

4. Casey DL, Alektiar KM, Gerber NK, Wolden SL. Whole-lung irradiation for adults with pulmonary metastases from Ewing sarcoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2014 Aug 1;89:1069–75.
5. Scobioala S, Ranft A, Wolters H, Jabar S, Paulussen M, Timmermann B, et al. Impact of whole lung irradiation on survival outcome in patients with lung relapsed Ewing sarcoma. *Int J Radiation Oncol Biol Phys.* 2018;102:584e592.

Francisco Díaz Gutiérrez^{a,*},
Carmen González San Segundo^a, Paula Sedano Ferreras^a,
Maitane Andión Catalán^b
y David Ruano Domínguez^b

^a Servicio de Oncología Radioterápica, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

^b Servicio de Onco-hematología, Hospital Universitario Niño Jesús, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: frdiazg@gmail.com (F. Díaz Gutiérrez).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.07.032>

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/>).

El método canguro durante la pandemia por SARS-CoV-2 en España



Kangaroo care during the SARS-CoV-2 pandemic in Spain

Sra. Editora:

En diciembre de 2019, en Wuhan (China) tuvo lugar el inicio de la pandemia COVID-19. El virus del SARS-CoV-2 rápidamente se extendió por todos los países del mundo, afectando por primera vez a un recién nacido (RN) en España, en marzo de 2020¹.

En las unidades neonatales, la práctica del método canguro (MC) se vio afectada durante los primeros meses de la pandemia ante la falta de evidencia sólida sobre la transmisión del virus y su posible afectación en los RN². Por ejemplo, en el Hospital de Padova (Italia), para garantizar la seguridad, se implantó un cribado universal a todos los RN, padres y profesionales de las unidades neonatales dando buenos resultados incluso en los momentos de mayor incidencia³.

El objetivo de este estudio fue determinar el impacto de la pandemia por SARS-CoV-2 sobre el MC en las unidades neonatales españolas y establecer posibles áreas de mejora durante la misma.

Se realizó un estudio transversal, observacional, descriptivo. Se elaboró un cuestionario, *ad hoc*, el cual fue enviado a través de las redes sociales a los profesionales de las unidades neonatales españolas. El estudio se centró en evaluar el impacto de la pandemia sobre el MC y en conocer sus opiniones y percepciones sobre la situación.

Un total de 263 profesionales sanitarios, representantes de todas las comunidades autónomas españolas respondieron a la encuesta, cuyos resultados quedan resumidos en la [tabla 1](#).

Globalmente, como era previsible, se objetivó una disminución de la realización del MC sin limitaciones durante la pandemia, pasando de un 97% según muestran los resultados del estudio, previo a la pandemia, publicado en 2020 por López et al.⁴ a un 46% según los resultados de este estudio. Asimismo, se pasó de un 95,4% de unidades con entrada libre de los padres las 24 h a un 85,2%⁴.

A nivel internacional, en un estudio similar realizado en Estados Unidos, objetivaron una disminución significativa de

la presencia de padres (85 al 53%) y de su participación en los cuidados (71 al 32%), por lo que se concluyó que las restricciones habían limitado significativamente la presencia de las familias².

A pesar de la escasa incidencia de casos positivos por SARS-CoV-2 en RN, según indican los datos de la Sociedad Española de Neonatología¹, la pandemia ha supuesto importantes cambios en la organización y los cuidados neonatales influyendo negativamente en prácticas en las que se habían conseguido grandes avances⁵. En marzo de 2020, con el inicio de la pandemia, debido a la incertidumbre y la elevada velocidad de propagación del virus se instauraron medidas restrictivas en las visitas de los padres a las unidades neonatales, afectando a su participación activa en los cuidados de sus hijos como es el MC, y dejando fuera de las unidades a los abuelos, hermanos y familiares que componían las redes de apoyo psicológico y social de los padres.

Estas estrategias restrictivas que pretendían disminuir la propagación del virus y proteger a los recién nacidos y profesionales, han supuesto otros riesgos para los recién nacidos y sus familias, e inquietudes en los profesionales por sus consecuencias, ya que limitar la aplicación de los cuidados centrados en el desarrollo (CCD), podría afectar al establecimiento del vínculo afectivo entre padres e hijos, a los porcentajes de lactancia materna y al neurodesarrollo de los RN prematuros^{5,6}.

Esta crisis sanitaria mundial y los continuos cambios en los protocolos y guías, supone un gran desafío profesional y emocional⁶. Pero como indican los datos disponibles hasta el momento¹⁻⁴, el riesgo de que un RN sea infectado por su madre es muy bajo. Además, los beneficios que se obtienen con relación al MC, al vínculo afectivo y la lactancia materna superan los riesgos de la infección por SARS-CoV-2 en el RN.

Tras una lenta implantación del MC, que ha durado más de 20 años en las unidades españolas, la pandemia ha ocasionado un considerable impacto negativo en la práctica del MC. En pocos meses, se ha producido una disminución significativa en su práctica, debido a las limitaciones impuestas a la entrada de los padres en las unidades y por las restricciones específicas relacionadas con el MC, con posibles consecuencias para los niños y sus familias. En caso de posibles dudas respecto a la posible transmisión podría valorarse los cribados o incluso priorizar la vacunación de las familias con hijos en las unidades neonatales.

Tabla 1 Resultados de la encuesta «Impacto de la pandemia por SARS-CoV-2 sobre el Método Canguro en las Unidades Neonatales Españolas»

Ítems	Total (n 263)
Limitaciones a la entrada de padres en la unidad en algún momento de la pandemia	179 (68,1%)
Limitaciones a la entrada de familiares y hermanos durante la pandemia	262 (99,6%)
Entrega de información escrita a los padres sobre la unidad, normas, medidas de higiene y protección frente a la COVID-19	193 (73,4%)
Medidas de prevención específicas para la realización del Método Canguro durante la pandemia	91 (34,6%)
Limitaciones a la realización del Método Canguro durante la pandemia	
No	121 (46%)
Limitaciones de tiempo	18 (6,8%)
Limitaciones de personas (solo 1 progenitor)	69 (26,2%)
Limitaciones de personas (solo 2 progenitores)	25 (9,5%)
Otras	30 (11,4%)
Actualmente, la unidad es de puertas abiertas 24 h	224 (85,2%)
Actualmente, existen restricciones a la presencia de padres	
No hay restricciones	51 (19,4%)
Solo una madre/padre CON restricciones de tiempo	30 (11,4%)
Solo una madre/padre SIN restricciones de tiempo	173 (65,8%)
Ambos progenitores CON restricciones de tiempo	9 (3,4%)
Actualmente, el Método Canguro forma parte de los cuidados habituales de la unidad	250 (95,1%)
La información escrita proporcionada ha sido suficiente para cubrir las necesidades de las familias y garantizar la seguridad	127 (52,5%)
El uso de las mascarillas puede suponer una barrera que dificulta la relación de apego entre los padres y los recién nacidos	107 (40,7%)
La pandemia puede haber aumentado el estrés de los padres y el miedo a contagiar a sus hijos durante el Método Canguro	206 (78,3%)
Efecto de la pandemia sobre la frecuencia de las sesiones de Método Canguro	
Aumentado las sesiones	6 (2,3%)
Disminuido las sesiones	158 (60,1%)
No ha afectado	99 (37,6%)
Debería existir o mantenerse restricciones al acceso de puertas abiertas 24 h	104 (39,5%)
Debería existir o mantenerse limitaciones al Método Canguro	53 (20,2%)
Impacto de las medidas y restricciones por la pandemia sobre la lactancia materna	
No impacto	60 (23,4%)
Impacto leve	131 (51,2%)
Impacto severo	61 (23,8%)
No contesta	4 (1,6%)

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

En agradecimiento a todos los profesionales de las unidades neonatales españolas que han colaborado en la cumplimentación de la encuesta y que a pesar de la pandemia han seguido fomentando y realizando el Método Canguro. Así como reconocer especialmente el apoyo y colaboración de la Comisión de Humanización de la Sociedad Española de Neonatología (SENeo) y a la Sociedad Española de Enfermería Neonatal (SEEN) y al Blog Cuidando Neonatos por la difusión de la encuesta.

Bibliografía

1. Sánchez-Luna M, Fernández Colomer B, de Alba Romero C, Alarcón Allen A, Baña Souto A, Camba Longueira F, et al. Neonates Born to Mothers With COVID-19: Data From the Spanish Society of Neonatology Registry. *Pediatrics*. 2021;147, e2020015065.
2. Darcy Mahoney A, White RD, Velasquez A, Barrett TS, Clark RH, Ahmad KA. Impact of restrictions on parental presence in neonatal intensive care units related to coronavirus disease 2019. *J Perinatol*. 2020;40 Supl1:36–46.
3. Cavicchiolo ME, Trevisanuto D, Lolli E, Mardegan V, Saieva AM, Franchin E, et al. Universal screening of high-risk neonates, parents, and staff at a neonatal intensive care unit during the SARS-CoV-2 pandemic. *Eur J Pediatr*. 2020;179:1949–55.
4. López-Maestro M, De la Cruz J, Perapoch-Lopez J, Gimeno-Navarro A, Vazquez-Roman S, Alonso-Diaz C, et al. Eight principles for newborn care in neonatal units: Findings from a national survey. *Acta Paediatr*. Jul de. 2020;109:1361–8.

5. Morsch DS, Custódio ZA, de O, Lamy ZC. Psycho-emotional care in a neonatal unit during the covid-19 pandemic. *Rev Paul Pediatr.* 2020;38:e2020119.
6. Boscia C. Skin-to-Skin Care and COVID-19. *Pediatrics.* 2020;146:e20201836.

Álvaro Solaz-García^a, Ana Gimeno-Navarro^{a,b},
Rosario Ros-Navarret^c, Isabel Izquierdo-Macián^{a,b}
y Pilar Sáenz-González^{a,b,*}

^a Grupo de Investigación en Perinatología. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia, España

^b Servicio de Neonatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España

^c Área de Enfermedades del Niño. Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: saenz_pilgon@gva.es

(P. Sáenz-González).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2021.06.016>

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/>).

Comparación entre la primera y la segunda ola de la pandemia producida por el coronavirus SARS-CoV-2 en urgencias pediátricas de un hospital terciario de Madrid[☆]



Comparison between patients attended in the emergency department of a tertiary hospital in Madrid in the first and second wave of coronavirus SARS-COV-2 pandemic

Sra. Editora:

El abordaje de la enfermedad causada por el SARS-COV-2 (COVID-19) ha ido variando desde el inicio de la pandemia producida por dicho virus.

El desconocimiento inicial sobre los mecanismos de actuación del virus, la ausencia de bibliografía disponible y la gravedad del cuadro en pacientes adultos derivaron en pautas de tratamiento durante la primera ola que han ido cambiando posteriormente a medida que aumentaba el conocimiento de la enfermedad¹. En este estudio descriptivo retrospectivo realizado en Urgencias Pediátricas del Hospital Universitario La Paz de Madrid analizamos y comparamos las características de los pacientes y su manejo entre la primera ola (31/03/2020-26/06/2020) y la segunda ola (20/07/2020-30/11/2020).

En la primera ola fueron identificados 74 pacientes positivos para SARS-CoV-2^{2,3} y en la segunda se diagnosticaron 180 pacientes. Los principales datos se exponen en la [tabla 1](#).

La mediana de edad de la totalidad de pacientes fue de 62,7 meses (RI: 254), el 56,7% fueron varones. No hubo diferencias significativas en la edad y sexo entre las olas.

Inicialmente, todos los pacientes fueron identificados como positivos mediante técnica PCR, dado que era la única disponible^{2,3}.

Durante la segunda ola, con la aparición de los test de antígeno se identificaron 40 positivos (22,2%).

En la primera ola únicamente se realizó PCR de SARS-CoV-2 a pacientes que requerían ingreso o que tenían síntomas y patología de base^{2,3}. En la segunda ola se realizaron test diagnósticos a todos los pacientes con clínica compatible, a los que ingresaron y a niños asintomáticos con algún conviviente positivo. Esto se refleja en que el porcentaje de pacientes con patología de base fue mayor durante la primera ola^{2,3}. Además, el porcentaje de asintomáticos diagnosticados en la primera ola fue significativamente menor que en la segunda.

El nivel de triaje fue mayor en la primera ola (siendo el más frecuente el nivel 3), versus nivel 4 de triaje durante la segunda ola^{2,3}.

En cuanto a los síntomas, se objetivaron diferencias estadísticamente significativas entre las dos olas en los síntomas de tos y rechazo de las tomas, más frecuentes ambos en la primera ola³. En la segunda ola destaca el aumento significativo de diagnósticos en pacientes sin síntomas sugestivos de COVID-19.

Los diagnósticos más frecuentes en ambas olas fueron infección aguda de vías respiratorias superiores y síndrome febril sin foco^{2,3}. En la primera ola se diagnosticaron 8 neumonías y ninguna en la segunda ola. En la primera ola se realizaba radiografía a la mayoría de los pacientes extrapolando el algoritmo de manejo de los pacientes adultos. En la segunda ola, tras ir adquiriendo cierta experiencia y viendo que las neumonías eran muy infrecuentes en niños se dejó de hacer dicha prueba. Probablemente en la primera ola se sobreestimara el porcentaje de neumonías considerando infiltrados leves como posibles focos neumónicos. Se revisó si los pacientes reconsultaron en urgencias en las 72 horas posteriores a la consulta inicial para descartar la presencia de complicaciones secundarias a la infección, entre ellas neumonías.

El número de ingresos y la duración de los mismos fue significativamente menor en el segundo período (primera ola mediana de 4 días con RI: 29 días; segunda ola mediana 2 días con RI: 7)^{2,3}.

No hubo diferencias en la necesidad de ingreso en Cuidados Intensivos.

Hemos analizado por separado el abordaje de los pacientes sintomáticos con infección confirmada en ambas olas. Durante la primera ola el manejo fue más invasivo, rea-

[☆] El trabajo ha sido presentado a la XXV Reunión Anual de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP). Donostia, 3-6 de marzo de 2021.