casos fue espontáneo. Podemos inferir de estos resultados que el aumento de la tasa de parto prematuro puede deberse tanto a indicación iatrogénica como a parto prematuro espontáneo.

Uno de los factores que pudiera estar explicando las diferencias en cuanto a la incidencia de parto prematuro entre los distintos estudios es la gravedad de la enfermedad. En el estudio presentado podemos observar que del total de pacientes COVID-19 positivas que presentaron parto prematuro, la mitad cursaba con enfermedad severa. Lo anterior se puede analizar en el estudio de cohorte de Pierce-Williams et al ¹⁰ realizado en varios hospitales de Estados Unidos donde se encontró que la incidencia de parto prematuro en pacientes COVID-19 severo que requirieron oxígeno era de 9%, mientras que en aquellas con enfermedad crítica que necesitaron ventilación mecánica o estaban con shock fue de 75%. Entre las pacientes incluidas en nuestro estudio todas las que tuvieron parto a término cursaron con enfermedad leve, mientras que entre las que presentaron COVID-19 severo el riesgo de presentar parto prematuro fue significativamente mayor con OR infinito (mayor o igual a 7.84 IC 95%) que en aquellas sin la enfermedad. Con respecto a las pacientes COVID-19 sintomáticas, se observó un OR de 4,1 de presentar parto prematuro con respecto a las pacientes asintomáticas o sanas. También se observó que en pacientes COVID-19 positivas mayores a 35 años se presenta un aumento de 6,9 en la fracción prematuros/ no prematuros.

En cuanto a la tasa de cesárea entre los partos prematuros que ocurrieron en pacientes COVID-19 no son muchos los estudios que registran las indicaciones que llevaron a realizarla. En la serie de casos reportados por Chen et al ⁷ se observa una tasa de cesárea del 93%, mientras que en las pacientes incluidas en nuestro estudio la incidencia de cesárea es de un 39% entre las pacientes COVID-19 positivo y 34,4% en aquellas sin la enfermedad. En el mismo reporte de Chen et al ⁷ se informa que un 61% de las cesáreas en estas pacientes fue debido al estado materno secundario al COVID-19, mientras que en el 39% de las pacientes fue por las indicaciones obstétricas habituales. Entre las pacientes incluidas en nuestro estudio un 57,1% de las cesáreas en

partos prematuros COVID-19 fue debido al estado materno por la enfermedad, mientras que el restante 42,9% fue por indicaciones obstétricas, entre las que se cuentan presentación podálica y fracaso de inducción.

Respecto a los resultados perinatales, no hubo mayor diferencia entre ambos grupos para las distintas variables, sin embargo, en cuanto a la necesidad de reanimación neonatal fue cercana al doble entre los hijos de madres con la enfermedad respecto a aquellas madres sanas.

Una de las ventajas de nuestro estudio es que es el primer reporte publicado entre pacientes chilenas y cuenta con un importante número, además de mostrar resultados que van en la línea de la experiencia internacional se incluyen algunos elementos novedosos como el menor aumento de parto prematuro respecto a cifras de otros países, la identificación de la etiología del parto prematuro y de las indicaciones de cesárea, que muchas veces no se mencionan en otras investigaciones. En cuanto a las limitaciones, la primera se relaciona al número de pacientes incluidas, esto probablemente afecto a que el resultado de parto prematuro entre pacientes con la enfermedad con respecto a las sin la enfermedad no fuera estadísticamente significativo. Otra de las limitaciones está en directa relación con el tipo de estudio realizado ya que al ser de tipo observacional no permite establecer una relación de causalidad clara como en otros diseños. Es necesario realizar estudios de carácter prospectivo y con mayor muestra de participantes para así avanzar en el conocimiento de esta patología.

CONCLUSIONES.

Se observó que entre las pacientes embarazadas que testearon positivo para PCR SARS-CoV- 2 se presentó una tendencia a mayor riesgo de parto prematuro respecto a aquellas que no tienen la enfermedad, sin diferencia significativa. Si bien la calidad de la evidencia no permite el establecimiento de una relación de causalidad entre ambas variables, se aprecia un aumento considerable del parto prematuro entre estas pacientes cuando la enfermedad se presenta sintomáticamente y más aún cuando es severa.

REFERENCIAS

1. Adhanom T. (2020, Marzo 11). Alocución de apertura del director general de la OMS. <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-11-march-2020>
2. Zhu, N., Zhang, D., Wang, W., Li, X., Yang, B., & Song, J. et al. (2020). A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med*, 382 (8), 727- 733.
3. Chen, H., Guo, J., Wang, C., Luo, F., Yu, X., & Zhang, W. et al. (2020). Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *Lancet*, 395(10226), 809-815.
4. Huntley, B., Huntley, E., Di Mascio, D., Chen, T., Berghella, V., & Chauhan, S. (2020). Rates of Maternal and Perinatal Mortality and Vertical Transmission in Pregnancies Complicated by Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-Co-V-2) Infection. *Obstet Gynecol*. Publish ahead of print.
5. Romero R, Sudhansu K, Fisher S. (2014). Preterm labor: One síndrome, many causes. *Science*, 345 (6198), 760-765.
6. Agrawal, V., & Hirsch, E. (2012). Intrauterine infection and preterm labor. *Semin Fetal Neonat M*, 17(1), 12-19.
7. Chen, L., Li, Q., Zheng, D., Jiang, H., Wei, Y., & Zou, L. et al. (2020). Clinical Characteristics of Pregnant Women with Covid-19 in Wuhan, China. *N Engl J Med*, 382(25), e100.
8. Gajbhiye, R., Modi, D., & Mahale, S. (2020). Pregnancy outcomes, Newborn complications and Maternal-Fetal Transmission of SARS-CoV-2 in women with COVID-19: A systematic review of 441 cases. *medRxiv*. Publish ahead of print.
9. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *Lancet*. 2012;379(9832):2162-2172
10. Pierce-Williams, R., Burd, J., Felder, L., Khoury, R., Bernstein, P., & Avila, K. et al. (2020). Clinical course of severe and critical COVID-19 in hospitalized pregnancies: a US cohort study. *Am. J. Obstet. Gynecol. MFM*, 100134.

TABLAS

Tabla 1. Características maternas, de la enfermedad y del recién nacido de las pacientes estudiadas según resultado de PCR COVID-19

	Resultado del examen				P
	Positivo (n= 59; 9,2%)		Negativo (n=538; 90,2%)		
	n	%	n	%	
Pacientes y parto					
Primiparidad	16	27,11	194	36,05	0,22
IMC (kg/m2) (*)	32,7		32,15		0,48
Sintomáticas	29	49,15	-	-	-
COVID-19 leve	54	91,52	-	-	-
COVID-19 severa	5	8,48	-	-	-
Cesárea	23	38,9	185	34,3	0,58
Recien Nacido					
Pretérmino total	10	16,94	55	10,22	0,18
Pretérmino iatrogénico (***)	6	60%	20	36,3	0,29
Peso (g) promedio	3289,8		3300,2		0,88
Apgar 1' (**)	9		9		1
Apgar 5' (**)	9		9		1
Reanimación	6	10,1	30	5,5	0,26

Para Edad, IMC, Edad gestacional y Peso se usó Test de Student de comparación de medias, para el resto test de comparación de proporciones.

(*)Media, (**) Mediana, (***) Porcentaje calculado según pretermino total.

Tabla 2: Características maternas, de la enfermedad y del recién nacido de las pacientes COVID-19 positivas según momento del parto (parto prematuro o de término)

Pacientes COVID positivas (n=59)					
	Parto Prematuro (n= 10; 16,9%)		Parto de termino (n= 49; 83,1%)		P
	n	%	n	%	
Pacientes y parto					
Primiparidad	2	20	14	28,5	0,87
IMC (kg/m2) (*)	33,8		32,5		0,55
Sintomáticas	9	90	20	40,8	0,01
COVID-19 leve	5	50	49	100	0,000005
COVID-19 severa	5	50	0	0	0,000005
Cesárea	7	70	16	32,6	0,06
Recién nacido					
Peso (g) promedio	2741,5		3401,7		0,0008
Apgar 1' (**)	9		9		0,54
Apgar 5' (**) mediana	9		9		0,56
Reanimación	2	20	4	8,16	0,58

Para Edad, IMC, Edad gestacional y Peso se usó Test de Student de comparación de medias, para el resto test de comparación de proporciones.

(*)Media, (**) Mediana

Tabla 3: Análisis bi-variado del efecto sobre la razón parto prematuro / de término de agregar a ser COVID-19 positivas otros factores de riesgo.

Factor bivariado	OR	95% IC de OR		Valor P
	Valor	Mínimo	Máximo	Resultado Test de Fisher
COVID-19 severo	Infinito	7,84	Infinito	0,00001
COVID-19 sintomático	4,1	1,57	9,98	0,002
COVID-19 Edad > 35 años	6,9	1,33	32,87	0,01
COVID-19 IMC >= 30	2,2	0,83	5,16	0,07