



## CARTAS AL EDITOR

### COVID-19: humanización en las unidades neonatales. Respuesta de los autores



### COVID-19: Humanization in neonatal units. Authors reply

Sra. Editora:

Hemos leído con interés la carta publicada en ANALES DE PEDIATRÍA titulada «Covid-19: humanización en las unidades neonatales»<sup>1</sup>, en respuesta a nuestro artículo del número de marzo. Creemos que el caso que presenta y los datos de la encuesta reflejan de forma muy ilustrativa la problemática con la que tantas unidades de neonatología se han encontrado durante este último año. Introduce interesantes ideas que pueden servir de enseñanza y reflexión para todos los pediatras.

A lo largo de estos 14 meses, en nuestro hospital hemos atendido a más de 200 madres gestantes con infección documentada por SARS-CoV-2. Nuestras prioridades han sido desde el principio 2: la seguridad de las madres y de los recién nacidos, siempre teniendo claro que el beneficio del contacto precoz madre-hijo, el establecimiento de la lactancia materna y la agrupación familiar debían ser esenciales en la asistencia sanitaria; y la prevención de la infección en el personal sanitario.

El circuito de pacientes y el alojamiento conjunto que se propusieron como protocolo de actuación en nuestro caso han permitido, como recogemos en nuestro estudio<sup>2</sup>, garantizar el clampaje tardío en los casos indicados, el contacto piel con piel y el establecimiento de la lactancia materna. Todo esto no habría sido posible sin el gran esfuerzo de todos los profesionales implicados, incluyendo enfermería de pediatría, matronas, técnicos de cuidados auxiliares de enfermería, médicos y resto del personal implicado en los cuidados sanitarios.

En la cohorte que presentamos en nuestro estudio, 19 recién nacidos precisaron ingreso, y 2 madres requirieron traslado a una unidad de cuidados intensivos por infección COVID-19 grave. En todos estos casos, el protocolo original de alojamiento conjunto y contacto precoz no pudo ser seguido temporalmente, requiriendo fórmulas alternativas para el contacto madre-hijo para evitar el impacto negativo que la restricción de visitas podría tener en los

recién nacidos y sus familias<sup>3</sup>. La seguridad del resto de pacientes y personal sanitario impedía las visitas presenciales durante la infección activa materna: se diseñó un circuito para realizar PCR y serología a las madres, padres o acompañantes para poder reiniciar el contacto lo más precozmente posible, y otro circuito específico a través de nuestra unidad de nutrición personalizada para mantener el suministro a los recién nacidos de leche proveniente de sus madres, aunque estuviesen aisladas o ingresadas. Mientras se mantuviese la restricción en las visitas, se permitió la presencia de otro acompañante sano y se diseñó un protocolo de video-llamadas diarias a través de dispositivos tipo *tablet*<sup>4</sup>, que permitieron establecer un puente entre los recién nacidos y sus familias, ya estuvieran en sus domicilios u hospitalizadas, tanto en sus casas, como en planta o incluso en unidades de cuidados intensivos. Todas las familias implicadas en esta experiencia la valoraron de forma positiva.

La pandemia causada por el SARS-CoV-2 ha supuesto un reto sin precedentes para nuestra sociedad y nuestro sistema sanitario. Todo lo que hemos aprendido sobre nuestros pacientes, y también sobre nosotros mismos y nuestras limitaciones, nos acompañará siempre. Los autores esperamos sinceramente que como plantea la carta que hemos recibido, la experiencia nos ayude a lograr una medicina y una pediatría mejores, y, sobre todo, más humanas.

## Bibliografía

1. Domingo Comeche L, de las Heras Ibarra S, Moratilla Monzo L, Rivero Martín MJ. COVID-19: humanización en las unidades neonatales. *An Pediatr (Barc)*. 2021;95:65–6.
2. Solís-García G, Gutiérrez-Vélez A, Pescador Chamorro I, Zamora-Flores E, Vigil-Vázquez S, Rodríguez-Corrales E, et al. Epidemiología, manejo y riesgo de transmisión de SARS-CoV-2 en una cohorte de hijos de madres afectas de COVID-19. *An Pediatr (Barc)*. 2021;94:173–8.
3. Murray PD, Swanson JR. Visitation restrictions: Is it right and how do we support families in the NICU during COVID-19? *J Perinatol*. 2020;40:1576–81.
4. Epstein EG, Arechiga J, Dancy M, Simon J, Wilson D, Alhusen JL. Integrative review of technology to support communication with parents of infants in the NICU. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2017;46:357–66.

Véase contenido relacionado en DOI:

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2021.04.007>

Ana Gutiérrez-Vélez, Gonzalo Solís-García\*,  
Elena Zamora-Flores y Manuel Sánchez-Luna  
*Servicio de Neonatología, Hospital General Universitario  
Gregorio Marañón, Madrid, España*

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [gonsolisg92@gmail.com](mailto:gonsolisg92@gmail.com)  
(G. Solís-García).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2021.05.010>  
1695-4033/ © 2021 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en  
nombre de Asociación Española de Pediatría. Este es un artículo  
Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Sífilis congénita. Una entidad aún presente en nuestros días



### Congenital syphilis: A disease still present

Sra. Editora:

En primer lugar, nos gustaría felicitar a los autores del trabajo «Sífilis congénita precoz sintomática en recién nacido», publicado como *Imágenes en pediatría* en el último número de su revista, por la iconografía del pánfago sifilítico que presentan.

Como muy bien nos recuerdan en su artículo, la sífilis no es una enfermedad extinta<sup>1</sup> y debemos tenerla aún presente en nuestros días.

Nos gustaría compartir un caso reciente valorado en nuestro centro. Se trata de una recién nacida asintomática hija de una madre de nacionalidad española que refería haberse controlado el embarazo en un centro privado fuera de nuestra comunidad autónoma con todas las exploraciones y controles realizados normales, pero que no aportaba informes. No era consumidora de tóxicos y tenía pareja estable.

Ante la falta de informes del control de la gestación se decide solicitar serologías del tercer trimestre incluyendo lúes, encontrando una serología positiva a la misma. Reinterrogando a la madre tras el diagnóstico, nos cuenta que tanto ella como su pareja tuvieron una úlcera genital durante el segundo trimestre del embarazo por la que no consultaron y que no fue tratada.

La niña es ingresada en el Servicio de Neonatología para estudio y finalmente se diagnostica de neurolúes congénita asintomática, recibiendo tratamiento completo.

Actualmente, en nuestro hospital y según recomendaciones de la OMS, se realiza la serología de lúes en el primer trimestre como cribado universal en todas las gestantes y solo se repite durante el embarazo, en el tercer trimestre, si se considera grupo de riesgo<sup>2</sup>.

En este caso nos encontramos con una madre que teóricamente no pertenece a ningún grupo de riesgo y que además refiere haber realizado todos los controles del embarazo, siendo estos normales, aunque no aportaba informes por escrito que lo justificaran.

Nos gustaría reflexionar sobre la indicación de repetir la serología de lúes durante el embarazo. Dado el incremento de las tasas de incidencia de sífilis en la población

desde el año 2010<sup>3</sup>, la eficacia del tratamiento adecuado durante la gestación, la potencial gravedad que tiene una lúes congénita no tratada y que la gran mayoría de los recién nacidos son asintomáticos al nacimiento<sup>4</sup>, con el plan de seguimiento actual podrían pasar desapercibidas infecciones en el segundo o tercer trimestre de embarazo en mujeres con una serología inicial negativa.

Por otro lado, queremos destacar también la importancia de confirmar el adecuado seguimiento del embarazo y las pruebas realizadas durante este, especialmente en mujeres teóricamente controladas en el ámbito privado o fuera de una determinada comunidad autónoma, siendo preferible repetir los controles en caso de duda, incongruencias en la historia clínica o ante la falta de informes por escrito.

### Bibliografía

1. Ordoño Saiz MV, Chacón Flocos S, Rodríguez-Ramos M, Gómez Zafra R. Sífilis congénita precoz sintomática en recién nacido. *An Pediatr (Barc)*. 2021;94:341–2.
2. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Control prenatal del embarazo normal. *Prog Obstet Ginecol*. 2018;61:510–27.
3. Unidad de vigilancia del VIH y conductas de riesgo. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en España, 2017. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III/Plan Nacional sobre el Sida, Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación; 2019.
4. Cooper JM, Sánchez PJ. Congenital syphilis. *Semin Perinatol*. 2018;42:176–84.

Lara Díaz González\*, Raquel Martínez Lorenzo,  
Pilar Adelaida Crespo Suárez  
y José Antonio Couceiro Gianzo

*Servicio de Pediatría, Hospital Provincial de Pontevedra,  
Pontevedra, España*

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [laradg1994@gmail.com](mailto:laradg1994@gmail.com)  
(L. Díaz González).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2021.06.006>  
1695-4033/ © 2021 Asociación Española de Pediatría. Publicado  
por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la  
licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).