

# SIBEN



1 de Octubre  
2021



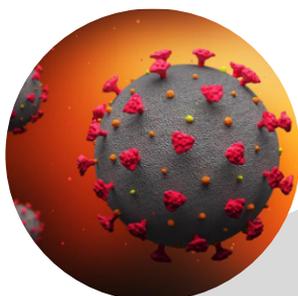
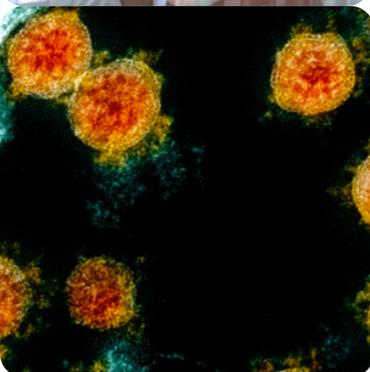
## SIBEN ACTUALIZA INFORMACIÓN SOBRE COVID 19 EN NEONATOS Y MADRES II

### QUIÉNES SOMOS

La Sociedad Iberoamericana de Neonatología-SIBEN es una fundación sin fines de lucro y de caridad pública cuyo objetivo es mejorar la supervivencia de los recién nacidos latinoamericanos vulnerables, especialmente en las áreas y centros de la región con mayores deficiencias y necesidades.

### AUTORES

Dr. Augusto Sola, Dra. Susana Rodríguez



En la actualidad y con más de 20 meses de pandemia, existen 444.138 publicaciones con revisión de pares sobre COVID19 y alrededor de 3.000 de COVID perinatal. Con ello podemos afirmar que hay escasa evidencia que dé sustento **a cambiar el cuidado habitual de los recién nacidos.**

Algunas consideraciones importantes hasta hoy:

1.- El único **método diagnóstico** que confirma que un recién nacido está infectado con COVID 19 es la RT-PCR para SARS CoV2 en hisopado o secreciones respiratorias. Hasta el momento ni los antígenos ni los anticuerpos son de utilidad para confirmar el diagnóstico.

2.- Continúa **existiendo escasísima evidencia de que la infección sea transmitida en forma vertical** de madre a feto a través de la placenta. En la actualidad: **La cesárea -no así la lactancia-** se ha asociado al riesgo de transmisión del virus (ver referencia más adelante)

3.- La gran mayoría de los recién nacidos que realmente tienen COVID 19 lo adquieren **luego de nacer**, por la cesárea o por contacto con alguna persona con el virus (incluyendo la madre).

4.- Afortunadamente en neonatos que tienen demostrada presencia de COVID SARS CoV2, la evolución de la infección viral es habitualmente **leve o aún asintomática.**

5.- El recién nacido con COVID19 no requiere internación sólo por estar infectado (con RT-PCR para SARS CoV2 positiva). **La internación debe basarse en criterios clínicos.** En caso de internación deberán tomarse todas las medidas de aislamiento adecuadas.

6.- Si un neonato tiene síntomas respiratorios o de infección deberán descartarse **otras causas posibles** que justifiquen los signos y síntomas y no considerar apresuradamente que el cuadro clínico se debe a SARS CoV2.

7. Un recién nacido con COVID 19 confirmada y enfermedad respiratoria debe recibir **soporte de su cuadro respiratorio** efectivo y seguro, lo que incluye:

- Monitorización correcta de la SpO<sub>2</sub>.
- En aire ambiente (FiO<sub>2</sub> 21%) la SpO<sub>2</sub> debe ser 95% o mayor. Cuando lo es NO hay que administrar O<sub>2</sub> suplementario.
- Cuando se requiere: Administración adecuada de O<sub>2</sub> bajo monitorización constante.
- Para aquellos recién nacidos con FiO<sub>2</sub> > 21%: Mantener SpO<sub>2</sub> entre 88-95%
- En RN con neumonía severa se recomienda la posición prona
- Ventilación mecánica solamente si es necesario, con cuidados individualizados y prevención del daño pulmonar secundario al respirador

8.- **No hay que administrar corticoides** "de rutina". Su uso debería reservarse para algunos casos graves que son excepcionales.

9.- **NO hay sustento para la administración de inmunomoduladores ni otras drogas** que pueden ocasionar mucho daño y que además no tienen ninguna evidencia de eficacia en la evolución de estos niños. Los neonatos tienen un sistema inmunológico muy diferente al de niños mayores, adolescentes y adultos y transferir los conceptos de "tormenta de citoquinas" de otras poblaciones no es correcto.

10.- **Cuidado humanizado, individualizado y sin incluir procedimientos ni tratamientos no probados ni seguros. Primero no dañar.**

## ALGUNOS ESTUDIOS RELEVANTES QUE AGREGAN EVIDENCIA CIENTÍFICA

### **Maternal and Neonatal Morbidity and Mortality Among Pregnant Women With and Without COVID-19 Infection. The INTERCOVID Multinational Cohort Study.**

(Morbilidad y mortalidad materna y neonatal entre mujeres embarazadas con y sin infección por COVID 19. Estudio de cohorte) JAMA Pediatr. 2021;175(8):817-826. Editorial en JAMA Pediatr. 2021;175(8):781-783.

Estudio en **706** mujeres embarazadas con Covid y **1.424** sin Covid en **43** instituciones de **18** países.

#### **Resultados principales:**

- Las madres con COVID tuvieron mayor riesgo de pre eclampsia, infecciones severas, internaciones en terapia intensiva y mortalidad.
- El **13%** de los bebés de las mujeres positivas también dieron positivo.
- **La cesárea -no así la lactancia-** estuvo asociada al riesgo de transmisión del virus. (RR, **2.15; 95% CI, 1.18-3.91** y RR 1.10; 95% CI, 0.66-1.85; respectivamente
- **Tasa de cesáreas** 49% en mujeres Covid-19 + y 38,4% en mujeres sin diagnóstico de Covid-19. **RR 1.28 (CI 95%: 1.16 - 1.40).**
  - En las mujeres con resultado positivo cuyos neonatos tuvieron resultado positivo, la tasa de partos por cesárea fue del 72,2%.
  - En las mujeres con resultado positivo, pero con neonatos con resultado negativo, la tasa fue del 47,9%.

#### **Prematurez**

- Las mujeres con diagnóstico de COVID-19 dieron a luz antes que aquellas sin diagnóstico de COVID-19 después de aproximadamente 30 semanas de gestación, con la mayor diferencia antes de las 37 semanas de gestación.

#### **TASA < 37 semanas de gestación:**

- 22,5% en mujeres Covid-19 +
- 13,6% en mujeres sin diagnóstico de Covid-19
- RR 1.59 (CI 95%: 1.30 - 1.94).

**Madres COVID+** → Mayor índice de morbilidad y mortalidad materna

**Riesgo de muerte en madres asociado a COVID-19 fue 22 veces mayor** en el grupo infectado con SARS-CoV-2.

Las muertes se concentraron en regiones donde los recursos estaban menos disponibles, específicamente los recursos asociados con las prácticas de cuidados intensivos – DISPARIDAD

#### **Riesgo significativamente mayor de resultados desfavorables**

- ✓ pre eclampsia o eclampsia
- ✓ infecciones graves,
- ✓ ingreso en una unidad de cuidados intensivos
- ✓ partos prematuros (espontáneos o médicamente indicados)

Los resultados neonatales reflejaron la gravedad de la enfermedad materna

#### **Mortalidad materna**

**Una causa *indirecta* del aumento de la mortalidad materna fue la menor calidad de atención:**

La emergencia sanitaria vulneró el derecho de las mujeres de acceder a la salud sexual y reproductiva. Menos controles prenatales. Se cerraron o restringieron los horarios de centros primarios de salud. Hubo reducción del personal sanitario por licencias o por tener que volcarse a la atención de coronavirus.

## VACUNACION

Como personal de salud nuestra posición debe ser clara y contundente

- La vacunación contra el COVID-19 es una herramienta importante para ayudar a detener la pandemia del COVID-19.
- Vacunarse contra el COVID-19 ayuda a las personas a protegerse de contagiarse o de enfermarse gravemente a causa del COVID-19, y también podría ayudar a proteger a las personas que las rodean.

Según se desprende de datos publicados por el Centro de Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos, más de 164 millones de personas estaban vacunadas al 2 de agosto pasado en ese país. De ellos, menos del 0,001% murieron por el Covid-19 y menos del 0,005% fueron hospitalizadas con cuadros severos por la infección. De ese modo, más del 99,9% de personas que están completamente vacunadas han evitado la internación en terapias o la muerte.

Adicionalmente, nuevas investigaciones indican que COVID19 puede tener impacto en el sistema nervioso aun en pacientes con formas leves y no hospitalizados. En agosto de 2021, un estudio preliminar, pero a gran escala que investigaba los cambios cerebrales en personas que habían experimentado COVID-19 encontró marcadas diferencias en la materia gris entre los que se habían infectado con COVID-19 y los que no. Específicamente, el grosor del tejido de materia gris los lóbulos frontal y temporal se redujo en el grupo de COVID-19, a diferencia de los patrones típicos observados en el grupo que no había experimentado COVID-19. (Jessica Bernard UK Biobank)

**Toda la evidencia sostiene que la prevención es un elemento fundamental en este contexto donde a pesar de las incertidumbres hay datos relevantes que no pueden desconocerse.**



**VACUNACIÓN de la MUJER EMBARAZADA desde el primer trimestre.**

Está documentada la transferencia de anticuerpos a través de la placenta y la leche materna

La Organización Panamericana de la Salud estima que más de 270 mil embarazadas se han enfermado de coronavirus en la región y más de 2.600 perdieron la vida. México, Argentina, Brasil, (Colombia) englobarían la mitad de las muertes de las Américas.



## Otros resultados muy importantes

**One Year Into the Pandemic: A Systematic Review of Perinatal Mental Health Outcomes During COVID-19. Front. Psychiatry, 24 June 2021 (Un año en Pandemia: revisión sistemática sobre la salud mental perinatal) <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.674194>**

Se seleccionaron estudios publicados que midieran el impacto de COVID-19 sobre resultados de salud mental utilizando medidas validadas. De los 81 estudios (N = 132,917 mujeres), 55 estudios incluyeron mujeres embarazadas, 13 estudios incluyeron mujeres embarazadas y posparto y 13 estudios incluyeron mujeres posparto solamente.

En pandemia se documentó un mayor estrés agudo en las madres que dieron a luz, lo que a su vez se relacionó con un aumento de los síntomas del trastorno de estrés postraumático y desafíos con el vínculo madre-hijo y la lactancia materna. Además, los síntomas relacionados con el

trauma, incluido el trastorno de estrés postraumático y los síntomas disociativos, así como los pensamientos de autolesión, fueron más altos en las mujeres embarazadas durante la pandemia que antes de la pandemia. Las madres posparto tendían a informar un aumento de los problemas en la vinculación con su bebé durante en comparación con antes de la pandemia.

La situación económica, la disminución del apoyo social y familiar y la baja educación surgieron como factores sociodemográficos clave asociados con un aumento de la depresión y la ansiedad en las mujeres, mientras que el sueño adecuado, la actividad física moderada y el apoyo social positivo se asociaron negativamente con estos síntomas en medio de la pandemia.

**Gestar y parir en pandemia: vulneración de derechos y marcas subjetivas en la atención obstétrica/perinatal en contexto de COVID-19 en Argentina Musas, vol. 6, núm. 2 (2021): 29-46. ISSN 2385-7005. DOI: 10.1344**

Durante la emergencia sanitaria por COVID-19 la atención en torno a embarazos y partos se vio directamente afectada. Este estudio exploratorio indaga sobre las percepciones, emociones y vivencias de las personas gestantes en relación con la atención obstétrica en instituciones de salud de Argentina en los primeros meses del aislamiento social en este país. En muchos testimonios de quienes aún estaban cursando el embarazo, se hace referencia a la preocupación, angustia y temor de tener que «parir solas», esto es, sin un acompañante de su elección, un derecho básico contemplado en la ley.

---

*Que las mujeres embarazadas y sus fetos no sufran pánico inducido por "almas coronadas", sino que se las acompaña hoy más que nunca.*

*Un sueño, ... que todas las mujeres embarazadas sonríen y gozan y celebran su embarazo, parto y el nacimiento de su bebé, con el apoyo, compañía y altruismo de muchos, sin interferencias de "almas coronadas" en esa milagrosa díaada.*

*Tuve un sueño ... que estas almas coronadas no van a cambiar el curso futuro de la humanidad, con consecuencias imprevisibles.*

*El sueño es que no lo van a poder hacer porque no van a lograr interferir con el vínculo más humano de la humanidad, ese profundo y único vínculo que existe en todas las especies animales entre la madre y su bebé, y*

*No necesitamos el don de ver el futuro para ser conscientes de lo que está sucediendo frente a nosotros en este momento.*

*Es hora de que todos nos levantemos, digamos NO MÁS y trabajemos con determinación y un sentido de propósito para que las UCIN sean más seguras en un mundo más HUMANO, más justo, igualitario y pacífico.*

*Augusto Sola.*