



Trabajo de Fin de Grado de Enfermería

IMPACTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LA ATENCIÓN POSTNATAL Y LA LACTANCIA MATERNA

COVID-19 PANDEMIC'S IMPACT IN POSTNATAL AND BREASTFEEDING ATTENTION

Revisión Narrativa

Autora: Elena Ramírez Criado

Tutora: Jenifer Araque García

Universidad Autónoma de Madrid.

Departamento de Enfermería.

Madrid, mayo de 2022

ÍNDICE GENERAL.

RESUMEN.....	6
1. INTRODUCCIÓN.....	9
1.1. CONTEXTO ACTUAL – PANDEMIA DE COVID-19.....	10
1.2. TIPOS DE LACTANCIA Y EPIDEMIOLOGÍA.....	12
1.3. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA (LM).....	13
1.4. FACTORES DETERMINANTES Y DIFICULTADES DE LA LM.....	13
1.5. PROMOCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA LM.....	15
2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS.....	17
3. MÉTODOS Y MATERIALES.....	18
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	21
4.1. ATENCIÓN SANITARIA DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19.....	23
4.1.1. SUSCEPTIBILIDAD FRENTE AL COVID-19 Y PERCEPCIÓN DE RIESGO.....	23
4.1.2. ATENCIÓN PRENATAL DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19.....	23
4.1.3. ATENCIÓN PERINATAL DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19.....	24
4.2. INFLUENCIA SOBRE LA LM Y LA ATENCIÓN POSTNATAL.....	26
4.2.1. MODIFICACIONES EN EL PLAN DE ALIMENTACIÓN.....	26
4.2.2. SEGURIDAD DE LA LM Y PREOCUPACIONES MÁS FRECUENTES.....	27
4.2.3. TASAS DE LME Y ABANDONO DE LA LM.....	28
4.3. IMPACTO SOBRE LA SALUD MENTAL (SM) MATERNA.....	29
4.3.1. ATENCIÓN PERINATAL.....	29
4.3.2. ATENCIÓN POSTNATAL Y LM.....	29
4.4. INTERVENCIONES DE APOYO A LA LM.....	32
4.4.1. TIPOS DE APOYO A LA LM.....	32
4.4.2. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA - APOYO FORMAL.....	33
5. CONCLUSIONES.....	36
6. LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.....	37
7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	37
8. BIBLIOGRAFÍA.....	38
9. AGRADECIMIENTOS.....	42
10. CONFLICTO DE INTERESES.....	42
11. ANEXOS.....	43
ANEXO 1. TABLA 2. ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA Y SELECCIÓN DE ARTÍCULOS A FECHA DE 13 DE MARZO DE 2022.....	43
ANEXO 2. TABLA 3. ARTÍCULOS SELECCIONADOS EN LA REVISIÓN NARRATIVA.	44

ÍNDICE DE TABLAS.

TABLA 1. PALABRAS CLAVE.....	18
TABLA 2. ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA Y SELECCIÓN DE ARTÍCULOS.....	43
TABLA 3. ARTÍCULOS SELECCIONADOS EN LA REVISIÓN NARRATIVA.....	44

ÍNDICE ILUSTRACIONES.

FIGURA 1. MAPA CONCEPTUAL: BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA.....	19
FIGURA 2. DIAGRAMA DE SELECCIÓN DE ARTÍCULOS.....	21
FIGURA 3. PROPORCIÓN SEGÚN EL AÑO DE PUBLICACIÓN.....	22
FIGURA 4. PROPORCIÓN SEGÚN EL TIPO DE ESTUDIO.....	22
FIGURA 5. PROPORCIÓN SEGÚN EL PAÍS DE PROCEDENCIA.....	22

ABREVIATURAS.

ABA: Australian Breastfeeding Association (Asociación Australiana de Lactancia Materna).

AE: Atención Especializada.

AP: Atención Primaria.

APV: Alta Precoz Voluntaria.

AELAMA: Asociación Española de Promoción y Apoyo a la Lactancia.

EPDS: Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo.

EPP: Equipos de Protección Personal.

IHAN: Iniciativa Hospital Amigo de los Niños, Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia.

LA: Lactancia Artificial.

LM: Lactancia Materna.

LME: Lactancia Materna Exclusiva.

LMx: Lactancia Materna Mixta.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PCP: Contacto piel con piel.

PSS: Escala de Estrés Percibido.

QMNC: Quality of Maternal and Newborn Care (Calidad de la atención materna y neonatal).

RN: Recién Nacido.

SM: Salud Mental.

TAG-7: Escala de 7 ítems del Trastorno de Ansiedad Generalizada.

TICS: Tecnologías de la Información y de las Telecomunicaciones.

VD: Visita Domiciliaria.

RESUMEN.

Introducción: La pandemia de COVID-19 ha supuesto un impacto en muchos aspectos de la salud debido a las modificaciones en las políticas de atención y a las restricciones. Uno de los más afectados es el cuidado a la mujer embarazada y puérpera durante el período prenatal, perinatal y postnatal así como en el apoyo a la lactancia materna.

Objetivo: Describir el impacto de la pandemia de COVID-19 en la atención a embarazadas y puérperas durante el inicio y proceso de la lactancia materna.

Métodos y materiales: Se realizó una revisión de la bibliografía disponible utilizando bases de datos de Ciencias de la Salud (PubMed, CINAHL, CUIDEN y SciELO) incluyendo publicaciones en inglés y/o español desde 2020 en adelante.

Resultados y discusión: Se seleccionaron 16 publicaciones y se clasificaron según su contenido en cuatro categorías de análisis: la atención sanitaria brindada durante la pandemia, la influencia de la pandemia sobre la lactancia materna, el impacto sobre la salud mental materna y las intervenciones de apoyo a la lactancia durante la pandemia de COVID-19.

Conclusión: La pandemia ha provocado una limitación de las prácticas de atención de calidad en todos los niveles de atención a las embarazadas y puérperas. Esto ha supuesto un impacto sobre la salud mental materna. Además, la pandemia ha incrementado las demandas de atención telemática, lo que ha provocado la creación de nuevos métodos de atención eficaces.

Palabras clave: “lactancia materna”, “COVID-19”, “cuidado perinatal”, “cuidado postnatal”, “período postparto”, “educación para la salud”, “apoyo social” y “telemedicina”.

ABSTRACT.

Introduction: The pandemic of COVID-19 has had an impact in many aspects in relation with health due to political modifications in attention and their restrictions. One of the most affected aspects is the care of pregnant and postpartum women during the prenatal, perinatal and postnatal period, and moreover in its support on breastfeeding.

Objective: To describe the pandemic's impact on attention in pregnancy and puerperal women and in the beginning and process of breastfeeding.

Methodology and materials: A review of the available bibliography was done using Health Science databases (PubMed, CINAHL, CUIDEN, SciELO) including publication in English or Spanish from 2020 onwards.

Results and discussion: 16 publications were selected, and they were classified in four analysis categories according to their content: health care provided during the pandemic, influence of the pandemic on breastfeeding, the impact on maternal mental health and breastfeeding support interventions during the pandemic of COVID-19.

Conclusions: The pandemic has caused a limitation in quality care practices at all levels of care for pregnant and postpartum women. This has had an impact on maternal mental health. In addition, the pandemic has led to an increase in the demands for telematic care, which has led to the creation of new effective care methods.

Key Words: “Breast Feeding”, “Lactation”, “COVID-19”, “Perinatal care”, “Postnatal care”, “Postpartum period”, “Health education”, “Social support” and “Telemedicine”.

1. INTRODUCCIÓN.

El periodo de embarazo, parto y postparto generan importantes cambios físicos y emocionales en la madre, la pareja y sus familias. Así, la concepción de un nuevo ser, junto con estos procesos, suponen transiciones relevantes en la vida de las personas.

De esta manera, estos procesos de la vida se encuadran dentro de la Teoría intermedia de las Transiciones, desarrollada por Meleis y sus compañeros en el año 2000. Una transición es el paso entre dos intervalos de tiempo estables, produciéndose un flujo y movimiento de un estado de vida a otro (1). Además, durante la transición, las personas experimentan cambios tanto a nivel externo como interno, y su percepción influye y repercute en su propia vida y en la de sus familias (1).

De acuerdo con esta teoría, los procesos de embarazo, parto y postparto suponen una transición de desarrollo hacia la maternidad, debido al nacimiento de un bebé (1). Estos cambios en la mujer y su familia son influidos por factores internos y externos, los cuales determinarán si dicha transición se realiza de forma saludable o no.

Asimismo, las enfermeras con el fin de facilitar la transición encaminan su papel hacia la promoción y el apoyo de la salud. Esta labor permite dar respuesta a las demandas y necesidades que se presenten a lo largo de la atención prenatal, perinatal y postnatal, especialmente en el proceso de adaptación a la lactancia materna (LM).

Por ello, en la “Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria” se recoge el “Servicio 301: Atención a la mujer embarazada”. En dicho servicio se concreta el seguimiento durante los trimestres de embarazo, incluyendo la valoración enfermera, los antecedentes obstétricos, las pruebas complementarias y la creación del plan de cuidados individualizado (2).

Además, en la Cartera se incluye el “Servicio 302: Preparación al parto y la maternidad” basada en la educación prenatal como componente fundamental para la adaptación al embarazo, al parto, a la LM y a la maternidad (2).

Posteriormente, en el periodo postnatal, la mayor preocupación de las mujeres radica en el cuidado del recién nacido (RN), sobre todo, en su adecuada alimentación. Por ello, la promoción y el apoyo a la LM por parte de la enfermera como figura educadora es fundamental durante el periodo de postparto, como se profundizará más adelante.

1.1. CONTEXTO ACTUAL – PANDEMIA DE COVID-19.

Como muchos otros aspectos de la salud, el cuidado de las mujeres embarazadas, puérperas y sus RN ha sido una cuestión que se ha visto gravemente alterada debido a la pandemia de COVID-19 (3). A finales del año 2019, se informó a la OMS sobre diversos casos de neumonía provocada por un nuevo virus denominado SARS-CoV-2, lo que constituyó una nueva enfermedad infecciosa llamada COVID-19 (4).

El 11 de marzo de 2020, la OMS declaró que la enfermedad COVID-19 era una emergencia mundial y una pandemia debido al aumento en el número de contagios y a la facilidad de propagación a través de secreciones, fómites y gotas provenientes de la vía respiratoria (3,5). La infección puede producir cuadros leves de fiebre, cefalea, tos, malestar general o dolor de garganta, o cuadros más graves como neumonía bilateral (4,6). Así, el 14 de marzo, el gobierno español impuso medidas de aislamiento y contención social con el fin de controlar y proteger a la población ante la enfermedad (3).

De esta manera, la atención sanitaria se limitó a las visitas de mayor urgencia y se redujeron y espaciaron las visitas presenciales de seguimiento del embarazo al hacerlas coincidir con las ecografías y la valoración médica. Así, las consultas de seguimiento o dudas se realizaron mayoritariamente por vía telefónica y fue necesario realizar las sesiones de preparación al parto y la educación maternal grupal por vía telemática (7).

Al inicio de la pandemia se publicaron estudios sobre la evaluación de los efectos de la enfermedad en población general, siendo estos insuficientes e inespecíficos en la población delimitada por las mujeres embarazadas y las lactantes (3). Por lo tanto, al comienzo se desconocía si se transmitía por vía vertical, de la madre al bebé, durante el embarazo o el parto o si se transmitía a través de la LM. Esta falta de información provocó un cambio preventivo en las pautas habituales que garantizaban la calidad de la atención a la mujer como la separación de los RN y parejas durante y tras el parto, la no recomendación del inicio de la LM o el aumento de la medicalización de la atención con un aumento de las cesáreas o de inducciones del parto (3,5).

La pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto en la salud reproductiva y perinatal de forma directa, por la propia infección, y de forma indirecta a través de los cambios en la atención sanitaria por la adopción de protocolos hospitalarios limitantes y las medidas sociales restrictivas que impiden el apoyo de la familia, los amigos y otras redes de apoyo social (3).

En ningún caso se ha demostrado la transmisión vertical de la madre al bebé pero, sí se han registrado casos de contagio del RN por contacto directo con personas infectadas. Sin embargo, el riesgo de transmisión horizontal es el mismo que en la población general tras el contacto estrecho con una persona infectada como familiares o cuidadores (5,6).

La OMS recomendó mantener los estándares de calidad clínica como el acompañamiento en el trabajo de parto, el contacto piel con piel (PCP) inmediato o el inicio precoz de la LM tras implementarse las adecuadas medidas de protección (mascarilla quirúrgica de manera continua y lavado de manos previo al contacto del RN) (8). Sin embargo, al comienzo de la pandemia algunas instituciones como las directrices del Ministerio de Sanidad Español, diferían de estas recomendaciones y promovían la separación del RN en mujeres contagiadas, sin poner en consideración el impacto físico y emocional de esta separación (5,8).

La Iniciativa para la Humanización del Nacimiento y la Lactancia (IHAN) así como otras agrupaciones como la Asociación Española de Promoción y Apoyo a la Lactancia (AELAMA) defendieron seguir los estándares de la OMS recomendando el contacto madre-hijo incluso en madres infectadas si se extreman las precauciones de protección (5,8). Posteriormente, el Ministerio en el “Protocolo de manejo de la mujer embarazada y recién nacido con COVID-19” y la mayoría de organizaciones españolas modificaron sus directrices a las propuestas por la OMS promoviendo el PCP inmediato y la LM (5).

Actualmente, diferentes organismos internacionales y nacionales sostienen que no se recomienda interrumpir la LM ya que es poco probable que la leche materna sea fuente de infección incluso cuando la madre presente la infección (5). Además, existen estudios que afirman la presencia de anticuerpos IgA frente al COVID-19 en la leche humana, lo que aumenta el factor protector de la lactancia y la reducción del impacto de la enfermedad en el RN (5). Por ello, defienden que la LME durante los primeros seis meses de vida es la medida más adecuada de protección de la salud en los RN.

Con el fin de paliar la calidad de la atención derivada de la pandemia de COVID-19 se ha producido un aumento del uso de las nuevas tecnologías de la Información y de las Telecomunicaciones (TICS) como las videollamadas, llamadas telefónicas, aplicaciones para teléfonos móviles o las redes sociales (5).

1.2. TIPOS DE LACTANCIA Y EPIDEMIOLOGÍA.

La **lactancia** es el proceso de alimentación del lactante a través de leche ya sea la proveniente de la producción por las glándulas mamarias de la madre, conocida como lactancia materna o bien la lactancia artificial, proveniente de fórmulas comerciales que imitan la leche humana (9). El término de lactancia materna presenta cierta controversia puesto que hace referencia tanto a la alimentación del RN directamente del pecho como a su alimentación con leche humana extraída.

Así, el hecho de que se asocie la lactancia a un único género (mujer) y rol (madre) genera desigualdades y exclusiones. Por ello, es aconsejable utilizar el término inclusivo lingüísticamente lactancia humana (LH), lactancia natural o leche humana (10,11).

De esta manera, existe variabilidad en el tipo de alimentación al RN. La **lactancia materna exclusiva (LME)** se basa en el sustento único de leche materna sin añadir otros sólidos ni líquidos, entre ellos agua, con la excepción de minerales, vitaminas y medicación (12). En la **lactancia materna mixta (LMx)** se alimenta al lactante mediante leche materna y de fórmula y en la **lactancia artificial (LA)** exclusivamente con leche comercial (13).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve la LME a demanda iniciada en la primera hora de vida hasta los seis meses de edad. Posteriormente, propone iniciar la **lactancia materna complementaria (LMC)** que consiste en la introducción de manera sucesiva y gradual de otros alimentos hasta los dos años o más tarde con el objetivo de satisfacer los requisitos nutricionales durante el crecimiento del infante (9,13).

La OMS ha propuesto como objetivo de nutrición para el año 2025 incrementar hasta al menos un 50 % la tasa de LME en los seis primeros meses de edad (14).

En España, la Encuesta Nacional de Salud 2017 (ESNE) señala que durante las seis primeras semanas el 73,9 % de los bebés eran alimentados con LM. Sin embargo, este porcentaje se reducía a 63,9 % a los tres meses y, posteriormente, hasta un 39 % a los seis meses (15).

No obstante, no se dispone de registros oficiales más actuales ni el impacto de pandemia de COVID-19 sobre estas tasas. Aun así, estas cifras indican que es necesario continuar con la promoción de la LME al nacimiento con el fin de alcanzar las propuestas de la OMS.

1.3. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA (LM).

Los beneficios de la LM se deben principalmente a que la leche materna contiene los nutrientes necesarios para el crecimiento y desarrollo de los lactantes durante los primeros meses de vida (9). A su vez, genera numerosas ventajas como la protección frente a enfermedades infecciosas más graves y prolongadas como infecciones en vías respiratorias y enfermedades gastrointestinales y frente a enfermedades crónicas como la obesidad, hipertensión o algunas reacciones de hipersensibilidad. Además, reduce el riesgo del síndrome de muerte súbita y fomenta el desarrollo cognitivo y neuronal (16,17).

La LM presenta beneficios físicos para la madre a corto plazo al reducir el riesgo de hemorragia postparto. Esto es debido al aumento de liberación de oxitocina durante el amamantamiento, lo cual favorece la contracción e involución del útero (18). También mejora la anemia aumentando las reservas de hierro, la remineralización ósea y el tiempo de recuperación de peso y silueta preconcepcional (4,19). Asimismo, sirve como método anticonceptivo si se realiza en condiciones muy concretas y a largo plazo reduce el riesgo de diabetes tipo II y de cáncer de ovario y de mama (19).

Por otro lado, la LM también brinda beneficios en la esfera emocional y psicosocial puesto que favorece el contacto estrecho entre el lactante y la madre. Esto permite la construcción del vínculo afectivo produciendo una gran satisfacción y el aumento de la seguridad y la autoestima (17,19,20). Además, reduce el riesgo de depresión postparto al mejorar el estado anímico de la mujer (4,19).

A nivel familiar y comunitario, cabe destacar que es un método de alimentación menos costoso, lo que supone un ahorro económico al no tener que comprar leche artificial, ni biberones y protege el medio ambiente al reducir los residuos plásticos derivados de los productos de la lactancia. Además, al proteger de enfermedades al lactante, se disminuye la necesidad de atención sanitaria y el absentismo laboral de los padres (18,19).

1.4. FACTORES DETERMINANTES Y DIFICULTADES DE LA LM.

La LM se puede realizar desde el nacimiento del bebé. Sin embargo, a pesar de que sea un acto natural, es a su vez un comportamiento aprendido. Por lo tanto, es fundamental que las mujeres dispongan de la información necesaria junto con el apoyo de los profesionales de enfermería desde el primer momento.

Las enfermeras han de identificar los determinantes positivos y negativos que condicionan la LM de forma individual. Así, deben de orientar las recomendaciones en las técnicas de alimentación más adecuadas, respetando los deseos y aumentando la confianza de las madres, al dar solución a las dificultades hasta el establecimiento (9,19).

De esta manera, se han descrito factores que condicionan positivamente la LM como los estándares de calidad de la atención a la mujer. Algún ejemplo son la promoción de la LM precoz, el contacto PCP, el alojamiento conjunto de la díada madre-RN, el apoyo para iniciar la LM lo antes posible después del parto y el apoyo de la comunidad. Como se comentó anteriormente, estos factores se han visto altamente modificados debido a la pandemia de COVID-19, lo que ha conllevado a una dificultad directa en el establecimiento y mantenimiento de la LME (8). Por otro lado, se han descrito factores negativos que se pueden clasificar en tres niveles según la esfera psicosocial (3).

A nivel individual se encuentran los factores influidos por la díada madre-RN, la decisión de la madre sobre la iniciación y duración, así como sus comportamientos. Entre los factores destacan la edad precoz o tardía de la madre, el estado civil, la clase social baja, la población rural, el bajo nivel de ingresos y/o de educación, la experiencia previa negativa o ausente, la falta de deseo inicial de amamantar, la decisión tardía o la negatividad de la lactancia. (19,21). Otros factores son la percepción subjetiva de producción insuficiente de leche (hipogalactia), la sensación subjetiva del bebé molesto por hambre, la baja autoeficacia o la disminución de satisfacción materna (13).

Existen algunas situaciones que dificultan o impiden el inicio de la LM como la separación del RN de la madre, la ausencia de contacto PCP, el tipo de parto, el retraso en la producción láctea o la presencia de alguna patología mamaria o enfermedades y tratamientos no compatibles con la lactancia por parte de la madre y/o del lactante (19,20).

Asimismo, se puede producir el abandono por una técnica de amamantamiento inadecuada que provoque daño en los pechos, el miedo al dolor y por el uso de suplementos de leche artificial y de accesorios como chupetes o tetinas. Estos motivos están directamente relacionados con la falta de información y la educación prenatal (13).

A nivel social se describen los factores relacionados con las creencias socioculturales negativas, el uso normalizado del biberón, la desaprobación y censura de la LM en lugares públicos, la vida laboral y los estilos de vida entre otros (13). A nivel comunitario se incluyen factores relacionados con el ambiente y la relación de la díada

con este. Las figuras de interacción principales son la pareja y la familia, los cuales conforman una importante red de apoyo. Además, favorecen el mantenimiento de la LM al aumentar la confianza y la seguridad de la madre, así como brindan apoyo emocional. Sin embargo, en algunos casos supone un factor de riesgo para el abandono de la LM al generar críticas o dudas de si el bebé está adecuadamente alimentado (13,19).

Además, se pueden nombrar otros ejemplos como las prácticas asistenciales las cuales dificultan la lactancia en la Atención Especializada (AE), el tiempo de estancia hospitalaria, la escasez o carencia de continuidad de cuidados prenatal y postnatal en la Atención Primaria (AP), la formación y las habilidades de las enfermeras o la escasez de recursos y de apoyo social. Destaca también el fácil acceso a la leche comercial y a los dispositivos de sustitución de la LM, la publicidad en los medios sobre esta o la escasez de las políticas de protección y apoyo a la LM (13,19).

1.5. PROMOCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA LM.

Uno de los factores más influyentes en el establecimiento y mantenimiento de la LM es el papel de la enfermera en la etapa prenatal, a nivel de preparación en AP, durante la etapa postnatal inmediata en AE y la posterior continuidad asistencial en AP. Por ello, es importante que las enfermeras se formen y apliquen los conocimientos y habilidades sobre las adecuadas prácticas clínicas según la evidencia científica actualizada (13).

Durante la etapa prenatal (desde la semana 20 de embarazo) se inicia la primera fase de la lactancia conocida como diferenciación secretora al inducirse cambios en las glándulas mamarias tales como la proliferación ductal y el desarrollo alveolar. En esta fase, es necesaria la acción de hormonas como el lactógeno placentario humano, la progesterona y la prolactina las cuales permiten la maduración de los lactocitos (22).

En esta etapa inicial, es necesario que las enfermeras comunitarias, como figuras educadoras de la salud, realicen educación a las futuras madres sobre la promoción de la LM plasmando los beneficios que presenta, las técnicas de amamantamiento y las diversas posiciones para evitar la incomodidad y el dolor (13,20).

Asimismo, es necesario incluir información sobre las técnicas de extracción de leche y de alimentación complementaria hasta la adecuada estabilización de la LME e identificar posibles dificultades y próximas complicaciones (13,20). Sin embargo, esta atención se ha visto influenciada y limitada por la pandemia de COVID-19 (5).

Tras el alumbramiento de la placenta se desencadena la segunda fase de la lactancia definida como activación secretora de los lactocitos en la que se inicia la producción de leche pasadas entre 24 y 72 horas y es regulada por las hormonas segregadas en la succión del pecho por parte del RN (22). A su vez, comienza el período postparto o puerperio que termina tras la recuperación fisiológica y anatómica de la mujer tras 6 y 8 semanas. La primera etapa se conoce como puerperio inmediato que recoge las primeras 24 horas y desde el 2º hasta el 10º día comienza el puerperio mediato (23).

Tras el nacimiento se produce el primer contacto y la primera relación con la madre y el entorno, lo que se conoce como la impronta de la maternidad en el sistema nervioso. Esto favorece a la adaptación a la vida extrauterina al estabilizar los parámetros respiratorios, cardíacos y la temperatura, y permite que el RN esté más receptivo, lo cual facilita el inicio de la LM (4). Durante la AE, en el puerperio inmediato y mediato, se debe fomentar el inicio precoz de la LM, la frecuencia y la duración del tiempo de succión, ya que cuanto mayor sea el tiempo, mayor será la estimulación y antes se producirá la subida de la leche (22).

Además, es necesario evaluar y aclarar la información que presenta la mujer, así como resolver las dificultades reales de la práctica diaria. Así, se debe garantizar un adecuado enganche para que se ejerza suficiente succión, introduciendo tanto el pezón como parte de la areola en la boca, llegando a la unión del paladar duro y el blando del RN, quien debe rodear el complejo areola-pezón con los labios evertidos (17).

El calostro contiene escasa cantidad de lactosa, pero altas concentraciones de inmunoglobulinas, leucocitos y factores del desarrollo. Por ello, la LM es fundamental para la función inmunológica y la preparación intestinal. Posteriormente, entre los 7 y 14 días, se produce la leche de transición con un aumento de lactosa y grasa, lo que favorece a la recuperación del peso fisiológico tras el nacimiento (22). Finalmente, el puerperio tardío que abarca desde el día 11 al 42 y culmina con el retorno de la menstruación, se produce la leche madura (22,23).

Por otro lado, debido a la pandemia, se ha aumentado el número de altas precoces en partos eutócicos y se ha fomentado la visita domiciliaria por parte de la matrona del centro hospitalario. En el posterior seguimiento en AP, se han limitado el número de consultas presenciales, lo que ha dificultado el apoyo a la LM por profesionales enfermeras (24).

2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS.

La lactancia materna (LM) es la fuente de alimento más completa para el lactante debido a los beneficios que presenta tanto para él como para la madre. Con los datos que se recogen previos a la pandemia, se saca en claro una disminución considerable de la lactancia materna exclusiva (LME) a los seis meses de edad del RN, siendo inferior al 50 %. Esto indica que no se cumplen las recomendaciones ni las propuestas de la OMS de mantener la LME hasta los primeros seis meses de edad (14,15).

La pandemia de COVID-19 ha provocado cierta controversia en cuanto a la recomendación o no de la LM. Finalmente, la OMS concluyó que los beneficios de la alimentación materna eran mayores que los riesgos y recomendó su práctica. Sin embargo, la pandemia de COVID-19 ha supuesto muchos otros cambios en la atención a las mujeres embarazadas y lactantes, agravando los factores que han conllevado a un aumento de las tasas de abandono o la imposibilidad de inicio de la LM (15).

El objetivo principal de este trabajo es describir el impacto de la pandemia de COVID-19 en la atención a embarazadas y puérperas durante el inicio y proceso de la lactancia materna (LM).

A su vez se plantean los siguientes objetivos específicos:

- Explorar las condiciones de atención sanitaria brindada durante la pandemia a las mujeres a nivel prenatal, perinatal y postnatal.
- Definir los factores relacionados con la pandemia de COVID-19 que influyen en el inicio, el mantenimiento y el abandono precoz o tardío de la lactancia materna.
- Relatar la afectación de la pandemia de COVID-19 sobre la salud mental materna.
- Describir intervenciones enfermeras de apoyo a la lactancia materna durante la pandemia de COVID-19.

3. MÉTODOS Y MATERIALES.

Para la elaboración de la revisión narrativa se ha realizado la búsqueda bibliográfica en las bases de datos cuya temática está especializada en Ciencias de la Salud tales como PubMed, CINAHL, CUIDEN y SciELO (25).

Se seleccionaron los términos en el lenguaje controlado utilizando las traducciones al inglés procedentes del tesoro Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y los términos del tesoro Medical Subject Headlines (MeSH) (25). A estos, se combinaron términos en lenguaje libre traducido al inglés: “breastfeeding”, “lactation”, “COVID-19”, “mental health”, “education”, “support” y “telemedicine”.

Las palabras claves finalmente seleccionadas para la búsqueda se recogen en la *Tabla 1*, siendo estas: “**Breast Feeding**”, “**Lactation**”, “**COVID-19**”, “**Perinatal care**”, “**Postnatal care**”, “**Postpartum period**”, “**Health education**”, “**Social support**”, y “**Telemedicine**”.

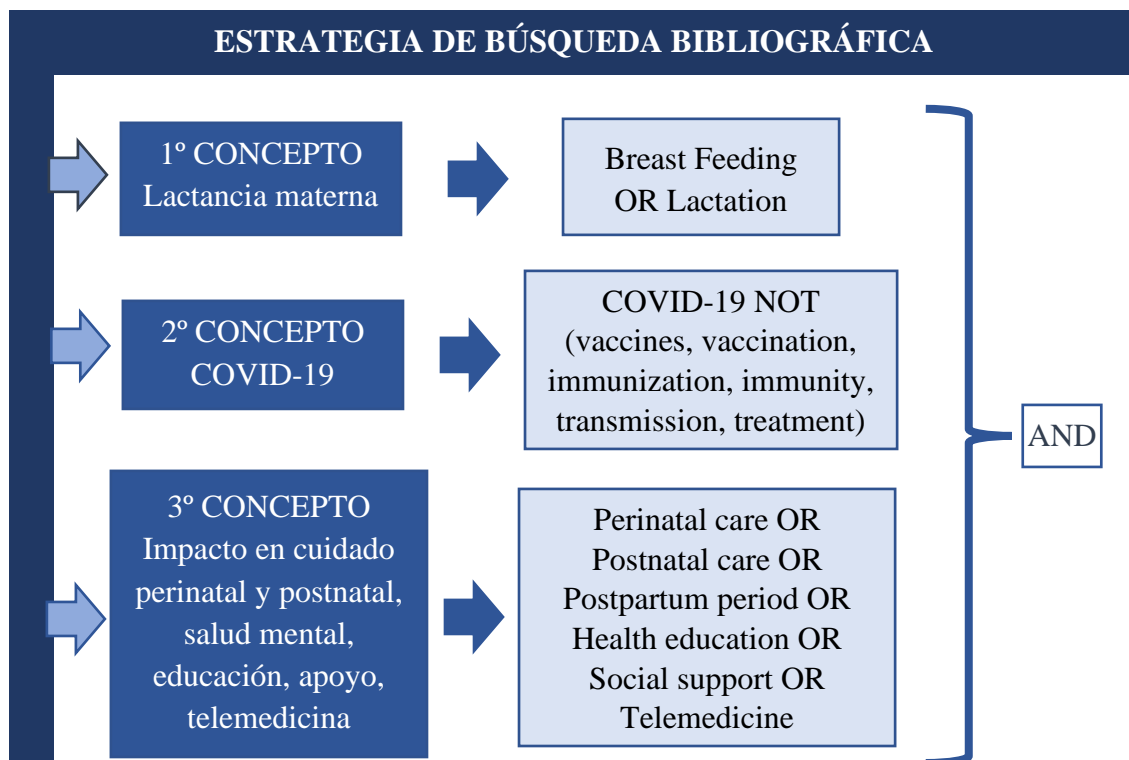
TABLA 1. PALABRAS CLAVE.

LENGUAJE LIBRE	Traducción	TÉRMINO DECS	TÉRMINO MESH
Lactancia materna / Amamantamiento	Breastfeeding	Breast Feeding	Breast Feeding
Lactancia	Lactation	Lactation	Lactaction
COVID-19	COVID-19	Coronavirus Infections	COVID-19
Cuidado perinatal	Perinatal care	Perinatal care	Care, perinatal
Cuidado postnatal	Postnatal care	Postnatal care	Care, postnatal
Período postparto	Postpartum period	Postpartum period	Postpartum period
Salud mental	Mental health	Mental health	Mental health
Educación para la salud	Health education	Health education	Health education
Apoyo social	Social support	Social support	Social support
Telemedicina	Telemedicine	Telemedicine	Telemedicine

Fuente: Elaboración propia

De esta manera, para la planificación de la estrategia de búsqueda, tal y como se muestra en la *Figura 1*, se constituyen tres conceptos principales a partir de las palabras clave y los sinónimos en lenguaje tanto controlado como libre, utilizando el operador booleano OR. Asimismo, con el fin de limitar la búsqueda, se decide utilizar el booleano NOT y finalmente combinar estos conceptos con el booleano AND (25).

FIGURA 1. MAPA CONCEPTUAL: BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA.



Fuente: Elaboración propia

Tras realizar la búsqueda se seleccionaron los filtros para su limitación. Primeramente, se estableció la fecha de publicación a los últimos dos años (2020/2022) debido a la contextualización actual de la pandemia de COVID-19 y se delimitaron los artículos en idioma español o inglés. Asimismo, cuando el número de resultados fue elevado, se limitó la búsqueda añadiendo el filtro Título/Resumen (Title/Abstract).

En la base de datos CINAHL se señaló "Exclusión de los registros de Medline", para restringir los artículos duplicados, encontrados en la base de datos PubMed. Por otra parte, en caso de duplicación de los artículos, estos han sido descartados tras la primera preselección por título de los artículos.

En el *Anexo 1* se recoge la *Tabla 3* con las diferentes estrategias de búsquedas y las construcciones semánticas que han sido utilizadas en cada base de datos, y el número de artículos con los límites anteriormente comentados.

Para la selección de los artículos, tras la obtención de los resultados, se instauraron los siguientes criterios de inclusión:

- Artículos que versen sobre el impacto o la influencia de la pandemia COVID-19 sobre la atención sanitaria y la LM en las embarazadas, puérperas y lactantes.

- Artículos que relacionen los factores que influyen en el inicio, mantenimiento o abandono precoz y/o tardío de la LM afines a la pandemia de COVID-19.
- Artículos que recojan experiencias de las embarazadas y/o lactantes y a la afectación en su salud mental debido a la pandemia de COVID-19.
- Artículos que incluyan actividades o propuestas de seguimiento como forma de apoyo a la lactancia materna por parte de profesionales enfermeras a partir del uso de TICS y otros medios electrónicos.
- Artículos contextualizados en países desarrollados donde el impacto del COVID-19 haya sido similar (países europeos, norteamericanos y australianos).

Se establecieron los siguientes criterios de exclusión:

- Artículos aludidos a la vacunación y/o el tratamiento del COVID-19 en embarazadas, puérperas y lactantes.
- Artículos referentes a la infección del COVID-19 en madres y recién nacidos y la inmunización de los lactantes a partir de la LM.
- Artículos referidos al establecimiento de la LM en situaciones especiales o críticas de madres y/o RN como enfermedades, prematuridad o el ingreso hospitalario en la unidad de neonatos.
- Artículos que discurren sobre las experiencias de los profesionales de la salud en la atención a las embarazadas, puérperas o lactantes.

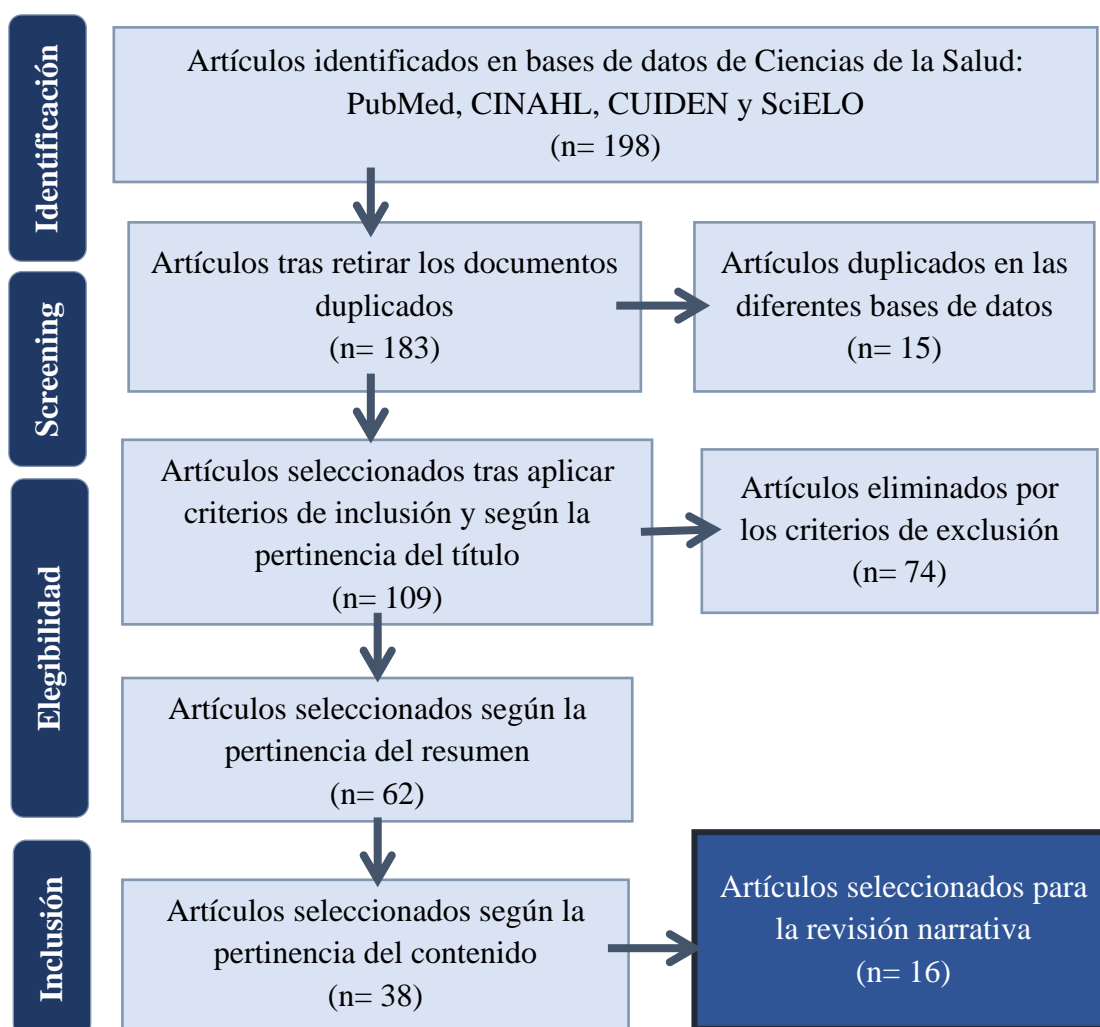
Tras la delimitación de la búsqueda a partir de los límites y los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron los artículos. Primero se escogieron según la relevancia del título, y posteriormente según el resumen y los resultados. A continuación, se realizó la lectura exhaustiva del contenido según la pertinencia con los objetivos de esta revisión. Finalmente, se extrajo la información más adecuada según la conveniencia temática.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

Después de la ejecución de la búsqueda en las distintas bases de datos de Ciencias de la Salud, el día 13 de marzo de 2022, se obtuvo un total de 198 artículos, de entre los cuales 109 cometían con los criterios de inclusión y exclusión y la pertinencia del título.

A continuación, se realizó una primera preselección de 62 artículos según el resumen. Posteriormente, según la pertinencia del contenido, se seleccionaron 38 artículos, de los cuales, tras la lectura exhaustiva, se seleccionaron 16 artículos según la pertinencia de los objetivos de la revisión narrativa. Este proceso se recoge en el diagrama de selección de los artículos incluido en la *Figura 2*.

FIGURA 2. DIAGRAMA DE SELECCIÓN DE ARTÍCULOS.



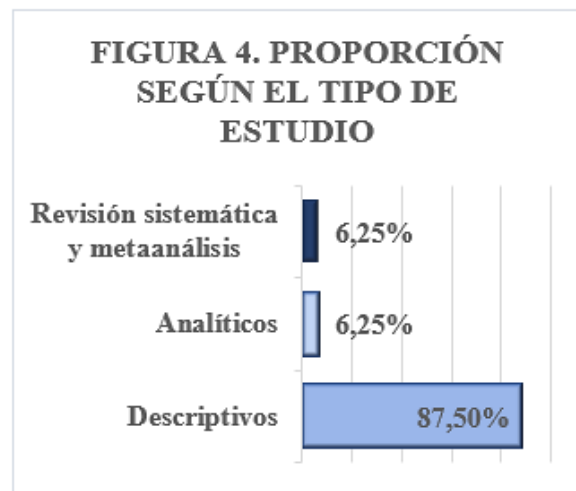
Fuente: Elaboración propia.

Los 16 artículos seleccionados están escritos en lengua inglesa. En la *Figura 3* se compara la proporción de los artículos según el año de publicación. Debido a que los artículos se ambientan en el contexto actual, la mayoría (n=13) fueron publicados en 2021 y recogen datos de los primeros meses de la pandemia.

En la *Figura 4* se representa la proporción de los artículos según el diseño del estudio. Debido al escaso tiempo de evolución del COVID-19 y las dificultades de acceso y desarrollo de la investigación, la mayoría son estudios descriptivos cuya recogida de los datos se realiza mediante encuestas en línea o entrevistas.

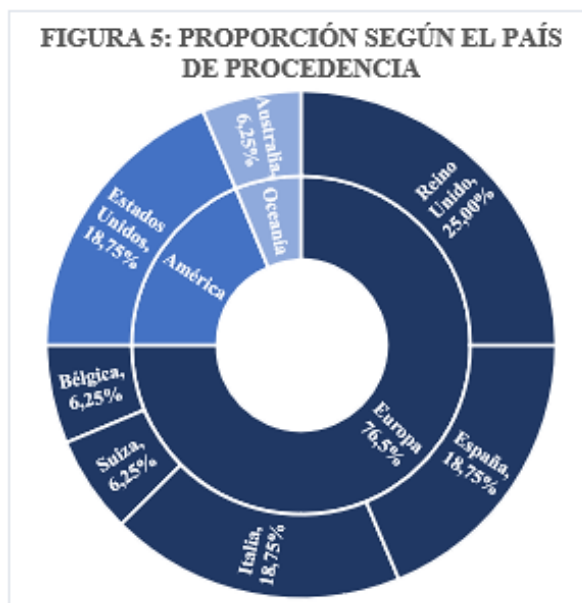


Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

En la *Figura 5* se muestra la disposición geográfica de los artículos, lo que ha permitido plasmar diferentes visiones de la temática central en varios países con similitudes en las experiencias acontecidas en la pandemia de COVID-19.



Fuente: Elaboración propia

En el *Anexo 2* se recoge título, fecha de publicación, procedencia, tipología del estudio y muestra, objetivo general y resultados reseñables de cada artículo seleccionado.

Con el fin de dar respuesta a los objetivos de la revisión, se han establecido cuatro categorías de análisis: la atención sanitaria brindada durante la pandemia, la influencia de la pandemia sobre la lactancia materna, el impacto sobre la salud mental (SM) materna e intervenciones de apoyo a la lactancia durante la pandemia de COVID-19.

4.1. ATENCIÓN SANITARIA DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19.

En este primer apartado se recogerá la información de los artículos relativa a la atención sanitaria brindada durante la pandemia. En primer lugar, se comentará la percepción de riesgo y la susceptibilidad frente al COVID-19. Posteriormente, se profundizará en la atención prenatal y perinatal desde el contexto europeo y nacional.

4.1.1. SUSCEPTIBILIDAD FRENTE AL COVID-19 Y PERCEPCIÓN DE RIESGO.

En el estudio elaborado por Ceulemans et al. distribuyeron una encuesta en línea en abril del año 2020, durante el pico de la primera ola, para conocer la susceptibilidad de las embarazadas al COVID-19 en los servicios de AP en Bélgica. De las 6.470 mujeres que conformaron la muestra, solo el 0,3 % dieron positivo en SARS-CoV-2 con síntomas leves como cefalea, fiebre, anosmia, disgeusia, dolor muscular, tos y disnea (26).

El estudio descriptivo realizado por Brislane et al. recoge información de 917 embarazadas y puérperas sobre la atención sanitaria y el impacto de la pandemia de COVID-19. El 46 % de la muestra se percibía un mayor riesgo debido a la COVID-19 si se comparaban con mujeres no embarazadas o a los seis meses de postparto (27).

4.1.2. ATENCIÓN PRENATAL DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19.

En el estudio descriptivo realizado por Lazzerini et al., de las 21.027 madres incluidas para el análisis, el 41,8 % señalaron experimentar dificultades en el acceso a la atención prenatal (28).

Resultados similares obtuvo Ceulemans et al. en su trabajo: el 53 % de las embarazadas señalaron que la pandemia había influido en el seguimiento de su embarazo, de las cuales, el 60 % indicó un menor seguimiento y más del 40 % reveló que la pandemia influyó negativamente en el acceso al asesoramiento médico (26).

Otros autores como Brislane et al. profundizaron en la influencia del COVID-19 en la atención prenatal identificando la necesidad de reprogramación de la cita (29 %), la cancelación de las citas (29 %) o la atención virtual (31 %), a pesar de que el 74 % de la muestra señalaba la preferencia de asistir a las citas de forma presencial (27).

Asimismo, en la encuesta llevada a cabo por Burgess et al. en Estados Unidos a 258 mujeres embarazadas sobre el impacto del COVID-19 en la atención prenatal, señala que las clases de educación prenatal presenciales fueron canceladas en un 75 %, de las cuales al 54 % se les ofreció clases en línea. El 61,4 % destacaron estar satisfechas con las consultas virtuales y el 96,4 % indicaron recibir una atención prenatal segura (29).

4.1.3. ATENCIÓN PERINATAL DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19.

A. CONTEXTO EUROPEO.

Lazzerini realizó un estudio transversal a partir de un cuestionario que incluía 40 medidas de Calidad de la Atención Materna y Neonatal (QMNC) según los estándares de la OMS en 12 países de la Región Europea de la OMS durante la pandemia.

Entre los resultados destaca que al 62 % de las madres no se les permitió el acompañamiento por una persona de elección, el 9,1 % no mantuvieron contacto PCP precoz, el 12,9 % no iniciaron la LM en la primera hora de vida, el 31,1 % refiere no haber recibido un apoyo adecuado para la LM, al 19,4 % no se le permitió el alojamiento conjunto y el 23,9 % indicaron que no fueron tratadas con dignidad (28).

El 34,4 % indicó que los trabajadores de la salud no utilizaban siempre equipos de protección personal (EPP) y el 31,8 % señaló que el número de trabajadores era insuficiente (28). Asimismo, el 23,7 % de la muestra tuvieron un parto por cesárea, identificándose diferencias significativamente más bajas en contacto PCP, inicio precoz de la LM, LME al alta, alojamiento conjunto o presencia del acompañante.

Por otro lado, se señala que la atención, incluso en los países socioeconómicamente más ricos, fue deficiente según la perspectiva de las madres durante el primer año de pandemia, sobre todo en los aspectos relacionados con la atención respetuosa y centrada en la paciente y la disponibilidad de los recursos. El estudio remarca importantes desigualdades entre los países europeos, concretamente en Rumanía, Croacia y Serbia, los cuales indicaron índices QMNC significativamente más bajos, y en Luxemburgo con un índice más elevado (28).

Merewood et al. en su estudio distribuyeron un cuestionario en 124 hospitales europeos basado en los “Diez pasos para una lactancia exitosa” propuesto por la OMS. En el trabajo se indica que en el 38 % de los hospitales se han limitado todas las visitas durante la estancia hospitalaria. El 6 % de los hospitales rechazaron el alojamiento conjunto de la díada madre-RN frente al 31 % que fomentó la estancia conjunta para reducir los riesgos de exposición al COVID-19 en otras unidades del hospital. En adición, se señala que la duración de la estancia hospitalaria se ha reducido en el 19 % de los hospitales europeos para reducir el riesgo de contagio de COVID-19 (30).

En cuanto a las prácticas de apoyo a la LM en el puerperio inmediato, Merewood y sus compañeros señalan que el 73 % de los hospitales siguió recomendando la LME directa, pero con las medidas de protección como la mascarilla quirúrgica o el lavado de manos, entre otras. Sin embargo, el 6 % de los hospitales ha recomendado la lactancia artificial con leche de fórmula en caso de infección materna, a pesar de que ninguna guía nacional o internacional recomendara directamente la interrupción de la LM (30).

En el estudio de Vazquez-Vazquez, desarrollado en Reino Unido, se comparan las experiencias en la atención sanitaria antes y durante el confinamiento de 1.365 mujeres y señala que durante el confinamiento la estancia hospitalaria fue más corta. El 39 % de las mujeres que dieron a luz durante el confinamiento informaron de modificaciones en su plan de parto como el apoyo por parte del acompañante únicamente en el trabajo de parto activo y no durante el trabajo temprano o el postparto, o la ausencia de la pareja en todo el proceso. Por otro lado, en comparación con otros estudios, no identifica diferencias en cuanto al contacto PCP precoz y el inicio temprano de la LM (31).

Resultados similares obtuvo Brislane et al. en su estudio realizado en Reino Unido. De su muestra de 917 mujeres, el 17 % indicaron la influencia del COVID-19 en su plan de parto y en el 15 % no se permitió el acompañante durante el proceso de parto (27).

B. CONTEXTO NACIONAL.

En el estudio de Muñoz et al., se realizó una encuesta a los hospitales de maternidad españoles con la acreditación IHAN o en proceso de conseguirla en cualquiera de las cuatro fases (1D a 4D: descubrimiento, desarrollo, difusión y designación). La encuesta tiene el objetivo de analizar el impacto de la pandemia sobre las buenas prácticas clínicas que se recogen en la IHAN.

Para ello, se recogieron variables como el acompañamiento de la pareja en el parto, el contacto PCP precoz, el inicio de la LM durante la primera hora de vida y el alojamiento conjunto, entre otros (8).

El estudio señala una reducción de las buenas prácticas desde el inicio de la pandemia y con mayores restricciones en las mujeres contagiadas de COVID-19. Más de un tercio de los hospitales afirma haber aumentado las restricciones limitando la presencia del acompañante durante el trabajo de parto (34 %) o el parto (32 %), el contacto PCP precoz (36 %), la LM en la primera hora de vida (38 %) o el apoyo a la LM (46 %) (8).

Estas restricciones se acentuaron en los hospitales con más de 1.500 partos al año, especialmente el contacto PCP, el inicio precoz y el apoyo de la LM, lo que podría relacionarse con la mayor carga asistencial en estos hospitales. El 80 % de los hospitales señala que muchas restricciones podrían haberse evitado con un mayor número de recursos, habitaciones individuales y personal, así como más y mejores EPP (8).

En los hospitales analizados, la tasa de alta precoz habría aumentado al 75 %, dato que difiere de manera significativa con los comentados anteriormente (8). El estudio indica que a mayor grado de compromiso con los estándares de calidad de la IHAN, mayor mantenimiento de las prácticas clínicas de calidad a pesar de la pandemia y, mayor protección de la salud de las madres, los RN y sus familias (8).

4.2. INFLUENCIA SOBRE LA LM Y LA ATENCIÓN POSTNATAL.

En este apartado de resultados se plasmará la información pertinente referente a la LM y la atención postnatal. Primeramente, se desarrollará el impacto sobre el plan de alimentación de los RN y, tras esto, la seguridad de la LM y las preocupaciones más frecuentes. Posteriormente, se recogerán los resultados sobre las tasas de LME y las causas más frecuentes de abandono de la LM en relación con la pandemia de COVID-19.

4.2.1. MODIFICACIONES EN EL PLAN DE ALIMENTACIÓN.

En el estudio realizado por Lambelet y sus compañeros a partir de una encuesta en línea a 2.064 mujeres, se indica que el 8,2 % de las lactantes señalaron que la pandemia había tenido bastante o un gran impacto en la experiencia sobre el embarazo o LM (32).

Por otro lado, dentro de la muestra de Ceulemans, 3.823 eran lactantes, y el 53 % de forma exclusiva. La mayoría de los bebés lactantes (42 %) tenían más de 6 meses y el 20 % menos de 6 semanas. El 91 % informó que la dieta del lactante no se había

modificada por la pandemia. Sin embargo, el 82 % de las madres que modificaron la dieta señalaron un aumento en la frecuencia de tomas debido a las restricciones de confinamiento y al deseo materno de protección inmunológica frente al COVID-19, y el 55 % consideraron prolongar el período de LM por la pandemia (26).

Datos similares sobre los cambios en el plan de alimentación infantil se recogen en el estudio de Burgess et al., donde el 3,1 % y el 1,6 % cambiaron o consideraban cambiar el plan de alimentación, abandonando la lactancia artificial para dar leche materna por la protección inmunológica que brindaba (29).

En el estudio de Vazquez-Vazquez se recoge que el 13 % de las encuestadas indicaron cambios en el patrón debido al confinamiento, entre las cuales, el 30 % señalaron un aumento de la frecuencia y un 17 % de la duración, frente al 10 % y al 15 % que refirieron una disminución en la frecuencia y duración de las tomas (31).

4.2.2. SEGURIDAD DE LA LM Y PREOCUPACIONES MÁS FRECUENTES.

En relación con las preocupaciones de la seguridad de la LM destaca la encuesta realizada en Reino Unido a 1.219 mujeres por Brown y Shenker. En ella se incluye que el 13,2 % señalaron haber estado preocupadas sobre la seguridad de la LM, aunque el 80,3 % actualmente no lo esté. Un resultado reseñable del estudio es que el 4,3 % afirmó que algunos profesionales de la salud les indicaron que esta práctica no era segura y un 3,3 % que no debían amamantar si tenían síntomas compatibles con COVID-19 (33).

Además, el 21,9 % afirma haber visto documentos en redes sociales que indicaban que la LM no era una práctica segura y el 9,9 % recibió estos comentarios de familiares y amigos. Se ha observado una asociación en las mujeres que han abandonado la LM y el aumento de posibilidad de haber recibido información sobre la no seguridad de la LM por parte de un profesional o de familiares y amigos (33).

Por otro lado, Hull et al. realiza una encuesta de nueve preguntas abiertas a 336 mujeres australianas y sus familias sobre las preocupaciones más frecuentes durante el COVID-19 por las que contactaban a la Asociación Australiana de LM (ABA). Se señala que el 48 % considera la leche humana como fuente de protección inmunológica y que la mayoría de las preocupaciones no estaban directamente relacionadas con el COVID-19; sino que eran consultas frecuentes. Algunos ejemplos son la percepción de suministro bajo de leche y la correlación con el aumento de peso del RN (38 %), el dolor de los senos y pezones o mastitis (23 %) o la relactancia (retomar la LM tras una pausa) (34).

4.2.3. TASAS DE LME Y ABANDONO DE LA LM.

En el estudio comparativo realizado por Latorre et al. se muestra que las tasas de LME se han reducido durante el confinamiento en el primer mes de vida (54,4 % frente al 81,4 % previo a la pandemia) y a los 90 días (32,8 % frente a 74,2 %) (35).

Lambelet et al. en su encuesta durante la primera ola de la pandemia a 1.501 lactantes señala que el 2,1 % consideraron el abandono de la LM debido al COVID-19 y el 9,3 % señaló la preferencia de abandonar la LM antes de correr riesgos (32).

El estudio de Ceulemans et al. señala que el 12 % de las mujeres que abandonaron la LM en las cuatro semanas anteriores fue debido a la pandemia concretamente a las consecuencias del confinamiento como el aumento de las responsabilidades del cuidado de los niños o la carga de trabajo (26).

En la encuesta realizada por Brown y Shenker, el 58,6 % de las madres realizaban LME, frente al 22,5 % de LMx y al 18,9 % que abandonaron la LM. Los resultados indican que la edad media de abandono de la LM es a las 3,15 semanas, aunque a partir de las 2,79 semanas se introducían fórmulas comerciales. El 91,3 % de las mujeres que abandonaron la LM habían dado a luz durante la pandemia (33).

Asimismo, señalan que la razón más común para el abandono de la LM fue el apoyo formal insuficiente (79,1 %), seguido de complicaciones físicas como las dificultades en el agarre (64,2 %), el agotamiento (56,1 %), la leche insuficiente (48,3 %) y el dolor (46,1 %). En menor medida, se describieron otras causas como los síntomas de COVID-19, la preocupación por la seguridad de la práctica y la actitud de la pareja y familiares (33).

En la revisión sistemática realizada por Gavine y sus compañeros, se describe que en las primeras 6 semanas las madres abandonan de forma precoz la lactancia debido a molestias, fatigas o las preocupaciones con el suministro de leche (36).

Además, es en este primer período donde son más susceptibles a solicitar y recibir apoyo. Sin embargo, a partir de los 3 meses, las madres se enfrentan a nuevos desafíos como la vuelta al trabajo, el inicio precoz de la lactancia complementaria (LMC), introduciendo alimentos sólidos antes de los 6 meses, y las actitudes sociales sobre el amamantamiento en público (36).

4.3. IMPACTO SOBRE LA SALUD MENTAL (SM) MATERNA.

En este apartado se describirá el impacto en la salud mental (SM) de las mujeres en los diferentes procesos de atención perinatal y postnatal, incluido el período de lactancia. Además, se describirá el impacto de las restricciones impuestas debido a la pandemia sobre la SM materna.

4.3.1. ATENCIÓN PERINATAL.

Muñoz en su estudio señala que las restricciones durante la hospitalización como el acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto, la limitación del contacto PCP inmediato, el inicio temprano y directo de la LM y la separación postnatal han supuesto un aumento de los niveles de angustia y ansiedad en las madres y sus RN (8).

Además, señala que este impacto puede acarrear consecuencias a corto y largo plazo a nivel de salud física y mental a las mujeres, así como una disminución importante en tasas de lactancia materna al alta (8).

4.3.2. ATENCIÓN POSTNATAL Y LM.

En este subapartado se resumirá la incidencia de los síntomas en la salud mental materna y las variables que influyen sobre esta. Además, se plasmarán en profundidad las experiencias de las púerperas en relación con la restricción de confinamiento domiciliario.

A. SÍNTOMAS DE DEFICIENTE SALUD MENTAL.

En el estudio de Lambelet et al. se realiza una encuesta en línea durante la primera ola de la pandemia a 2.064 mujeres. Para ello, se utiliza la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), la Escala de 7 ítems del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG-7) y la Escala de Estrés Percibido (PSS) para evaluar la SM materna.

De las mujeres encuestadas, el 75,8 % no presentaban síntomas de depresión, frente al 13,7 % con síntomas de disforia moderada y el 10,5 % con síntomas de depresión. El 63,1 % presentaba una ansiedad mínima en comparación con el 29,6 % con ansiedad leve, el 5,7 % con ansiedad moderada y el 1,6 % con ansiedad severa (32).

Según el estudio realizado por Shuman sobre las experiencias de 371 mujeres que han dado a luz durante la pandemia de COVID-19, las mujeres señalan un aumento de la angustia emocional relacionado con sentimientos de culpa al no poder brindarles las experiencias de normalidad previas a la pandemia (37).

Además, refieren que esta angustia se ha visto especialmente agravada debido a la imposibilidad de participar en las actividades previas a la pandemia ni poder emplear los mismos mecanismos de afrontamiento. Asimismo, señalaron sentirse aisladas en este nuevo período debido a las diferencias con las expectativas que imaginaban como recibir más apoyo formal y de la comunidad (37).

De la encuesta realizada por Vazquez-Vazquez et al., el 8 % y 9 % de las mujeres que dieron a luz antes y durante el confinamiento respectivamente, se citaron con profesionales de SM de forma telemática en la mayoría de los casos (31).

B. VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA SALUD MENTAL.

Lambelet recoge que el 11,6 % de las mujeres que manifestaban síntomas de deficiente SM mencionaron variables que aumentaban la angustia y el deterioro de la SM como ser ama de casa, síntomas de COVID-19, convivir con una persona contagiada, el estilo de vida y las restricciones de acceso a los servicios de salud. Además, el 30 % de la muestra consideró la LM como un factor de estrés adicional. Por otro lado, se relataron factores protectores como un nivel educativo alto o vivir en pareja (33).

Esta última afirmación también es señalada en el estudio de Shuman et al., donde se recoge que varias mujeres informaron de problemas en el suministro de LM relacionado con el aumento de la culpa y el estrés debido a la pandemia (37).

Asimismo, Hull destaca que la pandemia de COVID-19 puede generar un aumento en el estrés materno, lo que algunas madres pueden correlacionar con que dicho estrés haya afectado al suministro de leche materna. Este factor unido a los cambios fisiológicos en el comportamiento del RN, demandando tomas más frecuentes y la intolerancia a la separación, pueden ser interpretados como falta de suministro de leche materna (34).

C. RESTRICCIONES DOMICILIARIAS Y DE APOYO INFORMAL.

A pesar del confinamiento impuesto por las instituciones, Lambelet señala que el 69,2 % de las encuestadas restringieron su estilo de vida debido al confinamiento autoimpuesto por el miedo al contagio de COVID-19 y a poner en riesgo la LM (32).

Asimismo, en el estudio de Brislane se señala que el 49 % de las encuestadas se autoaislaron debido a una elección personal (62 %), por razones médicas (11 %) y por una combinación de ambos factores (27 %) (27).

Los resultados del estudio de Brown et al. presentaron dos tipos de experiencias claramente definidas durante el período de confinamiento domiciliario: el 41,8 % de las lactantes encuestadas sintió que la LM había sido protegida durante el confinamiento, frente que al 27 % que refiere un impacto negativo sobre la LM. El 48,8 % de las lactantes señalaron una experiencia positiva frente al 15,9 % de las que ya no amamantaban (33).

- IMPACTO NEGATIVO.

Según Vazquez-Vazquez, el 11 % de las mujeres indicaron que el confinamiento afectó negativamente a su SM aumentando los sentimientos de ansiedad, depresión y soledad. Además, se destacó la falta de apoyo familiar en un 9 % relacionada con la ausencia de apoyo práctico y el incremento de la angustia al limitarse las visitas (31).

Shuman et al. matiza que las mujeres se vieron obligadas a equilibrar los riesgos y beneficios de las visitas, llegando a limitar la entrada para prevenir el contagio, aumentando la angustia y la sensación de pérdida (37).

Brown y Shenker indican que la dedicación exhaustiva a la LM o la limitación del tiempo disponible para ésta, debido al aumento de la carga de trabajo y del cuidado familiar, puede causar sensación de angustia y fatiga y el disgusto por amamantar (33).

- IMPACTO POSITIVO.

Dentro del impacto positivo durante el confinamiento, el estudio de Brown y Shenker identifica el incremento del tiempo para concentrarse en la alimentación del RN que fue especialmente útil en las complicaciones con el enganche. Además, señala que la reducción del número de visitas familiares limitó los comentarios y juicios no deseados y permitió una mayor privacidad reduciendo la vergüenza de amamantar en público (33).

Estas situaciones pueden conducir a la identificación precoz de las señales de hambre del RN, lo que aumentó las percepciones de suministro y la ganancia de peso fisiológico. Además, durante el confinamiento, la pareja estaba en el domicilio, lo que ha fomentado la carga compartida de cuidado y el vínculo con la pareja y el bebé (33).

En relación con la vida laboral, en el estudio de Lambelet et al., se señala que el 28,8 % de las mujeres encuestadas describieron un impacto positivo debido a la reducción del estrés laboral, la no necesidad de desplazamiento al sitio de trabajo que conlleva una reducción de la fatiga y un mayor tiempo para descansar dentro del domicilio (32).

4.4. INTERVENCIONES DE APOYO A LA LM.

En este apartado se desarrollarán las principales fuentes de apoyo a la LM durante la pandemia e intervenciones desarrolladas por profesionales enfermeras para brindar apoyo a la LM durante la pandemia de COVID-19.

4.4.1. TIPOS DE APOYO A LA LM.

El estudio desarrollado por Snyder y Worlton en Estados Unidos, donde realizó entrevistas semiestructuradas a 29 lactantes, propone cuatro tipos de apoyo influyentes en la LM: instrumental, emocional, informático y de evaluación (38).

- En el **apoyo instrumental** se incluye la adquisición de los elementos de cuidado del lactante con el fin de aumentar la disponibilidad de tiempo por parte de la madre para dedicarlo a la LM. Está representado principalmente por la pareja, sobre todo cuando la carga de cuidado es compartida. Debido a la pandemia, se ha limitado este apoyo por parte de otros miembros de la familia (38).
- El **apoyo emocional** consiste en brindar soporte desde la empatía a la madre lactante y es proporcionado, principalmente por la pareja, seguido por la familia y amigos de manera telemática a través de llamadas telefónicas o internet (38).

En el estudio de Brown y Shenker, el 64 % de las lactantes percibían insuficiente el apoyo emocional brindado por los profesionales sanitarios (38).

Asimismo, según el estudio de Vazquez et al., la principal fuente de apoyo de la LM fue la pareja (60 %), seguida del profesional de salud (50 %), grupos de apoyo a distancia y en línea (47 %), familiares y amigos (37 %) y otros grupos de apoyo o asociaciones (32 %). También se preguntó por la figura más influyente en la LM, destacando la pareja (38 %) y los profesionales de la salud y grupos en línea (20 %) (31).

- El **apoyo informativo** es comprendido como la educación o el asesoramiento sobre la LM. Debido a la pandemia, se ha originario una limitación importante en este tipo de apoyo brindado por los familiares, amigos y profesionales de la salud. Esto ha supuesto una modificación de los métodos habituales de obtención de información y se ha aumentado el uso de las redes sociales como Facebook (38).

Brislane recoge que la principal plataforma online era Facebook (88 %), seguido de Instagram (18 %). La preferencia de formato visual era la infografía (35 %), el folleto (30 %), los vídeos (29 %) y las sesiones en directo para resolver preguntas (19 %) (27).

- El **apoyo de evaluación** es recibido por los familiares, amigos y los profesionales de la salud, concretamente las enfermeras. Por ello, muchas madres informan sentirse insatisfechas con la cantidad y calidad de apoyo que recibieron en este ámbito (38).

Resultados similares obtuvieron Ceulemans et al.: el 39 % de las lactantes señalaron que la pandemia impactó en el apoyo social recibido durante la lactancia. Asimismo, indicaron una reducción del 87 % en el apoyo familiar y de amigos, así como de organizaciones de apoyo a la lactancia del 86 % (26).

En relación con el apoyo práctico de evaluación, Brown y Shenker identificaron que el 60,2 % de las lactantes lo percibían insuficiente y se relacionó que las mujeres que continuaban con la LM tenían mayor posibilidad de haber recibido dicho apoyo (33).

4.4.2. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA - APOYO FORMAL.

Según Vazquez-Vazquez et al., el 59 % de las madres que dieron a luz durante el confinamiento recibió apoyo de un profesional de la salud en los primeros días del puerperio y el 45 % de este grupo reflejó una percepción insuficiente de apoyo (31).

En relación con las tasas de LM, el estudio de Ceulemans et al. señala que el 76 % de las lactantes que abandonaron la LM antes de las 6 semanas indicaron que la pandemia afectó al asesoramiento y apoyo de la lactancia, en comparación con el 56 % que amamantaron hasta los 6 meses y el 18 % que continuaba con la LM tras los 6 meses (26).

Brown y Shenker señalan que la falta de apoyo presencial con profesionales de la salud cuando se presentaban dificultades con la LM, como el enganche, pudo conllevar a un abandono precoz de la LM o a la complementación con leche de fórmula (33).

A. ATENCIÓN REMOTA O TELESALUD.

Gavine et al., en su revisión sistemática, expone si la provisión de atención remota es el tipo de asistencia más efectiva frente a no recibir ninguna atención, como aconteció al inicio de la pandemia de COVID-19, cuando no se podía atender presencialmente (36).

El estudio indica que el apoyo remoto como complemento a la atención presencial favorece la continuidad de cuidados y el aumento de la seguridad en las lactantes. Asimismo, matiza que la educación y el apoyo a la LM es un proceso complejo compuesto de elementos prácticos e informativos y de apoyo emocional, de autoestima y social, por lo que puede ser difícil realizarlo de forma remota.

Así, se señala la necesidad de las enfermeras para formarse en las habilidades y capacidades informáticas para brindar atención desde soportes digitales (36).

En los estudios analizados en la revisión, el método principalmente empleado es el teléfono inteligente utilizando llamadas telefónicas, mensajes de texto (SMS) o aplicaciones móviles. Sin embargo, en otros trabajos se incluyeron videollamadas, chats y las redes sociales. El apoyo remoto brinda beneficios en relación con los horarios en los que se ofrece, permitiendo realizarlos fuera del horario laboral habitual, durante la noche, los fines de semana y festivos (36).

B. VISITA DOMICILIARIA (VD).

La pandemia supuso un aumento en la necesidad de camas hospitalarias, lo que obligó a reajustar y reducir el número de camas disponibles en los servicios de Puerperio.

Por este motivo, en algunos hospitales españoles como el Hospital Universitario La Paz, se planteó el programa de alta precoz voluntaria (APV) a las puérperas y bebés nacidos por parto vaginal, ya fuera espontáneo o instrumentado, y con una evolución fisiológica de la madre y el RN, reduciendo así la estancia hospitalaria media a 25 horas.

Para garantizar la continuidad de cuidados, residentes de matronas de segundo año (R2) realizan visitas domiciliarias (VD) al día siguiente del alta hospitalaria. Durante la VD se realiza la valoración de la puérpera y del RN, el cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas que se ha de realizar entre las 42 y 54 horas de vida y la medición de la bilirrubina transcutánea neonatal (24).

El APV presenta algunos riesgos como el retraso de diagnóstico y tratamiento de problemas y complicaciones, el aumento de los reingresos hospitalarios y la ausencia o escasez de apoyo en el cuidado del RN y en la LM (24).

En el estudio realizado por Feijóo et al. se analiza la efectividad de estas visitas, las cuales permiten garantizar la continuidad de cuidados individualizados, reconocer los signos y síntomas y realizar intervenciones para promover la salud materno-infantil, así como resolver dudas, asesorar sobre la LM y realizar apoyo psicosocial (24).

Dentro de las preocupaciones más frecuentes durante la VD, destacan la dificultad en el cuidado de las mamas, la alimentación del RN, el sentimiento de tristeza, los cuidados del cordón umbilical y los cuidados del periné materno (24).

Asimismo, el estudio señala que la tasa de LME al alta (84,2 %) difiere tras la VD, a los 3 días de vida (77,9 %) y a los 7 (73,4 %). Esto señala que una única VD puede ser insuficiente para el mantenimiento a largo plazo de la LME y que el período donde mayor tasa de abandono precoz se produce es en las dos primeras semanas de vida y plantea que más VD pueden prevenir el abandono precoz de la LME (24).

C. GRUPOS DE APOYO A LA LM.

En el estudio cualitativo realizado por Rodríguez et al. se describen los grupos de apoyo a la LM de forma virtual utilizando WhatsApp, Facebook e Instagram. Estos son dirigidos por profesionales de la salud como matronas o enfermeras de los centros de salud y permite compartir experiencias sobre LM y el apoyo de pares, es decir entre mujeres lactantes en situaciones similares (3).

5. CONCLUSIONES.

Tras la revisión bibliográfica realizada, se plantean las siguientes conclusiones en referencia al objetivo de describir el impacto del COVID-19 sobre la atención a las puérperas y lactantes y sobre el inicio y el mantenimiento de la LM.

La atención sanitaria brindada a las embarazadas y puérperas se ha visto restringida tanto a nivel europeo como nacional, llegando a no cumplir los criterios de calidad existentes antes de la pandemia de COVID-19.

Dentro de las prácticas realizadas debido a la pandemia se señala la separación de la díada madre-bebé, la limitación del acompañamiento por la pareja o la recomendación de la lactancia artificial. Estas se realizaron con el objetivo de proteger del contagio, sin embargo, estas conllevan consecuencias como la dificultad en el establecimiento del vínculo materno-filial o de la lactancia materna.

En relación con la LM y la pandemia de COVID-19, se identifican dos vertientes diferentes en relación con las experiencias y expectativas sobre la LM. Por un lado, el confinamiento ha aumentado la estancia en el hogar y la disposición del tiempo para dedicar a la LM. Esto se ha evidenciado en el incremento de la frecuencia y duración de las tomas y en el fortalecimiento del vínculo de la madre con el RN y la pareja.

Asimismo, se ha evidenciado un aumento del deseo materno y la concienciación sobre la seguridad y los beneficios de la LM, sobre todo como factor de protección inmunológico frente al COVID-19.

Por otro lado, se han reducido las tasas de LME debido al aumento de las responsabilidades de cuidado y la carga de trabajo y la ausencia o disminución del apoyo formal e informal.

Además, estas restricciones han supuesto un impacto sobre la salud mental materna provocando un aumento de los síntomas de ansiedad y depresión y sentimientos de culpa por no poder brindar a su bebé la experiencia de normalidad previa a la pandemia.

El uso de la telemedicina o atención remota ha permitido el apoyo durante esta nueva etapa de transición a partir de la continuidad de los cuidados y el aumento de la satisfacción de las embarazadas y lactantes. Las principales herramientas para la asistencia telemática han sido las consultas telefónicas y en menor medida las videollamadas o las redes sociales.

6. LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.

La principal tendencia se basa en la elaboración de más estudios de tipo analítico que permitan conocer, en mayor medida (más muestra) y profundidad (mayor seguimiento), el impacto de la pandemia de COVID-19 en la atención a las mujeres durante la etapa de embarazo, puerperio y el proceso de lactancia.

Asimismo, otra futura línea de investigación será el análisis de la vuelta a las prácticas de calidad perinatal previas a la pandemia de COVID-19 y la eficacia de las nuevas prácticas que se hayan instaurado (alta precoz voluntaria).

Por otro lado, es necesario profundizar en el papel de los profesionales de la salud, concretamente de las enfermeras durante el apoyo en estas transiciones hacia la maternidad. Así, se debe ahondar en los métodos complementarios a la atención presencial como la telemedicina a partir de las consultas telefónicas y las videollamadas a nivel individual o grupal durante las diferentes etapas que incluye la maternidad.

Por último, se considera imprescindible mejorar las habilidades tecnológicas de los profesionales para dar respuesta a estas nuevas demandas de información y adaptar la accesibilidad de la atención a toda la población.

7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

Una de las principales limitaciones del estudio es la falta de artículos de mayor evidencia científica. La mayoría de los artículos encontrados y, posteriormente, seleccionados se han tratado de trabajos descriptivos. Estos limitan los resultados a la representación del contexto actual imposibilitando la afirmación de correlaciones.

Asimismo, señalar como limitación la falta de evidencia científica sobre el seguimiento efectuado por las enfermeras durante la atención prenatal y postnatal a nivel de Atención Primaria.

Por otro lado, el último registro de las tasas oficiales sobre la LM en el ámbito nacional es de 2017. Así, se desconocen las cifras reales de LME y el impacto de la pandemia de COVID-19 sobre estas, lo que imposibilita conocer la realidad actual.

8. BIBLIOGRAFÍA.

1. Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, Messias DK, Shumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle- range theory. *Adv in Nur Sci.* 2000; 23(1):12-18. DOI: 10.1097/00012272-200009000-00006.
2. Consejería de Sanidad, Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid [Internet]. Madrid: Gerencia Asistencial de Atención Primaria; 2021 [Consultado 3 Abr 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3vQWSLO>.
3. Rodríguez-Gallego I., Strivens-Vilchez H., Agea-Cano I, Marín-Sánchez C, Sevillano-Giraldo MD, Gamundi-Fernández C, Berná-Guisado C, Leon-Larios F. Breastfeeding experiences during the COVID-19 pandemic in Spain: a qualitative study. *Int Breastfeed J.* 2022; 17,11. DOI: 10.1186/s13006-022-00453-0.
4. Fernández-Carrasco FJ, Vázquez-Lara JM, González-Mey U, Gómez-Salgado J, Parrón-Carreño T, Rodríguez-Díaz L. Infección por coronavirus Covid-19 y lactancia materna: una revisión exploratoria. *Rev Esp Salud Pública [Internet].* 2020 [Consultado 18 Feb 2022]; 94. Disponible en: <https://bit.ly/36omjeJ>.
5. Lalaguna P, Díaz-Gómez NM, 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 [Internet].* 2020 [Consultado 18 Feb 2022]; 94. Disponible en: <https://bit.ly/3uYwC3j>.
6. Domínguez M; Salazar, MF. Cuidados puerperales en madre positiva en Covid-19. Restricciones sanitarias. A propósito de un caso. *Evidentia [Internet].* 2022 [Consultado 4 Mar 2022]; 29. Disponible en: <https://bit.ly/3HIUqem>.
7. Vico P, Ruiz E, Iglesias J. Educación Maternal: Un reto durante la pandemia por Covid-19. *Rev Paraninfo Digital [Internet].* 2020 [Consultado 4 Mar 2022]; 14(32). Disponible en: <https://bit.ly/3trWh21>.
8. Muñoz-Amat B, Pallás-Alonso CR, Hernández-Aguilar MT. Good practices in perinatal care and breastfeeding protection during the first wave of the COVID-19 pandemic: a national situation analysis among BFHI maternity hospitals in Spain. *Int Breastfeed J.* 2021; 28;16(1):66. DOI: 10.1186/s13006-021-00407-y.
9. Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño [Internet]. Ginebra: 2003 [Consultado 4 Feb 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3Mm6tSj>.

10. McGrath JM, Brandon D. Why Human Milk and Not Breast Milk Among Other Changes: 2018 Author Guideline Updates. *Adv Neonatal Care*. 2017; 17(5):325-6. DOI: 10.1097/ANC.0000000000000436.
11. Dinour LM. Speaking Out on "Breastfeeding" Terminology: Recommendations for Gender-Inclusive Language in Research and Reporting. *Breastfeed Med*. 2019; 14(8):523-532. DOI: 10.1089/bfm.2019.0110.
12. Organización Mundial de la Salud (OMS). Lactancia materna exclusiva [Internet] 2019 [Consultado 4 Feb 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3HCVArD>.
13. Cabedo R, Manresa JM, Cambredó MV, Montero L, Reyes A, Gol R, Falguera G. Tipos de lactancia materna y factores que influyen en su abandono hasta los 6 meses. Estudio LACTEM. *Matronas Prof* [Internet] 2019 [Consultado 4 Feb 2022]; 20(2); 54-61. Disponible en: <https://bit.ly/3KkbPM9>.
14. Organización Mundial de la Salud (OMS). Metas mundiales de nutrición 2025. Documento normativo sobre lactancia materna [Internet]. Ginebra: 2014 [Consultado 4 Feb 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3pCeusC>.
15. Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE 2017) [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2018 [Consultado 5 Feb 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3Khd66s>.
16. Brahm P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Rev Chil Pediatr*. 2017; 88(1): 7-14. DOI: 10.4067/S0370-41062017000100001.
17. Guía de práctica clínica sobre lactancia materna [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2017 [Consultado 10 Feb 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3tuCgrr>.
18. Torres IL, Silva KG, Ruiz MT, Goulart BF, Parreira BDM. Autoeficacia en la lactancia materna, síntomas de ansiedad y factores asociados. *REFACS*. 2021; 9(3):642-650. DOI: 10.18554/refacs.v9i3.4787.
19. Macías J, García S, Quirós C. Dificultades en el establecimiento de la lactancia materna. Presentación del caso. *Hygia de Enfermería* [Internet]. 2021 [Consultado 4 Mar 2022]; 38 (108):17-21. Disponible en: <https://bit.ly/3pzjXQH>.
20. RNAO. Lactancia Materna - Fomento y Apoyo al Inicio, la Exclusividad y la Continuación de la Lactancia Materna para Recién Nacidos, Lactantes y Niños Pequeños [Internet]. Ontario: RNAO; 2018 [Consultado 11 Feb 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/35NDs0U>.

21. Iglesias J; Morillas RM; Ruiz E. Experiencias y factores relacionados con la decisión de la mujer de abandono de lactancia materna de forma precoz en tiempos Covid-19. *Rev Paraninfo Digital* [Internet]. 2021 [Consultado 4 Mar 2022]; (33). Disponible en: <https://bit.ly/3Kk1ZJV>.
22. Pham Q, Patel P, Baban B, Yu J, Bhatia J. Factors Affecting the Composition of Expressed Fresh Human Milk. *Breastfeed Med*. 2020; 15(9):551-8. DOI: 10.1089/bfm.2020.0195.
23. Martínez C, Torrens RM. *Enfermería de la mujer I*. 3º ed. DAE Editorial; 2017.
24. Feijóo-Iglesias MB, Chicharro L, Ballester I, Suárez A, De la Peña MA, Alba RM. Alta precoz y visita domiciliaria puerperal durante la pandemia por la COVID-19 en el Hospital Universitario La Paz (Madrid). *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2021 [Consultado 24 Feb 2022]; 95. Disponible en: <https://bit.ly/3v1Apgr>.
25. Fernández B. *Introducción a la investigación en Enfermería*. 3º ed. DAE Editorial; 2020.
26. Ceulemans M, Verbakel JY, Van Calsteren K, Eerdeken A, Allegaert K, Foulon V. SARS-CoV-2 Infections and Impact of the COVID-19 Pandemic in Pregnancy and Breastfeeding: Results from an Observational Study in Primary Care in Belgium. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(18):6766. DOI: 10.3390/ijerph17186766.
27. 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. DOI: 10.3389/fgwh.2021.628625.
28. Lazzerini M, Covi B, Mariani I, Drglin Z, Arendt M, Nedberg IH, Elden H, Costa R, Drandić D, Radetić J, Otelea MR, Miani C, Brigidi S, Rozée V, Ponikvar BM, Tasch B, Kongslien S, Linden K, Barata C, Kurbanović M, Ružičić J, Batram-Zantvoort S, Castañeda LM, Rochebrochard E, Bohinec A, Vik ES, Zaigham M, Santos T, Wandschneider L, Viver AC, Čerimagić A, Sacks E, Valente EP; IMAGiNE EURO study group. 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. *Lancet Reg Health Eur*. 2022;13. DOI: 10.1016/j.lanepe.2021.100268.

29. Burgess A., Breman RB., Bradley D., Dada S., Burcher P. Pregnant women's reports of the impact of COVID-19 on pregnancy, prenatal Care, and infant feeding plans. *Mcn Am. J. Matern. Child. Nurs.* 2020; 46(1):21–29. DOI: 10.1097/NMC.0000000000000673.
30. Merewood A, Davanzo R, Haas-Kogan M, Vertecchi G, Gizzi C, Mosca F, Burnham L, Moretti C. Breastfeeding supportive practices in European hospitals during the COVID-19 pandemic. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2021;13:1-7. DOI: 10.1080/14767058.2021.1986482.
31. Vazquez-Vazquez A, Dib S, Rougeaux E, Wells JC, Fewtrell MS. The impact of the Covid-19 lockdown on the experiences and feeding practices of new mothers in the UK: Preliminary data from the COVID-19 New Mum Study. *Appetite.* 2021;156:104985. DOI: 10.1016/j.appet.2020.104985.
32. Lambelet V, Ceulemans M, Nordeng H, Favre G, Horsch A, Stojanov M, Winterfeld U, Baud D, Panchaud A, Pomar L. Impact of the COVID-19 pandemic on Swiss pregnant and breastfeeding women - a cross-sectional study covering the first pandemic wave. *Swiss Med Wkly.* 2021;151. DOI: 10.4414/smw.2021.w30009.
33. Brown A, Shenker N. Experiences of breastfeeding during COVID-19: Lessons for future practical and emotional support. *Matern Child Nutr.* 2021;17(1):e13088. DOI: 10.1111/mcn.13088.
34. Hull N, Kam RL, Gribble KD. Providing breastfeeding support during the COVID-19 pandemic: Concerns of mothers who contacted the Australian Breastfeeding Association. *Breastfeed Rev [Internet].* 2020 Nov [Consultado 6 Mar 2022]; 28(3):25–35. Disponible en: <https://bit.ly/3rYuyXa>.
35. Latorre G, Martinelli D, Guida P, Masi E, De Benedictis R, Maggio L. Impact of COVID-19 pandemic lockdown on exclusive breastfeeding in non-infected mothers. *Int Breastfeed J.* 2021; 16(1):36. DOI: 10.1186/s13006-021-00382-4.
36. Gavine A, Marshall J, Buchanan P, Cameron J, Leger A, Ross S, Murad A, McFadden A. Remote provision of breastfeeding support and education: Systematic review and meta-analysis. *Matern Child Nutr.* 2021;18(2). DOI: 10.1111/mcn.13296.

37. Shuman CJ, Morgan ME, Chiangong J, Pareddy N, Veliz P, Peahl AF, Dalton VK. "Mourning the Experience of What Should Have Been": Experiences of Peripartum Women During the COVID-19 Pandemic. *Matern Child Health J.* 2022;26(1):102-109. DOI: 10.1007/s10995-021-03344-8.
38. Snyder K., Worlton G. Social support during COVID-19: Perspectives of breastfeeding mothers. *Breastfeed. Med.* 2020;16(1):39-45. DOI: 10.1089/bfm.2020.0200.

9. AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradecer a mi tutora Jenifer Araque García por su tiempo, dedicación y paciencia durante estos largos meses de trabajo. También agradecerle por compartir conmigo su motivación por la enfermería y enseñarme otros puntos de vista que, sin ella, nunca me habría planteado.

A mis familiares, pareja y amigos por dedicar tantas horas a escucharme, orientarme y corregirme en relación con este trabajo y durante los cuatro años de carrera.

Por último, agradecer a las profesionales de las unidades de Puerperio quirúrgico y de la Reanimación de la maternidad del Hospital Universitario La Paz, por motivarme y contarme su experiencia sobre la atención directa durante la pandemia de COVID-19.

10. CONFLICTO DE INTERESES

La autora de este trabajo de Fin de Grado informa no tener conflictos de intereses relevantes o de otra índole en relación con este documento.

11. ANEXOS

ANEXO 1. TABLA 2. ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA Y SELECCIÓN DE ARTÍCULOS A FECHA DE 13 DE MARZO DE 2022.

Base de datos	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA Y LÍMITES	Resultados	Selección por título	Selección por resumen	Selección por contenido	Selección para la revisión narrativa
PubMed	((breastfeeding OR lactation OR (lactation [MeSH] OR breast feeding [MeSH])) AND ((COVID-19 OR COVID-19 [MeSH]) NOT (vaccines OR vaccines [MeSH] OR vaccination OR immunization OR vaccination [MeSH] OR immunization [MeSH] OR immunity OR immunity [MeSH] OR antibodies OR transmission OR treatment)) AND (perinatal care [MeSH] OR postnatal care [MeSH] OR postpartum period [MeSH] OR mental health OR mental health [MeSH] OR education OR health education [MeSH] OR support OR social support [MeSH] OR telemedicine OR telemedicine [MeSH]))	123	67	36	26	14
	Límites: Title/Abstract, inglés/español.					
CINAHL	((SU Breast Feeding OR SU lactation OR AB breastfeeding OR AB lactation) AND ((SU COVID-19 OR AB COVID-19) NOT (SU vaccine OR SU vaccination OR SU immunization OR SU immunity OR SU transmission OR SU treatment))) AND (SU perinatal care OR SU postnatal care OR AB postpartum period OR SU mental health OR SU education OR SU social support OR SU telemedicine))	45	23	14	6	2
	Límites: Materia, resumen, inglés/español, excluir Medline.					
CUIDEN	(lactancia materna) AND (COVID-19)	14	11	7	5	0
SciELO	(ab:("lactancia materna")) AND (ab:((covid-19 or coronavirus or 2019-ncov or sars-cov-2 or cov-19)))	16	8	5	1	0
	Límites: Resumen, inglés/español					
		198	109	62	38	16

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 2. TABLA 3. ARTÍCULOS SELECCIONADOS EN LA REVISIÓN NARRATIVA.

Autores	País, año	Tipo de estudio y Metodología	Muestra	Objetivo general	Principales resultados
Lazzerini M, Covi B, Mariani I, Drglin Z, Arendt M, Nedberg IH, Elden H, Costa R, Drandić D, Radetić J, Otelea MR, Miani C, Brigidi S, Rozée V, Ponikvar BM, et al. (28).	Italia, 2021.	Estudio multinacional descriptivo transversal. Encuesta en línea (1 Mar 2020 - 15 Mar 2021).	21.027 mujeres que dieron a luz entre marzo de 2020 a marzo de 2021.	Examinar experiencias maternas sobre la calidad de la atención perinatal durante la pandemia.	Existe diferencia significativa en la calidad de la atención en los países con mayor nivel socioeconómico. Sin embargo, en algunos aspectos como el contacto PCP, la LM temprana o la presencia del acompañante es insuficiente. Estos criterios de calidad fueron peores si el parto fue por cesárea. Es necesario crear iniciativas para reducir las desigualdades y mejorar la calidad de la atención centrada en las madres y sus RN.
Ceulemans M, Verbakel JY, Van Calsteren K, Eerdeken A, Allegaert K, Foulon V. (26).	Bélgica, 2020.	Estudio descriptivo transversal. Encuesta en línea (abril 2020 (1º ola))	6.470 mujeres encuestadas (2.647 embarazadas y 3.823 lactantes).	Analizar la susceptibilidad a la enfermedad de COVID-19 y la percepción del impacto en las prácticas de LM, asesoramiento y apoyo.	El confinamiento no supuso ningún cambio en las prácticas de LM durante el pico de la primera ola. El apoyo formal e informal se ha visto gravemente afectado durante la pandemia, especialmente en las mujeres sin experiencia previa y durante el puerperio inmediato y mediato.
Lambelet V, Ceulemans M, Nordeng H, Favre G, Horsch A, Stojanov M, Winterfeld U, Baud D, Panchaud A, Pomar L. (32).	Suiza, 2021.	Estudio descriptivo transversal multicéntrico. Encuesta en línea (1º ola)	2.064 mujeres (1.501 lactantes y 563 embarazadas)	Asociar los cambios de la experiencia de embarazo y LM y los síntomas de salud mental con las restricciones en el estilo de vida y la atención debido a la pandemia.	La pandemia ha afectado al bienestar y a la salud mental materna de forma directa, en caso de exposición, e indirecta en los cambios de estilo de vida y la atención. Se asociaron factores de riesgo como padecer COVID-19, vivir con una persona contagiada o el no acceso a los servicios de salud. Se señalan factores protectores como un alto nivel educativo o vivir con la pareja.
Vazquez-Vazquez A, Dib S, Rougeaux E, Wells JC, Fewtrell MS. (31).	Reino Unido, 2021.	Estudio descriptivo transversal. Encuesta en línea (The COVID-19 New Mum Survey) (mayo - junio 2020)	1.365 mujeres (1.049 antes confinamiento y 316 tras este).	Comparar y presentar las experiencias y prácticas de LM antes y durante el confinamiento debido al COVID-19.	El 45 % de las mujeres que dieron a luz durante el confinamiento percibieron un apoyo insuficiente. La pandemia ha afectado en la salud mental de las mujeres debido a la falta de contacto y apoyo familiar, teniendo que recurrir a profesionales de salud mental en un 9 %. Es necesario mejorar el apoyo a la LM, especialmente de manera presencial para la resolución de cuestiones prácticas e identificar problemáticas de salud mental.

Brown A, Shenker N. (33).	Reino Unido, 2021.	Estudio descriptivo. Encuesta en línea (mayo-junio 2020).	1.219 mujeres con bebés de 0 a 12 meses. (495 antes de la pandemia y 724 durante).	Conocer el impacto de la pandemia de COVID-19 en las experiencias y abandono de la LM en lactantes.	La pandemia ha tenido un impacto en las experiencias de las lactantes siendo para algunas positivo debido al aumento de tiempo en casa y la reducción de la presión social. Se han descrito experiencias negativas como las dificultades en el acceso a apoyo formal e informal y el sentimiento de aislamiento.
Brislane Á, Larkin F, Jones H, Davenport MH. (27).	Reino Unido, 2021.	Estudio descriptivo. Encuesta en línea (mayo-junio 2020).	917 mujeres (612 embarazadas y 305 postparto).	Describir la calidad asistencial perinatal y el acceso durante la pandemia.	La calidad percibida de las embarazadas y puérperas se ha visto negativamente afectada por supresión de los servicios, cancelación de citas y el no acompañamiento. La continuidad de cuidados y el seguimiento se debe realizar a partir de soportes virtuales o telefónicos.
Shuman CJ, Morgan ME, Chiangong J, Pareddy N, Veliz P, Peahl AF, Dalton VK. (37).	Estados Unidos, 2022.	Estudio descriptivo transversal. Encuesta en línea (junio-julio 2020).	371 mujeres que dieron a luz a partir del 1 de febrero de 2020.	Describir las experiencias de las mujeres que dieron a luz en la pandemia de COVID-19.	El aumento de la angustia emocional en las puérperas está relacionado con la culpa por no brindar a su RN la “normalidad” previa a la pandemia y la limitación de las visitas sociales. La pandemia permite aumentar el vínculo materno-infantil y con la pareja debido al confinamiento domiciliario.
Hull N, Kam RL, Gribble KD. (34).	Australia, 2020.	Estudio descriptivo transversal. Preimpreso. Encuesta en línea (marzo-mayo 2020)	336 madres encuestadas.	Relatar las preocupaciones de las lactantes durante la pandemia de COVID-19.	La pandemia puede haber aumentado la percepción materna sobre la importancia de la LM por los beneficios de protección inmunológica que brinda e incrementando el interés por la relactancia. La asociación puede haber reducido el estrés materno y mejorado las tasas de LM brindando apoyo social a nivel teórico-práctico y emocional.
Burgess A., Breman RB., Bradley D., Dada S., Burcher P. (29).	Estados Unidos, 2021.	Estudio descriptivo transversal. Encuesta en línea (mayo 2020).	258 mujeres encuestadas.	Describir el impacto de la pandemia en la atención prenatal y los planes de alimentación de los RN.	Debido a la pandemia se cancelaron las clases prenatales presenciales y se instauraron de forma virtual. A pesar de la preferencia de presencialidad, las mujeres refirieron haber recibido una atención virtual adecuada y de calidad. Es necesario adaptar la atención e incorporar recursos innovadores para cubrir las demandas de las madres y las familias.

Latorre G, Martinelli D, Guida P, Masi E, De Benedictis R, Maggio L. (35).	Italia, 2021.	Estudio analítico observacional de cohorte. Entrevista estructurada y cuestionario.	510 días madre-RN (306 2018 y 204 marzo-mayo 2020).	Analizar el impacto de la pandemia de COVID-19 sobre la LME.	El confinamiento causó una disminución de las tasas de LME. La estancia hospitalaria es crucial para el inicio y mantenimiento de la LME durante los 30 primeros días de vida.
Feijóo-Iglesias MB, Chicharro L, Ballester I, Suárez A, De la Peña MA, Alba RM. (24).	España, 2021.	Estudio descriptivo transversal. Historias clínicas y cuestionarios telefónicos.	222 puérperas y RN entre marzo-mayo de 2020.	Determinar el beneficio del programa de alta precoz voluntaria y visita domiciliaria para el RN o la madre. Conocer el cambio de tipo de LM tras el apoyo en la visita.	El programa permite la continuidad de los cuidados en el domicilio, la detección de problemas de manera precoz y un nivel alto de satisfacción materna. Se han descrito cambios en la tasa de LME tras la visita domiciliaria hacia la lactancia mixta o lactancia artificial, lo que puede señalar que una única visita puede ser insuficiente para ampliar el tiempo de LM.
Merewood A, Davanzo R, Haas-Kogan M, Vertecchi G, Gizzi C, Mosca F, Burnham L, Moretti C. (30).	Italia, 2021.	Estudio descriptivo. Cuestionario “Diez pasos para una LM exitosa de la OMS” (noviembre 2020 – enero 2021).	124 hospitales de maternidad de 22 países europeos.	Analizar la atención según las pautas recomendadas por la OMS durante la pandemia de COVID-19.	Se describe un mayor cambio en las restricciones de las visitas y el acortamiento de la estancia hospitalaria. En relación con la LM, el 6 % de los hospitales recomendaron la lactancia artificial en madres contagiadas de COVID-19. Es necesario realizar un seguimiento continuo de la atención postnatal y de las tasas de LM al alta para promover la recuperación de las prácticas de atención previas a la pandemia.
Muñoz-Amat B, Pallás-Alonso CR, Hernández-Aguilar MT (8).	España, 2021.	Estudio descriptivo transversal Encuesta en línea (mayo 2020).	50 hospitales españoles.	Analizar la influencia del COVID-19 en la atención perinatal y el apoyo a la LM.	Durante la pandemia las mujeres contagiadas han sufrido mayores restricciones que las no contagiadas. El compromiso con los estándares de calidad de la IHAN se asocia con la conservación de las buenas prácticas asistenciales.
Rodríguez-Gallego I., Strivens-Vilchez H., Agea-Cano I, Marín-Sánchez C, Sevillano-Giraldo MD, et al. (3).	España, 2021.	Estudio descriptivo. Entrevistas semiestructuradas (enero-mayo 2021).	30 mujeres entrevistadas.	Conocer el impacto del COVID-19 y las medidas impuestas sobre la LME.	Se muestra un efecto positivo en el vínculo con el RN y la LM por el aumento de tiempo en casa y la convivencia. Los grupos de apoyo a la lactancia online en medios como WhatsApp, Instagram o Facebook brindan apoyo e información sobre la LM.

Snyder K., Worlton G. (38).	Estados Unidos, 2021.	Estudio descriptivo fenomenológico transversal Entrevistas semiestructuradas (marzo-junio 2020).	29 lactantes.	Explorar el apoyo social percibido entre las lactantes durante la pandemia de COVID-19.	Debido a la pandemia, el apoyo social ha sido gravemente afectado, lo que ha provocado un aumento en el estrés y el aislamiento. Se vio que las madres primerizas y las multíparas que no habían dado LM previamente, tenían dificultades en el éxito de la LM por el escaso apoyo.
Gavine A, Marshall J, Buchanan P, Cameron J, Leger A, Ross S, Murad A, McFadden A. (36).	Reino Unido, 2021.	Revisión sistemática y metaanálisis.	29 artículos en la revisión sistemática y 26 en el metaanálisis.	Determinar la efectividad del apoyo remoto de la LM para mejorar las tasas de LM.	La provisión remota de educación y apoyo a la LM puede proporcionarse cuando no sea posible la atención presencial. El apoyo remoto a la LM reduce el riesgo de abandono de la LME en un 25 %.

Fuente: Elaboración propia.