

# El parto domiciliario planificado y la pandemia de COVID-19: una reflexión necesaria

Planned home birth and the COVID-19 pandemic: a necessary reflection

O parto domiciliar planejado e a pandemia de COVID-19: uma reflexão necessária

Clara Fróes de Oliveira Sanfelice<sup>1</sup>  
**ORCID:** 0000-0003-1920-3193

Junia Aparecida Laia da Mata<sup>2</sup>  
**ORCID:** 0000-0001-9062-8536

Nayara Girardi Baraldi<sup>3</sup>  
**ORCID:** 0000-0003-0124-8174

<sup>1</sup>Universidade do Estado de Campinas,  
SP, Brasil

<sup>2</sup>Universidade Federal de Rio Grande do  
Sul, RS, Brasil

<sup>3</sup>Universidade de São Paulo, SP, Brasil

## Editores:

Ana Carla Dantas Cavalcanti  
**ORCID:** 0000-0003-3531-4694

Paula Vanessa Peclat Flores  
**ORCID:** 0000-0002-9726-5229

Bianca Dargam Gomes Vieira  
**ORCID:** 0000-0002-0734-3685

## Autor de la correspondencia:

Clara Fróes de Oliveira Sanfelice  
E-mail: csanfelice@fenf.unicamp.br;  
clara\_sanfelice@hotmail.com

**Fecha de recepción:** 02/08/2021  
**Fecha de aceptación:** 10/01/2022

Debido a la pandemia provocada por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2), estamos viviendo un momento histórico de profundos cambios en toda la sociedad. Entre ellos, destacamos los relacionados con la salud reproductiva.

Situaciones de crisis sanitaria, como las provocadas por el virus H1N1 y el virus Zica, ya afectaron la salud materno infantil anteriormente<sup>(1,2)</sup>. En las crisis que se relacionan con el SARS-CoV y MERS-CoV (coronavirus asociado al *Middle East Respiratory Syndrome*), hubo un aumento significativo de enfermedades maternas graves, aborto espontáneo, parto prematuro y muerte materna<sup>(2,3)</sup>.

La falta de medidas resolutivas que garanticen el acceso a los servicios e insumos de salud durante la pandemia puede generar daños a las mujeres tales como: falencias en la planificación reproductiva, aumento de embarazos no planificados y baja calidad de la atención prenatal, con consecuencias en el trabajo de parto, parto y puerperio. Datos recientes muestran que la tasa de mortalidad por Covid-19 en las mujeres embarazadas y puérperas en Brasil es del 7,2%, esto supera en un 2,5% la tasa nacional (2,8%), lo que coloca al país en la posición de poseedor del récord, con el mayor número de muertes maternas causadas por Covid-19<sup>(4)</sup>.

Desafortunadamente, Brasil se ha destacado a nivel mundial por las desastrosas medidas implementadas durante la pandemia, como el intento de privatizar la atención primaria de salud, la ausencia de un plan efectivo a nivel nacional para enfrentar al Covid-19, fallas logísticas en la campaña de vacunación y gran negacionismo científico<sup>(5)</sup>, lo que agrava aún más la actual crisis sanitaria y repercute en toda la sociedad, especialmente en las mujeres embarazadas y puérperas.

Además, durante la pandemia, las mujeres embarazadas pueden sentirse aún más vulnerables al tener que acudir a entornos potencialmente infectados, como los hospitales. A esto se le suma el temor a la prohibición de contar con la presencia de un acompañante durante el trabajo de parto y el nacimiento, que, si bien es una acción que va en contra de lo que recomienda el Ministerio de la Salud<sup>(6)</sup>, se practica en algunos servicios, y también parece causar insatisfacción con la atención brindada en el ambiente hospitalario.

Es en este contexto que el parto domiciliario planificado (PDP) pasó a ser una posibilidad para las mujeres/familias brasileñas. Esta situación se hizo evidente a partir de artículos publicados en los medios de comunicación y puede ser objeto de futuros estudios sobre el PDP en la pandemia.

En el contexto internacional, los estudios indican que los países están adoptando diferentes acciones con respecto al PDP. En el Reino Unido, por ejemplo, hubo un aumento significativo y generalizado de la demanda del PDP. Sin embargo, el servicio que ofrece este tipo de asistencia pública comenzó, inicialmente, a suspender dicha atención debido al Covid-19. Algunas regiones del país

justificaron la reducción o restricción de la atención que realizan las *midwives* (parteras) por falta de personal, redireccionamiento de recursos para combatir el nuevo coronavirus, acceso limitado al traslado a través de ambulancias, y también para desalentar a las mujeres que puedan haberse contagiado del virus a tener sus partos en casa<sup>(7,8)</sup>.

Esta recomendación se basa en la guía del *Royal College of Obstetricians and Gynecologists* (RCOG), que recomienda encarecidamente que las mujeres con sospecha de Covid-19 den a luz en el hospital, teniendo en cuenta todos los riesgos que implica para la madre y su recién nacido<sup>(9)</sup>.

Por el contrario, otras regiones del Reino Unido optaron por incrementar el esfuerzo por mantener dicha atención en un intento por reducir las hospitalizaciones innecesarias y la sobrecarga del entorno hospitalario. Para ello, comenzaron a desarrollar nuevos protocolos de traslado utilizando, por ejemplo, vehículos particulares en situaciones donde el traslado no es clínicamente urgente<sup>(7,8)</sup>.

En Inglaterra, el Servicio Nacional de Salud (*National Health Service*, NHS) también observó que más mujeres solicitaban partos en el hogar como alternativa al parto hospitalario y, en su informe, publicó una guía que respalda la elección continua del lugar de parto, y reitera que los partos domiciliarios son más seguros para las mujeres con bajo riesgo de complicaciones y reduce la presión sobre los servicios de salud hospitalarios, en el contexto de la pandemia<sup>(10)</sup>.

Vale la pena señalar que fuera del escenario de la pandemia, existe una vasta literatura que sostiene que el parto domiciliario planificado es seguro y tiene un buen resultado materno y neonatal<sup>(11,12)</sup>.

En los Estados Unidos de América (EE. UU.), la pandemia provocó que aumentara potencialmente el número de mujeres embarazadas interesadas en tener un parto domiciliario, incluso el de aquellas que pueden correr mayor riesgo de tener el parto en su casa de forma no intencional. También se observó un aumento del interés por el PDP, incluso en mujeres consideradas de alto riesgo gestacional, lo que, de hecho, aumenta las posibilidades de un resultado negativo para la madre y el recién nacido<sup>(13)</sup>.

La Asociación Holandesa de Obstetricia<sup>(14)</sup> ha publicado directrices que afirman que el PDP es una forma segura de reducir el riesgo de infección, mejorar los modelos de continuidad de la atención en obstetricia y reducir el número de cuidadores en contacto con mujeres y bebés.

En Italia, Francia y España, la atención domiciliaria del parto a cargo de *midwives* es menos común y, por lo general, se brinda de manera privada. Por ende, la mayoría de las mujeres siguió dando a luz en los hospitales<sup>(15)</sup>.

La Confederación Internacional de Obstetras (*International Confederation of Midwives*, ICM)<sup>(16)</sup> ha publicado un documento oficial que indica que en países donde los sistemas de salud pueden apoyar partos fuera del hospital o en centros de maternidad, el PDP puede ser más seguro que en los hospitales, donde hay muchas personas (incluso fuera de la sala de maternidad) que tienen Covid-19. En este documento, la ICM hace hincapié en que es necesario que estas mujeres estén sanas y que reciban atención de *midwives* calificadas, que cuenten con los equipos/insumos necesarios para situaciones de emergencia<sup>(16)</sup>.

En Brasil, varios medios de comunicación reportaron el aumento de la demanda del PDP durante la pandemia, se sigue el mismo movimiento que se da a nivel internacional. Sin embargo, no se propusieron medidas o estrategias gubernamentales que pudieran atender a esta población. Un estudio señaló que los profesionales que actúan en la atención de PDP consideraron que el contexto de la pandemia era bastante desafiante, debido a varios problemas, tales como: cambios/adaptaciones frecuentes en la práctica de la asistencia, frustraciones derivadas de estos cambios, miedo al contagio, necesidad de distanciamiento durante la asistencia, cambio en el modelo de atención prenatal, entre otros. El estudio también insistió en que era necesario que se creasen protocolos oficiales para orientar y apoyar el trabajo de los profesionales en este contexto<sup>(17)</sup>.

Cabe destacar que fuera de la pandemia del Covid-19, tampoco hubo iniciativas gubernamentales que apoyaran el PDP o que lo incluyeran en la lista de prácticas del Sistema Único de Salud y operadores de salud. Al igual que en Italia, Francia y España, en Brasil se ofrece de forma privada.

Consideramos que la pandemia representa una oportunidad para incluir este tipo de modalidad de atención del parto en las discusiones sobre la asistencia en el proceso de parto, dado que un sistema de salud basado en el principio doctrinal de equidad debe incluir a las mujeres que quieran y sean aptas para el PDP.

La elección del lugar del parto debe estar respaldada por la evidencia disponible en la literatura científica, evidencia que debe ser del conocimiento de la mujer/familia. Esto incluye beneficios, riesgos asociados, criterios de elegibilidad, proceso de trabajo de los profesionales, entre otros aspectos, que deben ser discutidos antes de la toma de decisiones. Por ende, optar por el PDP en el contexto de la pandemia, requiere aún más profundidad y comprensión sobre el tema.

Por último, consideramos que la respuesta del sistema de salud a esta pandemia requiere que se reflexione sobre nuevas posibilidades de atención a las parturientas. La situación sanitaria mundial nos moviliza a mirar la vida con otros ojos, especialmente al inicio de la misma. La pandemia nos trajo otra oportunidad para reflexionar sobre el lugar del parto/nacimiento, que no debe ser ignorada, porque la invisibilidad de este tema ya refleja el escenario obstétrico actual y seguramente tendrá repercusiones en el período postpandémico.

## CONFLICT OF INTEREST

Los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

## REFERENCIAS

1. Rasmussen SA, Jamieson DJ. Teratogen update: zika virus and pregnancy. *Birth Defects Res.* 2020;112(15):1139-49. <http://dx.doi.org/10.1002/bdr2.1781>. PMID:32830420.
2. Al-Husban N, Obeidat N, Al-Kuran O, Al Oweidat K, Bakri F. H1N1 infection in pregnancy: a retrospective study of feto-maternal outcome and impact of the timing of antiviral therapy. *Mediterr J Hematol Infect Dis.* 2019;11(1):e2019020. <http://dx.doi.org/10.4084/mjhid.2019.020>. PMID:30858958.
3. Trocado V, Silvestre-Machado J, Azevedo L, Miranda A, Nogueira-Silva C. Pregnancy and COVID-19: a systematic review of maternal, obstetric and neonatal outcomes. *J Matern Neonatal Med.* 2022;35(12):2362-74.. <http://dx.doi.org/10.1080/14767058.2020.1781809>. PMID:32635775.
4. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Boletim Observatório Covid-19 [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2021 [citado 2021 dic 3]. Disponible en: <https://agencia.fiocruz.br/boletim-destaca-marco-de-500-mil-mortes-por-covid-19-no-brasil>
5. Dall'Alba R, Rocha CF, Silveira RP, Dresch LSC, Vieira LA, Germanò MA. COVID-19 in Brazil: far beyond biopolitics. *Lancet.* 2021;397(10274):579-80. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00202-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00202-6). PMID:33581818.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica Nº 9/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. Recomendações para o trabalho de parto, parto e puerpério durante a pandemia da COVID-19 [Internet]. 2020 [citado 2021 dic 14]. Disponible en: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/covid19/mortalidade-materna/sei\\_ms\\_-\\_0014382931\\_-\\_nota\\_tecnica\\_n\\_09.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/covid19/mortalidade-materna/sei_ms_-_0014382931_-_nota_tecnica_n_09.pdf)
7. Nelson A, Romanis EC. Homeirthing and Free-Birthing in the era of COVID-19 [Internet]. *BMJ*; 2020 [citado 2021 jun 20]. Disponible en: [https://blogs.bmj.com/bmj/rh/2020/04/02/home-birth-covid-19/#\\_ftn1](https://blogs.bmj.com/bmj/rh/2020/04/02/home-birth-covid-19/#_ftn1)
8. Romanis EC, Nelson A. Homebirthing in the United Kingdom during COVID-19. *Med Law Int.* 2020;20(3):183-200. <http://dx.doi.org/10.1177/0968533220955224>.
9. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Coronavirus (COVID-19) infection in pregnancy: information for healthcare professionals [Internet]. London: RCOG; 2021 [citado 2021 jun 17]. Disponible en: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2021-02-19-coronavirus-covid-19-infection-in-pregnancy-v13.pdf>
10. National Health Service (NHS). Clinical guide for the temporary reorganisation of intrapartum maternity care during the coronavirus pandemic [Internet]. Inglaterra: NHS; 2020 [citado 2021 jun

- 20]. Disponible en: <https://madeinheene.hee.nhs.uk/Portals/0/Clinical%20guide%20for%20the%20temporary%20reorganisation%20of%20intrapartum%20maternity%20care.pdf>
11. Reitsma A, Simioni J, Brunton G, Kaufman K, Hutton EK. Maternal outcomes and birth interventions among women who begin labour intending to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: a systematic review and meta-analyses. *EClinicalMedicine*. 2020;21:100319. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100319>. PMID:32280941.
  12. Scarf VL, Rossiter C, Vedam S, Dahlen HG, Ellwood D, Forster D, et al. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Midwifery*. 2018;62:240-55. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2018.03.024>. PMID:29727829.
  13. Premkumar A, Cassimatis I, Berhie SH, Jao J, Cohn SE, Sutton SH, et al. Home birth in the era of COVID-19: counseling and preparation for pregnant persons living with HIV. *Am J Perinatol*. 2020;37(10):1038-43. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0040-1712513>. PMID:32498092.
  14. The Royal Dutch Organization of Midwives. Coronavirus [Internet]. KNOV; 2020 [citado 2021 jul 20]. Disponible en: <https://www.knov.nl/vakkennis-en-wetenschap/tekstpagina/788-1/coronavirus/hoofdstuk/1357/coronavirus/>
  15. Coxon K, Turienzo CF, Kweekel L, Goodarzi B, Brigante L, Simon A, et al. The impact of the coronavirus (COVID-19) pandemic on maternity care in Europe. *Midwifery*. 2020;88:102779. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2020.102779>. PMID:32600862.
  16. International Confederation of Midwives (ICM). Women's rights in childbirth must be upheld during the coronavirus pandemic [Internet]. Países Baixos: ICM; 2020 [citado 2021 feb 28]. Disponible en: <https://www.internationalmidwives.org/icm-news/women%E2%80%99s-rights-in-childbirth-must-be-upheld-during-the-coronavirus-pandemic.html>
  17. Webler N, Almeida LCG, Carneiro JB, Campos LM, Glaeser TA, Santos MC, et al. Planned home birth assistance: challenges during the COVID-19 pandemic. *Rev Bras Enferm*. 2021;75(Supl. 1):e20210083. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0083>. PMID:34706030.

## PARTICIPACIÓN DE LOS AUTORES

Concepción del proyecto: Sanfelice CFO, Mata JAL, Baraldi NG

Redacción textual y/o revisión crítica del contenido intelectual: Sanfelice CFO, Mata JAL, Baraldi NG

Aprobación final del texto que será publicado: Sanfelice CFO, Mata JAL, Baraldi NG

Responsabilidad por el contenido del texto, garantía de exactitud e integridad de cualquier parte de la obra: Sanfelice CFO



Copyright © 2022 Online Brazilian Journal of Nursing

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.