

ATENCIÓN AL NACIMIENTO DURANTE LA PANDEMIA COVID-19: RESTRICCIONES AL ACOMPAÑAMIENTO Y CUIDADOS DE LAS MADRES INFECTADAS

Birth Care during the COVID-19 Pandemic: Restrictions on the Accompaniment and Care of Infected Mothers

Claudia FERRÁNDIZ MARES¹; Sandra LLINARES RAMAL²; Sandra SEGUÍ MANZANEQUE³; Alba Isabel PÉREZ LÓPEZ⁴; Sara SEGURA BARRACHINA⁵; Enrique Jesús JAREÑO ROGLÁN⁶; Xavier ALBERT I ROS⁷

¹ Graduada en Enfermería. Centro de Salud de Moncada. Avda Mediterrànea, s/n. 46113 Moncada (Valencia). España. [ID](#) 0000-0002-3039-4624

² Licenciada en Medicina y Cirugía. Especialista en Pediatría. Centro de Salud Miguel Servet. C/ Amics del Corpus, 15. 46025 Valencia (Valencia). España. [ID](#) 0000-0001-9912-3884.

³ Diplomada en Enfermería. Hospital Psiquiàtric de Bétera. Carretera Burjassot-Torres, km 9. 46117 Bétera (Valencia). España. / Marelactam. Grupo de Apoyo a la Lactancia. Avda Mediterrànea, s/n. 46113 Moncada (Valencia). España. [ID](#) 0000-0002-0838-3689

⁴ Graduada en Enfermería. Consultorio Auxiliar de Massarrojos. C/ Retor Bau, 10. 46112 Massarrojos (Valencia). España. [ID](#) 0000-0002-2476-9872

⁵ Licenciada en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Manises. C/ Peset Aleixandre, 4. 46940 Manises (Valencia). España. [ID](#) 0000-0002-2991-7272

⁶ Doctor en Medicina. Especialista en Pediatría. Centro de Salud de Moncada. Avda Mediterrànea, s/n. 46113 Moncada (Valencia). España. [ID](#) 0000-0001-5143-7008

⁷ Doctor en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Moncada. Avda Mediterrànea, s/n. 46113 Moncada (Valencia). España. [ID](#) 0000-0002-3126-3255

Conflictos de intereses: los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Autor para correspondencia: Enrique Jesús Jareño Roglán, ejjarenyo@hotmail.com

Fecha de envío: 25/10/2022. Fecha de aceptación: 12/05/2023. Fecha de publicación: 30/09/2023.

Palabras

clave:

*COVID-19;
pandemia;
humanización
de la atención
al parto;
separación
madre-hijo;
lactancia
materna*

RESUMEN

Introducción: Los primeros protocolos respecto a la atención al parto y las restricciones de aforo por la pandemia COVID-19 se han relacionado con prácticas no deseables: impedir el acompañamiento en el parto, acelerar el expulsivo, separar madre e hijo o posponer la lactancia materna. El objetivo de este trabajo es valorar la medida en que se han podido dar estas situaciones en nuestro país.

Pacientes y Métodos: 1321 madres que dieron a luz entre marzo de 2019 y mayo de 2021. Estudio descriptivo retrospectivo, basado en encuestas en forma de formularios on-line, sobre infección por SARS-CoV-2, acompañamiento en el parto, forma de dar a luz, alojamiento conjunto y alimentación del bebé.

Resultados: Observamos un significativo incremento del obstáculo al acompañamiento en el parto a partir del 14 de marzo de 2020: 19 %, respecto al 5 % previo ($p < 0.001$). Entre las madres infectadas por SARS-CoV-2 (17), el 71 % no pudieron estar acompañadas frente al 18 % en las madres no infectadas ($p < 0.001$); en 3 casos se ha inducido o instrumentado el parto para acelerar el expulsivo y en otros 3 se ha separado a los bebés de sus madres y se les ha alimentado con sucedáneos en la Maternidad.

Conclusiones: Durante la pandemia se ha producido un incremento significativo del impedimento al acompañamiento al parto, significativamente mayor en las madres infectadas por SARS-CoV-2; también hemos detectado entre madres infectadas varios casos de inducción o instrumentación para acelerar el expulsivo, y de separación y empleo de sucedáneos.

Key words:

*COVID-19;
pandemic;
humanization
of childbirth
care;
mother-child
separation;
breastfeeding*

ABSTRACT

Introduction: The first protocols regarding delivery care and capacity restrictions due to the COVID-19 pandemic have been related to objectionable practices: precluding accompaniment in labour, speeding up delivery, separating babies from their mothers or delaying breastfeeding. The aim of this study is to evaluate to what extent these events may have occurred in our country.

Patients and Methods: 1321 mothers who gave birth between March 2019 and May 2021. Retrospective descriptive study, based on online forms surveys, on SARS-CoV-2 infection, accompaniment at delivery, mode of delivery, joint accommodation and infant feeding.

Results: We observed a significant increase in barriers to accompaniment at delivery from 14 March 2020: 19 %, compared to 5 % previously ($p < 0.001$). Among mothers infected with SARS-CoV-2 (17), 71 % were not allowed company compared to 18 % of non-infected mothers ($p < 0.001$); in 3 cases labour was induced or instrumented to accelerate second stage of labour and in 3 other cases babies were separated from their mothers and fed with milk substitutes in the Maternity ward.

Conclusions: During the pandemic there has been a significant increase in the impediment to accompanying delivery, significantly higher in SARS-CoV-2 infected mothers; we have also detected several cases of induction or instrumentation to accelerate second stage among infected mothers, and of separation and use of formula feeding.

1. INTRODUCCIÓN

En diciembre de 2019 se detectan los primeros casos de infección por un nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) en la región china de Wuhan (1). Esta enfermedad se diseminó con rapidez por todo el mundo (2) hasta convertirse en una auténtica pandemia mundial, siendo declarada en febrero de 2020 por la OMS como una Emergencia de Salud Pública de importancia internacional (3). En España se tomaron medidas preventivas de confinamiento domiciliario de la población desde el 14 de marzo de 2020 (14-M) (5).

Pronto se establecieron una serie de medidas preventivas para evitar el contagio: distancia interpersonal (5), restricciones de aforo, equipos de protección individual (EPI) (6), uso de mascarillas (7), lavado de manos (8), guantes, soluciones hidroalcohólicas, test diagnósticos de PCR (reacción en cadena de la polimerasa) (9), etc.

Llevadas estas medidas preventivas a la atención a la gestación y al nacimiento, en los primeros meses de la pandemia llegaron a recomendarse protocolos preventivos y a realizarse prácticas no deseables en las gestantes con sospecha de COVID-19 o infección confirmada: impedir el acompañamiento en el parto, acelerar el expulsivo (mediante inducción, instrumentación o incluso cesárea), evitar el pinzamiento óptimo del cordón, impedir el contacto piel con piel, separar al bebé de su madre, e incluso suprimir temporalmente la lactancia materna (10-16). En estas prácticas pudieron influir tanto la preocupación por el posible contagio a los sanitarios como las dudas sobre los mecanismos de transmisión del virus (en referencia a la transmisión vertical y a través de la leche materna), aunque ya era conocido que con otros coronavirus epidémicos como el del síndrome respiratorio agudo grave (SARS) y el del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) no había evidencia de contagios por estas vías (17).

Afortunadamente la OMS (18) y la IHAN (19-20), así como otras autoridades sanitarias (21), asociaciones de profesionales y sociedades científicas (22-23), además de grupos de apoyo (24) reaccionaron rápidamente, insistiendo en la importancia del acompañamiento en el parto, parto natural, pinzamiento en el momento óptimo, piel con piel, alojamiento conjunto y lactancia materna, todo ello en beneficio de la salud de la madre y del lactante, muy superior al hipotético riesgo por contagio. Prácticas que no se debieron haber abandonado, teniendo en cuenta que en ningún momento hubo evidencia de riesgo grave para el recién nacido y que había métodos eficaces para prevenir el contagio sin menoscabo de una buena atención al parto.

Pese a esta rápida reacción, estas recomendaciones que implicaban una vuelta de nuevo a las guías sobre parto humanizado y respetado (25) en

ocasiones tardaron en volver a implementarse, con lo que durante varios meses se siguieron dando muchos casos de prácticas no deseables, justificadas en su momento por la situación de pandemia (26-29).

El objetivo del presente trabajo es comprobar la percepción materna sobre si han podido darse estas prácticas desaconsejadas relacionadas con la atención al nacimiento y la lactancia comparando las contestaciones a una encuesta de un grupo de madres que dieron a luz desde un año antes de la pandemia COVID-19 y durante la misma. Como objetivos específicos, el primero es valorar en qué medida se ha impedido el acompañamiento (tanto en madres infectadas por el SARS-CoV-2 como no infectadas), y los motivos de este impedimento. El segundo, detectar si hubieran podido darse casos en que se haya acelerado el expulsivo, impedido el alojamiento conjunto, o impedido o pospuesto la lactancia materna en madres infectadas.

2. PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo basado en encuestas en forma de formularios on-line (*google forms*), distribuidas en las consultas de pediatría de varios centros de salud de la Comunidad Valenciana (Moncada, Manises, Miguel Servet y Burjassot); mediante Facebook y páginas web de grupos de apoyo (Amamanta y Marelactam); a través de grupos de Whats-app, y, en su mayoría, lanzadas desde Instagram (@armandobastidaep). Las encuestas eran accesibles con un código QR, anónimas y se especificaba que las respuestas pudieran ser utilizadas para trabajos de investigación. Las respuestas se recibieron durante un mes, entre el 13 de abril y el 17 de mayo de 2021.

Población: 1321 madres que han dado a luz en España entre el 14 de marzo de 2019 (un año antes del 14-M) y el 8 de mayo de 2021 (final del 2.º estado de alarma). Se recibieron 1336 respuestas a las encuestas, excluyéndose 15 que quedaban fuera de ese periodo o eran repetidas.

Variables recogidas: fecha de nacimiento del bebé; periodos de la pandemia; tipo de parto (normal, inducido y/o instrumentado, o cesárea); realización de PCR de SARS-CoV-2 o no y resultado positivo o negativo; acompañamiento durante las fases del parto (dilatación, expulsivo e ingreso en Maternidad); alojamiento conjunto o separación de madre y bebé, y tipo de alimentación durante su estancia en la Maternidad y al alta: lactancia materna exclusiva, lactancia materna suplementada o alimentación con sucedáneos de la leche materna.

Dividimos los casos según los periodos de tiempo en que nacieron en relación a la pandemia: prepandemia, confinamiento estricto, desescalada,

“nueva normalidad” y segundo estado de alarma. Estos periodos están definidos en la Tabla 1.

En los casos en que no se ha permitido el acompañamiento en el parto, que no haya sido un parto normal (sino inducido, instrumentado o cesárea), que no se haya permitido el alojamiento conjunto de madre y recién nacido o que no se haya alimentado con lactancia materna exclusiva, se les preguntaba sobre el posible motivo de dichas actuaciones (la información que habían recibido al respecto): si era por estar infectadas por el SARS-CoV-2 o por otros motivos (protocolos por pandemia, infección por SARS-CoV-2 en el acompañante, cesáreas o problemas de salud de la madre o del bebé).

2.1. Análisis estadístico

Descripción de la muestra: nacimientos en las distintas fases de la pandemia, tipos de parto y formas de alimentación; comparación de los porcentajes de tipo de parto y de forma de alimentación antes y después del 14-M, mediante chi cuadrado (χ^2).

En madres SARS-CoV-2 negativas: porcentajes de madres que pudieron estar acompañadas en cada una de las fases de la pandemia, en las distintas fases del parto y motivos percibidos sobre el impedimento al acompañamiento; comparación de porcentajes de madres, antes y después del 14-M, que pudieron estar acompañadas durante todo el proceso de parto, mediante chi cuadrado (χ^2).

En madres SARS-CoV-2 positivas: porcentajes de madres que pudieron estar acompañadas en las distintas fases del parto y motivos percibidos sobre el impedimento al acompañamiento; descripción de los casos en que pudo haberse acelerado el expulsivo, estuvieron separados madre e hijo y/o se le pautó alimentación con lactancia suplementada o artificial por el hecho de estar la madre infectada (según la percepción de las madres); comparación de los porcentajes de madres que pudieron estar acompañadas durante todo el proceso de parto entre SARS-CoV-2 positivas respecto a negativas mediante chi cuadrado (χ^2).

3. RESULTADOS

Respecto al nacimiento, 157 madres dieron a luz hasta un año antes del 14-M y 1164 a partir de esa fecha y hasta el 8 de mayo de 2021 (Tabla 1).

Tabla 1. Periodos de la pandemia, fechas y duración de los mismos. Número de encuestas en cada periodo (en función de la fecha de nacimiento del niño) y promedio de encuestas diarias en cada uno de los mismos

Periodos de pandemia	Fechas	Días	Encuestas	Encuestas/día
Prepandemia	14/03/19-13/03/20	365	157	0.43
Confinamiento	14/03/20-04/05/20	52	129	2.48
Desescalada	05/05/20-20/06/20	47	100	2.13
Nueva normalidad	21/06/20-22/10/20	124	340	2.74
2.º estado de alarma	23/10/20-08/05/21	198	595	3.01

El 45 % de las madres (589) dieron a luz mediante parto normal, el 32 % (421) por parto inducido y/o instrumentado y el 23 % (309) mediante cesárea; 2 madres no respondieron a esta pregunta. Observamos un discreto incremento del porcentaje de cesáreas después del 14-M, del 19 % al 24 %, aunque la diferencia no era significativa (Tabla 2).

Durante su estancia en la Maternidad, el 69 % de los niños (911) eran alimentados con lactancia materna exclusiva y el 22 % (287) con lactancia materna suplementada; el 9 % (118) fueron dados de alta con fórmula (43 habían hecho alguna toma de leche materna, aunque se dieron de alta con lactancia artificial, y 75 solamente tomaron biberón con sucedáneo); 5 madres no respondieron a esta pregunta. Observamos una discreta reducción del porcentaje de lactancias maternas exclusivas después del 14-M, del 74 % al 69 %, aunque la diferencia tampoco era significativa (Tabla 2).

Se diagnosticó de infección por SARS-CoV-2 mediante PCR al ingreso para el parto o poco antes del mismo en 17 casos (1,3 %).

1.- *Madres SARS-CoV-2 negativas.* El 82 % de las madres que no se hizo PCR o ésta fue negativa (1074) pudieron estar acompañadas en todo momento (dilatación, expulsivo y estancia en maternidad); al 18 % restante (230) no han podido estar acompañadas durante alguna o varias fases del parto: 92 en dilatación (40 %), 154 en el expulsivo (67 %) y 46 durante el ingreso en maternidad (20 %); en 7 casos (3 %) no han estado acompañadas durante ninguno de los 3 procesos.

En este grupo de madres (SARS-CoV-2 *negativo*) se constató un significativo incremento del obstáculo al acompañamiento ($p < 0.001$) a partir del inicio del confinamiento del 14-M (Tabla 3), mayor en la fase más estricta del

confinamiento, y que luego va descendiendo, pero siempre por encima de los porcentajes previos a la pandemia (Figura 1).

Tabla 2. Tipos de parto y formas de alimentación en la Maternidad antes y tras el inicio del confinamiento por pandemia

	Antes del 14-M N (%)	Después del 14-M N (%)
Parto normal	78 (50 %)	511 (44 %)
Parto inducido o instrumentado	49 (31 %)	372 (32 %)
Cesárea	30 (19 %)	279 (24 %)
LM exclusiva	116 (74 %)	800 (69 %)
LM suplementada	31 (20 %)	255 (22 %)
Alimentación con sucedáneos	9 (6 %)	105 (9 %)

N = número de casos. LM =lactancia materna.

Se diagnosticó de infección por SARS-CoV-2 mediante PCR al ingreso para el parto o poco antes del mismo en 17 casos (1,3 %).

1.- *Madres SARS-CoV-2 negativas.* El 82 % de las madres que no se hizo PCR o ésta fue negativa (1074) pudieron estar acompañadas en todo momento (dilatación, expulsivo y estancia en maternidad); al 18 % restante (230) no han podido estar acompañadas durante alguna o varias fases del parto: 92 en dilatación (40 %), 154 en el expulsivo (67 %) y 46 durante el ingreso en maternidad (20 %); en 7 casos (3 %) no han estado acompañadas durante ninguno de los 3 procesos.

En este grupo de madres (SARS-CoV-2 *negativo*) se constató un significativo incremento del obstáculo al acompañamiento ($p < 0.001$) a partir del inicio del confinamiento del 14-M (Tabla 3), mayor en la fase más estricta del confinamiento, y que luego va descendiendo, pero siempre por encima de los porcentajes previos a la pandemia (Figura 1).

Tabla 3. Porcentajes de madres sin infección por SARS-CoV-2 que pudieron estar acompañadas en todos los procesos del nacimiento y las que no, antes y tras el inicio del confinamiento (14-M) por pandemia

	Antes del 14-M	Después del 14-M
Acompañamiento completo	149 (95 %)	925 (81 %)
Falta de acompañamiento	8 (5 %)	222 (19 %)

P < 0.001 (X²).

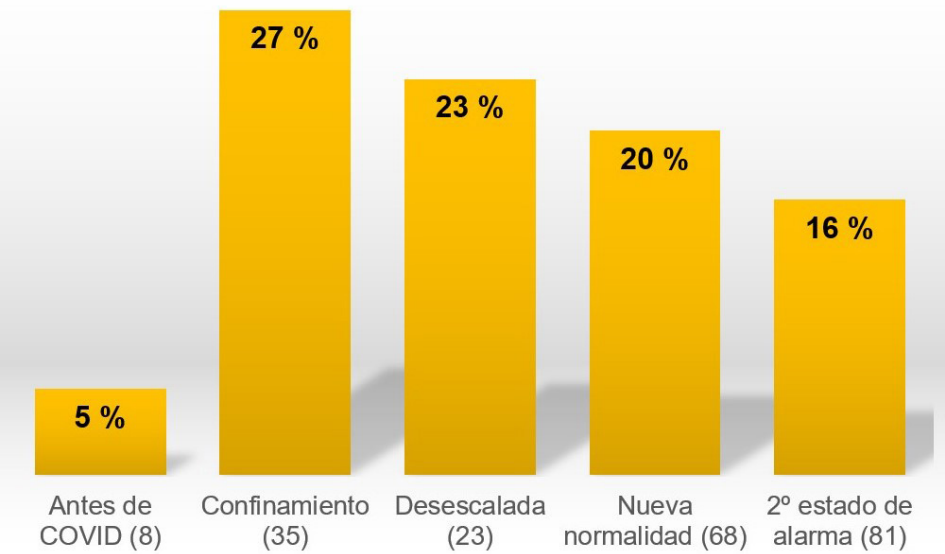


Figura 1. Porcentajes de madres sin infección por SARS-CoV-2 que han sufrido el obstáculo al acompañamiento, según el momento de la pandemia.

En 122 casos (53 %), las madres no relacionan el motivo del obstáculo al acompañamiento directamente con la pandemia, sino con otras circunstancias, en su mayoría por haber finalizado el parto mediante cesárea (91 casos en pandemia; los 8 casos detectados en prepandemia fueron todos por ese motivo). En 60 casos (26 %) las madres consideran que ha podido deberse a la situación de la pandemia (protocolos de aforo en partos, quirófanos o maternidad), en 2 casos (1 %) a tener

el acompañante la PCR positiva y en 46 (20 %) refieren no haber sido informadas del motivo.

2.- *Madres SARS-CoV-2 positivas.* Ninguna de las 17 madres con PCR positiva ha requerido prolongación de su ingreso hospitalario ni ingreso en UCI; todas han sido asintomáticas o han presentado síntomas leves.

La forma de dar a luz ha sido similar al resto: 8 (47 %) parto normal, 5 (29 %) parto inducido y/o instrumentado, y 4 (24 %) cesárea. Pero 3 de los 5 casos de inducción y/o instrumentación (18 % del total) se han justificado para acelerar el expulsivo, por tener la madre una PCR positiva. Estos casos han sucedido pasados más de 6 meses del 14-M (dos de ellos en noviembre de 2020 y otro en enero de 2021). Las 4 cesáreas de este grupo se han justificado teóricamente por motivos obstétricos, sin relación con la infección.

El 71 % (12) de las madres de este grupo no pudieron estar acompañadas durante alguna o varias fases del parto: 7 en el periodo de dilatación (58 %), 6 en el expulsivo (50 %), 6 en el ingreso en maternidad (50 %), y en 3 casos durante los 3 procesos (25 %). Al comparar con el porcentaje referido en las madres sin infección por SARS-CoV-2, las diferencias fueron significativas ($p < 0.001$) (Tabla 4).

Tabla 4. Porcentajes de madres con y sin infección por SARS-CoV-2 que pudieron estar acompañadas en todos los procesos del nacimiento y de madres que no pudieron estarlo en alguno de ellos (a partir del 14-M)

	Madres SARS-CoV-2 -	Madres SARS-CoV-2 +
Acompañamiento completo	925 (81 %)	5 (29 %)
Falta de acompañamiento	222 (19 %)	12 (71 %)

$P < 0.001$ (χ^2).

En 3 casos (25 %) el impedimento al acompañamiento se ha justificado por tener la madre una PCR positiva, en 4 (33 %) por las restricciones debidas a la pandemia, en 2 (17 %) por tener la pareja infección por SARS-CoV-2, en otros 2 (17 %) por otros motivos no relacionados con la COVID y en 1 caso (8 %) no se le informó del motivo. Estos casos se han distribuido por todo el periodo del estudio comprendido dentro de la pandemia, incluyendo algunos de los casos más recientes.

En 3 de los casos (18 %) durante la estancia en la Maternidad, la madre ha estado separada de su bebé durante más de 24 horas, solamente por el

hecho de tener una PCR positiva, según ellas han referido, sin haber otros motivos obstétricos o relacionados con el estado de salud de la madre o del bebé. Durante su estancia se ha alimentado a estos 3 recién nacidos con sucedáneos; dos de ellos fueron dados de alta con fórmula y otro con lactancia materna suplementada. Estos 3 casos de separación madre-hijo (y consiguiente suplementación o sustitución con fórmula) se han producido: el primero al inicio de la pandemia (marzo de 2020) y los otros dos pasados más de 6 meses (octubre y diciembre de 2020).

De los restantes casos de hijos de madre SARS-CoV-2+, 12 (86 %) fueron amamantados de forma exclusiva, 1 con lactancia materna suplementada y 1 con fórmula artificial (estos 2 últimos por motivos distintos a la infección).

4. DISCUSIÓN

En relación a los resultados recogidos sobre el impedimento al acompañamiento, resulta preocupante que un año después del inicio de la pandemia todavía hayamos observado porcentajes de impedimento claramente por encima de los porcentajes prepandemia, incluso en el grupo de madres sin infección por SARS-CoV-2 (ver Figura 1). En cuanto a los motivos aducidos para no permitir el acompañamiento, asimismo resulta preocupante que en el 26 % de estas madres se debiera a los protocolos de aforo derivados de la pandemia y que el 20 % refieran no saber el motivo.

También se detecta un elevado porcentaje de prácticas no deseables en los partos de madres infectadas por el SARS-CoV-2. En cuanto al acompañamiento, hemos visto que la mayoría de ellas (12 de 17) no pudieron estar acompañadas en alguno o varios de los procesos del parto; en 9 de ellas pudo deberse a estar infectadas ellas o sus parejas o a las restricciones debidas a la pandemia. Siete de estos casos, además de los tres en los que se aceleró el expulsivo y los dos casos de separaciones durante el ingreso, sucedieron en fases ya avanzadas de la pandemia (pasados más de 6 meses del 14-M), cuando ya disponíamos de suficiente información sobre la forma correcta de atender a estas madres.

Sobre las limitaciones de la metodología empleada, el hecho de que sean encuestas “online” ya de por sí implica una dificultad a la hora de generalizar resultados (acceso a Internet e Instagram, capacidad de entender las preguntas y responderlas, intención y tiempo de hacerlo, etc.). Por el lado positivo, trabajamos con un volumen importante de casos (1321) y las respuestas provienen de toda la geografía española.

Hemos distribuido las fechas de nacimiento por grupos según en qué periodo “oficial” de la pandemia dieron a luz (ver Tabla 1). Esta distribución

puede servirnos para valorar los posibles cambios en la forma de tratar el proceso del nacimiento conforme fueran cambiando las medidas de aislamiento, los aforos, la preocupación por el riesgo de contagio y los conocimientos sobre los medios de transmisión del virus. Salvo el grupo de pre-pandemia (el momento del parto quedaba más lejos, no habían sufrido la pandemia, y quizá hubiera menos interés en responder el cuestionario), en el resto de periodos los casos se distribuyen de forma bastante homogénea en relación con la duración de cada uno de ellos (entre 2 y 3 encuestas diarias por periodo).

Otra posible limitación metodológica del estudio la plantea el diseño del cuestionario, en cuanto a las preguntas sobre los motivos para el impedimento al acompañamiento, parto inducido, separación madre-hijo, etc. En la encuesta se incluyen opciones como la infección por SARS-CoV-2 en la madre o el acompañante, haberse practicado una cesárea o problemas de salud en la madre o el bebé, pero probablemente no se cubran todas las posibilidades. Además, está claro que la respuesta es subjetiva: podría tratarse del motivo real o simplemente ser una percepción de la madre.

En nuestro estudio, el grupo de madres infectadas por SARS-CoV-2 es pequeño (17 casos), lo que limita a la hora de obtener conclusiones. No obstante, si comparamos nuestros datos con los de un estudio multicéntrico realizado en 8 hospitales de la Comunidad Valenciana (27), con una casuística voluminosa (11883 nacimientos y 130 madres infectadas por SARS-CoV-2), vemos que los porcentajes son relativamente próximos: 1.3 % vs 1.1 % de incidencia de infección por SARS-CoV-2, 24 % vs 18 % de cesáreas y 24 % vs 19 % de separación prolongada madre-hijo. En cuanto al acompañamiento en las madres infectadas por SARS-CoV-2, en ese estudio no se le permitió al 41 % en el periodo de dilatación y/o el parto, frente al 53 % en nuestro estudio (excluyendo los 3 casos en que el impedimento fue solamente en la posterior estancia en Maternidad).

Conocemos la importancia de que la madre pueda estar acompañada por una persona de su elección en todo el proceso del parto (28). Se han publicado numerosos trabajos que informan de que, durante la pandemia de la COVID-19, este acompañamiento se estaba dificultando o impidiendo (además de otras prácticas como el contacto piel con piel), incluso sin haber sospecha de infección por SARS-CoV-2 (27-34). En un estudio multicéntrico realizado en 12 países de Europa (29) se ha contabilizado hasta un 62 % de madres que no han podido ser acompañadas durante el proceso de parto. En la rama española de dicho estudio (sobre una muestra de 309 mujeres) ese porcentaje se reduce hasta el 12.6 %, más cercano a nuestro 19 %.

En un trabajo realizado en mujeres que dieron a luz en Cataluña (30), a partir de 2600 encuestas, comparan los casos de acompañamiento en todo

el periodo del parto, antes y después del comienzo de la pandemia. Comprueban que los porcentajes totales bajan del 86 % al 81 % a partir del 14-M y al 59 % en las madres infectadas, porcentajes similares o cercanos a los nuestros. En ese estudio también analizan los motivos del impedimento, que fueron similares a los que nosotros encontramos (infección por SARS-CoV-2 de la madre o del acompañante, protocolos debidos al estado de la pandemia, no se les informó, etc.); el motivo principal fueron los protocolos por pandemia (49 %; en nuestro caso el 24 %).

Sería conveniente realizar estudios más recientes sobre la atención al nacimiento para comprobar si las prácticas en la asistencia al parto (en especial a partos con PCR positiva) han vuelto a la “normalidad” o, al menos, a los niveles previos a la pandemia. También sería interesante analizar las repercusiones a medio plazo de estas actuaciones sobre variables como la incidencia y duración de la lactancia materna o sobre el grado de satisfacción de las madres y familias respecto a la atención del nacimiento. Analizar lo ocurrido durante la pandemia también puede ayudarnos a no cometer los mismos errores en el caso de que se vuelvan a presentar situaciones similares.

5. CONCLUSIONES

Durante la pandemia se ha producido un incremento del impedimento al acompañamiento en el proceso de parto, que ha sido significativamente mayor en el caso de las madres infectadas por el SARS-CoV-2.

Entre las madres infectadas por el SARS-CoV-2 se han dado varios casos de inducción o instrumentación para acelerar el expulsivo, de separación prolongada madre-hijo y de suplementación con sucedáneos que, según la percepción de las madres, han podido guardar relación con su estado de infección por el SARS-CoV-2.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J *et al.* A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med* 2020;382:727-733.
2. World Health Organization. Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report, 12. World Health Organization. 2020 Feb. 1. [citado el 10 de junio de 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330777>
3. World Health Organization. COVID 19 Public Health Emergency of International Concern (PHEIC) Global research and innovation forum: towards a research roadmap. World Health Organization. 2020 feb. 11-12 [citado el 10 de junio de 2022].

- 2022]. Disponible en: [https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-public-health-emergency-of-international-concern-\(pheic\)-global-research-and-innovation-forum](https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-public-health-emergency-of-international-concern-(pheic)-global-research-and-innovation-forum)
4. Gobierno de España. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 [citado el 28 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463>
 5. Organización Mundial de la Salud. Atención en el domicilio de pacientes presuntamente infectados por el nuevo coronavirus (nCoV) que tengan síntomas leves y gestión de los contactos. Orientaciones provisionales 20 de enero de 2020. Organización Mundial de la Salud. 2020 [citado el 10 de junio de 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330673>
 6. Organización Mundial de la Salud. Prevención y control de infecciones durante la atención sanitaria de casos en los que se sospecha una infección por el nuevo coronavirus (nCoV). Orientaciones provisionales 25 de enero de 2020. Organización Mundial de la Salud. 2020 [citado el 10 de junio de 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330685>
 7. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones sobre el uso de mascarillas en el contexto de la COVID-19. Orientaciones provisionales 6 de abril de 2020. Organización Mundial de la Salud. 2020 [citado el 10 de junio de 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331789>
 8. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones a los Estados Miembros para mejorar las prácticas de higiene de manos con el fin de ayudar a prevenir la transmisión del virus de la COVID-19. Orientaciones provisionales 1 de abril de 2020. Organización Mundial de la Salud. 2020 [citado el 10 de junio de 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331849>
 9. Organización Mundial de la Salud. Pruebas de laboratorio para el nuevo coronavirus de 2019 (2019-nCoV) en casos sospechosos de infección en humanos. Orientaciones provisionales, 17 de enero de 2020. Organización Mundial de la Salud. 2020 [citado el 10 de junio de 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330861>
 10. Zhu H, Wang L, Fang C, Peng S, Zhang L, Chang G *et al*. Clinical analysis of 10 neonates born to mothers with 2019-nCoV pneumonia. *Transl Pediatr*. 2020;9(1):51-60. Epub 2020/03/11
 11. Wang L, Shi Y, Xiao T, Fu J, Feng X, Mu D *et al*. Chinese expert consensus on the perinatal and neonatal management for the prevention and control of the 2019 novel coronavirus infection (First edition). *Ann Transl Med*. 2020;8(3):47.
 12. Qi H, Chen M, Luo X, Liu X, Shi Y, Liu T *et al*. Management of a delivery suite during the COVID-19 epidemic. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2020;250:250-2.
 13. Trevisanuto D, Moschino L, Doglioni N, Roehr C C, Gervasi MT, Baraldi E. Neonatal Resuscitation Where the Mother Has a Suspected or Confirmed Novel Coronavirus (SARS-CoV-2) Infection: Suggestion for a Pragmatic Action Plan. *Neonatology*. 2020;24:1-8.

14. Chandrasekharan P, Vento M, Trevisanuto D, Partridge E, Underwood M A, Wiedeman J *et al.* Neonatal Resuscitation and Postresuscitation Care of Infants Born to Mothers with Suspected or Confirmed SARS-CoV-2 Infection. *Am J Perinatol.* 2020;37(8):813-824.
15. Dotters-Katz SK, Hughes BL. Considerations for Obstetric Care during the COVID-19 Pandemic. *Am. J. Perinatol.* 2020;37:773-779.
16. SeNeo. Recomendaciones para el Manejo del Recién Nacido en Relación con la Infección por SARS-CoV-2. SeNeo. Sociedad Española de Neonatología. 2020 marzo 8 [citado el 9 de junio de 2022]. Disponible en: https://www.seneo.es/images/site/noticias/home/Recomendaciones_SENeo_SARS-CoV-2Version_2.pdf
17. Simões AC, Vieira CR. Is SARS-COV-2 vertically transmitted? *Front Pediatr* 2020;8:276.
18. World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected: interim guidance. World Health Organization. 2020 marzo 13 [citado el 9 de junio de 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331446>
19. iHAN. Lactancia materna ante la pandemia de Coronavirus COVID-19 Información para los profesionales que atienden familias con niños y niñas pequeños. IHAN España: Iniciativa para la Humanización de la Atención al Nacimiento y la Lactancia. 2020 marzo 14 [citado el 7 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.ihan.es/wp-content/uploads/CORONAVIRUS-POSICION-IHAN-v6.pdf>
20. iHAN. Nacimiento y Lactancia materna ante la pandemia de Coronavirus COVID-19. Recomendaciones IHAN para profesionales ante la pandemia por SARS-CoV-2. IHAN España: Iniciativa para la humanización de la Atención al Nacimiento y la Lactancia. 2020 abril 2 [citado el 7 de junio de 2022]. Disponible en: https://www.ihan.es/wp-content/uploads/SARS-CoV-2_y_LM-RECOMENDACIONES-IHAN-v02_04_2020FP-.pdf
21. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Documento técnico. Manejo de la mujer embarazada y el recién nacido con COVID-19 [actualizado el 17 de junio de 2020; citado el 10 de junio de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Documento_manejo_embarazo_recien_nacido.pdf
22. APILAM. COVID-19 materna, enfermedad materna por coronavirus 19. En: e-lactancia.org. APILAM: Asociación para la promoción e investigación científica y cultural de la lactancia materna. 2002 [actualizado el 19 de marzo de 2020; citado el 9 de junio de 2022]. Disponible en: <https://e-lactancia.org/breastfeeding/maternal-covid-19-maternal-coronavirus-disease-2019/synonym/>
23. AELAMA. Manejo del riesgo de contagio por coronavirus en madres y recién nacidos. AELAMA: Asociación Española de Lactancia Materna [actualizado el 9 de marzo de 2020; citado el 10 de junio de 2022]. Disponible en: <http://aelama.org/wp-content/uploads/2020/03/Lactancia-y-coronavirus-2020.pdf>
24. Amamanta. Actividades. Plan de parto en tiempos de COVID-19. Amamanta: Grupo de Apoyo a la lactancia materna [actualizado el 7 abril de 2020; citado el 5 de junio de 2022]. Disponible en: <https://amamanta.es/2020/04/plan-de-parto-en-tiempos-de-covid-19/>

25. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2009/01
26. Marín MA, Cuadrado I, Álvarez B, González E, Alonso C, Llana I *et al.* Multicentre Spanish study found no incidences of viral transmission in infants born to mothers with COVID-19. *Acta Paediatr* 2020;109:2302-2308.
27. Vila R, González VM, Soriano FJ, Castro E, Rodríguez N, Gómez A *et al.* Obstetric-Neonatal Care during Birth and Postpartum in Symptomatic and Asymptomatic Women Infected with SARS-CoV-2: A Retrospective Multicenter Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(9):5482.
28. Lalaguna P, Díaz M, Costa M, San Feliciano L, Gabarrell C. Impacto de la pandemia de COVID-19 en la lactancia y cuidados al nacimiento. Importancia de recuperar las buenas prácticas. *Rev Esp Salud Pública*. 2020;94:e1-7.
29. Lazzerini M, Covi B, Mariani I, Drglin Z, Arendt M, Nedberg IH *et al.* Quality of facility-based maternal and newborn care around the time of childbirth during the COVID-19 pandemic: online survey investigating maternal perspectives in 12 countries of the WHO European Region. *The Lancet Regional Health - Europe* 2022;13:100268.
30. Ezquerro S, Fernández M, Sánchez A, Keller C, Borges M, Benet M. Impacto de la pandemia de la COVID-19 en el acompañamiento durante el parto. Informe n.º 2, julio 2022. Cátedra UNESCO Mujeres, Desarrollo y Culturas Grupo de investigación Sociedades, Políticas y Comunidades Inclusivas – SoPC. Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya.
31. Coxon K, Fernández C, 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.
32. Brislane Á, Larkin F, Jones H, Davenport MH. Access to and Quality of Healthcare for Pregnant and Postpartum Women During the COVID-19 Pandemic. *Front. Glob. Womens Health*. 2021; 2:628625.
33. Requena-Mullor M, García-González J, Wei R, Romero-del Rey R, Alarcón-Rodríguez R. The Impact of COVID-19 on the Monitoring of Pregnancy and Delivery of Pregnant Women in the Dominican Republic. *Healthcare*. 2022;10:2266.
34. Brown A, Shenker, N. Experiences of breastfeeding during COVID-19: Lessons for future practical and emotional support. *Matern. Child Nutr*. 2021;17:e13088.