

N ENG J MED. 2020 Jul 2;383(1):49-57.  
DOI: 10.1056/NEJMoa1915075

### Puntaje del Apgar y riesgo de muerte neonatal en recién nacidos prematuros

Apgar score and risk of neonatal death among preterm infants

Cnattingius S, Johansson S, Razaz N.

#### RESUMEN

**Antecedentes.** La edad gestacional es el principal factor determinante de la muerte neonatal (muerte dentro de los primeros 28 días de vida) en los bebés prematuros. Se desconoce el efecto conjunto de la edad gestacional y la puntuación de Apgar sobre el riesgo de muerte neonatal.

**Métodos.** Utilizando datos del Registro Médico de Nacimientos de Suecia, identificamos 113 300 bebés prematuros (22 semanas 0 días a 36 semanas 6 días de gestación) nacidos entre 1992 y 2016. En análisis estratificados según la edad gestacional (22 a 24 semanas, 25 a 27 semanas, 28 a 31 semanas, 32 a 34 semanas y 35 o 36 semanas) estimamos los riesgos relativos ajustados de muerte neonatal y las diferencias absolutas en la tasa de mortalidad neonatal (es decir, el número excesivo de muertes neonatales por 100 nacimientos) de acuerdo con las puntuaciones de Apgar a los 5 y 10 minutos y según el cambio en la puntuación de Apgar entre los 5 y 10 minutos. Las puntuaciones van de 0 a 10, y las puntuaciones más altas indican una mejor condición física del recién nacido.

**Resultados.** Hubo 1986 muertes neonatales (1,8 %). La incidencia de muerte neonatal osciló entre el 0,2 % (a las 36 semanas de gestación) y el 76,5 % (a las 22 semanas de gestación). Las puntuaciones de Apgar más bajas se asociaron con mayores riesgos relativos de muerte neonatal y mayores diferencias en la tasa absoluta de mortalidad neonatal en todos los estratos de la edad gestacional. Por ejemplo, entre los lactantes nacidos entre las 28 y 31 semanas, las diferencias de la tasa absoluta ajustada de acuerdo con la puntuación de Apgar a los 5 minutos, tomando a los que tenían una puntuación de 9 o 10 como grupo de referencia, fueron 51,7 (intervalo de confianza del 95 % [IC], 38,1 a 65,4) para una puntuación de 0 o 1, 25,5 (IC del 95 %, 18,3 a 32,8) para una puntuación de 2 o 3, 7,1 (IC del 95 %, 5,1 a 9,1) para una puntuación de 4 a 6 y 1,2 (IC del 95 %, 0,5 a 1,9) para una puntuación de 7 u 8.

**Conclusiones.** En este estudio, las puntuaciones de Apgar a los 5 y 10 minutos proporcionaron información de pronóstico sobre la supervivencia neonatal entre los recién nacidos prematuros en todos los estratos de edad gestacional. (Financiado por el Consejo Sueco de Investigación para la Salud, la Vida Laboral y el Bienestar y el Instituto Karolinska).

#### Comentario

*Este artículo aborda un tema de suma importancia, referido a uno de los mayores trastornos que padecen los prematuros nacidos desde las 36 semanas de gestación, hasta las 22 semanas. Esta situación está presente cuando el neonato no respira adecuadamente al nacer, y por lo tanto se asfixia.*

*De acuerdo a lo que señalan los investigadores, no se conoce la relación de la mortalidad con el puntaje del Apgar a los 5 y 10 minutos, asociado a la edad gestacional de los prematuros. Lo que es de mucho interés en este estudio, es que evaluaron más de 100 000 prematuros nacidos desde la semana 22 hasta la 36, y eso permite reconocer que los resultados son sumamente apropiados.*

*En los análisis estratificados según la edad gestacional, los riesgos relativos de muerte neonatal aumentaron con la disminución de la puntuación de Apgar a los 5 minutos. Entre los neonatos nacidos entre las 22 a 24 semanas, los que tuvieron un puntaje de Apgar de 0 o 1, tenían casi 5 veces el riesgo relativo de muerte neonatal, más que aquellos con un puntaje de Apgar de 9 o 10. La diferencia absoluta de la tasa en la mortalidad neonatal entre los recién nacidos con un puntaje de Apgar a los 5 minutos de 9 o 10 aumentó sustancialmente al disminuir los puntajes de Apgar en todos los estratos de edad gestacional. Asimismo, las diferencias de tasas ajustadas en la mortalidad neonatal según el puntaje de Apgar, fueron más altas entre los prematuros extremos (22 a 24 semanas o 25 a 27 semanas) y disminuyeron gradualmente al aumentar la edad gestacional.*

*Sin duda, la prematuridad genera una muy difícil situación en la medicina perinatal, especialmente, en prematuros que nacen antes de las 31 semanas, que tienen una elevada tasa en la mortalidad. Asimismo, aquellos que sobreviven suelen tener trastornos en su evolución posterior, y varios pueden padecer enfermedades que no tienen solución, especialmente en los que presentan trastornos neurológicos. En un destacado estudio de Marlow y su grupo, presentaron que, a los 6 años, nacidos entre 22 y 25 semanas de gestación, el 85 % de los niños tuvieron trastornos neurológicos moderados y graves.<sup>1</sup> Otros estudios*

también observaron varios problemas en la salud a largo tiempo, especialmente en la neurología.<sup>2</sup>

En estas últimas décadas, la tasa de prematuridad fue aumentando, y persiste como un problema no resuelto que genera una preocupación que cada vez es de mayor intensidad, principalmente en los prematuros extremos con un peso menor de 1000 g.<sup>3</sup> Esto constituye un aspecto muy grave en la salud pública, en especial en aquellos países con mayores índices de pobreza, problemas sociales y control inadecuado de la salud.<sup>4-6</sup>

Dr. José M. Ceriani Cernadas  
Editor

## REFERENCIAS

1. Marlow N, Wolke D, Bracewell MA, Samara M, EPI Cure Study Group. Neurologic and developmental disability at six years of age after extremely preterm birth. *N Engl J Med*. 2005; 352(1):9-19.
2. Vliegthart RJS, van Kaam AH, Aarnoudse-Moens CSH, van Wassenaer AG, Orland W. Duration of mechanical ventilation and neurodevelopment in preterm infants. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2019; 104(6):F631-5.
3. Doyle LW, Carse E, Adams AM, Ranganathan S, et al. Ventilation in extremely preterm infants and respiratory function at 8 years. *N Engl J Med*. 2017; 377(4):329-37.
4. Beauregard JL, Drews-Botsch C, Sales JM, Flanders WD, Kramer MR. Preterm birth, poverty, and cognitive development. *Pediatrics*. 2018; 141(1):e20170509.
5. Brown HK, Speechley KN, Macnab J, Natale R, Campbell MK. Mild prematurity, proximal social processes, and development. *Pediatrics*. 2014; 134(3):e814-24.
6. Johnson SB, Riis JL, Noble KG. State of the art review: poverty and the developing brain. *Pediatrics*. 2016; 137(4):e20153075.

JAMA PEDIATR. 2020 May 13. doi: 10.1001/JAMAPEDIATRICS.2020.1892.

## Cierre de escuelas durante la pandemia de la enfermedad coronavirus 2019 (COVID). ¿Una intervención eficaz a nivel mundial?

School closure during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: an effective intervention at the global level?

Esposito S, Principi N.

## RESUMEN

El cierre de escuelas fue una de las medidas restrictivas implementadas al inicio de la

pandemia. Esto se basó en la experiencia previa durante brotes de influenza.

Sin embargo, la eficacia del cierre de escuelas no es necesariamente la misma si la dinámica de la infección es diferente, como sucede con la enfermedad por coronavirus. Datos provenientes de estudios en China, Taiwán, Singapur y el Reino Unido no mostraron beneficios en la disminución de la transmisión o la reducción de la mortalidad.

El cierre de escuelas tiene también efectos colaterales de tipo económico y para el sistema de salud, con una profundización de la brecha educativa en poblaciones vulnerables y un aumento en situaciones de vulneración de derechos de la infancia.

Se plantea también la dificultad para definir el momento adecuado para la reapertura escolar y las limitaciones que presenta la determinación serológica de anticuerpos como parte de la estrategia para ello.

## Comentario

*Este editorial toma un tema de debate aún abierto, de interés para los pediatras y la comunidad.*

*El cierre de escuelas fue una de las medidas adoptadas frente a la pandemia de COVID-19 por muchos países, basándose en la información sobre influenza. Los autores refieren que algunos estudios mostraron que esta medida no tenía un impacto sustancial en la diseminación del virus. Estudios posteriores en Australia e Irlanda coinciden con esos hallazgos.<sup>1</sup> Sin embargo, otro estudio publicado con posterioridad, mostró disminución de la incidencia y mortalidad de COVID-19 en regiones de Estados Unidos que instauraron un cierre temprano de escuelas.<sup>2</sup> Luego, estudios en escuelas secundarias en Francia y Corea mostraron que, entre los mayores de 10 años, la transmisión sí podría ser relevante.<sup>1</sup> Aun así, todos estos análisis presentan las limitaciones que derivan de ser el cierre de escuelas una medida concurrente con otras.<sup>3</sup>*

*Se mencionan los efectos económicos y sociales de esta medida, que deberían incidir en la decisión de reapertura. Aunque las condiciones necesarias sugeridas por expertos<sup>4</sup> no puedan cumplirse por completo, cabe considerar que la permanencia en el hogar no implica necesariamente una mejor situación.*

*Finalmente, el momento adecuado para el regreso al aula no se ha definido con precisión: se relaciona con la situación sanitaria regional, pero también con el costo-beneficio de ir a la escuela, cuyas funciones, es claro, exceden lo estrictamente curricular. Aunque los autores no lo mencionan, sí hay recomendaciones*

respecto de quienes son los que primero debieran ser reincorporados: los más chicos. Esto no solamente se basa en que tienen un menor riesgo de enfermedad grave que los adolescentes, sino en el hecho de que están desarrollando aún habilidades para regular su comportamiento y mantener su atención. En ellos, la enseñanza a distancia puede ser difícil si no hay un adulto que pueda supervisarlos y orientarlos.<sup>5</sup>

El tema exige más estudios y un análisis pormenorizado de la situación de cada comunidad. No solo es necesario tomar las decisiones en el momento adecuado, sino planificar alternativas y estar preparados para sostener la actividad escolar de un modo seguro para estudiantes, educadores y familias.

Dra. María Elina Serra  
Programa de Prevención en Salud para  
Centros de Cuidado Infantil.

FUNDASAMIN-Fundación para la Salud Materno Infantil.  
Archivos Argentinos de Pediatría.

## REFERENCIAS

1. Edmunds WJ. Finding a path to reopen schools during the COVID-19 pandemic. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020;4:796-7.
2. Auger KA, Shah SS, Richardson T, Hartley D, et al. Association Between Statewide School Closure and COVID-19 Incidence and Mortality in the US. *JAMA*. 2020;324(9):859-70.
3. Donohue JM, Miller E. COVID-19 and School Closures. *JAMA*. 2020;324(9):845-7.
4. Bos MS, Minoja L, Dalaison W. Estrategias de reapertura de escuelas durante COVID-19. Banco Interamericano de Desarrollo. Mayo 2020. [Consulta: 12 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/estrategias-de-reapertura-de-escuelas-durante-covid-19>
5. Dibner KA, Schweingruber HA, Christakis DA. Reopening K-12 Schools During the COVID-19 Pandemic: A Report from the National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. *JAMA*. 2020;324(9):833-4.

---

ARCH DIS CHILD. 2020; 105: 253-9.  
doi:10.1136/ARCHDISCHILD-2019-317561.

---

### **Oro líquido: costo-efectividad de los métodos de recolección de muestras de orina para niños pequeños precontinentes**

Liquid gold: the cost-effectiveness of urine sample collection methods for young precontinent children

Kaufman J, Knight AJ, Bryant PA, Babl FE, Dalziel K.

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la costo-efectividad de los métodos de recolección de orina para niños precontinentes.

**Métodos:** Se realizó un análisis de costo-efectividad, comparando los métodos de recolección no invasivos (bolsa de orina -BO-, captura limpia -CL- y estimulación miccional -EM- de 5 minutos para captura limpia) e invasivos (cateterismo -C- y aspiración suprapúbica -ASP-), para niños de 0 a 24 meses en el Departamento de Emergencia del *Royal Children's Hospital* (Melbourne, Australia). Los costos incluyeron equipo, tiempo del personal y ocupación de la cama del hospital.

El modelo constaba de tres etapas: elegir un método, intentar recolectar una muestra de orina y luego tomar la decisión definitiva de excluir o diagnosticar infección urinaria (IU). Si los intentos de recolección inicial no invasiva no tuvieron éxito, la recolección posterior fue por C sin guía ecográfica. El resultado final fue una muestra definitiva que incorpora resultados progresivos de tira reactiva, cultivo y contaminación. Los costos promedio y los resultados se calcularon para los intentos iniciales de recolección y la obtención de una muestra definitiva. Los resultados finales fueron revisados por médicos consultores.

Los datos de los formularios de encuesta y mapeo de procesos fueron ingresados en Microsoft Excel (2017). Se construyó un modelo analítico de decisión probabilística utilizando TreeAgePro 2017. También fueron realizados análisis de sensibilidad para determinar la solidez de los supuestos del modelo.

La moneda utilizada para expresar los costos fue la libra esterlina (GBP).

**Resultados:** Para los intentos iniciales de recolección, el C tuvo el costo más bajo por recolección exitosa (GBP £25,98) en comparación con ASP (£37,80), EM (£41,32), CL (£52,84) y BO (£92,60). Para la recolección definitiva, el C tuvo el costo promedio más bajo por muestra definitiva (£49,39) en comparación con ASP (£51,84), EM (£52,25), CL (£64,82) y BO (£112,28).

El tiempo que ocupa una cama de hospital fue el determinante más significativo del costo.

**Conclusión:** El C resultó el método de recolección de orina más costo-efectivo, y la estimulación de micción es el método no invasivo más costo-efectivo. Las BO fueron el método más costoso. Aunque los factores clínicos influyen

en la elección del método, resulta importante considerar la relación costo-efectividad para este procedimiento común, con potencial de ahorro agregado significativo.

### Comentario

Durante los últimos años la consideración de los costos en cada paso del proceso de atención médica cobró importancia para asegurar un uso eficiente de los recursos disponibles y poder ser eficaces en alcanzar los objetivos esperados. Esta preocupación se está trasladando desde los gestores del sistema de salud hacia los diferentes efectores. Además de las prácticas de alta complejidad, se incluyen aquellas de menor costo y elevada tasa de empleo.<sup>1</sup> La recolección de muestras de orina en niños pequeños es común en pediatría, medicina general y medicina de emergencia.

La infección urinaria (IU) es la infección bacteriana más prevalente en niños con fiebre de origen desconocido.<sup>2</sup> Representa entre el 5-7 % de los niños febriles < 2 años. Un cultivo positivo en presencia de piuria es el patrón oro para su diagnóstico.<sup>3</sup>

Sin embargo, la recolección del urocultivo en niños pequeños puede llevar mucho tiempo, ser infructuosa o estar contaminada.<sup>4</sup> La baja calidad de las muestras conduce a diagnósticos perdidos o erróneos, prescripciones inadecuadas de antibióticos, prolongación de estancias hospitalarias, aparición de complicaciones, y seguimientos prolongados con exposición a radiaciones en estudios innecesarios.

Los métodos no invasivos son más convenientes, requieren más tiempo y resultan más frecuentemente contaminados. Los métodos invasivos son más confiables, necesitan de experiencia técnica y materiales para funcionar, como así también resultan dolorosos para el niño y generan angustia en los padres. Las guías de práctica clínica difieren en las recomendaciones y los médicos optan por las distintas alternativas.<sup>5,6</sup>

Por último, las recomendaciones actuales para los métodos de recolección de orina no incorporan evidencia de costo-efectividad.<sup>3,7,8</sup>

El C resultó el método de recolección de orina más rentable para obtener muestras iniciales y definitivas, con costos de procedimiento moderados y baja contaminación. La ASP tiene costos de procedimiento aun más bajos y contaminación ultra baja, pero es menos efectiva para obtener una muestra. En nuestro medio, la disponibilidad de recursos y la experiencia del médico pueden limitar su uso.

Para la recolección no invasiva, la EM<sup>9</sup> fue el método más rentable, aunque las directrices británicas recomiendan la CL,<sup>7</sup> tal como sucede en nuestro medio.

Su empleo en lugar de la CL estándar en el servicio de urgencias podría ahorrar £12,57 por muestra según el estudio. En nuestro medio, esta sencilla técnica no se encuentra ampliamente difundida. La BO, un método muy difundido en nuestra realidad, fue el más costoso, sin olvidar su poca utilidad para hacer un diagnóstico correcto de IU por su alta tasa de contaminación.

En resumen, los métodos más convenientes también lo fueron desde la perspectiva de costos. Cuando está indicada la recolección no invasiva, la EM es rentable y acelera la atención del paciente.

Dr. Gustavo Pereira

Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan"

### REFERENCIAS

1. Noyes K, Holloway R. Evidence from Cost-Effectiveness Research. *NeuroRx*. 2004;1(3):348-55.
2. Shaikh N, Morone N, Bost J, Farrel M. Prevalence of urinary tract infection in childhood: a meta-analysis. *Pediatr Infect Dis J*. 2008;27(4):302-8.
3. Subcommittee on Urinary Tract Infection. Reaffirmation of AAP Clinical Practice Guideline: The diagnosis and management of the initial urinary tract infection in febrile infants and young children 2-24 months of age. *Pediatrics*. 2016;138(6):e20163026.
4. Kaufman J. How to... collect urine samples from young children. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2020;105(3):164-71.
5. Buntsma D, Stock A, Bevan C, Babl F, et al. How do clinicians obtain urine samples in young children?. *Emerg Med Australas*. 2012;24(1):118-9.
6. Hadjipanayis A, Grossman Z, del Torso S, van Esso D, et al. Current primary care management of children aged 1-36 months with urinary tract infections in Europe: large scale survey of paediatric practice. *Arch Dis Child*. 2015;100(4):341-7.
7. NICE. Urinary tract infection in under 16s: diagnosis and management. Clinical guideline (CG54). 2018. [Consulta: 15 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg54/resources/urinary-tract-infection-in-under-16s-diagnosis-and-management-pdf-975507490501>
8. Comité de Nefrología (2011-2013). Nuevas recomendaciones frente a las actuales controversias en infección urinaria. Resumen ejecutivo. *Arch Argent Pediatr*. 2015;113(6):579-81.
9. Kaufman J, Fitzpatrick P, Tosif S, Hopper S, et al. Faster clean catch urine collection (Quick-Wee method) from infants: randomised controlled trial. *BMJ*. 2017;357:J1341.

PEDIATRICS. October 2020;146 (4) e20201798;  
DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2020-1798>

### Seguimiento de potenciales epidemias de COVID-19 por las visitas de urgencia de casos con síntomas tipo influenza

Tracking potential COVID-19 outbreaks with influenza-like symptoms urgent care visits

Muchmore B, Muchmore P, Wing Lee Ch, Marta E. Alarcón-Riquelme ME, Muchmore A.

#### RESUMEN

Durante la estación de influenza 2019-2020 hubo elevados índices de hospitalización por influenza al mismo tiempo que se extendió la pandemia por coronavirus. Los síntomas de ambas entidades se superponen lo que dificulta el diagnóstico sin pruebas serológicas, que son de limitada disponibilidad en EE. UU. La proporción de casos de enfermedad tipo influenza podría guiar los cuidados clínicos y proveer orientación epidemiológica durante la pandemia.

**Métodos:** Se evaluaron los datos de pacientes  $\leq 21$  años atendidos durante la estación invernal desde 2018 hasta 2020 y los datos sobre COVID-19 en el mismo periodo.

**Resultados:** Se observó un aumento en la relación entre enfermedad tipo influenza y casos confirmados de febrero de 2020.

**Conclusiones:** El monitoreo de la relación entre casos de enfermedad tipo influenza y casos confirmados de influenza podría ser útil como alerta sobre los síndromes influenza-negativos.

#### Comentario

Los autores de este estudio, a través de su base de datos anclada en un registro de salud electrónico que alcanza aproximadamente 3000 pacientes, plantean en base a sus hallazgos que la relación entre el cociente de casos de enfermedad tipo influenza (ETI) y número de casos de influenza virológicamente confirmados, sería un indicador indirecto para estimar la circulación de CoV-2.

En su registro para el año 2020, estos investigadores detectaron un incremento en el cociente de enfermedad tipo influenza sobre el número de casos confirmados por laboratorio del mismo virus, durante el periodo de circulación en febrero y marzo para pacientes menores de 21 años. Coincidentemente con este hallazgo se observó un ascenso de casos de SARS-CoV-2 que correlacionó de manera muy precisa con el incremento de cociente de ETI/ casos confirmados de influenza. En este sentido los autores validaron sus

resultados con el Centro de Control de Infecciones de Estados Unidos, quienes obtuvieron valores muy similares.

En base a estos hallazgos, el reporte concluye que el incremento de la proporción ETI/casos confirmados de influenza, podría usarse como un indicador de alerta temprana de circulación de virus que se presentan clínicamente como un síndrome gripal; tal es el caso de SARS-CoV-2.

La estrategia de inferir circulaciones virales a través de la vigilancia epidemiológica ha sido puesta a prueba por diferentes autores. En este sentido, se ha descrito que cuando la circulación de virus influenza durante el periodo epidémico predomina sobre el virus sincicial respiratorio, la mayoría de las ETI deberían atribuirse a casos de influenza.<sup>1</sup>

En el caso de SARS-CoV-2 la problemática impresiona ser un poco más compleja y si bien el cociente ETI/ casos confirmados de influenza parecería ser un indicador posible de circulación de SARS-CoV-2, la estimación no está libre de sesgos asociados a otros factores como las medidas de contención de la enfermedad como el cierre de actividades (lockdown),<sup>2</sup> posibles fenómenos de coinfección<sup>3</sup> o discrepancias en el sistema de reporte. Esta última consideración podría agudizarse ante la potencial co-circulación de SARS-CoV-2 con influenza, situación que podría saturar los sistemas de vigilancia epidemiológica.<sup>4</sup>

Dr. Norberto Giglio Msc

Subcomisión de Investigación.

Epidemiología Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

#### REFERENCIAS

1. Izurieta HS, Thompson WW, Kramarz P, Shay DK, et al. Influenza and the rates of hospitalization for respiratory disease among infants and young children. *N Engl J Med.* 2000;342(4):232-9.
2. Gostin LO, Salmon DA. The Dual Epidemics of COVID-19 and Influenza: Vaccine Acceptance, Coverage, and Mandates. *JAMA.* 2020;324(4):335-6.
3. Yue H, Zhang M, Xing L, Wang K, et al. The epidemiology and clinical characteristics of co-infection of SARS-CoV-2 and influenza viruses in patients during COVID-19 outbreak. *J Med Virol.* 2020;92(11):2870-3.
4. World Health Organization. Statement by WHO's Regional Director on maintaining routine influenza surveillance during the COVID-19 pandemic [Consulta: noviembre 2 2020]. Disponible en: <http://www.emro.who.int/media/news/statement-by-whos-regional-director-on-maintaining-influenza-surveillance-during-the-covid-19-pandemic.html?format=html>

PEDIATRICS. 2020 Oct;146(4):e2020005637

**Resultados de las díadas de madres-recién nacidos después del SARS-CoV-2 materno**

Outcomes of maternal-newborn dyads after maternal SARS-CoV-2

Verma S, Bradshaw C, Auyeung NSF, Lumba R, et al.

**RESUMEN**

**Antecedentes y objetivos:** La infección por un nuevo coronavirus denominada síndrome respiratorio agudo grave por coronavirus 2 (SARS-CoV-2) se ha convertido en una pandemia mundial. Hay datos limitados que describen el impacto de la infección por SARS-CoV-2 en las madres embarazadas y sus recién nacidos. El objetivo de este estudio fue describir las características y los resultados de las díadas madre-recién nacido con SARS-CoV-2 materno confirmado.

**Métodos:** Estudio de cohorte descriptivo, observacional y multicéntrico con recopilación de datos de historias clínicas de díadas de madres y recién nacidos que dieron a luz en 4 hospitales importantes del área metropolitana de la ciudad de Nueva York entre el 1 de marzo y el 10 de mayo de 2020, con infección materna por SARS-CoV-2.

**Resultados:** Hubo un total de 149 madres con infección por SARS-CoV-2 y 149 recién nacidos analizados (3 pares de gemelos; 3 mortinatos). El 40 % de estas madres estaban asintomáticas. Aproximadamente el 15 % de las madres sintomáticas requirieron algún tipo de soporte respiratorio y el 8 % requirió intubación. Ingresaron a la UCIN 18 recién nacidos (el 12 %). Quince (el 10 %) nacieron prematuros y 5 (el 3 %) requirieron ventilación mecánica. Las madres sintomáticas tuvieron más partos prematuros (el 16 % vs. el 3 %,  $p = 0,02$ ), y sus recién nacidos tuvieron más probabilidades de requerir cuidados intensivos (el 19 % vs. el 2 %,  $p = 0,001$ ) en relación con las madres asintomáticas. Un recién nacido dio positivo para SARS-CoV-2 y se consideró un caso de transmisión horizontal posnatal.

**Conclusiones:** Aunque no hubo evidencia clara de transmisión vertical de madres con SARS-CoV-2 a sus recién nacidos, se observaron morbilidades perinatales tanto en las madres como en los recién nacidos. Las madres sintomáticas estuvieron más propensas a tener un parto prematuro y sus recién nacidos a requerir cuidados intensivos.

**Comentario**

*Este estudio es muy importante para poder conocer mejor la relación de madres infectadas por el SARS-CoV-2, con sus recién nacidos. El estudio se abordó en cuatro hospitales de los más conocidos en Nueva York. Se evaluó un total de 149 madres con infección y 149 neonatos.*

*Podemos ver que el 40 % de las madres no tenían síntomas, el 15 % estaban con síntomas y el 8 % de las madres presentaron trastornos graves. Aproximadamente el 15 % de las madres sintomáticas requirieron algún tipo de soporte respiratorio y el 8 % necesitó la intubación. Es muy interesante conocer que las madres sintomáticas tuvieron un mayor porcentaje de prematuros y ellos necesitaron recibir cuidados intensivos.*

*También es de mucho interés que solo hubo un recién nacido que el test fue positivo para SARS-CoV-2, y señalan que se consideró un caso de transmisión postnatal, y es probable que el contagio haya sido desde la madre luego del nacimiento. El bebé no presentó ningún síntoma.*

*Asimismo, el estudio nos muestra que los síntomas más frecuentes en las madres fueron, fiebre (el 69 %), tos (el 49 %), anorexia (el 40 %), trastornos en la respiración (el 35 %) y náuseas/vómitos (el 28 %). Los síntomas gastrointestinales, también fueron frecuentes (el 62 %), seguido por la anorexia (el 40 %). Algunos recién nacidos presentaron síntomas neurológicos y tuvieron una normal evolución.*

*En otro estudio, se observaron 91 neonatos nacidos de madres con test positivo para SARS-CoV-2, asintomáticas o levemente sintomáticas y 10 bebés de madres con enfermedad grave de COVID-19. El noventa por ciento de los neonatos fueron amamantados en algún momento y el 41 % fueron exclusivamente amamantados. No se detectó ARN del SARS-CoV-2 en 141 pruebas realizadas en 101 recién nacidos. Dos neonatos asintomáticos tuvieron pruebas indeterminadas y por lo tanto no pudieron definir que fueran positivos. Por lo tanto, en este estudio no se identificó evidencia de transmisión vertical de SARS-CoV-2 en los recién nacidos de madres positivas.<sup>1</sup>*

*Estas dos investigaciones nos muestran, que se conoce, cada vez más, que la infección por SARS-CoV-2, en la gran mayoría de los recién nacidos, transcurrió con tests negativos y no tuvieron síntomas.*

José M. Ceriani Cernadas  
Editor en Jefe

**REFERENCIA**

1. Dumitriu D, Emeruwa UN, Hanft E, Liao GV, et al. Outcomes of neonates born to mothers with severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 infection at a large medical center in New York City. *JAMA Pediatr.* 2020;e204298.