

MAYO 14, 2020

RIESGOS A LA SALUD MATERNO NEONATAL EN MEDIO DE LA PANDEMIA VIRAL DEL COVID-19

Declaración Conjunta de SIBEN y Fundación NeNe

AUTORES: Augusto Sola, Alfredo García-Alix, Susana Rodríguez, Marcelo Cardetti, María Teresa Montes Bueno, Juan Arnáez Solís, Sergio G. Golombek.

ANTECEDENTES

A medida que la pandemia de COVID-19 continúa dando forma a nuestras vidas, quienes brindan atención a mujeres embarazadas, sus familias y recién nacidos enfrentan el desafío de una tarea muy difícil para poder ofrecer calidad asistencial a madres y bebés y proteger a todos y a nosotros mismos de ser infectados. A nosotros como profesionales médicos, enfermeras o auxiliares de enfermería se nos confía la responsabilidad de cuidar madres y bebés dentro de una crisis dinámica y hasta ahora sin igual por magnitud y gravedad de salud pública.

SIBEN y Fundación NeNe reconocen estos desafíos únicos y ofrecen aquí información y recomendaciones para una mejor toma de decisiones, ya sea cuando se atiende un parto y/o al recién nacido de una madre COVID-19 + o cuando la madre es una mujer bajo investigación. Más aún, ofrecemos recomendaciones y reflexiones para el mejor cuidado de madres y niños que viven en esta pandemia, pero SIN COVID.

Ambas instituciones hemos educado “on-line” y publicado material relacionado al COVID perinatal en las últimas semanas. Este documento aborda ahora la urgente necesidad de equilibrar las prácticas basadas en evidencia para el control de infecciones y la protección de los proveedores de cuidados de salud, sin ignorar el beneficio establecido de muchos cuidados neonatales que no

deben modificarse (o que hasta pueden ser mejorados) y, además, para estimular y fortalecer el vínculo entre madres y recién nacidos y la lactancia materna.

La crisis de COVID-19 está poniendo en riesgo a millones de mujeres embarazadas y sus bebés. Se estima que nacerán unos 110.000.000 de niños y niñas en el mundo, y en Latinoamérica unos 10.000.000 en los 9 meses siguientes al reconocimiento oficial del virus SARS-CoV2. Urgimos a los gobiernos, a los hospitales, a los centros de cuidados perinatales y, sobre todo, a los colegas profesionales médicos y de enfermería neonatal, que es imprescindible mantener igual o mejor todas las prácticas asistenciales que han demostrado ser beneficiosas para la diada madre-hijo. Urgimos a que se realicen los esfuerzos necesarios para que el recién nacido y sus padres reciban la mejor calidad asistencial buscando fórmulas para salvar los obstáculos que están surgiendo a raíz de la pandemia.

La realidad ya está mostrando que durante esta pandemia muchos aspectos cruciales del cuidado neonatal no se hacen como antes y, con ello, además de aumentar los riesgos a la salud materno-neonatal, se están produciendo, como consecuencia de actitudes irracionales y de los miedos, daños con consecuencias graves en mujeres y RN SIN COVID.

Parecería que las acciones de muchos profesionales no están siendo dictadas por el principio rector del mejor cuidar aplicando lo bien conocido y demostrado como beneficioso, sino que son dictadas por “*todo lo demás*”, como “la pandemia, políticos, directivos, administrativos y el pánico”. Y esto, NO debe ser así.

EMBARAZOS, PARTOS, PERÍODO PUERPERAL Y PERÍODO NEONATAL EN MEDIO DE ESTA CRISIS: MIEDO Y SOLEDAD DE LAS MADRES y PADRES. MALOS CUIDADOS PERINATALES.

Las mujeres embarazadas SIN COVID tienen ahora miedo de ir a los centros de salud por temor a infectarse y a veces pierden las visitas para el cuidado prenatal y/o la atención de emergencia, debido que los servicios de salud les dicen que no hace falta que vayan o por los cierres forzados y los “toques de

queda”. Lo mismo está sucediendo, penosamente, con el cuidado de RN SIN COVID.

Hay situaciones similares por doquier, lamentablemente. Valgan algunos ejemplos de situaciones de alto riesgo para la salud materno neonatal que conocemos muy bien, en medio de la pandemia viral del COVID-19:

- ⊙ Una mujer embarazada con síntomas llama a la línea telefónica 2-4 veces o se presenta a la sala de emergencia y le dicen que espere unos siete días y que observe cómo progresan sus síntomas. Pese a mencionar que está embarazada y que está empeorando, no dejan de decirle que espere.
- ⊙ Hay centros donde se demora la atención, la que se brinda en forma inoportuna a madres y recién nacidos SIN COVID.
- ⊙ Hay otros, peor aún, donde se desestiman signos de riesgo y las madres o los niños no concurren al centro de salud o al hospital, o concurren muy tardíamente (ejemplo, hiperbilirrubinemia no controlada).
- ⊙ La madre no ve bien a su hijita de 15 días, llama en varias oportunidades a un centro privado, donde le dicen que si no tiene fiebre que espere. Después de 48 hs, la madre muy angustiada lleva a la hija al hospital donde ingresa deshidratada, en shock grave que requiere asistencia respiratoria mecánica. SIN COVID. Gracias al accionar médico y de enfermería no fallece
- ⊙ Varios centros nos informan del probable aumento de prevalencia de RN con encefalopatía hipóxico isquémica derivados a su centro para hipotermia terapéutica por demoras en la atención de las madres.
- ⊙ Se decide que una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) de muchas plazas para cuidar RN enfermos se convierta en una UCIN para ingresos y cuidado de RN con sospecha o confirmación de COVID-19 solamente, asintomáticos o sintomáticos de cualquier gravedad.
- ⊙ Tres niños muy enfermos (SIN COVID-19), que se eligió derivar a otro centro neonatal “por el plan COVID” mencionado, llegaron muertos.
- ⊙ En un centro privado, un RN con asfixia hijo de madre COVID + tuvo asfixia perinatal. No pudo ser derivado a un centro de mayor complejidad ya que no lo aceptaron “por el COVID” (sin pensar que la transmisión vertical en ese momento de la gestación es inexistente, o casi como se menciona luego. Al día 2-3 el RN presenta convulsiones y precisaba

ecografía cerebral. Nadie la quiso realizar (porque “se infecta el ecógrafo”). Un verdadero médico, de afuera de la institución, fue consultado. Además del examen físico detallado, decidió que era necesaria la ecoencefalografía y al realizarla encontró lesión cerebral en los ganglios de la base.

- ⊙ En un centro dan IgG EV a todos los RN con sospecha de COVID (“porque se usa para la sepsis neonatal”. ¡Cosa que también es incorrecta y conlleva riesgos y costes altos!).
- ⊙ En muchos lugares se separa la díada madre hijo, como si esto no tuviera consecuencias. De 70 madres COVID-19 positivas en Latinoamérica reportadas a la RED SIBEN, sabemos que a 33 no le permitieron dar el pecho y en 5 se extrajo leche de la madre, pero fue provista por el personal de salud. Las 33 madres fueron separadas de sus hijos. ¡Horrible!

¿HAY SEGURIDAD PARA LAS MUJERES EMBARAZADAS SI CONTRAEN EL CORONAVIRUS?

Nuevas publicaciones plantean nuevas preguntas. Es casi seguro que no tenemos todas las respuestas sobre coronavirus y salud materna y no sabemos cuándo será eso.

- Varios estudios publicados de mujeres embarazadas con COVID-19 encontraron poquísimos resultados desfavorables.
- A la abrumadora mayoría de las mujeres embarazadas que se infectan, les va bien, al igual que a sus bebés.
- Sin embargo, dos nuevos informes, limitados en su contenido, reportan dos muertes fetales y dos muertes maternas. Describimos en breve a continuación.

Uno, de Suiza, publicado el 30 de abril en el JAMA. Una mujer embarazada de 28 años con 19 semanas de embarazo llegó al Hospital Universitario de Lausana en Suiza, con fiebre, fatiga, diarrea y tos seca. Le dieron un analgésico-antifebril y la enviaron a casa (¡incorrecto!). Dos días después, regresó al hospital con contracciones severas y sin mejoría en sus síntomas. Después de 10 horas de trabajo de parto, nació su bebé muerto intra-útero. La prueba de COVID fue positiva en la madre. La muerte fetal, escriben los autores, "parece estar relacionada con la infección placentaria con SARS-CoV-2, respaldada por hallazgos virológicos en la placenta". Sugieren que los hallazgos justifican más

estudios para ver si el coronavirus puede causar resultados adversos similares, en embarazos de baja edad gestacional.

Un artículo más largo, publicado en el American Journal of Obstetrics and Gynecology (AJOG) al mismo tiempo, reporta nueve mujeres embarazadas en Irán seleccionadas por sus malos resultados con COVID-19. En el momento de la publicación, siete de las nueve mujeres habían muerto, una estaba gravemente enferma, dependiente del ventilador, y la otra se había recuperado. Los investigadores argumentan que no es una garantía probada la ausencia absoluta de muerte entre mujeres embarazadas con enfermedad de COVID-19. Y esto es doloroso, pero es así.

Por otro lado, Christopher Zahn, vicepresidente de actividades de práctica del Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos, dijo que los resultados de estas publicaciones deben tomarse "con pinzas". Señaló otros estudios más grandes de Nueva York y China que no encontraron estos problemas, y advirtió contra la "conclusión excesiva" basada en informes de casos seleccionados. "Ciertamente reconocemos que las mujeres embarazadas pueden enfermarse gravemente, pero parece infrecuente". De hecho, 16 informes que incluyeron 154 mujeres embarazadas con COVID positivo y 118 recién nacidos muestran sorprendentemente pocos casos de resultados críticos, según el estudio publicado en AJOG. Un estudio de nueve mujeres embarazadas en Wuhan, China, encontró que ninguna de las mujeres necesitó asistencia respiratoria. Un estudio de 43 mujeres embarazadas en Nueva York encontró que la gravedad de la enfermedad fue similar.

En 89 mujeres y recién nacidos latinoamericanos de > 34 semanas reportados a SIBEN en el último mes, no hubo ninguna muerte. Solamente 1 mujer requirió asistencia respiratoria mecánica (ARM) y ninguno de los RN demostró pruebas de contagio vertical. Todos fueron asintomáticos, excepto por uno de ellos (prematuro) que requirió ARM, pero fue COVID RT-PCR negativo.

Lo importante es que abordemos esto con humildad y empatía. Tenemos que poder actualizarnos a medida que aparece nueva información. Pero no dejarnos guiar por irracionalidades fuera de lugar. Y brindar igual o mejor que antes lo que brindábamos. Lo contrario es inmoral.

Lo que esto realmente significa para las mujeres embarazadas y aquellas que intentan concebir, es que deben tomar precauciones adicionales detalladas. Nosotros tenemos que cuidar a RN y mujeres embarazadas igual que siempre o mejor.

No debe suceder que los sistemas de salud (ministerios), gestores de hospitales o directivos de los mismos, o médicos y enfermeros, hagan cosas derivadas del miedo o de su adscripción a banderías políticas y que ello ponga en riesgo la salud de tantas y tantas mujeres y de sus hijos SIN COVID, ya sea en el período prenatal o en el post natal.

En la actualidad, la mayoría de las asociaciones médicas importantes sugieren que las mujeres embarazadas y los nuevos padres sigan estrictamente los protocolos generales de confinamiento, practiquen el distanciamiento físico y se cubran la cara si eligen amamantar. Es esencial que no irrumpamos con la diada madre-hijo ni con la lactancia materna, y que no alteremos un período maravilloso, milagroso y único en la vida de los seres humanos.

RECOMENDACIONES DE SIBEN Y FUNDACIÓN NeNe

- ✓ **Cuidados éticos y compasivos:** La crisis de esta pandemia plantea desafíos importantes para crear un ambiente seguro para los pacientes y los agentes de salud perinatal. Es imprescindible mejorar los más altos estándares de atención ética y compasiva en un período muy vulnerable de la vida, mujer embarazada y los recién nacidos.
- ✓ **Diagnósticos precisos basados en la evidencia actual**
- ✓ La Organización Mundial de la Salud ha recomendado que las mujeres embarazadas que muestran síntomas de COVID 19 tengan prioridad para hacerse la prueba RT-PCR.
- ✓ El uso de otras pruebas incluidas las de detección de IgM e IgG deben ser interpretados con cautela para fines complementarios o epidemiológicos, pero NO reemplazan el estudio molecular.
 1. El uso de RT-PCR CoV2 es el estándar diagnóstico y debe ser realizado en forma oportuna y sin demoras a las madres y los RN con sospecha.
 2. Tests de IgM e IgG NO HACER en RN para el cuidado clínico. (Tiene valor epidemiológico, pero no para decir con algún grado de certeza la transmisión vertical ni el cuidado neonatal).

3. En la actualidad, tener anticuerpos contra SARS-CoV2 no significa mucho, aún en adultos. Hay mucha incógnita e incertidumbre de su significado, al menos por ahora.
 4. Como muy bien describen Kimberlin y Stagno en JAMA (Mayo 12, 2020) la rápida disminución reportada, junto con los desafíos inherentes a los resultados falsos positivos de la prueba de IgM en otras infecciones congénitas, aumenta la posibilidad de que los hallazgos de laboratorio en bebés no sean evidencia de infección congénita verdadera, sino que podrían representar un artefacto.
 5. El hecho de que la prueba de anticuerpos sea positiva no significa que tenga los anticuerpos. En una población cuya tasa de infección es del 5 por ciento, una prueba con una precisión del 90 por ciento podría generar un falso positivo casi del 70 por ciento. Dicho de otra manera, hay una probabilidad de casi el 70 por ciento en ese caso de que la prueba indique falsamente que una persona tiene anticuerpos.
 6. ¿Qué significa entonces una prueba de anticuerpos positiva? En RN muy poco o nada. Cuanto menor es la prevalencia de un rasgo (o la tasa de base) en una población estudiada, es más probable que una prueba arroje un falso positivo. Y en los recién nacidos la tasa de infección no es conocida.
 7. La denominada falacia de la tasa de base es ignorada por muchos profesionales. NO hay que ignorarla en esta pandemia y menos para tomar decisiones con serios impactos negativos.
 8. O sea: ¡los resultados de IgM pueden ser erróneos! ¡Absolutamente! Por lo tanto, se necesitan pruebas más definitivas en relación a anticuerpos antes de poder aconsejar a agentes de salud y a las mujeres embarazadas que los fetos tienen riesgo de infección congénita por SARS-CoV-2.
- ✓ La leche materna (muy probablemente) no es una vía de transmisión del virus, según múltiples organizaciones norteamericanas, europeas y de Asia. No tenemos ninguna evidencia que nos lleve a dudar de esto o a contradecirlo. Por lo tanto, las madres pueden amamantar a sus hijos independientemente de si muestran o no síntomas de coronavirus y si tienen COVID positivo o negativo.
 - ✓ La pareja puede acompañar a su compañera en el parto. Habrá que tomar precauciones, pero de ahí a prohibirlo hay un gran paso.

- ✓ No separar innecesariamente la díada madre-hijo.
- ✓ El escenario que hay que lograr es mantener a la madre y al recién nacido juntos.
- ✓ Las madres COVID negativo deben poder estar con su hijo RN en la UCIN, como siempre y participar en sus cuidados como corresponde.
- ✓ Las madres COVID + (depende del lugar y las posibilidades), habría que buscar todas las maneras posibles para no separar esa díada, por los riesgos serios potenciales a futuro.
- ✓ Todo profesional debe ser consciente del serio riesgo de trauma potencial y exacerbación de problemas de salud mental posparto que pueden afectar negativamente a la madre y también al RN a largo plazo.
- ✓ En caso de niños gravemente enfermos, en los que se considere el cuidado paliativo como la mejor opción, las madres y padres deben poder compartir con su hijo los cuidados al final de la vida y el acto de morir, independientemente si ellos tienen la enfermedad por COVID-19 son SIN COVID.
- ✓ Cuidados neonatales (COVID + y COVID -): implica NO hacer nada que aumente el riesgo materno-neonatal o la producción de daños.
- ✓ NO se recomiendan las cubiertas faciales (mascarillas, barbijos ni de tela ni de plástico o acrílico) para bebés en NINGÚN caso, con o sin COVID-19.
- ✓ RN infectados con COVID-19: Es rarísimo. Si están ingresados en UCIN se mantendrán en una incubadora y adoptar la protección oportuna con los equipos de protección personal para los cuidadores, padres y personal sanitario es suficiente.
- ✓ Todos los RN deben recibir la evaluación clínica y los estudios diagnósticos y exámenes complementarios que requieran según su enfermedad (SIN o CON COVID): hacer todo lo que necesite sin demora alguna, incluyendo imágenes (ecoencefalografía, rayos X, tomografía, resonancia).
- ✓ Somos responsables de defender la calidad de atención y que ninguna madre ni RN reciba una asistencia diferente, demorada, menos oportuna o sin humanización porque ocurre una pandemia.

- ✓ También somos responsables de defender la protección y el cuidado del personal de salud mediante educación y provisión de los elementos de protección personal adecuados.

No hacer lo anterior y/o utilizar o implementar prácticas nunca demostradas como efectivas u otras que se sabe claramente son de riesgo, es ser cómplice de la situación y conduce a ejecutar acciones o planes peligrosos que pueden ocasionar daños graves e irreversible tanto para las madres como para los RN. En resumen, en medio de la pandemia viral del COVID19 en medicina perinatal, actuar movidos por miedos y de forma irracional no solo conlleva riesgos, sino que tiene efectos deletéreos en la salud de mujeres embarazadas y recién nacidos SIN COVID y quizás más acentuados que en aquellos con COVID.

Ninguna política o protocolo pueden obligar a los profesionales del cuidado perinatal a tener que tomar una posición o decisión, diferente a la guiada por el juramento hipocrático y la ética profesional. Dentro de estos principios, no es admisible el abandono del paciente ni la discriminación, y la decisión del clínico debe ser independiente de la visión de políticos, ministerios o secretarías de salud, jefes, directivos o administrativos. Para que una decisión sea menos angustiante para los cuidadores de la primera línea, ¡hay que elegir conscientemente! Nunca hay que desechar las practicas eficaces y valiosas bien demostradas. Y siempre, hay que evaluar en detalle los riesgos y los daños potenciales de implementar “cosas nuevas” o que pueden conllevar riesgos y efectos nocivos y en ocasiones pueden ser mortales, como por ejemplo traslados innecesarios o rechazos a ingresos por miedo, con la demora asistencial que ello conlleva.

¿Somos agentes de salud? Somos humanos también. Hemos de protegernos y minimizar los riesgos de contagiarnos, pero nuestros actos deben comenzar con respetar la DIGNIDAD del ser humano que elegimos cuidar y, además de poder aportarle todo lo que necesite para restablecer su salud, hemos de aspirar sobre todas las cosas, a no hacer daño mientras todos navegamos como podemos estos tiempos tan desafiantes e inciertos.