

Abordajes del parto y nacimiento de diferentes equipos sanitarios en el contexto de la pandemia de COVID.19, en el marco de los derechos reproductivos.



Defensoría del Pueblo
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

INFORME Abril 2020

- La Oficina de Niñez, Adolescencia y Género de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires y la organización Parir y Nacer realizaron el 30 de marzo un encuentro virtual extraordinario de la Mesa de Trabajo sobre los derechos del Parto y Nacimiento, en el marco de la pandemia del COVID-19 que hoy afecta a nivel mundial.
- Científicos, parteras, médicas obstetras, comunicadoras, todas activistas por el parto y nacimiento respetados de la Argentina, Suecia y Alemania, se dieron cita en este encuentro realizado de forma virtual, para analizar el tema de la coyuntura que atraviesa el mundo frente a la pandemia del COVID-19. Se buscó de ese modo compartir diferentes experiencias de abordaje ante las complejidades que derivan del virus, así como las estrategias que se han ido elaborando ante las deficiencias propias de los diversos sistemas sanitarios. El objetivo principal, es proponer herramientas y posibles caminos para el efectivo cumplimiento de los derechos reproductivos.

Mesa de trabajo conformada por:

Melina Vincenti. Partera Maternidad de Carlotto, Argentina
Romina Vasco. Partera Maternidad de Carlotto, Argentina
José Belizán. Obstetra Investigador del IECS, Argentina
Alejandra Mazzeo. Partera. Nuestras Parteras, Argentina
Carlos Burgo. Médico Obstetra, Nuestras Parteras, Argentina
Beltrán Lares. Médico Obstetra, Parir y Nacer, Argentina
María Elena Naddeo. Defensoría del Pueblo CABA.
Miriam Viceconte. Partera en Escobar, Argentina
Clarisa Cancela. Partera en Suecia
Mario Róvere. Médico Sanitarista, Argentina
Soledad Quintana. Partera en Suecia
Katharina Sackmann. Partera en Alemania
Graciela Stuchlik. Coordinadora de Parir y Nacer, Argentina
Yuruani Rodríguez. Comunicadora de Parir y Nacer, Argentina

Entrevista especial con Fernando Althabe (IECS- OMS). Médico en el Programa de Reproducción Humana (HRP) del Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), con sede en Ginebra, Suiza.

Informe realizado por:

Alejandra Mazzeo. Partera. Nuestras Parteras, Argentina
Carlos Burgo. Médico Obstetra, Nuestras Parteras, Argentina
Beltrán Lares. Médico Obstetra, Parir y Nacer, Argentina
Graciela Stuchlik. Coordinadora de Parir y Nacer, Argentina
Yuruani Rodríguez. Comunicadora de Parir y Nacer, Argentina

Adjuntamos bibliografía que se utilizó y recomendó durante el encuentro.

La actual pandemia de COVID.19 nos ha empujado a una oportunidad de modificar los protocolos de atención del embarazo y nacimiento, a modo de reducir los riesgos de transmisión y contagio en lo que refiere al entorno de la mujer, la familia y la comunidad. Se busca la salud y el bienestar de todos sin menoscabar la experiencia del nacimiento, con uso racional y necesario de los recursos (humanos y materiales) bajo la presión de una pandemia que nos afecta con inclemencia. De este modo, prevenir riesgos tanto en la población de mujeres, recién nacidos y del personal que los asistirá durante todo el proceso de embarazo, parto y puerperio.

Los ajustes basados en criterios personales, en el miedo y en prejuicios individuales y colectivos no parecen ser el camino correcto. Entender que la cultura y los valores que nos impulsan a estos cambios van impregnados de inequidades y desequilibrios de género nos plantean un alerta y una oportunidad de equilibrar la balanza, pensando y actuando en beneficio de la humanidad.

Las modificaciones sanitarias deben basarse tanto en las evidencias científicas actuales sobre el COVID-19 (escasas, recopilándose ahora y susceptibles a cambios) como en la data registrada. Un análisis racional, profundamente científico, prudente y libre de sesgos de cualquier tipo puede proporcionar el equilibrio necesario ante la magnitud de esta amenaza.

Una actitud flexible y dinámica es imperativa ante los cambios futuros tal como los virus mutan para su supervivencia.

En este momento, iniciando abril de 2020, se pueden hacer recomendaciones y sugerencias que guíen racional y equilibradamente al sistema de salud reproductiva en beneficio de las madres. Las más recientes publicaciones científicas distan de ser una verdad científica. Es lo que tenemos y se espera alcanzar un mejor nivel de conocimientos en muchos aspectos de esta virosis. Estudios randomizados doble ciego, meta análisis y estudios basados en conceptos de escalabilidad (Scale-up) son las vías para obtener criterios de investigación que rindan en efectividad clínica y aplicabilidad a la realidad sociopolítica en el mundo de hoy.

Es conveniente usar lo conocido y las evidencias obtenidas hasta ahora, aparejadas con un sentido común más una interpretación sin sesgos ni prejuicios. Esto último ha persistido, aunque no lo podamos creer, cuando la lectura y aplicación de la medicina basada en evidencias, en relación a los protocolos de atención del nacimiento, ha sido marcada por aspectos que denotan resistencia, lentitud, prejuicios culturales y de género sumado a intereses de poder y financieros.

Podemos revisar y analizar algunos de los protocolos de atención a las embarazadas, durante el nacimiento y en los primeros meses de la crianza inicial en el contexto de la pandemia. Esto debe ser leído como un análisis para debatir y modificar en consenso y no como un dogma inflexible.

La necesidad urgente de utilizar espacios físicos para la atención de pacientes contagiados con COVID 19 y con compromiso serio de salud nos ha llevado a pensar en otros ambientes donde puedan ser atendidas las embarazadas, parturientas y los recién nacidos, especialmente de bajo riesgo.

Sanatorios exclusivos para la maternidad, centros de bajo riesgo, vuelven a aparecer como opciones a evaluar que permitan la atención de la embarazadas que no tengan complicaciones y en forma óptima y segura.

En estos espacios, como lo expresaron en la mesa de trabajo las parteras de Maternidad de Carlotto, de Suecia y de Alemania, la práctica clínica y la evidencia científica demuestran ser exitosas. En estas instituciones, se trabaja con el modelo de personal basado en la atención brindada principalmente por parteras, con un respaldo de 24 horas de un obstetra que proporciona trabajo interno y la cobertura del parto sin otros deberes clínicos competitivos. La OMS y el CLAP, vienen haciendo estas recomendaciones de asistencia hace varias décadas.

Su reorganización, de todos modos, sigue siendo dinámica y atiende las eventualidades que plantean las autoridades de la cartera sanitaria. Vemos en ese sentido diferencias en cada institución, lo que plantea un enfoque federal y local, atendiendo las necesidades de cada población en sus respectivas realidades.

Las propuesta de estas modalidades, tienen menos complejidad y se utilizan menos recursos, materiales y humanos al disponer de clínicas o sanatorios equipados con lo indispensable para la atención de un embarazo de bajo riesgo, esperando un parto normal. Se puede o no prescindir de un quirófano o salón de cirugías para realizar las cesáreas intraparto si se dispone de un plan de traslado y un sanatorio de referencia cercano, en caso de surgir complicaciones maternas o neonatales que lo ameriten.

Debemos asumir que lo esperado es que la mayoría de las mujeres de estas características de bajo riesgo obstétrico recorran la experiencia de maternidad, ellas y sus recién nacidos, sanos y en buenas condiciones.

Se une a este aspecto el ajuste ya estudiado y aún polémico de la duración de la internación a un promedio de 24 horas. Se plantea un beneficio ya utilizado en países que permiten una vigilancia y asistencia previa de la mujer y su recién nacido con visitas domiciliarias o contacto virtual o por vía telefónica. Las parteras, las licenciadas obstétricas y médicos generales o de familia resultan efectivos para complementar la vigilancia sanitaria.

La presencia y compañía a la parturienta de una persona de su confianza y cercanía afectiva plantea una discusión difícil de asumir y polémica ante el gremio médico, a pesar de ya haber sido evaluada como una intervención favorable a la experiencia del nacimiento y a los resultados perinatales. Resulta obvia la salud de esa persona y el riesgo de contagiarse ella misma al compartir con el personal sanitario. **La mesa de trabajo en su conjunto**

recomienda especialmente que esta medida se cumpla en el contexto actual.

No tiene ninguna justificación realizar inducciones del parto o cesáreas sin indicación en embarazadas sanas, con síntomas o confirmada la infección por coronavirus al final del embarazo. Hasta ahora la infección por COVID19 no parece afectar ni con más frecuencia ni con más o menos severidad a las embarazadas, no parece asociarse a pérdidas reproductivas, a malformaciones congénitas ni a una frecuencia mayor de partos prematuros.

No se justifica en embarazos de bajo riesgo la realización de los monitoreos fetales ante parto (no estresante) tal y como no tiene indicación en cualquier embarazada de bajo riesgo. La utilización del monitoreo intraparto tampoco tiene indicación en mujeres de bajo riesgo que inician su trabajo de parto sin síntomas, con sospecha o con infección comprobada con el virus.

Tampoco se ha comprobado la transmisión vertical del virus (de la madre a su bebé intrauterino o recién nacido) ni a través de la leche materna. Por tanto, el apego oportuno piel con piel, el pinzamiento adecuado del cordón umbilical, la lactancia materna inicial y a libre demanda, y el alojamiento conjunto, se mantienen como protocolos de atención útiles y respaldados por la evidencia actual.

“Las medidas preventivas de contagio o transmisión del virus en el contexto de esta obstetricia del 2020 deben ser casi las mismas que para cualquier aspecto relacionado con lo conocido hasta el presente, en lo que se refiere a relaciones sociales y con muchas de las precauciones propias de las instituciones sanitarias. Recordemos que el embarazo y el nacimiento son, en principio, eventos fisiológicos de la vida de las mujeres y no un cuadro clínico o una enfermedad”.

Para concluir, la aparición del COVID 19 deja al descubierto prácticas imprescindibles por parte del discurso médico hegemónico, tales como el uso indiscriminado de los ultrasonidos (ecografías y monitoreo electrónico fetal) y otras prácticas diagnósticas, excesos de cesáreas innecesarias. Y en el contexto de la pandemia, voces contradictorias en cuanto al sostén de la lactancia materna, cuando hasta el momento no hay evidencia de transmisión vertical de madre a hijo.

Ciertamente, ante la incertidumbre que día a día nos atraviesa las perspectivas más racionales se atienen a lo que las evidencias van mostrando, precisamente en ese día a día.

Es tal vez el momento de cuestionar modelos de asistencia altamente intrusivos y señalar el valor que tendrá en un futuro mediano revisar el exceso de intervenciones, mientras se descuidan aspectos subjetivos relevantes en la constitución de nuestra humanidad, afirman la partera Alejandra Mazzeo y Carlos Burgo, del equipo Nuestras Parteras.

“Las mujeres van a tener que seguir yendo a las maternidades, van a tener que tener una medida especial para las embarazadas que no estén en riesgo del COVID 19 y para las que sí. **Hoy las autoridades sanitarias tienen que adoptar claras medidas de aislamiento y asegurar que la población esté informada de las medidas que se están tomando para sentirse más tranquilas en el momento de ir a la maternidad** “ afirmó el Dr. Fernando Althabe. **Es por eso que reclamamos la información pública hacia la población en su conjunto, y nos preguntamos cómo será la reorganización del sistema de salud en diferentes medios locales, ya que sabemos que cada Municipio, tiene su realidad y posibilidad sanitaria.**

Resumen comentarios sobre la epidemia de coronavirus y atención de la embarazada y el parto.

José Belizán. 28/03/202

Como la evolución de la epidemia y la información que se obtiene tanto local como de otras experiencias es cambiante todo comentario o recomendación puede cambiar con la adquisición de nuevos conocimientos o eventos.

Por lo que se sabe hasta la fecha por publicaciones científicas es lo siguiente.

En lo que respecta a la **transmisión vertical** (transmisión de la madre al bebé en forma antenatal o intraparto), se ha llegado a la conclusión de que **no hay pruebas de ello** (1-6). (7). Como no hay pruebas de **infección fetal intrauterina** con COVID-19, actualmente se considera improbable que haya **efectos congénitos** del virus en el desarrollo fetal.

Actualmente no hay datos que sugieran un mayor riesgo de aborto espontáneo o de pérdida de embarazo temprano en relación con COVID-19. (8). Hay informes de casos de nacimiento prematuro en mujeres con COVID-19, pero no está claro si el nacimiento prematuro fue siempre iatrogénico, o si algunos fueron espontáneos. Dado que la situación actual en la Argentina indica que aún no hay una tasa de infección alta, las recomendaciones a las embarazadas serían las mismas que a la población general tratando de evitar la posibilidad de infección y de diseminación del virus.

La evidencia actual indicaría que la mujer embarazada no tiene un riesgo aumentado de contraer la infección en relación a la población general. Por lo tanto, la mujer embarazada debe seguir las normas establecidas de aislamiento.

Sin embargo, hasta tener mayor información se recomienda medidas más estrictas de aislamiento en embarazos de más de 28 semanas.

Sería recomendable reducir el número de visitas prenatales y evitar los cursos de psicoprofilaxis. Lo recomendable sería que el sistema de salud establezca al máximo el contacto con la embarazada a través de métodos de comunicación a distancia, tanto para consultas rutinarias como guía ante situaciones de emergencia o sospecha de trabajo de parto.

Sería deseable que toda embarazada tenga registros electrónicos del progreso de su embarazo.

Tanto para el sistema público como para el privado sería deseable que la atención de los partos sea hecha por equipos de guardia activa, guardias de al menos 24 horas. Ello limitaría el número y la circulación de personal de salud. Este equipo debería ser el

mínimo: partera, médico obstetra, enfermera, neonatólogo y anestésista. (Acá yo diría anestésista opcional ya que depende del centro clínico o sanatorio, además que liberaría al anestésista para hacer uso de su horas-hombre en terapias intensivas o en otras cirugías que lo necesiten. Los anestésistas son médicos hábiles en intubaciones, resucitaciones

También sería deseable que la parturienta permaneciera en una misma habitación en parto, parto y puerperio hasta el alta. (A compartir con especialistas en infecciones si se debería hacer una prueba de Coronavirus a toda parturienta).

Referencias:

1. RECURSOS PARA PROVEEDORES CALIFICADOS DE LACTANCIA EN COVID-19, de la International Lactation consultant association, <https://ilca.org/covid-19/>
2. Informe OMS sobre Manejo clínico de infección respiratoria aguda severa cuando se sospecha COVID-19 [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected)
3. INTERMEDICIN COVID-19 en mujeres embarazadas, mujeres lactantes y niños y adolescentes. <https://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=9368>
4. ICM OFFICIAL STATEMENT, Los derechos de la mujer en el parto durante la pandemia. www.internationalmidwives.org
5. Chen H, Guo J, Wang C, et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. Lancet 2020 doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30360-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30360-3)
6. Chen Y, Peng H, Wang L, et al. Infants Born to Mothers With a New Coronavirus (COVID-19). Frontiers in Pediatrics 2020;8(104) doi: 10.3389/fped.2020.00104
7. Li N, Han L, Peng M, et al. Maternal and neonatal outcomes of pregnant women with COVID-19 pneumonia: a case-control study. . Pre-print doi: 10.1101/2020.03.10.20033605
8. Zhu H, Wang L, Fang C, et al. Clinical analysis of 10 neonates born to mothers with 2019-nCoV pneumonia. Transl Pediatr 2020;9(1):51-60. doi: <http://dx.doi.org/10.21037/tp.2020.02.06>
9. Wang L, Shi Y, Xiao T, et al. Chinese expert consensus on the perinatal and neonatal management for the prevention and control of the 2019 novel coronavirus infection (First edition). Annals of Translational Medicine 2020;8(3):47.
10. Fan C, Lei D, Fang C, et al. Perinatal Transmission of COVID-19 Associated SARS-CoV-2: Should We Worry? Clinical Infectious Diseases 2020 doi: 10.1093/cid/ciaa226
11. Outcome of Coronavirus spectrum infections (SARS, MERS, COVID-19) during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. https://els-jbs-prod-cdn.literatumonline.com/pb/assets/raw/Health%20Advance/journals/ymob/CoV_Pregnancy-1584636180217.pdf.
12. Zhang J, Wang Y, Chen L, et al. Clinical analysis of pregnancy in second and third trimesters complicated severe acute respiratory syndrome. Zhonghua Fu Chan Ke Zhi 2003;38:516-20.

Antecedentes de la Mesa de Trabajo

Estas consideraciones se vienen articulando a partir del momento en que se constituyó la Mesa, con el objetivo de discutir y rever las prácticas asistenciales que conforman actualmente el modelo vigente, y los aportes de la mirada y de un modelo de asistencia nominado parto y nacimiento humanizado o respetado, el cual es avalado por normativas del Ministerio de Salud de Nación. La reciente legislación apunta además a cuestionar el exceso de intervenciones que atentan contra la satisfacción de las mujeres y de sus acompañantes (derechos de padres e hijos durante el proceso de parto y nacimiento; protección integral de las mujeres, niñas, niños y adolescentes; derecho del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud).

El disparador inicial fue la inquietud ante el alarmante índice de cesáreas en el sistema público, como su desborde en el ámbito de la medicina privada.

A partir de esos encuentros, y con el aporte de otras miradas científicas y sociales, se comenzó a pensar en estrategias y tácticas de visibilización e intervención educativa para los distintos estamentos profesionales, no profesionales y comunitarios.