



Percepción de las madres del modelo de atención obstétrica durante la pandemia por SARS-CoV-2 en el Hospital Angeles Pedregal de abril a octubre de 2020

Mother's perception of the obstetric care model during the SARS-CoV-2 pandemic at Hospital Angeles Pedregal from April to October 2020

Casandra Soto Aguilar,* Isabel Suárez Román,* José Reynaldo Núñez del Prado-Alcoreza†

Citar como: Soto AC, Suárez RI, Núñez del Prado-Alcoreza JR. Percepción de las madres del modelo de atención obstétrica durante la pandemia por SARS-CoV-2 en el Hospital Angeles Pedregal de abril a octubre de 2020. Acta Med GA. 2022; 20 (2): 168-172. <https://dx.doi.org/10.35366/104279>

Resumen

Introducción: Nuestro hospital implementó un protocolo de atención obstétrica para pacientes que acudieron sin prueba para SARS-CoV-2. **Material y métodos:** Las mujeres con resultado negativo siguieron el modelo de atención tradicional y las de resultado positivo continuaron bajo el protocolo SARS-CoV-2, que consiste en aislamiento estricto en piso de COVID y separación del binomio. Después del egreso a este último grupo se le realizó una encuesta telefónica para determinar la percepción de la atención. **Resultados:** Se atendieron 254 pacientes, 53 sin prueba a su llegada, éstas se mantuvieron en aislamiento hasta el resultado de la prueba, que fue negativo en 44 pacientes que pasaron al modelo de atención tradicional, y positivo en nueve, por lo que pasaron al protocolo SARS-CoV-2. Las nueve del protocolo reportaron una percepción negativa del modelo, y una marcada sensación de aislamiento, soledad y discriminación. En cuatro pacientes se suspendió la lactancia materna hasta por un mes y en cinco pacientes se les privó del contacto piel a piel. Nuestro modelo de atención obstétrica logró controlar el contagio, ya que en el área de labor ningún profesional de la salud ni recién nacido se contagió de forma horizontal; sin embargo, tiene consecuencias para las pacientes.

Palabras clave: Obstetricia, labor, lactancia, apego madre-hijo.

Abstract

Introduction: Our hospital implemented an obstetric care protocol for patients who attended without a test for SARS-CoV-2. **Material and methods:** The women with a negative result followed the traditional care model and those with a positive result continued under the SARS-CoV-2 protocol, consisting of strict isolation on the floor of COVID and separation of the binomial. After discharge to this last group, a telephone survey was carried out to determine the perception of care. **Results:** 254 patients were cared for, 53 without testing upon arrival, they were kept in isolation until the test result, resulting in negative in 44 patients, who switched to the traditional care model and positive in 9, so they switched to the SARS-CoV-2 protocol. The 9 women of the protocol reported a negative perception of the model, and a marked feeling of isolation, loneliness, and discrimination. Breastfeeding was suspended for up to one month in 4 patients and skin-to-skin contact was deprived in five patients. Our obstetric care model managed to control the contagion since in the work area no health professional or newborn was infected horizontally, however it has consequences for the patients.

Keywords: Obstetrics, labor, breastfeeding, mother-child attachment.

www.medigraphic.org.mx

* Médico residente de segundo año de Neonatología, Facultad Mexicana de Medicina. Universidad La Salle México.

† Pediatra y Neonatólogo.

Hospital Angeles Pedregal

Correspondencia:

Dra. Casandra Soto Aguilar

Correo electrónico: casandrasotoaguilar@gmail.com

Aceptado: 15-12-2021.

www.medigraphic.com/actamedica



INTRODUCCIÓN

A finales de 2019 se reportó el surgimiento del COVID-19, enfermedad que cobró relevancia en un corto tiempo por la velocidad de contagio y la alta mortalidad que ha representado. En diciembre de 2020 la Organización Mundial de la Salud, (OMS) reportó a nivel mundial 68,161,156 casos confirmados con 1,555,898 muertes. En Estados Unidos se reportaron 15,205,677 casos, siendo 42,268 en mujeres embarazadas, y de los cuales se registraron 55 muertes, lo que representa 0.13 % de las pacientes que adquirieron la enfermedad.¹⁻³

En México en el mismo periodo se reportaron 1,193,255 casos positivos estimados, con 110,074 defunciones reportadas en CONACYT. Al 29 de noviembre se reportaron 8,345 casos de mujeres embarazadas positivas a COVID-19, de las cuales han fallecido 177, registrándose una letalidad de 2.12%. Los estados donde se reportó el mayor número de casos fueron la Ciudad de México, Nuevo León y Guanajuato. En la misma fecha se tenían reportados 10,720 recién nacidos notificados en plataforma de SISVER, de los cuales 13.7% (n = 1,471) fueron positivos a COVID-19.⁴

Para el manejo de la COVID-19 en embarazadas se recomendó la utilización de pruebas de rutina para la detección del mismo, las cuales deben aplicarse a todas las pacientes obstétricas admitidas para trabajo de parto o cesárea, independientemente de la sintomatología materna, lo que permitió la implementación de un triaje adecuado tanto obstétrico como neonatal.⁵ Permitiendo estandarizar el manejo de COVID-19 en la mujer gestante y en la atención neonatal.

MATERIAL Y MÉTODOS

En nuestro hospital se implementó a partir del mes de abril un protocolo de atención para mujeres embarazadas donde se les solicitó una prueba de reacción en cadena de polimerasa (PCR) para la detección de SARS-CoV-2 durante los siete días previos al nacimiento; sin embargo, acudieron mujeres a cesárea de urgencia y trabajo de parto sin pruebas para SARS-CoV-2, a quienes se les realizó la prueba a su llegada al área de labor. Este grupo de pacientes se incluyó en el "Modelo de Atención Obstétrico para SARS-CoV-2", en el cual se mantuvieron en aislamiento tanto la madre como los recién nacidos en un ambiente acondicionado para dicho propósito. Los resultados se obtuvieron en un rango de 24 horas posteriores, las mujeres con resultado negativo para la infección de SARS-CoV-2 pasaron al modelo de atención tradicional y las madres cuyo resultado fue positivo continuaron bajo protocolo SARS-CoV-2.

A este último grupo se le realizó una encuesta telefónica para determinar parámetros de percepción del modelo de atención, tomando en cuenta las medidas de protección antes del nacimiento, la separación del recién nacido, el tiempo de aislamiento, la experiencia de lactancia y las medidas complementarias posteriores a la hospitalización.

RESULTADOS

En el periodo comprendido de abril a octubre de 2020 se atendieron en el área de labor del Hospital Angeles Pedregal a 254 pacientes; 53 se mantuvieron en aislamiento hasta el resultado de su prueba, la cual fue negativa en 83% (44) de estas pacientes, por lo que pasaron al modelo de atención tradicional y en 17% (nueve) de la población la prueba fue positiva, por lo que se incluyeron en el modelo de atención para SARS-CoV-2 (Figura 1).

De las nueve pacientes positivas, sólo una estuvo sintomática levemente, a cinco pacientes se les realizó tomografía reportándose positivo un caso 1/5 para COVID-19. De las nueve pacientes, a seis se les realizó la prueba en un lapso de dos hasta 15 días postprocedimiento, de las cuales una paciente continuó siendo positiva en PCR para COVID-19 hasta el mes.

Se atendieron ocho embarazos únicos y un gemelar, de los 10 neonatos a siete se les realizó la prueba PCR en un lapso de 24-48 horas posteriores al nacimiento, reportándose negativa en seis pacientes, todos los neonatos se

Figura 1: Selección de la población de estudio.

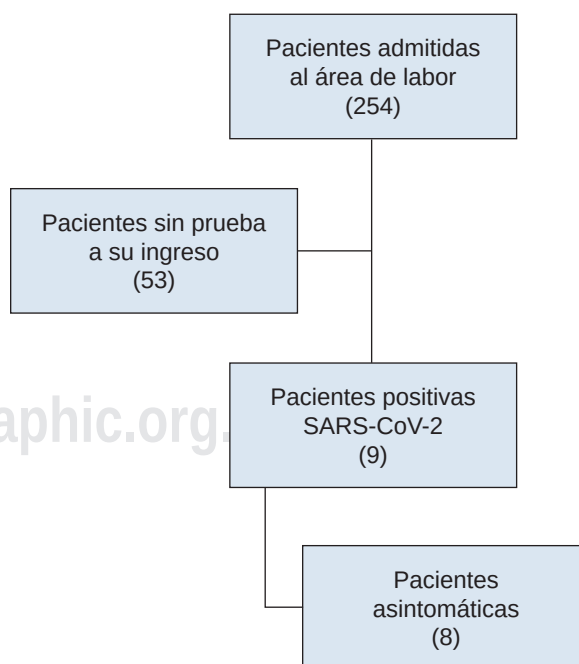


Tabla 1: Características de los recién nacidos.

Paciente	Edad (horas)	Presentación clínica	Resultado PCR SARS-CoV-2	Gestación	Evolución	Lactancia materna
1	24	Asintomático	Negativo	Término	Permaneció sin contacto por 14 días	Suspendió por 15 días
2	24	Asintomático	Negativo	Término	Permaneció sin contacto por cinco días	Suspendió por 15 días
3	24	Asintomático	Negativo	Término	Casa	Desde el nacimiento
4		Asintomático	No se realizó	Término	Casa	Desde nacimiento
5 GI	48	Asintomático Prematuro, SDR	Negativo 06.07.20 Positivo 13.07.20 Positivo 28.07.20 (32/40)	Pretérmino 32 SDG	Hospitalización	– Fórmula
5 GII	48	Asintomático Prematurez, SDR	Positivo 06.07.20 y 29.06.20 (29/40) IgG negativo IgM negativa	Pretérmino 32 SDG	Hospitalización	– Fórmula
6		Asintomático	No se realizó	Término	Casa	Desde nacimiento
7	24	Asintomático	Negativo	Término	Casa	Suspendió 15 días
8	24	Asintomático	Negativo	Término	Casa	Desde nacimiento
9	24	Asintomático	No se realizó	Término	Casa	Desde nacimiento

PCR = reacción en cadena de la polimerasa, SDR = síndrome de dificultad respiratoria, SDG = semanas de gestación, IgG = formación tardía, IgM = formación temprana.

reportaron asintomáticos. Del embarazo gemelar de 32 semanas de gestación (SDG), un bebé resultó positivo y uno negativo; 48 horas después ambos con resultado positivo, el cual se desconoce si fue infección horizontal o si desde el inicio la prueba fue falsa negativa (Tabla 1).

Las nueve pacientes interrogadas consideraron el modelo de atención como negativo, 100% de ellas reportó que 15 días previos a su procedimiento quirúrgico o parto se habían mantenido en aislamiento estricto. En 22% de las pacientes (dos) se reportó otro caso positivo dentro del núcleo familiar al mismo tiempo que en las pacientes. Todos los bebés fueron separados, lo cual generó una experiencia negativa en las madres reportando sensación de aislamiento, soledad y discriminación. De los neonatos, dos se mantuvieron en aislamiento 15 días en un hogar diferente al de la madre para evitar el contacto, dos pacientes permanecieron hospitalizados por prematurez, sin presentar contacto con la madre y en seis pacientes se

reportó convivencia estrecha con la madre, sin presentar sintomatología. En cuanto a la lactancia materna, en tres pacientes se suspendió por 15 días, en dos la suspensión fue por un mes (los gemelos) y en cinco pacientes se reportó lactancia materna desde el nacimiento. En 55% de los pacientes se evitó el contacto piel con piel y la administración de calostro. La evolución posteriormente fue satisfactoria en todos los casos.

DISCUSIÓN

En cuanto al modelo de atención obstétrica, al inicio de la pandemia se realizaron protocolos para disminuir la propagación del virus SARS-CoV-2 y continuar con la atención de la mejor manera del binomio, priorizando la evasión de contagio y relegando involuntariamente los aspectos psicosociales y emocionales del mismo. Dentro de este modelo de atención se reportó en todos los casos

una percepción materna de experiencia negativa, ya que presentaba la separación temporal del recién nacido; sin embargo, este proceso de desapego garantizaba cubrir el periodo de propagación de dicha infección, por lo que también sería conveniente en un futuro estudio apoyar a las madres en una etapa inicial para que esta separación no sea subestimada ni dolorosa dándole un enfoque integral a la atención tanto del recién nacido como de la madre.

El total de las pacientes se había mantenido en aislamiento estricto, en dos pacientes se reportó coexistencia de infección con algún miembro familiar; sin embargo, en el resto de las pacientes que correspondió a 77% (siete), se refirieron desconcertadas al tener el resultado positivo a su ingreso al hospital, generando en ellas incertidumbre sobre el protocolo y las medidas que se tomarían con ellas y sus bebés. Sólo una paciente se reportó sintomática, por lo que al recibir su resultado positivo fue la única que pudo asociar la sintomatología a la presencia de la enfermedad; sin embargo, todas reportaron que al recibir su resultado se sintieron tristes por la separación que existiría entre ellas y su bebé.

En los casos donde hubo separación del binomio desde el nacimiento, se reportó la ausencia de alimentación al seno materno, por lo que las madres que no pudieron lactar expresaron que no habían podido tener un buen apego con el bebé, asimismo que durante ese tiempo se sintieron más preocupadas por no haber podido estar con su bebé y que otro familiar tuviera que cuidar de él durante sus primeros 15 días de vida. El resto de las pacientes (seis) dijeron mantenerse en contacto con sus bebés con medidas de seguridad y equipo de protección reportando que se sintieron con mayor responsabilidad por tener que acatar las medidas de seguridad con uso de cubrebocas, careta y lavado de manos previo a entrar en contacto con el bebé; de este grupo, sólo se reportó un caso que cesó la lactancia materna por 15 días.

En este contexto de SARS-CoV-2 como enfermedad pandémica ha destacado la alarmante baja tasa de lactancia a nivel mundial y la frecuente separación del binomio, ya que en un inicio se desconocía del comportamiento del virus. En la actualidad la recomendación es continuar con la lactancia materna con medidas estrictas para reducir el riesgo de infección a través de barreras físicas, con higiene estricta de manos y limpieza de los senos antes y después de la lactancia, ya que hasta el momento no se ha reportado la presencia del virus en la leche humana. En Wuhan se realizó un estudio donde se recolectaron por tres meses muestras de la leche humana de madres contagiadas con COVID-19 dando resultado negativo para el mismo.⁶

La protección del recién nacido contra una infección depende principalmente de la respuesta inmunológica

innata neonatal y la adquirida vía transplacentaria de la madre. El tener el conocimiento de los anticuerpos que se producen posterior a estar en contacto con la infección de SARS-CoV-2, nos lleva a plantearnos la protección que puede adquirirse posterior a la vacunación materna,⁷ por eso cobra relevancia realizar la medición de anticuerpos *spike* en el recién nacidos. La leche materna puede ser beneficiosa al proporcionar anticuerpos protectores contra la infección por SARS-CoV-2,⁸ la protección se brinda a través de la secreción de IgA e IgM en la leche humana contribuyendo a la inmunidad adaptativa del bebé.

Para sustentar lo anterior se han realizado diversos estudios en mujeres profesionales de la salud vacunadas durante el embarazo y la lactancia; se encontró que las mujeres vacunadas entre la semana 29 y 36 de gestación presentan títulos elevados de anticuerpos anti-S en sangre del cordón umbilical al nacimiento. Durante la lactancia se encontró una clara asociación entre vacunación y COVID-19, ya que las concentraciones de inmunoglobulinas fueron 100% IgG y 89% IgA específica. Por lo que se sugiere que la inmunización materna puede brindar a los recién nacidos protección a través de la transferencia de anticuerpos vía transplacentaria y a través de la lactancia, siendo en este grupo una ruta de protección infantil, ya que hasta el momento la perspectiva de la vacunación se encuentra en investigación.⁹⁻¹²

El propósito del protocolo fue estandarizar el manejo en pacientes con sospecha o confirmación por SARS-CoV-2 así como el protocolo para el personal de salud con el fin de establecer estrategias para el diagnóstico y tratamiento oportuno de las pacientes embarazadas y sus recién nacidos. A medida que mejoró la orientación con respecto al aislamiento de madres y recién nacidos, se disminuyó el impacto psicosocial en las mujeres embarazadas. La finalidad fue otorgar una detección y tratamiento oportuno al binomio; asimismo, dentro de las actividades realizadas se reconoce que no existió transmisión hacia el personal de salud.

Los resultados de nuestro estudio tienen varios aspectos clínicos de trascendencia. En primera instancia porque los médicos pueden controlar el desarrollo de síntomas en los pacientes admitidos y pueden asignar recursos para pacientes hospitalizados apropiadamente si el estado respiratorio de la madre cambia secundario a COVID-19. Asimismo, la identificación de pacientes obstétricas positivas para SARS-CoV-2 también tiene implicaciones importantes para la atención neonatal. El impacto negativo de la separación del binomio así como la privación de la lactancia materna deberán evaluarse en próximos estudios, ya que se desconoce hasta el momento el impacto que representa la disrupción en el vínculo madre-hijo y sus consecuencias.

REFERENCIAS

1. Ma X, Zhu J, Du L, Neonatal management during Coronavirus disease (COVID-19) outbreak: Chinese experiences. *NeoReviews*. 2020; doi: 10.1542/neo.21-5-e293.
2. World Health Organization (WHO). *Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected*. Interim guidance 13 March 2020.
3. Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy. *Information for healthcare professionals*. Version 1: Published Monday 9 march, 2020. Royal College of Obstetrician and Gynecologists.
4. Secretaría de Salud de México. *Informes epidemiológico semanal de embarazadas y puérperas estudiadas, ante sospecha de COVID-19*. Semana epidemiológica 43 de 2020.
5. Vintzileos WS, Muscat J, Hoffmann E, John NS, Vertichio R, Vintzileos AM et al. Screening all pregnant women admitted to labor and delivery for the virus responsible for coronavirus disease 2019. *Am J Obstet Gynecol*. 2020; 223 (2): 284-286.
6. Vigil-De Gracia P, Caballero LC, Chinkee JL, Espinosa JSJ, Quintero A et al. COVID-19 y embarazo. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2020; 66 (2): 00006.
7. Sankaran D, Nakra N, Cheema R, Blumberg D, Lakshminrusimha S. Perinatal SARS-CoV-2 infection and neonatal COVID-19: a 2021 Update. *NeoReviews*. 2021; 22 (5): e284-e295.
8. Lackey KA, Pace RM, Williams JE, Bode L, Donovan SM, Seppo AE et al. SARS-CoV-2 and human milk: What is the evidence? *Matern Child Nutr*. 2020; 16 (4): e13032.
9. Romero RDS, Lara PMM, Carretero PM, Suárez HMI, Martín PS, Pera VL et al. SARS-CoV-2 antibodies in breast milk after vaccination. *Pediatrics*. 2021; 148 (5): e2021052286.
10. DeBiasi RL, Song X, Delaney M, Bell M, Smith K, Pershard J et al. Severe coronavirus disease-2019 in children and young adults in the Washington, DC, Metropolitan Region. *J Pediatr*. 2020; 223: 199-203.
11. Pace RM, Williams JE, Jarvinen KM, Belfort MB, Pace C, Lackey K et al. Characterization of SARS-CoV-2 RNA, antibodies, and neutralizing capacity in milk produced by women with COVID-19. *mBio*. 2021; 12 (1): e03192-03120.
12. Zdanowski W, Wasniewski T. Evaluation of SARS-CoV-2 spike protein antibody titers in cord blood after COVID-19 vaccination during pregnancy in polish healthcare workers: preliminary results. *Vaccines (Basel)*. 2021; 9 (6): 675.

www.medigraphic.org.mx