

LA SALUD MATERNA Y NEONATAL EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Y el mundo quedó sumergido en sombras....

Desde aquel diciembre del 2019 cuando se informó sobre la presencia de un nuevo virus en China, el SARS-CoV2, caracterizado por su velocidad de transmisión y contagio y que parecían eventos tan lejanos, pero en poco tiempo el mundo entero quedó inmerso en una pandemia, en el contexto de emergencia de salud pública internacional y crisis socio-sanitaria, revelando la alta fragilidad de los sistemas de salud desbordados ante la acelerada cantidad exponencial de casos.

En Argentina se declaró a partir del 20 de marzo 2020 el aislamiento social preventivo y obligatorio y el Ministerio de Salud de la Nación comenzó a organizar la respuesta ante la emergencia sanitaria. A falta de vacuna o fármacos específicos, la capacidad de respuesta dependía de medidas individuales y sociales que eviten la propagación del virus.

Es difícil encontrar episodios similares que hubieran podido servir de guía. Con una rapidez inusitada esta situación fue requiriendo respuestas inéditas en los sistemas de salud. Esta respuesta nos ha ido llevando por terrenos poco transitados, donde nadie podía erigirse como “experto”.

En todas las instituciones de salud hubo que planificar y gestionar, crear grupos asesores o comités de crisis, consensuar criterios, reorganizar servicios, reconvertir la planta física, generar carriles de circulación y áreas de internación separados para personas COVID-19-positivo o negativo, reorganizar la dotación de camas, reubicar a los/las trabajadores de la salud (surgió el concepto de “burbuja”) y organizar la cobertura de aquéllos con licencias especiales.

Requirió capacitación del recurso humano profesional y no profesional en protocolos de manejo, medidas de seguridad personal y seguridad del paciente en todos los efectores públicos y privados, decisiones muchas veces limitadas por los ajustados recursos presupuestarios, para asegurar la disponibilidad de equipos, medicamentos, insumos médicos y de higiene sanitaria, equipos de ventilación y conectores en unidades de cuidados intensivos, dotar de los recursos y capacidades para que los equipos profesionales y no profesionales pudieran ejercer de manera efectiva su función, con los elementos de protección personal necesarios y con prioridad para testeos y vacunas ni bien estuvieron disponibles.

Para los equipos profesionales y no profesionales de la salud uno de los mayores desafíos que debieron enfrentar no fue sólo la exposición directa al virus y el riesgo de contagiarse, sino también el estrés laboral, la cuarentena y el impacto en sus familias, que pueden repercutir en su salud física y mental.

Ante un panorama cambiante y el dinamismo epidemiológico, las futuras madres, los recién nacidos y sus familias debieron enfrentarse a medidas de contención (aislamiento, distanciamiento, prohibición de acompañamiento y visitas) y han tenido que prepararse para dar a luz a sus hijos en un contexto completamente distinto, en el cual muchas embarazadas evitaban acercarse a los centros de salud por miedo a contagiarse o a ser separadas de sus hijos recién nacidos y en el que en muchas áreas no pudieron recibir los cuidados prenatales o éstos se redujeron al mínimo.

El cierre temporal de servicios ambulatorios y consultorios externos dejó a muchas mujeres sin acceso a atención de salud materna, que es “tiempo-dependiente y tiempo-sensible” e impostergable y afectando además su salud reproductiva, desde controles y cirugías ginecológicas hasta el acceso al derecho de Interrupción Legal del Embarazo que en muchos centros asistenciales se consideró como una prestación "no esencial" y fue restringido durante la Pandemia.

Ante esta preocupación la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020, s/n) lanzó un llamamiento para que las personas embarazadas y recién nacidos, aún ante sospecha o COVID-19 confirmado, tengan derecho a recibir atención de alta calidad, incluida la atención en salud mental. Es decir que la misma debería mantenerse, siendo esencial que los protocolos se basen en evidencia científica y respeten los derechos de mujeres, personas gestantes y recién nacidos.

A medida que se fueron conociendo las características de este virus, se identificaron los grupos de riesgo y el Ministerio de Salud de la Nación incorporó a las personas gestantes y puérperas dentro de los grupos vulnerables y organizó el sistema de vigilancia y la Sala de Situación de COVID-19 y Embarazo a nivel central.

Desde la Dirección de Salud Perinatal y Niñez se llevó adelante un apoyo continuo con capacitaciones virtuales, conversatorios y asistencia técnica a las diferentes jurisdicciones, de acuerdo a sus necesidades, en la problemática del manejo y organización de la atención en los servicios de Obstetricia, Neonatología y Unidades de Terapia Intensiva en casos de COVID-19 críticos en embarazo/puerperio de todo el país, en algunas de las cuales han colaborado especialistas de Obstetricia y Terapia Intensiva de la Maternidad Sardá, para garantizar la continuidad y seguridad de la atención.

Las recomendaciones fueron enfocadas a seguir brindando atención en un marco de derechos basados en la Ley de Parto Respetado (Ley N° 25.929), aún en contexto de pandemia

Se elaboraron y difundieron materiales para los equipos de salud¹ y sus posteriores actualizaciones², dirigidos a sostener la calidad asistencial, los derechos durante el proceso de nacimiento³, evitar las cesáreas innecesarias, permitir el contacto piel a piel y puesta al pecho en la primera hora de vida, la internación conjunta de madre-hijo y lactancia materna, aún en casos confirmados o de sospecha de COVID-19, si el estado materno y del recién nacido lo permiten, adecuando las medidas de prevención correspondientes en cada servicio de atención perinatal público o privado. Se refuerza la recomendación de dar prioridad a embarazadas en el acceso a los sistemas organizados para el triage de ingreso, así como en los centros de testeo.

Los servicios de Obstetricia y Neonatología han experimentado cambios en los modelos y protocolos de atención adoptando a su contexto las directrices y orientaciones dadas por las autoridades sanitarias, específicamente en la forma como se realizan los controles prenatales, seguimiento, atención del parto y asistencia neonatal e internación conjunta.

Es de destacar que hay instituciones que han podido adecuar los protocolos de una manera acorde a las recomendaciones y leyes, demostrando la intención de preservar la humanización dentro de las prácticas, a pesar del contexto de gran adversidad.

Sin embargo, debemos reconocer que en muchos otros servicios públicos o privados el acompañamiento de la pareja o persona elegida durante el trabajo de parto y nacimiento fue autorizado en forma parcial y hasta se prohibió y el vínculo de madre-hijo en la primera hora de vida se permitió en forma apresurada y parcial. Aquellas madres COVID-19 positivas durante el parto y puerperio, eran aisladas y el recién nacido fue separado por el riesgo potencial de la infección con el consiguiente impacto físico y emocional para el binomio.

Las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN) se vieron obligadas a adoptar normas y protocolos de aislamiento, se restringieron la permanencia de madres y padres y en su totalidad las visitas de otros familiares en varias UCIN que tenían un modelo de “puertas abiertas”. En algunos casos se ha tratado de mitigar a través del uso de la tecnología como video llamadas que permiten a los padres observar a sus bebés durante la internación, pero con un efímero efecto sobre la ansiedad y frustración de padres y familias que estas limitaciones trajeron aparejadas.

Los bancos de leche humana sufrieron una disminución de donantes, debido a la cuarentena, con el desabastecimiento de leche materna fundamental para los bebés internados en las UCIN.

Ya avanzando el año 2020 quedaba claro que Covid-19 afecta la salud reproductiva, materna y perinatal tanto directamente con la capacidad de infección, como indirectamente debido a los cambios en la atención prenatal y las circunstancias sociales y económicas tan entrelazadas.

Si trazáramos una línea de tiempo, recordando los inicios de la Pandemia, cuando los primeros reportes que llegaban de Wuhan, epicentro de la infección en China, proporcionaron información para guiar la atención clínica de personas gestantes y sus recién nacidos, sin evidenciar mayor riesgo que la población general de esas edades y mostraron buenos resultados para la mayoría de las embarazadas y bebés infectados⁴.

Sin embargo, las alertas comenzaron a sonar cuando el 22 de junio 2020, un reporte del CDC de EUA advierte que el embarazo se asocia con un mayor riesgo de ingreso en UCI y de requerir ventilación mecánica, aunque no de muerte, especialmente en población gestante hispana y afroamericana⁵.

Varios estudios reportaron sus observaciones desde diferentes lugares del mundo.

En abril de 2021 se publica el estudio de cohorte, The INTERCOVID Multinational Cohort Study, realizado en 43 hospitales de 18 países, entre ellos la Maternidad Sardá, que *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2021;6(1):e1-*

incluyó resultados maternos y perinatales en más de 2.000 embarazadas con COVID-19 versus el grupo control sin infección, resultando para la población positiva para SARS CoV-2 un riesgo 50% mayor de complicaciones graves maternas y morbilidad neonatal duplicada, fundamentalmente debidas a prematuridad y encefalopatía hipóxica-isquémica (RR, 2.14; 95% CI, 1.66-2.75), además se quintuplicó el riesgo de ingreso materno a UTI y demostró un riesgo 22 veces mayor para mortalidad materna⁶.

En julio de 2021 una publicación reporta que en el Estado de Washington (EUA) se evidenció riesgo 13.6 veces mayor de mortalidad materna y Síndrome Respiratorio Agudo en personas gestantes con COVID-19⁷.

Ya no nos quedaban dudas del impacto negativo en la salud materna y neonatal que ha causado este virus y así se ha debido transitar la triste experiencia en los servicios de Obstetricia/UTI y Neonatología de nuestro país, que golpeó en forma más agresiva durante el 2021, como ha quedado reflejado en los sistemas de registro que incluyen los datos del sector público, privado y de obras sociales.

Durante el confinamiento las gestantes y sus familias tuvieron dificultad en acceder no sólo a las consultas y estudios prenatales habituales, sino además a los cursos de preparación física y psicológica para la maternidad y paternidad, a consultas de salud mental y de nutrición, debido a las medidas vigentes y cierre de servicios. El tiempo para dar educación y asesoramiento durante el embarazo fue apresurado, lo que llevó a no satisfacer sus inquietudes ni abordar en plenitud todos los temas relacionados al cuidado y atención de la gestación, parto, postparto, lactancia y crianza.

Las tecnologías de la información y las comunicaciones en salud (TICS) se han convertido en herramientas estratégicas de apoyo, colaborativas de la práctica clínica en los sistemas de salud y esto se ha puesto de manifiesto y catalizado durante la Pandemia, a partir del 2020, cuando se debió afrontar este nuevo contexto, ampliando las posibilidades de llegada a las personas gestantes y sus familias y comunidades.

Se instala el concepto de e-salud, telesalud y telemedicina, permitiendo las conexiones desde aplicaciones (apps) en dispositivos y teléfonos celulares.

De esta forma, estos recursos tecnológicos han jugado y sin dudas lo harán con más fuerza a futuro, un papel importante como herramientas complementarias y en ocasiones sustitutivas para mantener contacto y lograr una cobertura en salud para el binomio madre-hijo y su familia, especialmente enfocadas a pautas de promoción y prevención, cursos teórico-prácticos de PIM que llevaron adelante con gran dedicación y creatividad Lic. en Obstetricia, a veces en conjunto con profesionales médicos y de enfermería en todo nuestro país, consultas virtuales dispuestas desde los servicios de Psicología y Nutrición de las Maternidades, en forma sincrónica o mediante materiales audiovisuales grabados y disponibles en redes sociales, con contenidos enfocados a la salud materna y neonatal para acceder desde cualquier lugar y momento por parte las personas gestantes, madres-padres y familias de recién nacidos, con alto nivel de satisfacción.

Además estas plataformas digitales se han convertido en una herramienta de alcance infinito en el campo de la enseñanza de la medicina y disciplinas de la salud, para

mantener un sistema integrado de interconsulta entre servicios de diferentes efectores o regiones, tan necesarios en este contexto y para establecer comunicación entre los centros de salud con su población a cargo y facilitar consultas que pudieran resolverse en forma remota y en ocasiones para la evaluación video asistida.

En una carrera para vencer al virus, los científicos de muchos centros del mundo, pusieron el conocimiento al servicio de la humanidad, buscando un tratamiento y una vacuna universal.

La vacunación es hasta ahora la herramienta más eficaz y costo-efectiva para prevenir contagios de la enfermedad y/o sus formas graves. Cada vez hay más evidencia disponible sobre la seguridad y efectividad de la vacunación contra el SARS-CoV2 durante el embarazo y lactancia, o sea que los beneficios de recibirla superan a cualquier riesgo conocido o potencial en cualquier momento del embarazo y lactancia, generando alto nivel de anticuerpos protegiéndose las madres y sus hijos en los primeros meses de vida.

A partir de junio 2021 el Ministerio de Salud de la Nación, incorpora como poblaciones priorizadas a personas embarazadas en cualquier trimestre y en lactancia al plan nacional de vacunación, sin preferencia de una plataforma sobre la otra de las disponibles en el país⁸. La inmunización con virus inactivados o con ARN-m no han mostrado hasta el momento evidencia de efectos fetales adversos.

Hubo que superar una etapa inicial de desinformación y desconfianza en la seguridad y el valor protector de las vacunas, no sólo en las embarazadas y en la población en general, sino también en los médicos y Obstétricas/os y fomentar y difundir los beneficios de la vacunación frente al riesgo de complicaciones graves y hasta de mortalidad por COVID-19.

Los profesionales a cargo de la atención prenatal han tenido a partir de entonces, la responsabilidad ética de alentar a las mujeres embarazadas a vacunarse sin demora porque la adopción generalizada de las vacunas es la mejor oportunidad que tenemos para salvar vidas y poner fin a esta pandemia.

Desde la DiCEI - Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles/Ministerio de Salud de Argentina se ha instrumentado un sistema de vigilancia de cualquier evento supuestamente atribuido a vacunas en población general, y en el grupo de personas gestantes en particular, que pueden ser notificados desde cualquier jurisdicción del país para su registro y análisis

Ya hemos visto con gran alivio la tendencia positiva con el aumento de las tasas de vacunación en paralelo a la rápida disminución de casos de COVID-19 y muertes en la población en general y de embarazadas en particular.

Habría mucho que escribir sobre aspectos positivos de lo que hemos aprendido como individuos y como seres sociales, enfrentándonos a nuestros temores, incertidumbres, confusión, tristezas y angustias y en lo que respecta a los demás, hemos tenido que poner en práctica nuestra solidaridad, tolerancia, paciencia y creatividad.

Una crisis que exigió al límite a los equipos de salud, especialmente, poniendo en ocasiones al descubierto lo mejor y lo peor de las personas en la dinámica individual y colectiva en los servicios, en un reto permanente para superar en el día a día y a obtener nuevas habilidades de comunicación e interacción para el trabajo en equipo.

La Pandemia que significó enormes costos para los sistemas de salud, podría generar algunos beneficios y dejar capacidad instalada: mejoras efectivas y sostenidas en muchos servicios, recursos humanos, equipamientos e insumos.

Otro tema crítico es asegurar la inclusión ética de las personas embarazadas en pruebas de terapias y vacunas. Como suele ser en casi todas las investigaciones fueron específicamente excluidas de los ensayos clínicos de las vacunas COVID-19, dejando sin datos en las primeras fases para orientar las decisiones sobre su vacunación.

Se deberá considerar las nuevas perspectivas de las TICS para incorporar los avances que nos ofrece el mundo digital, con sus posibilidades infinitas, para contribuir a la calidad de la asistencia sanitaria, trabajando los decisores en superar la brecha digital (acceso, disponibilidad y velocidad de redes), una de las principales barreras que existen aún en muchas regiones de nuestro país. La investigación futura deberá responder sobre la eficiencia de la telemedicina y qué prestaciones en relación a la salud materna y neonatal brindarán el mayor beneficio y satisfacción para las/os usuarias/os y teniendo en cuenta su relación costo-efectividad para los sistemas de salud.

En cuanto a los sistemas de registro y vigilancia, será indispensable integrar códigos COVID-19 a las fuentes de datos y registros de indicadores perinatales y maternos, agregando códigos ICD-10 COVID-19 a los datos de hechos vitales (nacimientos y defunciones), para reflejar con mayor precisión el impacto discriminado de las otras causas asociadas a mortalidad materna y perinatal.

El gran desafío será tener en cuenta las lecciones aprendidas durante la Pandemia 2020-2021, para mejorar la planificación ante una posible futura amenaza y para el desempeño de los servicios de salud en tiempos más estables. Como en toda crisis, este momento de cambio se ofrece también como oportunidad.

El impacto en la mortalidad global por este virus será irreparable, sobre todo en la infancia, la salud materna y neonatal, con la evidencia registrada del aumento de la mortalidad materna y neonatal, la prematuridad, las tasas de cesárea y los riesgos asociados a la falta de control prenatal. Necesitamos evaluar estas consecuencias, incluyendo cambios en la búsqueda y accesibilidad de atención y para diferenciar entre los efectos directos e indirectos de la Pandemia.

Será necesario potenciar las investigaciones y dar respuestas basadas en evidencias y en experiencias que nos ha dejado este transitar de casi 2 años, recogiendo los desafíos y aprendizajes que permitan construir las mejores respuestas en un diálogo entre las políticas de salud con la ciencia, la tecnología y la academia para generar soluciones ante las crisis.

Hemos escuchado que ya nada será igual en nuestras vidas... y eso es casi seguro. Dejará huellas duraderas, por supuesto lo más impactante es la irreparable pérdida de

seres humanos. En el recuento de los daños, hay además muchas otras pérdidas de tipo material y espiritual.

Será difícil “dar vuelta la página”, especialmente para quienes perdieron a sus seres queridos y vieron apagarse la vida de sus pacientes a pesar de los esfuerzos y desvelos en cada guardia, en cada sala de internación, en cada UTI.

La incertidumbre aún persiste entre nosotros y es difícil prever el final definitivo de la Pandemia. No obstante, es posible que vaya transformándose gradualmente en una Endemia y el escenario más probable es el de una amplia recuperación.

Es tiempo, por tanto, de compromiso y de cuidado, con una mirada amplia. Esto es parte de lo que hemos aprendido o, al menos, de lo que hemos tenido oportunidad de aprender, no sólo de esta nueva enfermedad, sino de nosotros como individuos y formando parte de equipos dentro de un sistema.

Ahora es el momento de planificar la próxima pandemia, en la esperanza que se haya comprendido el error de no ubicar en el radar a personas embarazadas y recién nacidos y que sean priorizados en estos esfuerzos de planificación.

La Pandemia nos ha puesto de manifiesto, además de nuestra vulnerabilidad, que vivimos interconectados y todos dependemos de todos y más allá de otros importantes aprendizajes, nos dejará un simple recordatorio: lo que le pasa al otro sí que nos debe importar, incluso si vive del otro lado del mundo.

Será esta la respuesta para transitar la “nueva normalidad”...?

Dra. Ingrid Di Marco

Ex Jefa de Departamento Tocoginecología-HMIRS

Área de Obstetricia- Dirección de Salud Perinatal y Niñez/Ministerio de Salud de

Referencias:

1. Recomendaciones para el primer nivel de atención de personas gestantes, niñas y niños y adolescentes - COVID-19. Ministerio de Salud de la Nación. Ed: 28 marzo 2020
2. Recomendaciones para la atención de embarazadas y recién nacidos con relación a COVID-19. 20 de julio de 2020. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-07/covid-19-recomendaciones-atencion-embarazadas-recien-nacidos.pdf>
3. Medidas Generales para garantizar el acompañamiento de la persona gestante o puérpera en el contexto de la pandemia COVID-19. Ministerio de Salud de la Nación. Ed 2020
4. Chen 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; 395(10226):809-15
5. Ellington S et al. Characteristics of Women of Reproductive Age with Laboratory-Confirmed SARS-CoV-2 Infection by Pregnancy Status - United States, January 22-June 7, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69:769-75.

Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2021;6(1):e1-

6. Villar, José et al. Maternal and neonatal morbidity and mortality among pregnant women with and without COVID-19 infection: the INTERCOVID multinational cohort study. *JAMA Pediatrics*, e211050. 22 Apr. 2021
7. Lokken EM et al. Disease severity, pregnancy outcomes, and maternal deaths among pregnant patients with severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 infection in Washington State. *Am J Obstet Gynecol* 2021; 225:77.e1-14
8. Covid-19 recomendaciones para la atención de embarazadas y recién nacidos en contexto de pandemia 16 de junio de 2021. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-06/Covid-19-recomendaciones-atencion-embarazadas-recien-nacidos_16-6-21%29.pdf