

Trabajo de Fin de Grado

Grado en Medicina

Curso 2022-2023

Manejo materno-filial puerperal durante la pandemia por SARS-CoV-2: estudio cualitativo en madres COVID-19 positivas.

Autora: Natalia Ruiz González

Tutor: Ángel Antonio Hernández Borges

Unidad de Neonatología. Servicio de Pediatría.

Hospital Universitario de Canarias

(HUC)

AGRADECIMIENTOS

A mi tutor, *Ángel Antonio Hernández Borges*, Jefe de Sección de Pediatría. Por resolverme cada una de las dudas que me surgían y darme tantos buenos consejos durante el proceso. Por su paciencia, implicación y dedicación. Por aportar muchísimos aspectos positivos a mi aprendizaje gracias a sus conocimientos. Y sobre todo, por proponerme este trabajo tan bonito de realizar que me ha hecho vivir una experiencia maravillosa de lo que es hacer un trabajo de fin de grado.

A *Marta Coloma Escribano*, médica adjunta del área de Ginecología y Obstetricia. Por la generosidad de compartir con nosotros la lista de las gestantes que ingresaron en el hospital siendo COVID-19 positivas.

A *mi familia y amigos*, por el apoyo incondicional a lo largo de los seis años de carrera. Por estar a mi lado en los momentos buenos pero también en aquellos que han sido difíciles para mí y hacerme ver que sí era capaz de conseguir todo aquello que me propusiera.

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
<i>Repercusión de la infección COVID sobre las gestantes y sus neonatos</i>	<i>3</i>
<i>Repercusión de los protocolos de manejo del paciente hospitalizado durante la pandemia COVID-19 en la satisfacción de los pacientes</i>	<i>4</i>
<i>Repercusión de los protocolos en la capacitación para el cuidado del bebé, la lactancia materna y resultados en el lactante</i>	<i>4</i>
<i>Protocolo COVID-19 en el manejo materno-filial puerperal</i>	<i>5</i>
HIPÓTESIS DE TRABAJO Y OBJETIVOS	5
<i>Hipótesis de trabajo</i>	<i>5</i>
<i>Objetivo principal</i>	<i>5</i>
<i>Objetivos secundarios</i>	<i>5</i>
MATERIAL Y MÉTODOS.....	6
<i>Diseño del estudio</i>	<i>6</i>
<i>Variables del estudio.....</i>	<i>6</i>
<i>Criterios de inclusión y de exclusión.....</i>	<i>6</i>
<i>Recogida de datos</i>	<i>7</i>
<i>Análisis estadístico de los datos</i>	<i>8</i>
<i>Aspectos éticos y de confidencialidad.....</i>	<i>8</i>
RESULTADOS	8
<i>Informe de Grupos focales.....</i>	<i>10</i>
<i>Informe de Encuesta.....</i>	<i>16</i>
DISCUSIÓN	20
CONCLUSIONES	24
¿QUÉ HE APRENDIDO DURANTE ESTE TFG?	25
BIBLIOGRAFÍA	26
FIGURAS Y LEYENDA DE FIGURAS.....	30
TABLAS	36
ANEXOS	38
<i>Anexo 1. Aprobación del estudio por el Comité de Ética e Investigación médica. (CEIm) del Hospital Universitario de Canarias (HUC).....</i>	<i>38</i>

ÍNDICE DE SIGLAS Y ABREVIATURAS POR ORDEN DE APARICIÓN

- UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- SENEo: Sociedad Española de Neonatología.
- HUC: Hospital Universitario de Canarias.
- SAP: Sistema de información clínico-asistencial empleado en el HUC.
- CEIm: Comité de Ética e Investigación médica.
- EG: Edad Gestacional.
- RN: recién nacido.
- AEG: Adecuado para la Edad Gestacional.
- LM: lactancia materna.
- ENS: Encuestas Nacionales de Salud.

RESUMEN

Introducción y objetivos. La pandemia COVID-19 y los protocolos asistenciales consiguientes dificultan el contacto interpersonal. Esta situación puede provocar especiales dificultades en gestantes que ingresan para dar a luz. Nuestro objetivo principal fue explorar las repercusiones emocionales de madres que dieron a luz siendo positivas para el virus en nuestro centro, con el fin de identificar las dificultades y necesidades de atención y apoyo emocional.

Material y métodos. Estudio retrospectivo observacional en gestantes que ingresaron siendo COVID-19 positivas y dieron a luz durante el periodo de marzo 2020 a diciembre 2021 en el HUC. Analizamos resultados neonatales (pérdida de peso, prevalencia de lactancia materna) y mediante técnicas cualitativas (grupos focales y encuesta) intentamos conocer las experiencias y circunstancias maternas contribuyentes y sus recomendaciones. Los resultados se analizaron utilizando estadística descriptiva.

Resultados. 15 gestantes cumplieron los criterios de inclusión del estudio. No hubo separación materno-neonatal en el 80% y tampoco se objetivó transmisión vírica vertical u horizontal. Durante la estancia la lactancia materna se estableció en el 93,3% (exclusiva en el 60%) y los bebés tuvieron pérdida de peso moderada (73,3% en el rango <P50-P75). Detectamos sentimientos negativos en las madres durante su ingreso: miedo, tristeza, sensación de soledad y trato deshumanizado, entre otros.

Conclusiones. El COVID materno y su manejo hospitalario no tuvieron consecuencias negativas en sus recién nacidos. La experiencia de las gestantes ingresadas muestra repercusiones emocionalmente negativas. Pensamos que en situaciones de crisis sanitaria como la actual pandemia es imprescindible centrar la atención en el bienestar emocional materno y ofrecerles un trato humanizado.

PALABRAS CLAVE

Madres COVID-19 positivas, manejo puerperal, repercusiones emocionales.

ABSTRACT

Introduction and objectives. The COVID-19 pandemic and the resulting care protocols make interpersonal contact difficult. This situation may cause particular difficulties in pregnant women who are admitted to give birth. Our main objective was to explore the emotional repercussions of mothers who gave birth being positive for the virus in our center, in order to identify the difficulties and needs for care and emotional support.

Material and methods. Retrospective observational study in pregnant women who were admitted as COVID-19 positive and gave birth during the period from March 2020 to December 2021 in the HUC. We analyzed neonatal outcomes (weight loss, prevalence of breastfeeding) and by means of qualitative techniques (focus groups and survey) we tried to learn about contributing maternal experiences and circumstances and their recommendations. The results were analyzed using descriptive statistics.

Results. 15 pregnant women met the study inclusion criteria. There was no maternal-neonatal separation in 80% and neither vertical nor horizontal viral transmission was observed. During the stay, breastfeeding was established in 93.3% (exclusive in 60%) and the babies had moderate weight loss (73.3% in the <P50-P75 range). We detected negative feelings in the mothers during their admission: fear, sadness, feeling of loneliness and dehumanized treatment, among others.

Conclusions. Maternal COVID and hospital management did not have negative consequences on their newborns. The experience of the pregnant women admitted to the hospital shows negative emotional repercussions. We believe that in situations of health crisis such as the current pandemic, it is essential to focus attention on maternal emotional well-being and to offer them a humanized treatment.

KEY WORDS

COVID-19 positive mothers, puerperal management, emotional repercussions.

1. INTRODUCCIÓN

El inicio de la pandemia COVID-19 en marzo de 2020 trajo consigo una gran incertidumbre en la dinámica hospitalaria, tanto entre pacientes como entre los profesionales sanitarios. Esta afectó desde el manejo médico de los pacientes y sus contactos, hasta las medidas preventivas a aplicar a otros pacientes no COVID ingresados en el hospital en aquella época. Es especialmente interesante conocer cómo la pandemia y los protocolos desplegados interfirieron en algunos objetivos educativos y en la satisfacción de pacientes que al menos a priori no ingresan por una entidad patológica, como es el caso de las gestantes en trabajo de parto y sus hijos recién nacidos. Estas interferencias es de esperar que fueran más acusadas en caso de positividad para el virus pandémico.

Repercusión de la infección COVID sobre las gestantes y sus neonatos.

Dos estudios de cohortes (1,2) y un metaanálisis (3) mostraron claramente que las mujeres embarazadas infectadas por SARS-CoV-2 tienen más probabilidades de sufrir complicaciones obstétricas en comparación con las mujeres embarazadas no infectadas: así, la infección por este virus durante el embarazo aumenta la probabilidad de mortalidad materna, ingreso en UCI, parto prematuro y preeclampsia/eclampsia (1,2,3).

Por otro lado, la infección materna por SARS-CoV-2 durante la gestación se ha asociado a cierta morbilidad neonatal derivada de la propia transmisión del germen. Según datos epidemiológicos, la transmisión vertical del COVID-19 es posible, pero poco frecuente: estudios previos reportan una tasa de transmisión intrauterina confirmada del 3,3% y una prevalencia de infección congénita del 5,7% de neonatos (4). En casos graves de COVID-19 materna, en los que existe una alta carga viral, la propagación hematogena en la madre y el daño vascular placentario inducido por SARS-CoV-2 pueden contribuir a la ruptura de la protección fetal, siendo concebible una tasa de transmisión relativamente alta, pero aún se necesita demostración robusta de esta vía de transmisión (5). Además, algunos estudios demostraron que la transmisión postnatal madre-hijo (transmisión horizontal) del virus en el contexto de habitación conjunta y lactancia materna es rara (0-1.6%) (6,7), siempre que las madres tomen precauciones adecuadas de contacto y gotas. En adición a esto, también se ha visto que la leche materna de madres infectadas por el virus es una fuente beneficiosa de anticuerpos específicos y no se ha identificado la existencia de virus competente para la replicación (5).

Repercusión de los protocolos de manejo del paciente hospitalizado durante la pandemia COVID-19 en la satisfacción de los pacientes.

La incertidumbre acerca del comportamiento de esta nueva enfermedad llevó a establecer una serie de restricciones y protocolos que afectaron a las formas habituales de manejar al paciente hospitalizado. Un estudio realizado en pacientes ingresados en centros de cuidados intensivos durante la pandemia demostró que las restricciones de visitas afectaron negativamente a los pacientes y sus familias, demandando la necesidad de más apoyo y comunicación (8). Otro estudio analiza el impacto psicológico negativo en pacientes hospitalizados con COVID-19, manifestando estos mayores niveles de estrés, sensación de soledad, ansiedad y depresión (9).

Repercusión de los protocolos en la capacitación para el cuidado del bebé, la lactancia materna y resultados en el lactante.

El objetivo del ingreso hospitalario durante el puerperio y la atención posnatal sistemática en el hospital es conseguir la capacitación materna para cuidar al bebé, incluido llevar a cabo una lactancia materna satisfactoria, y realizar un seguimiento integral de la salud física y mental de la madre después del parto. Estos beneficios de la atención posnatal sostenida superan los riesgos de infección por COVID-19 (10). Sin embargo, los protocolos establecidos durante la pandemia podrían implicar una reducción del tiempo de estancia hospitalaria, así como falta de información y de cercanía que podría repercutir en la capacitación materna (11).

La separación física materno-filial en el periodo postnatal inmediato puede afectar a la salud del bebé y a la lactancia materna, tanto a corto como a largo plazo. Un estudio del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (12) exponía un caso clínico de un recién nacido prematuro que nació durante la pandemia y permaneció en el hospital sin acompañamiento familiar durante dos meses, debido a que sus padres estaban en aislamiento domiciliario. Durante ese periodo, el bebé no recibió leche materna ya que los profesionales de la salud informaron de forma incorrecta a la madre argumentando que podía transmitir el virus. Estas decisiones llevaron a la aparición de problemas como alteración del vínculo entre la madre y el bebé, así como una interrupción no deseada de la lactancia. En la misma línea, muchas directrices inicialmente contenían recomendaciones que no favorecían la lactancia materna, lo que generó ambigüedad entre los profesionales sanitarios y afectó a la calidad de atención brindada (13).

Protocolo COVID-19 en el manejo materno-filial puerperal.

En junio de 2020, la OMS publicó pautas prácticas para garantizar la adecuada atención y continuidad de la lactancia materna y evitar la separación materno-filial (14). En el mismo sentido, las recomendaciones establecidas por la Sociedad Española de Neonatología (SENeo) (15) para el manejo materno-filial en relación con la infección por SARS-CoV-2 a principios de la pandemia incluyeron que en el caso de madres COVID-19 positivas se debía evitar su separación del recién nacido y mantener la estancia conjunta, siempre con medidas de aislamiento de gotas y contacto e individualizando la situación clínica de la madre y del neonato. En caso de que el recién nacido fuese sintomático, se ingresaría con medidas estrictas de aislamiento hasta confirmar su negatividad. En cuanto a la lactancia materna, se recomendaba desde el nacimiento siempre que la situación clínica lo permitiese, ya fuese mediante amamantamiento directo o extracción, dependiendo del caso. En el Hospital Universitario de Canarias (HUC) los protocolos y recomendaciones fueron similares a las establecidas por la SENEo, aunque desconocemos las consecuencias prácticas de su aplicación.

Por todo esto, hemos querido conocer las repercusiones que haya podido generar la estancia hospitalaria de madres que dieron a luz siendo COVID positivas en el HUC durante el periodo comprendido entre marzo de 2020 y diciembre de 2021, en cuanto a su vivencia y satisfacción por el trato e información recibidas, y en cuanto a su capacitación para el manejo del bebé.

2. HIPÓTESIS DE TRABAJO Y OBJETIVOS

Hipótesis de trabajo.

El manejo materno-filial puerperal en madres COVID-19 positivas durante la pandemia ha podido tener impacto en estas a nivel emocional y en su capacidad para cuidar a sus neonatos.

Objetivo principal.

- Explorar las repercusiones emocionales y percepciones maternas del manejo materno-filial puerperal durante su ingreso para dar a luz siendo COVID positivas.

Objetivos secundarios.

- Analizar el impacto en el establecimiento del vínculo materno-filial
- Analizar el impacto en la lactancia materna y los cuidados neonatales.

- Analizar el impacto de los protocolos COVID-19 en el parto y en la atención postparto de las madres COVID-19 positivas.
- Identificar posibles recomendaciones para mejorar el manejo materno-filial puerperal durante posibles futuras crisis sanitarias similares

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio.

Estudio retrospectivo observacional analítico sobre las gestantes que ingresaron en el Hospital Universitario de Canarias (HUC) siendo COVID positivas y acabaron dando a luz durante el periodo de observación comprendido entre marzo de 2020 y diciembre de 2021. Recopilamos las gestantes COVID positivas que ingresaron en ese periodo en el hospital y, de esas, seleccionamos las que dieron a luz durante ese ingreso.

Los protocolos asistenciales de la SENEo aplicados en aquella época en el HUC se resumen en la **figura 1** (16).

Variables del estudio.

Se recogieron las siguientes variables en el estudio:

- Información demográfica básica de cada madre.
- Antecedentes obstétricos e información generada durante su ingreso (edad gestacional al ingreso, tipo de parto, planta de ingreso, duración del mismo, separación o no materno-filial, lactancia materna durante el ingreso, peso neonatal al alta).

Criterios de inclusión y de exclusión.

A. Criterios de inclusión.

Se seleccionaron las gestantes que ingresaron en el Hospital Universitario de Canarias (HUC) entre marzo de 2020 y diciembre de 2021 siendo COVID positivas y que dieron a luz durante el ingreso. La población de estudio fueron las unidades materno-filiales.

B. Criterios de exclusión.

Gestantes que ingresaron en el Hospital Universitario de Canarias (HUC) en el periodo descrito siendo COVID positivas y se fueron de alta sin dar a luz durante su estancia hospitalaria.

Madres que no aceptaron participar en el estudio.

Recogida de datos.

A través de consultas del Sistema de Información Clínica Asistencial (SAP) utilizado en el HUC, se recogieron datos de las variables demográficas y asistenciales a partir de las historias clínicas de las gestantes estudiadas. Los registros fueron anonimizados por uno de los investigadores (AHB) antes de su tratamiento. La capacitación de las madres para la lactancia materna se valoró en base a los comentarios de enfermería durante el ingreso de los recién nacidos. El cálculo de los percentiles de peso al nacimiento y de pérdida de peso de los recién nacidos durante la estancia hospitalaria se realizó con la ayuda de los recursos web “*Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Aplicación Nutricional (seghnp.org)*” y “*newbornweight.org*”, respectivamente.

La metodología cualitativa empleada consistió en la realización de dos grupos focales y una encuesta.

- Grupos focales: A todas las madres seleccionadas, mediante contacto telefónico se les ofreció participar en reuniones por videoconferencias de Zoom (grupos focales). La duración prevista de cada grupo focal fue de aproximadamente 60-90 minutos. El objetivo de los grupos focales fue identificar las experiencias y percepciones de las madres sobre el manejo materno-filial puerperal durante su estancia, estableciendo un debate entre un grupo muy pequeño de madres que han pasado por situaciones similares y así identificar patrones, tendencias y relaciones en las respuestas. Las conversaciones generadas por los grupos focales se transcribieron manualmente para su posterior análisis. Identificamos categorías conceptuales mayores en las que situar las reiteraciones detectadas en la conversación, y en ocasiones capturamos expresiones textuales de las participantes ilustrativas de las tendencias de sus diálogos. Además, se representaron “nubes de palabras” generadas online (“*nubedepalabras.es*”) como una herramienta que destaca visualmente estas tendencias repetitivas.
- Encuesta: La información extraída de esos grupos focales contribuyó al diseño de un formulario de encuesta que se envió a toda la muestra. Se llevó a cabo para recopilar información detallada sobre la experiencia de las madres durante el parto y el postparto. La encuesta se realizó en base a un formulario de Google

(https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfSG0n1IarotzKmN_s4NndtCi5dbSKsCSIDR-bs5qOexKLhGg/viewform?usp=sf_link) y se distribuyó a través de un enlace vía correo electrónico a las madres seleccionadas que quisieron participar. El formulario constó de 20 preguntas abiertas y cerradas, que se diseñó con opciones de respuesta según escalas de Likert, respuesta múltiple o campos de texto libre.

Análisis estadístico de los datos.

Las variables estudiadas fueron analizadas a través de un análisis estadístico descriptivo básico, reflejando los resultados como frecuencias absolutas, porcentajes, medias y desviaciones estándar según cada caso. Se llevaron a cabo gráficos de estos resultados realizados en la aplicación de hojas de cálculo “*Numbers*” (Apple Inc.).

Aspectos éticos y de confidencialidad.

Los grupos focales se llevaron a cabo en un entorno seguro y confidencial y tras consentimiento explícito de las madres (mediante llamadas telefónicas y correo electrónico) respecto a las circunstancias de su participación, que incluía la grabación de las sesiones para su posterior análisis. Las condiciones de anonimato y confidencialidad de la encuesta fueron informadas mediante correo electrónico y en el mismo formulario.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación médica (CEIm) del hospital el día 22 de diciembre de 2022, previo al inicio de recogida de datos de las pacientes estudiadas.

4. RESULTADOS

Durante el periodo de estudio 41 mujeres gestantes ingresaron en el HUC siendo COVID positivas. De ellas, 18 (43,9%) dieron a luz durante ese ingreso. Quince de ellas dieron su consentimiento para participar en el estudio (N=15).

En la **Tabla 1** se resumen las **variables epidemiológicas y clínico-asistenciales** de nuestra muestra. De ellas destacan los siguientes datos:

- Se identificó el *nivel de riesgo COVID* (17) vigente durante el ingreso de cada una de las gestantes de nuestra muestra. Una de las pacientes ingresó durante un nivel de alerta

0/circulación controlada, una en nivel de alerta 2/riesgo medio, seis en nivel de alerta 3/riesgo alto y seis en nivel de alerta 4/riesgo muy alto. En la paciente restante, cuyo ingreso fue en mayo de 2020, aún no existía una clasificación del riesgo publicada con este sistema de semáforo.

- La *edad gestacional* (EG) de las gestantes en el momento de ingreso fue a término en el 93,3% de los casos. La edad gestacional media de la muestra fue de 39.1 ± 1.3 semanas.
- El *parto* fue eutócico en el 46,7% de los casos, fórceps en el 13,3%, ventosa en el 13,3% y cesárea en el 26,7%.
- La *duración del ingreso* de las pacientes reflejó que 11 gestantes (73,3%) tuvieron una estancia hospitalaria de uno a tres días y cuatro estuvieron hospitalizadas entre ocho y 11 días (26,7%) (**figura 2**). La media de la duración del ingreso de todas las pacientes fue de 4.7 ± 3.5 días.
- Por último, no hubo *separación* materno-neonatal en el 80% de los casos (12 de las 15 madres). En las 3 restantes se asociaron causas obstétricas/neonatales (atonía uterina, prematuridad..).

En la **Tabla 2** se resumen las variables de los recién nacidos y la capacitación materna para la lactancia en la muestra seleccionada, destacando los siguientes datos:

- El *sexo* de los recién nacidos (RN) fue femenino en el 46,7% de los casos.
- El *test de Apgar* al nacimiento fue 9/9 en 14 de los 15 recién nacidos (93,3%), siendo 5/9 en un caso.
- El *peso al nacimiento* de la totalidad de los recién nacidos fue adecuado para la edad gestacional (AEG). La muestra osciló entre un P10-P95, estando dentro del intervalo de la normalidad.

- La *lactancia materna* (LM) se estableció en el 93,3% de los casos. La *capacitación materna* para la lactancia durante el ingreso fue evaluada como favorable en el 60% de las pacientes (nueve del total de madres se fueron de alta dando lactancia materna exclusiva a sus recién nacidos), mientras que un 33,3% (cinco) dieron lactancia mixta a sus bebés y el recién nacido restante se fue de alta con lactancia artificial (hubo separación por clínica materna) (**figura 3**).
- Un 73,3% presentó *pérdida de peso* al alta hospitalaria con respecto a su peso al nacimiento, un 20% ganó peso (debido a un tiempo de ingreso más prolongado en dos casos, y un caso con ganancia ponderal sin causa identificada). En el caso restante el peso se mantuvo estable o no fue actualizado en el registro. La pérdida de peso en el conjunto de la muestra fue del 4.3 ± 2.3 %. Esta variable se expresa en percentiles para cada niño en la tabla y en las **figuras 4 y 5**. Como puede observarse los percentiles de pérdidas de peso fueron moderados en la mayoría de casos, situándose en $< P50$ y algunos entre $P50$ y $P75$. De los 10 niños que perdieron menos peso ($P < 50$), tan solo un caso recibió suplemento (lactancia mixta).
- Respecto a las *altas precoces*, tan solo dos de los bebés de la muestra (13,3%) fueron dados de alta entre las 24-36 horas de vida.

Informe de Grupos focales.

De las 15 madres de la muestra, cuatro aceptaron participar en un primer grupo focal (grupo focal A) y tres en el segundo (grupo focal B). De las transcripciones de los grupos focales se identificaron tres grandes categorías: Vivencias y emociones, Circunstancias y Recomendaciones/aspectos a mejorar.

A. Vivencias y emociones.

En ambos grupos focales se observó que las mamás participantes expresaron sentimientos mayoritariamente negativos y preocupaciones relacionadas con su experiencia de parto siendo COVID-19 positivas.

En el **grupo focal A**, las principales tendencias emocionales identificadas incluyeron el *miedo*, la percepción de *trato deshumanizado* o falta de tacto por parte del personal sanitario, y la sensación de *soledad* y *aislamiento* en la habitación. Así, se observó una insatisfacción por los

protocolos establecidos. Todo ello llevó a una afectación emocional de las pacientes, que mencionaron sentirse asustadas, tristes, solas y afectadas emocionalmente:

“...muy asustada porque tengo COVID”

“...la de noches que me he pasado llorando porque mi parto hubiera sido diferente”.

“...me afectó mucho emocionalmente: estaba sola...”.

“...el protocolo, yo esa palabra ya es que la odio, se me erizan los pelos”.

“Mi primera hija fue un parto mágico, y el de mi hijo a veces no quiero ni recordarlo, fue horrible”

“...me sentí como si yo fuera desprendiendo vapor de virus”.

La *percepción de trato deshumanizado* pudo observarse en ciertas expresiones como:

“...tenemos ese sentimiento de tristeza, de descuido por parte del personal de planta”.

“... desplazada, con poca humanidad, con poca sensibilidad”.

“Las enfermeras no cuidaban los comentarios entre ellas, era como si yo fuera una extraña, me hicieron sentir así”.

“...el trato fue desagradable, como un castigo”.

No obstante, aunque el descontento con el trato recibido por parte del personal se describió como insensible, desagradable y poco humano en gran parte de los casos, también hubo alguna mención positiva de *experiencias de trato humano y cercano*:

“...una enfermera que entró y pensé: ‘dios mío, por lo menos queda algo de humanidad en alguien’. Esa chica curiosamente me dio esa tranquilidad de que me estaba ayudando...”.

“...se puso a mi lado agarrándome siempre la mano, ese hombre no perdió nunca la humanidad, el sentimiento”.

En este último comentario, la madre hacía referencia a un auxiliar de enfermería que estuvo en la ambulancia de camino al hospital, donde necesitó soporte respiratorio y posterior ingreso en UCI. Asimismo, mencionaba que en paritorio también la trataron muy bien, mientras que el trato en planta fue distinto.

Por otro lado, a pesar de que las pacientes estuvieron en una habitación conjunta con sus bebés (salvo la paciente que ingresó en UCI ya mencionada anteriormente), la *falta de contacto cercano* con los recién nacidos debido a las medidas de prevención, también generaron preocupación, enfado y mayores niveles de ansiedad en las pacientes:

“no entendía que yo le pudiera dar el pecho, pero no le pudiera dar un beso sino con la mascarilla siempre puesta”.

“...querían llevar al niño en una incubadora a la habitación, y yo dije que no, me puse como una fiera, como una leona”.

En relación a esto, algunas madres expresaron cierto grado de preocupación inicial por el *contagio* del virus a sus bebés, pero que se fue perdiendo:

“...aparte de ser mi hijo, era lo único a lo que me agarraba para poder pasar aquellas horas, así que perdí ese miedo de que el niño pudiera tener algo”.

En adición, las madres expresaron *enfado* por la realización de pruebas al recién nacido que ellas consideraban “excesivas”:

“¿Qué va a contagiar esa criatura, recién nacida?”.

En el **grupo focal B**, se identificaron patrones muy similares a los descritos en el grupo focal A: emociones como el *miedo*, la *angustia*, la *incertidumbre*, la sensación de *soledad* y *aislamiento*, y la *falta de cercanía* y *tacto* por parte de los médicos y enfermeros estuvieron muy presentes:

“... un poco de pánico y de incertidumbre”.

“... me tuvieron aislada en una habitación, mi experiencia fue muy mala”.

“... lo que sí echaba en falta que mi marido estuviese”.

“Yo pensaba que los médicos tenían un poco más de tacto”.

“... llegaron los resultados del COVID y hubo un cambio radical del trato, se notó mucho la diferencia”.

“No dejaron al papá tampoco conocerlo, lo tuvo que conocer en casa, que eso también fue un show para mí porque yo me imaginaba mi parto de otra forma más bonita”.

Otro aspecto a destacar que acompañó a la poca cercanía y frialdad de los sanitarios mencionada anteriormente fue la *percepción de falta de información* por parte de estos:

“... yo no sabía cómo darle el pecho a mi hijo. No tuve la cercanía de un doctor de ‘mira se hace así’, nada...”.

“No me dieron ninguna información, no me ayudaron en nada”.

“... me hicieron una analítica y la prueba del COVID, y nunca me informaron de nada”.

“Si me dicen que me dan el resultado de la niña a las 8 y me lo dan a las 11 de la noche, son 3 horas de incertidumbre y a medida que va pasando el tiempo más vas alimentando tus malos augurios y demás”.

“... había tenido ya una niña anteriormente, entonces yo creo que escapé gracias a eso. Si me pongo en la situación de que es la primera vez, las dudas y la incertidumbre son mucho mayores”.

“...casi todas las citas eran telefónicas, no sabía bien como estaba el bebé, y eso me preocupaba, ni siquiera sabía el sexo del bebé”.

Una de las participantes expresó una sensación de *culpabilidad* por haber dado positivo en el virus pandémico en el momento de dar a luz:

“Mi sensación cuando di a luz era un poco culpabilidad: ‘madre mía la que has liado dando positivo’, pensando si era por no haberme cuidado bien”.

Las participantes de este grupo focal mostraron de forma más intensa *miedo y angustia* por la posible *transmisión* del virus pandémico a sus bebés previo al parto y durante la lactancia materna:

“...yo escuchaba la palabra COVID y yo me moría de miedo, yo decía: ‘cómo nacerá mi hijo’ ”.

“... tienes miedo de pegárselo a tu hijo. A mi me dijeron: ‘dale el pecho, que eso le da anticuerpos’, y claro, a mí me daba miedo”.

“... a mí me preocupaba que si yo contagiaba qué problemas hubiera tenido la niña”.

Por último, de manera positiva, una de las madres se mostraba agradecida porque a pesar de la situación pudo estar en la habitación acompañada de su marido y recibió un buen trato por parte de la ginecóloga, de las matrones y de las auxiliares de enfermería:

“Nos aislaron en una habitación, pero estábamos los dos, a mi marido le dejaron una cama lo cual se agradece bastante. Doy gracias a que pude estar acompañada con mi marido porque si no no sé cómo podría haber respondido”.

“Sí es verdad que por parte de los matrones y la ginecóloga tuve respuesta y estuvieron muy cercanas conmigo cuando me tenían que meter en quirófano y demás”.

“Una auxiliar se portó conmigo súper bien, no me sentí como si fuese alguienapestado”.

En conclusión, con el análisis de las transcripciones de ambos grupos focales se determinaron patrones de emociones muy reiterados por las participantes: todas ellas sintieron miedo, falta de humanidad/tacto y soledad durante el ingreso (**figura 6**).

B. Circunstancias

Se identificaron circunstancias propias del ingreso de cada integrante de los grupos focales:

En el **grupo focal A**, una de las pacientes, ingresó porque tenía la tensión muy alta y “había roto aguas”. Era secundípara. Mencionó reiteradamente que durante su estancia en el hospital no paraban de separarle del niño, lo cual le angustiaba. No obstante, su marido pudo estar con ella durante el ingreso, lo cual agradeció. A destacar de sus circunstancias, comentaba la reiteración en la realización de analíticas a su recién nacido (“no paraban de meterle agujas en todas las partes de su cuerpo”), lo que repercutió de forma negativa en su vivencia.

La segunda integrante de la reunión fue madre por segunda vez en época pandémica. Hacía énfasis en aquella enfermera (ya mencionada en el apartado anterior) que la ayudó y le hizo ver que aún quedaba alguien con humanidad en esa situación. Mencionó que estuvo con mascarilla en todo momento y le pudo dar un beso a su bebé pasados 10 días.

La tercera madre tuvo una situación especialmente difícil: ingresó en la UCI por fiebre, dificultad respiratoria y hemorragia postparto, por lo que no pudo estar con su recién nacido los primeros días y ni siquiera hubo contacto “piel con piel”. Esta paciente destacó el hecho de que en la UCI la trataron muy bien, e incluso fue personal de paritorio a verla. En cambio, mencionó que el trato en planta fue totalmente distinto.

La última participante fue primípara y refería no haber tenido tan mala experiencia por ser su primer parto y no haber tenido ninguna referencia con la que comparar la situación. Pasó el ingreso sola con su hija, siendo esta positiva para COVID y su marido también. Estuvo muy angustiada durante el confinamiento en su domicilio tras el alta por si al bebé le pudiese pasar algo. Sin embargo, mencionó que su médico la llamaba hasta dos veces al día para comprobar que todo estuviera bien, lo que le generaba más tranquilidad.

En el **grupo focal B**, una de las tres madres mencionó que en el momento de su ingreso estaba todo más o menos “normalizado” y fuera de las fases pero, sin embargo, hubo un “pico de ola”

pandémica. Describió que las vivencias y emociones percibidas durante su ingreso se vieron atenuadas para ella porque pudo estar en la habitación junto a su marido.

Otra de ellas dio a luz en mayo de 2020, cuando estaba todo muy reciente, resaltando que todas las citas eran telefónicas durante el control de su embarazo. Además, esta paciente tuvo una hemorragia, motivo por el cual ingresó, mencionando que la atendieron muy bien. Tras dar positivo en COVID su marido se pudo quedar con ella durante el parto, pero posteriormente se tuvo que confinar en su domicilio.

Por último, la última integrante dio a luz en julio de 2021, justo cuando hubo un brote, y hacía especial hincapié en que era primeriza y en el aislamiento desde el primer momento en una habitación, lo cual agravó su percepción de soledad, miedo e incertidumbre.

Así, de forma general, en cada ingreso hubo circunstancias que, en algunas ocasiones, contribuyeron de manera positiva a las vivencias y percepciones de las pacientes durante su estancia hospitalaria y, en otras, de manera negativa (**figura 7**).

C. Recomendaciones

Se identificaron recomendaciones de cada una de las participantes que ellas consideraron que podrían haber hecho que su estancia hospitalaria fuese más acorde a su expectativa de experiencia de parto.

En el **grupo focal A**, se repitió reiteradamente la necesidad de *más humanidad y tacto* por parte de los sanitarios en una situación de sensibilidad como es la maternidad, así como la importancia de la *buena comunicación* y de *no generalizar los protocolos*:

“...las personas que trabajan con bebés deberían estar más implicadas en lo importante que es que la madre esté pegada al niño”.

“ustedes lo ven desde el punto de vista médico de que este niño se nos muere, o le pasa algo, tragedia. No desde el punto de vista de que este es el bebé y necesita a su madre, y está sano, vamos a controlarlo”.

“... la maternidad y el embarazo no es una enfermedad, no es una patología, es vida”

“No generalizar los protocolos. Porque el protocolo... a todas las mujeres que dan positivo en COVID hay que hacerles esto”.

“...no nos preguntan. Primero no nos explican lo que nos van a hacer, sino directamente te hacen”.

“...acércate a esa persona en ese momento de sensibilidad, de necesidad de sentirse bien, no diferente”.

“conservar más los comentarios, la forma de entrar en la habitación”.

“...necesitamos estar arropadas. Entonces necesitamos esa mano”.

“Que la humanidad, el sentido de tratar a las personas, no se pierda, que por lo menos existan esos ratitos de ‘tranquila, no pasa nada’ ”.

En el **grupo focal B**, demandaron una *comunicación* más eficiente y *mayor cercanía* por parte de los sanitarios, informando más a las personas acerca de los protocolos, así como que se hiciera un mayor *uso de la tecnología*:

“... decir ‘las pacientes que puedan dar a luz con COVID pues hay que hacerles este protocolo’ y que tú ya sepas si puedes ir acompañada, si no...”.

“El tema es la información, el estar desinformado, porque uno se hace ideas en la cabeza, que puede ser peor que la realidad”.

“... el tener un teléfono para preguntar dudas pues es una forma que estando en situación COVID podría ser que hubiese seguimiento”.

“ Un poco apoyarse en llamadas, en la tecnología, videoconferencias...”.

“... un poquito más de cercanía, un poco más de calor humano”.

“... no dejarte tanto tiempo sola, ya que no tienes a tus familiares y no dejan entrar a nadie, pues estar ellos un poco más apoyándote, ayudándote...”.

En definitiva, las participantes de los grupos focales, a raíz de sus propias vivencias, demandaban aspectos a mejorar que ellas consideraban que pudieron haberse hecho de otra manera para que su experiencia hubiese sido mejor. Entre ellas, las más demandadas fueron un trato más cercano y humano, individualización de la aplicación de los protocolos en cada caso, y el uso de herramientas tecnológicas para brindar un mayor apoyo y sensación de acompañamiento en este tipo de situaciones (**figura 8**).

Informe de Encuesta

Enviamos la encuesta a la muestra seleccionada, obteniendo respuestas de 10 madres. Se recopiló información sobre datos objetivos de su ingreso, sus vivencias y emociones, sus circunstancias de ingreso siendo COVID-19 positivas, y recomendaciones.

De las madres encuestadas un 70% fueron secundíparas, mientras que un 30% fueron primíparas. Respecto a la unidad de ingreso, un 40% de las madres declaran haber ingresado en la planta COVID (6ª par), un 30% en la unidad de Pediatría (1ª par) y tan solo un 10% en la unidad habitual de Obstetricia (4ª par). Un 20% no recordaba la unidad de ingreso al realizar la encuesta.

Del total de madres que respondieron la encuesta, nueve tuvieron la oportunidad de tener *contacto piel con piel* con sus bebés inmediatamente después de dar a luz. Respecto al *tiempo de lactancia materna*, el 70% mantuvo lactancia materna hasta los seis meses o más, el 20% tan solo durante el primer mes y el 10% durante dos meses.

A) Vivencias y emociones.

Del total de madres, un 40% tuvo una percepción de que el tiempo de ingreso era demasiado largo. Pudimos identificar una valoración muy dispar de la *calidad de la atención recibida* por parte de los sanitarios (**figura 9**) y, de igual manera la *cercanía* en el trato por parte de los sanitarios, que reflejó alta disparidad de valoraciones, algunas de ellas francamente negativas (**figura 10**). Asimismo, la *comunicación* durante la estancia (**figura 11**) y la *utilidad de la información recibida* para llevar a cabo los cuidados del bebé (**figura 12**) recibieron valoraciones muy heterogéneas.

Durante el ingreso, el 80% de las madres manifestó *emociones* de miedo y tristeza. Un 60% sintió incertidumbre, soledad y falta de apoyo. También hubo sentimientos de frialdad/trato distante (50%), ansiedad (40%), falta de empatía (40%), desesperanza (10%), desilusión (10%), enfado e impotencia (10%) y angustia (10%). Una de las madres encuestadas (10%) añadió que, de forma general, la trataron muy bien, sobre todo en paritorio.

Respecto al miedo y preocupación por la *posible transmisión del virus* pandémico a sus bebés, el 80% refirió haberlo percibido. Además, valoraron el *grado de interferencia de los protocolos hospitalarios* en el contacto con sus recién nacidos durante la estancia en el hospital, en cuanto al uso de mascarillas, distancia de seguridad, contacto piel con piel... resultando en una heterogeneidad de vivencias, desde madres que percibieron muy poca interferencia de estos protocolos hasta otras que percibieron interferencia máxima (**figura 13**). En aquellos casos en los que estos protocolos interfirieron en el contacto materno-filial, las madres refirieron sentirse emocionalmente tristes, con mucho miedo y preocupación. Asimismo, el *miedo a la*

transmisión a través de la distancia fue valorado de forma muy diferente por las madres encuestadas, manifestando algunas muchísimo miedo, otras de forma moderada, y otras ninguna preocupación (**figura 14**). El 85,7% indicó que ese miedo podría haberse aliviado con una mejor comunicación con los sanitarios.

Por otro lado, respecto a la *restricción de visitas* hospitalarias, el 60% de las madres no pudo estar acompañada por un familiar cercano. Esta falta de acompañamiento se describió con emociones de tristeza, soledad, de sentirse desplazada:

“Si, sentí culpabilidad, mucha tristeza y soledad, no entendía porque no podía estar acompañada”.

“Me sentí muy sola y desplazada”.

B) Circunstancias.

Se identificaron circunstancias propias del ingreso de algunas madres encuestadas que pudieron agravar o atenuar las percepciones y vivencias de su ingreso, de las que se destacaron dos:

Una de las madres comentó que fue un falso positivo, considerando que su experiencia de parto y postparto cambió por haber pensado que era positiva y que tendría “...que vivir con esta experiencia el resto de mi vida”. Además, mencionó que separaron al niño de ella demasiadas veces para lo que un bebé recién nacido necesita, pero que por suerte su marido pudo estar con ella y que sin él hubiera sido mucho peor la experiencia.

Otra de ellas refirió que la mayor parte de la comunicación médica fue vía telefónica, lo que le generó frialdad y distancia. Dio a luz un mes de agosto, con lo que comentaba que había altas temperaturas a lo que se sumaba la habitación cerrada con muy poca ventilación. Por último, mencionó que no medían los comentarios o pautas a seguir entre ellos: “hablaban de que tenían que limpiar todo por donde yo pasara el día del alta”

C) Recomendaciones.

Ocho de las 10 madres encuestadas aportaron recomendaciones acerca de lo que podría haberse hecho de otra manera en la atención recibida durante el ingreso.

En primer lugar, algunas de ellas resaltaron de nuevo la falta de humanidad durante su estancia en el hospital, sugiriendo que los *profesionales de la salud mostraran mayor comprensión, empatía y apoyo* hacia las madres en un momento tan vulnerable como el parto durante la pandemia:

“Cuando acabas de ser madre necesitas mucho apoyo, comprensión, ayuda... Tu estancia en el hospital debe ser agradable, en la medida de lo posible. Los que trabajan ahí, tanto médicos, enfermeros/as, auxiliares, etc., no deben perder la humanidad al tratar con personas que estén contagiadas por un virus y menos en la época que me tocó a mí, que no eran los primeros casos de COVID y ya los protocolos y medidas habían cambiado y todo estaba más avanzado e informado”.

“Creo que el trato con las mamás debería de ser más cercano, tener más tacto, cuidando la forma de hablarnos o de hablar entres ellos, no tratarnos como bichos contagiosos”.

También se mencionó que la *comunicación y la asertividad* por parte del personal de la salud fue un aspecto que se podría mejorar:

“...cuidando la forma de hablarnos o de hablar entres ellos, no tratarnos como bichos contagiosos”.

“Haber dado con mayor asertividad las respuestas dadas y en el menor tiempo posible”.

Por otro lado, se mencionó que los *protocolos y medidas implantadas* en el hospital debían mejorarse, refiriendo ciertas dificultades y molestias:

“...entiendo que es complicado pero no creo que sea necesario llevar a un bebé recién nacido en incubadora si está bien y su madre también sólo porque el protocolo lo diga, o que me tengan que trasladar en ambulancia si todos hemos dado negativo después de dos días ingresados y estamos bien y vamos a ir directamente a casa...”

“Creo que se debería analizar cada caso en particular y no tanto generalizar los protocolos, y escuchar las necesidades de las madres y los bebés por encima de todo. ¿Qué sentido tiene que esté con mascarilla con mi recién nacido si estamos solos en una habitación aislada?”.

Finalmente, algunas madres hicieron hincapié en la *necesidad de acompañamiento* durante la estancia hospitalaria, especialmente en situaciones de pandemia: algunas expresaron que se les

limitó la posibilidad de tener a sus parejas o seres queridos cerca, lo cual generó sensaciones de soledad y angustia en un momento tan importante como el nacimiento de su hijo/a:

“...la soledad de no tener a nadie familiar cerca”,

“...mi pareja sí se quería quedar conmigo y con la bebé, no le permitían salir y aún así le quitaron la cama de la habitación... creo que al menos una colchoneta le podían haber dado”.

5. DISCUSIÓN

En este estudio hemos intentado explorar la posible repercusión de la actual pandemia y sus protocolos asistenciales en algunos resultados neonatales, así como en las percepciones y vivencias de un grupo de madres que ingresaron en nuestro hospital y dieron a luz siendo COVID-19 positivas. Nuestra hipótesis inicial fue que bien la enfermedad materna, bien los protocolos asistenciales aplicados, podrían haber interferido en algunos resultados neonatales y distorsionado la experiencia materna. En líneas generales, pensamos que las madres han aportado información de gran utilidad respecto a su experiencia en unas circunstancias tan peculiares.

Respecto a la repercusión sobre el contacto materno-neonatal, hemos comprobado que se fomentó la estancia conjunta del recién nacido con su madre en la medida de lo posible, tal y como establecen las recomendaciones de la SENeo (15). En los tres casos en los que hubo separación, esta se debió a causas obstétricas/neonatales, excepto un caso de importante sintomatología materna. Estas causas mencionadas fueron prematuridad y un caso de atonía uterina que requirió ingreso en UCI, complicaciones de la infección materna ya citadas por estudios previos (1,2,3). En adición, la infección no tuvo repercusión negativa de manera directa en el contacto piel con piel al nacimiento: solo se identificaron algunos casos en los que hubo separación por las causas ya descritas.

Por otro lado, no se identificó morbilidad neonatal provocada por la infección materna: no pudimos objetivar transmisión vertical u horizontal en los casos estudiados. Así, coincidimos con otros estudios que reportaron una baja tasa de transmisión vertical (3,2%), así como de transmisión horizontal en el contexto de habitación conjunta y lactancia materna (0-1,6%)

(4,6,7). Tal es el caso de nuestra muestra, en la que la lactancia materna se estableció casi en la totalidad de los casos y no se objetivaron contagios.

Además, nuestros resultados de lactancia materna al alta (**figura 3**) indican que un 93% de los recién nacidos de la muestra se fueron de alta con lactancia materna (exclusiva o mixta) y se refleja en las madres encuestadas que el 70% mantuvo la lactancia materna seis meses o más, lo que supera los datos extraídos de Encuestas Nacionales de Salud (ENS) (18), que indican una tasa de lactancia materna en España (exclusiva y mixta) a las 6 semanas alrededor del 71%, y una duración media de la LM en nuestro país de 6 meses (46,9% en el año 2012). Además, la capacitación materna para la lactancia en nuestra muestra se evaluó favorablemente en los comentarios de enfermería, por lo que no identificamos ninguna consecuencia negativa de la positividad para COVID o de su manejo respecto a resultados objetivos en la lactancia. Asimismo, la pérdida de peso al alta fue evaluada con el objetivo de identificar una posible interferencia de la situación hospitalaria en la lactancia, resultando esta pérdida de peso en percentiles entre P50-P75 y mayoritariamente < P50, por lo que la pérdida de peso no fue excesiva en ningún caso (tampoco en los de LM exclusiva, como reflejan las **figuras 4 y 5**), interpretando que hubo una buena instauración de lactancia materna durante el ingreso. Tampoco parece que haya habido interferencia de los protocolos asistenciales en otras variables del manejo neonatal como la duración de la estancia (sólo hubo dos altas precoces).

En la parte cualitativa del estudio, focalizada en analizar la percepción subjetiva de las madres COVID-19 acerca de cómo vivieron los protocolos de manejo de la diada materno-filial, resultó muy interesante establecer en los grupos focales debates entre madres que han pasado por situaciones similares, y poder así entrar en profundidad en sus propias opiniones y percepciones.

Tanto en los grupos focales como en la encuesta, las vivencias durante la estancia hospitalaria de las pacientes reflejaron mayoritariamente emociones negativas: las madres sintieron miedo, sensación de soledad, enfado, ansiedad y tristeza, entre otros. Estas emociones se han observado previamente en otras investigaciones: un estudio que analiza el impacto psicológico negativo en pacientes hospitalizados con COVID-19 mostró que se dan mayores niveles de estrés, sensación de soledad, ansiedad y depresión en estos pacientes (9). También existen trabajos publicados que insisten en el riesgo psicológico en madres COVID-19 positivas: un estudio que analiza el impacto psicológico de estas en el noreste de Italia descubrió que las

pacientes presentaban mayores puntuaciones en la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) en comparación con madres que dieron a luz en un periodo similar pero un año antes de la pandemia (19). El 30% de las madres COVID-19 positivas del estudio mencionado tuvieron puntuaciones superiores a 12 en el cuestionario, siendo puntuaciones significativamente altas para anhedonia y depresión. De tal forma, la expresión de las emociones negativas ya descritas de nuestra muestra podría reflejar un impacto psicológico depresivo de la propia situación pandémica.

En adición, se identificó la percepción materna de trato deshumanizado y poco cercano por parte de los profesionales de la salud. Además, en el caso de madres que comparaban su experiencia con la de partos previos, se pudo identificar una mayor insatisfacción de la experiencia actual, mientras que alguna participante primípara del grupo focal mencionaba que su experiencia no había sido tan mala por no tener referencias previas de un parto en condiciones normales. También hubo algunos casos de atendimento más cercano, que por sus relatos se asociaban a patología grave (hemorragias, estado de gravedad en UVI...) pero que posteriormente cambió al ingresar en planta. Sobre esto, interpretamos que el trato pudo haber sido más humano porque en ese momento primaba la salud de las pacientes y el ser positiva para COVID pasó a un segundo plano, mientras que cuando ya estaba todo estabilizado, primaba lo segundo. Igualmente, hubo un caso en que la paciente refería que el trato fue cercano antes de conocer el estado de positividad para la infección y tras ello, cambió radicalmente, por lo que deducimos que esto pudo haber ocurrido por la presencia de miedo e incertidumbre en el personal sanitario, no siendo capaces de gestionar adecuadamente la situación. Pensamos que todo esto pudo haberse agravado por el nivel de riesgo covid presente durante el ingreso, ya que en la mayor parte de los casos fue riesgo alto o muy alto (**tabla 1**).

Dada la disparidad de valoraciones que pudimos observar en múltiples aspectos de la encuesta, tales como la cercanía, la calidad de la atención, de la comunicación, etc., nuestra percepción es que los protocolos no estaban enfocados en la vivencia de los pacientes hospitalizados, estando centrados casi en su totalidad en el manejo de la propia enfermedad COVID, y posiblemente estaban menos enfocados aún en ciertos grupos de pacientes como son las gestantes que ingresan para dar a luz, lo que no es una patología (aunque se requieran intervenciones médicas en algunos casos). Esto lo vemos reflejado en expresiones de las propias pacientes, tales como: "... la maternidad y el embarazo no es una enfermedad, no es una patología, es vida" o "...acércate a esa persona en ese momento de sensibilidad, de

necesidad de sentirse bien, no diferente”. En ese mismo sentido, las recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto (20) promueven que “el concepto de la experiencia en la atención es un aspecto fundamental para asegurar una atención de alta calidad en el trabajo de parto y mejores resultados centrados en la mujer, y no simplemente como un complemento de las prácticas clínicas de rutina”, estableciendo que “el parto es un proceso fisiológico que se puede llevar a cabo sin complicaciones para la mayoría de las mujeres y los bebés”. Además, la OMS define la experiencia de parto positiva como “la experiencia que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer, que incluye dar a luz a un bebé sano en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico y contar con apoyo práctico y emocional continuo, es decir, estar acompañada en el momento del nacimiento y ser asistida por personal amable y con competencias técnicas adecuadas”. Los protocolos manejados trataban a los pacientes por igual, de manera generalizada, y no se adaptaron a las necesidades de las mujeres gestantes. Destacamos que un 40% de la muestra tuvo una percepción de que el tiempo de ingreso era demasiado largo, pudiendo esto deberse a sus vivencias negativas y a las condiciones de los protocolos. Asimismo, se hizo mención al uso excesivo de llamadas telefónicas y la posible consecuente desinformación, reafirmando una vez más que se descuidaba el trato directo con la paciente. Por último, un 40% de las madres encuestadas declaró haber ingresado en la planta COVID (6ª par) aunque ninguna ingresó en esa planta (**tabla 1**). Pensamos que este dato podría apoyar la existencia de desinformación, generalización de los protocolos y la inexistente adaptación a los pacientes, teniendo una percepción errónea de la unidad de ingreso.

Todos estos hallazgos subjetivos de las pacientes pueden tener implicaciones importantes para la mejora de la atención perinatal en futuras posibles situaciones de crisis sanitarias como una pandemia. Por ello, se preguntó acerca de aspectos que pudieron haberse hecho de otra manera, con lo que identificamos que las madres demandan una atención humanizada, empática y segura para ellas y sus bebés. Otra recomendación que resultó muy interesante fue que se fomentase el uso de la tecnología mediante videoconferencias, lo que creemos que podría evitar gran parte de la desinformación que sintieron algunas, al ser más cercano que una llamada telefónica gracias al contacto visual, así como también evitar la sensación de soledad al respaldarse por sus familiares.

Entre las limitaciones del trabajo encontramos que la muestra de pacientes que cumplían los criterios de inclusión en el HUC y quisieron colaborar en el estudio fue muy pequeña (n=15) y

se trata de un estudio retrospectivo. Además, no tuvimos un grupo control de pacientes que ingresaron para dar a luz sin ser positivas en COVID en épocas similares con el que comparar los resultados obtenidos. Futuros estudios colaborativos, prospectivos o multicéntricos podrían aclarar la eficacia de algunas de las recomendaciones de nuestras madres (formación de los sanitarios en comunicación con pacientes en puerperio, uso de tecnología para mitigar el aislamiento, apoyo emocional a distancia, comunicación efectiva no presencial, etc).

Nos gustaría destacar la metodología cualitativa empleada en este trabajo, no demasiado frecuente en Medicina (se utilizan más en otras áreas como Psicología, Sociología, Marketing, etc.). Esta investigación nos ha dado la oportunidad de explorar y de intentar entender cuestiones muy subjetivas de las vivencias de las madres y profundizar en ellas, captando todo aquello que resultó negativo en su experiencia de parto en época de pandemia y pudo haberse hecho de otra manera. Así, confiamos que nuestro estudio y otros similares a futuro puedan ayudar a tener más en cuenta el bienestar y la calidad de la atención materno-filial durante el parto y el postparto en situaciones sanitarias extraordinarias como ha sido la pandemia COVID-19.

6. CONCLUSIONES

- No se identificaron consecuencias negativas de la positividad materna para el virus y su consecuente manejo en cuanto a resultados en el recién nacido: la salud del neonato, la lactancia y vínculo materno-filial no parecen haberse visto afectados por el estado vírico materno y los protocolos hospitalarios presentes.
- Los resultados de nuestro estudio parecen demostrar una repercusión emocionalmente negativa respecto a las vivencias de madres que dieron a luz siendo COVID-19 positivas.
- En futuras posibles situaciones similares, un trato más cercano y humanizado, así como la individualización de los protocolos según cada caso, podría garantizar una mejor experiencia.

7. ¿QUÉ HE APRENDIDO DURANTE ESTE TFG?

Durante la elaboración de este trabajo de fin de grado, varios aspectos han contribuido a mi aprendizaje:

- Me he familiarizado con la realización de una adecuada búsqueda de información científica en distintas bases de datos científicas (PubMed, Elsevier, Medline), utilizando bibliografía actualizada y útil para el estudio.
- He adquirido conocimientos teóricos acerca del manejo hospitalario en condiciones de pandemia, concretamente en gestantes que dan a luz siendo COVID-19 positivas. Asimismo, gracias a la bibliografía de otros estudios publicados, he podido conocer las repercusiones existentes de la infección de este virus sobre las gestantes y sus neonatos.
- He aprendido a realizar un análisis estadístico descriptivo básico de los resultados, así como a representar gráficos estadísticos en aplicaciones de hojas de cálculo.
- Me he introducido en la vivencia del paciente más allá de lo que veo en las prácticas como estudiante de Medicina, conociendo directamente a las personas a través de la transcripción de entrevistas y análisis de encuestas en las que era necesario tener una perspectiva empática en todo momento.

En definitiva, la realización de este TFG ha sido muy enriquecedora para poder introducirme en el mundo de la investigación científica. Creo que ha sido un trabajo muy bonito a lo largo de todo el proceso, con el que espero haber aportado mi pequeño granito de arena para que las madres que den a luz en futuras circunstancias similares puedan tener una mejor vivencia de parto y posparto.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Villar J, Ariff S, Gunier RB, Thiruvengadam R, Rauch S, Kholin A, et al. Maternal and neonatal morbidity and mortality among pregnant women with and without COVID-19 infection: The INTERCOVID multinational cohort study: The INTERCOVID multinational cohort study. *JAMA Pediatr* [Internet]. 2021 [citado el 25 de noviembre de 2022];175(8):817–26. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2779182>
2. Ko JY, DeSisto CL, Simeone RM, Ellington S, Galang RR, Oduyebo T, et al. Adverse pregnancy outcomes, maternal complications, and severe illness among US delivery hospitalizations with and without a Coronavirus disease 2019 (COVID-19) diagnosis. *Clin Infect Dis* [Internet]. 2021 [citado el 25 de noviembre de 2022];73(Suppl 1):S24–31. Disponible en: https://academic.oup.com/cid/article/73/Supplement_1/S24/6274300?login=false
3. Allotey J, Stallings E, Bonet M, Yap M, Chatterjee S, Kew T, et al. Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis. *BMJ* [Internet]. 2020 [citado el 5 de diciembre de 2022];370:m3320. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/370/bmj.m3320>
4. Raschetti R, Vivanti AJ, Vauloup-Fellous C, Loi B, Benachi A, De Luca D. Synthesis and systematic review of reported neonatal SARS-CoV-2 infections. *Nat Commun* [Internet]. 2020 [citado el 5 de diciembre de 2022];11(1):5164. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41467-020-18982-9>
5. Pietrasanta C, Artieri G, Ronchi A, Crippa B, Ballerini C, Crimi R, et al. SARS-CoV-2 infection and neonates: Evidence-based data after 18 months of the pandemic. *Pediatr Allergy Immunol* [Internet]. 2022 [citado el 5 de diciembre de 2022];33 Suppl 27(S27):96–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/pai.13643>
6. Ronchi A, Pietrasanta C, Zavattoni M, Saruggia M, Schena F, Sinelli MT, et al. Evaluation of rooming-in practice for neonates born to mothers with severe acute respiratory syndrome Coronavirus 2 infection in Italy. *JAMA Pediatr* [Internet]. 2021

- [citado el 15 de diciembre de 2022];175(3):260–6. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2773311>
7. Salvatore CM, Han J-Y, Acker KP, Tiwari P, Jin J, Brandler M, et al. Neonatal management and outcomes during the COVID-19 pandemic: an observation cohort study. *Lancet Child Adolesc Health* [Internet]. 2020 [citado el 15 de diciembre de 2022];4(10):721–7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352464220302352>
 8. Moss SJ, Krewulak KD, Stelfox HT, Ahmed SB, Anglin MC, Bagshaw SM, et al. Restricted visitation policies in acute care settings during the COVID-19 pandemic: a scoping review. *Crit Care* [Internet]. 2021 [citado el 15 de diciembre de 2022];25(1):347. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13054-021-03763-7>
 9. Zambrano JAC, Azanki MEC. Impacto Emocional en Pacientes Aislados de sus Familias. *Polo del Conocimiento*. [Internet]. 2021 [citado el 3 de febrero de 2023];6(11):1126–47. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8219346>
 10. Organización Mundial de la Salud (OMS). Breastfeeding and COVID-19. *Who*. [Internet]. 2020 [citado el 4 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Breastfeeding-2020.1
 11. Sevillano-Giraldo MD, Rodríguez-Gallego I, León-Larios F. Impacto de la pandemia por COVID-19 en la lactancia materna en España. Estudio cualitativo. *Matronas*. [Internet]. 2022 [citado el 11 de marzo de 2023];0(2):13-23. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/240/impacto-de-la-pandemia-por-covid-19-en-la-lactancia-materna-en-espana-estudio-cualitativo/>
 12. Márquez-Díaz RR. Interrupción del vínculo afectivo padres-hijo a causa de la pandemia de COVID-19. Experiencia de un caso. *Ene* [Internet]. 2022 [citado el 18 de marzo de 2023];16(1). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1988-348X2022000100010&script=sci_arttext&tlng=en

13. Vu Hoang D, Cashin J, Gribble K, Marinelli K, Mathisen R. Misalignment of global COVID-19 breastfeeding and newborn care guidelines with World Health Organization recommendations. *BMJ Nutr Prev Health* [Internet]. 2020 [citado el 5 de abril de 2023];3(2):339–50. Disponible en: <https://nutrition.bmj.com/content/3/2/e000184>
14. Organización Mundial de la Salud (OMS). Preguntas y respuestas sobre la COVID-19 y la lactancia materna. Who. [Internet]. [citado el 5 de abril de 2023]. 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-on-covid-19-and-breastfeeding>
15. Sociedad Española de Neonatología. Recomendaciones COVID-19 seNeo. Seneo.es. [Internet]. 2020 [citado el 5 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.seneo.es/images/site/COVID/Recomendaciones_SENeo_SARS-CoV-2_Version_6.2_27052020_.pdf
16. Sociedad Española de Neonatología. Algoritmo hijo de madre COVID-19. Seneo.es. [Internet]. 2020 [citado el 5 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.seneo.es/images/site/COVID/Algoritmo_Hijo_madre_COVID-19version_61.pdf
17. Gobierno de Canarias. Medidas específicas en supuestos de alta incidencia acumulada. *Gobiernodecanarias.org*. [Internet]. 2023. [citado el 4 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.gobiernodecanarias.org/principal/coronavirus/semaforo/>
18. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia materna en cifras: tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países [Internet]. *Aeped.es*. [citado el 9 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201602-lactancia-materna-cifras.pdf>
19. Zanardo V, Manghina V, Straface G, et al. Psychological impact of COVID-19 quarantine measures in northeastern Italy on mothers in the immediate postpartum period. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* [Internet]. 2020 [citado el

11 de mayo de 2023]. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9087548/?report=reader>

20. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendaciones de la OMS. Who. [Internet]. [citado el 9 de mayo de 2023]. Disponible en:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>

9. FIGURAS

Figura 1. Algoritmo de recomendaciones para el manejo perinatal del recién nacido de madre con sospecha de COVID-19 (16).

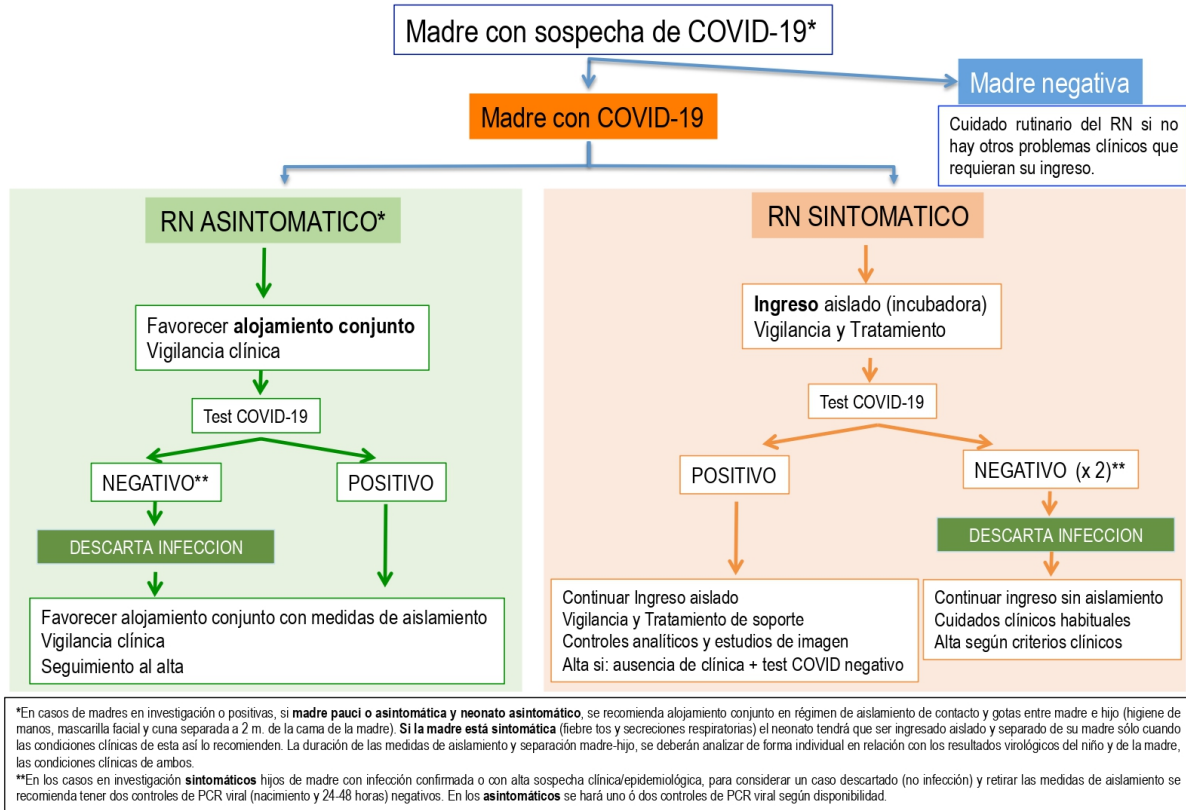


Figura 2. Representación del número de días de ingreso de las pacientes de la muestra.

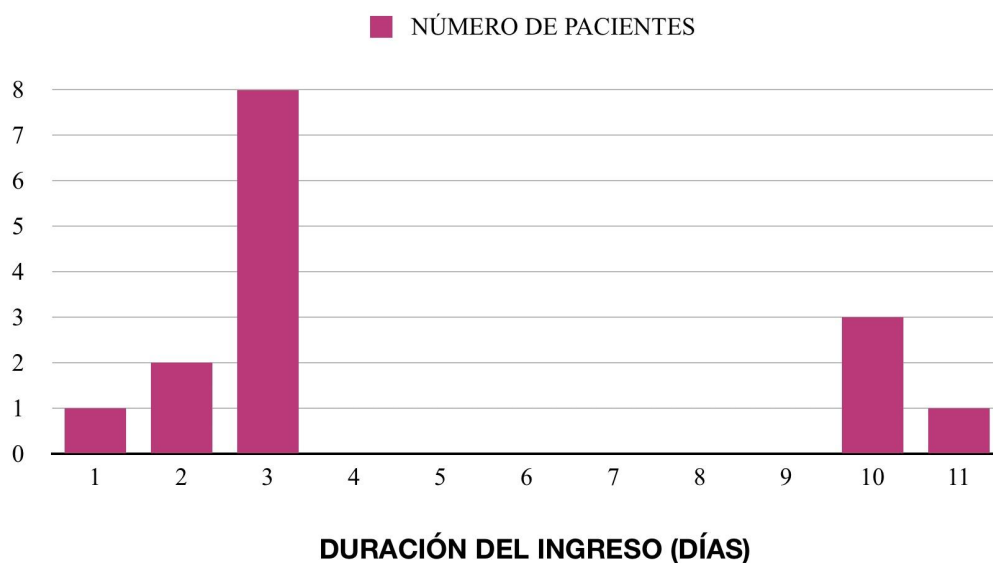


Figura 3. Clasificación del tipo de lactancia de los recién nacidos al alta.

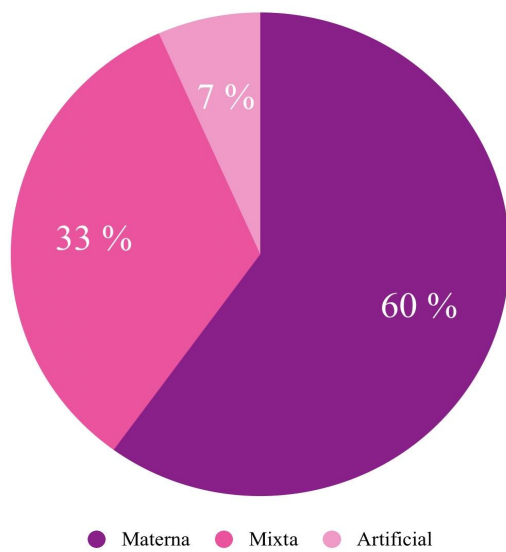


Figura 4. Representación de percentiles de pérdida de peso al alta de los recién nacidos de la muestra (alta entre las 24 y 72 horas de vida). El caso n°8 no se representa en la figura porque no hubo pérdida de peso durante la estancia.

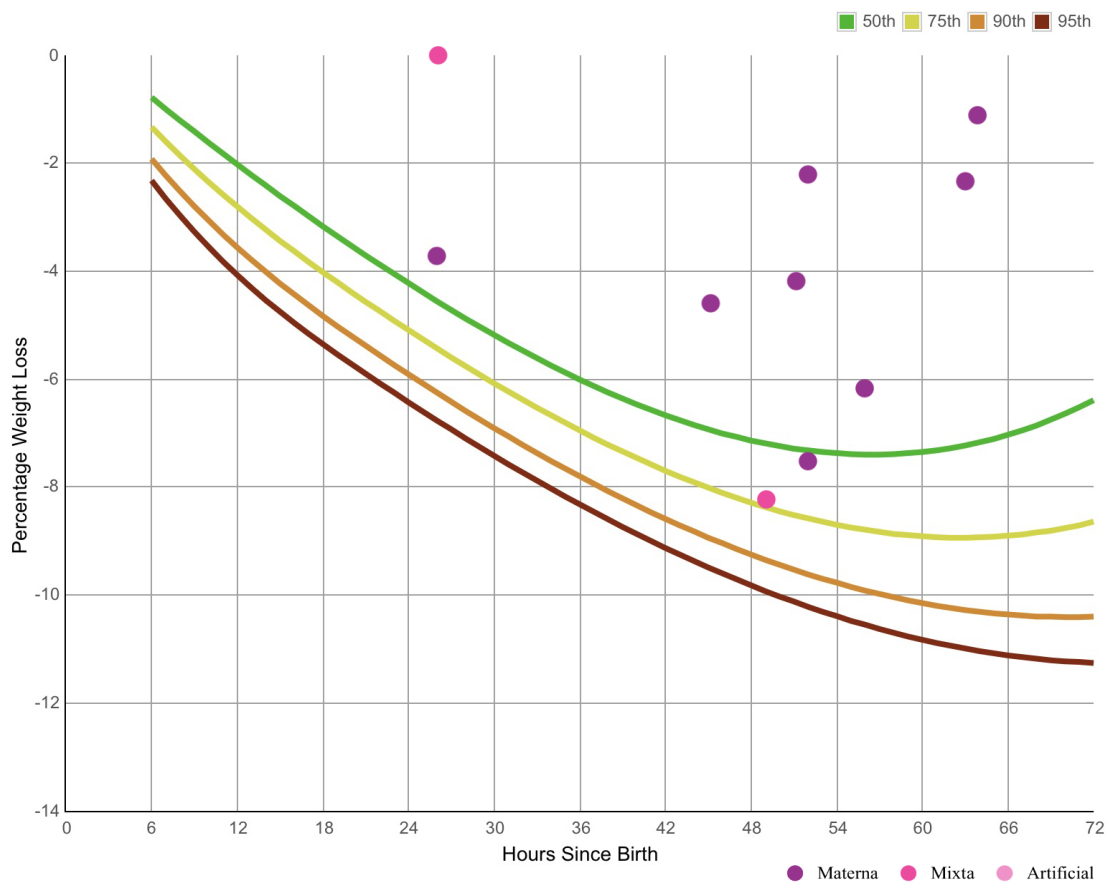


Figura 5. Representación de percentiles de variación de peso al alta de los recién nacidos de la muestra (alta posterior a las 72 horas de vida).

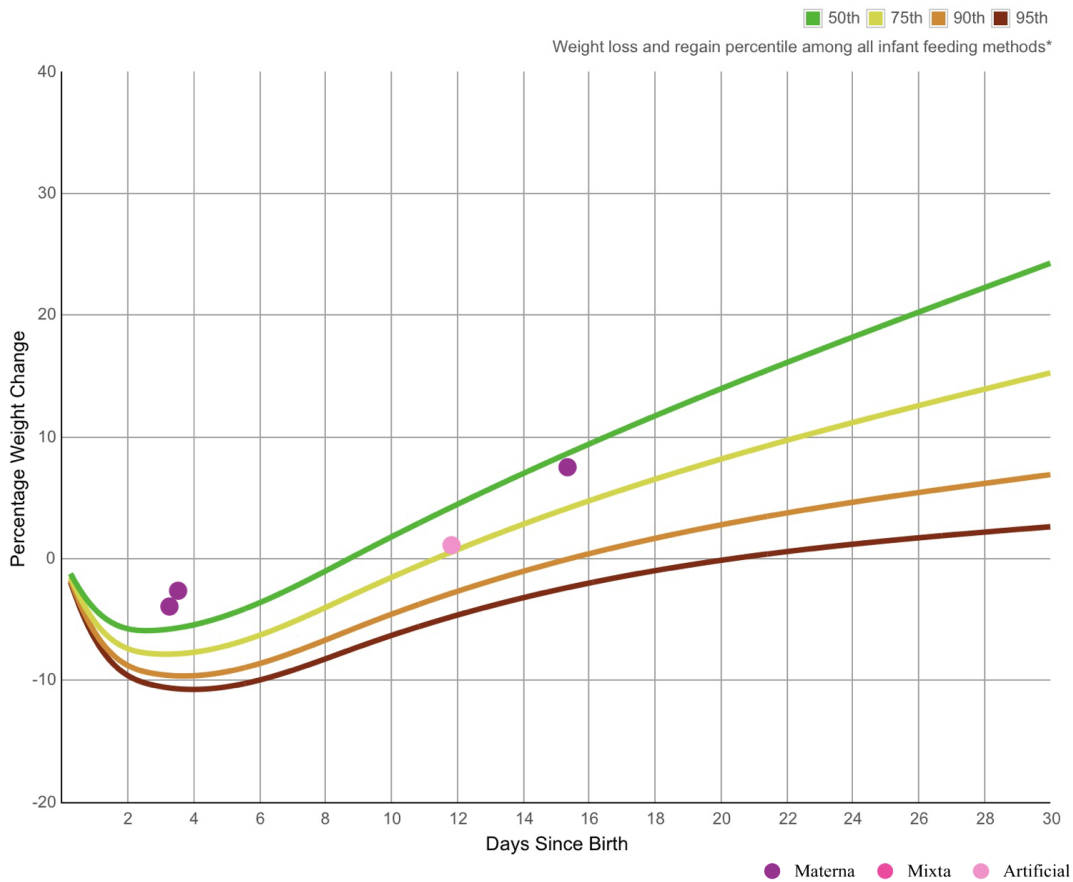


Figura 6. Patrones de sentimientos y vivencias identificados en los grupos focales.



Figura 7. Patrones de circunstancias identificados en los grupos focales.



Figura 8. Patrones de recomendaciones identificados en los grupos focales.



Figura 9. Valoración de las madres participantes en la encuesta acerca de la calidad de la atención percibida (1 = muy mala, 9 = muy buena).

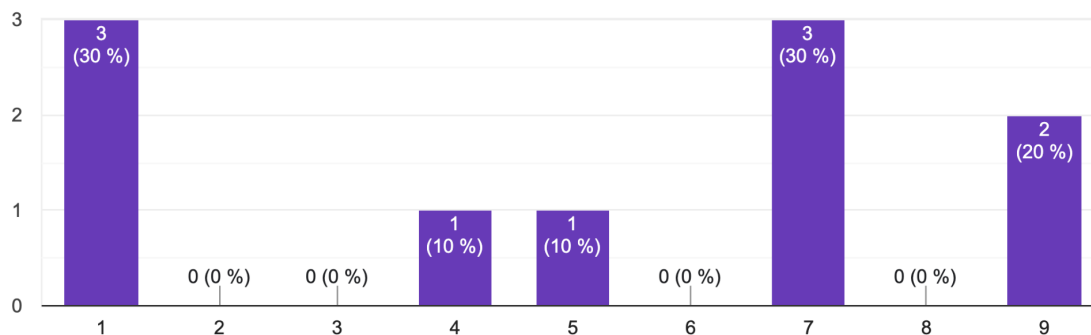


Figura 10. Valoración de las madres participantes en la encuesta acerca de la cercanía de la atención recibida (1 = muy fría, 9 = muy cercana).

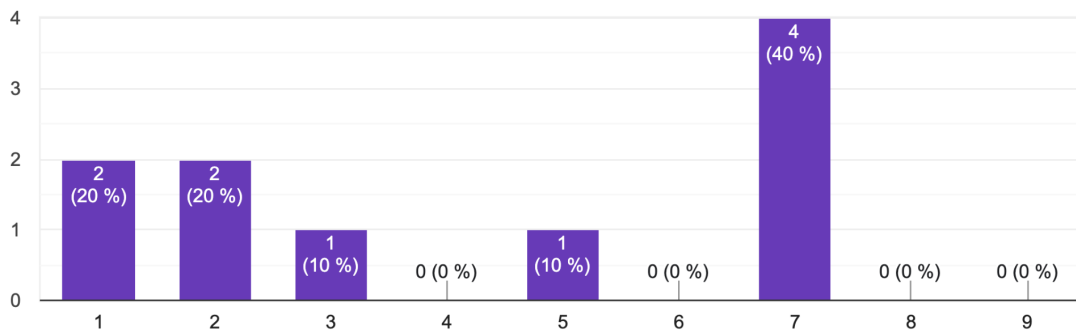


Figura 11. Valoración de las madres participantes en la encuesta acerca de la comunicación durante el ingreso (1 = comunicación muy insatisfactoria, 9 = comunicación muy satisfactoria).

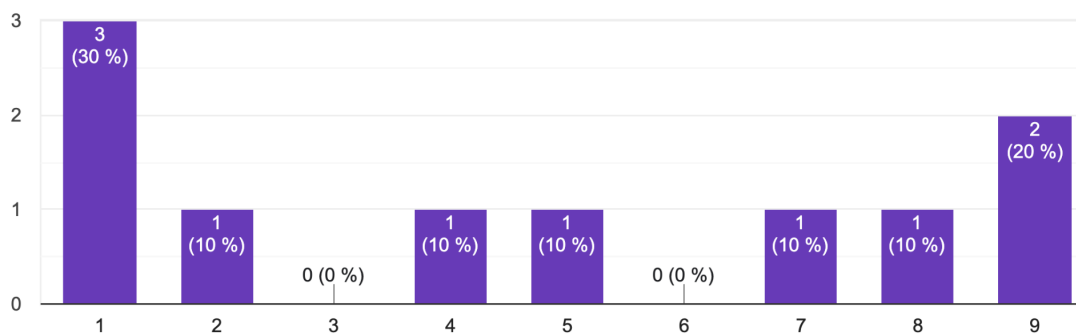


Figura 12. Valoración de las madres participantes en la encuesta acerca del grado en qué les ayudó la información recibida para llevar a cabo los cuidados del bebé (1 = me ayudó muy poco, 9 = me ayudó mucho).

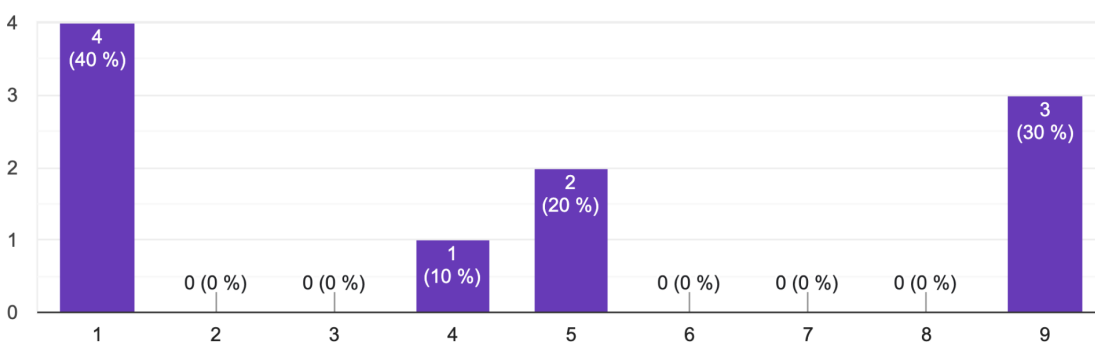


Figura 13. Valoración de las madres participantes en la encuesta acerca de si los protocolos hospitalarios interfirieron en el contacto con sus bebés durante la estancia (1 = muchísima interferencia, 9 = ninguna interferencia).

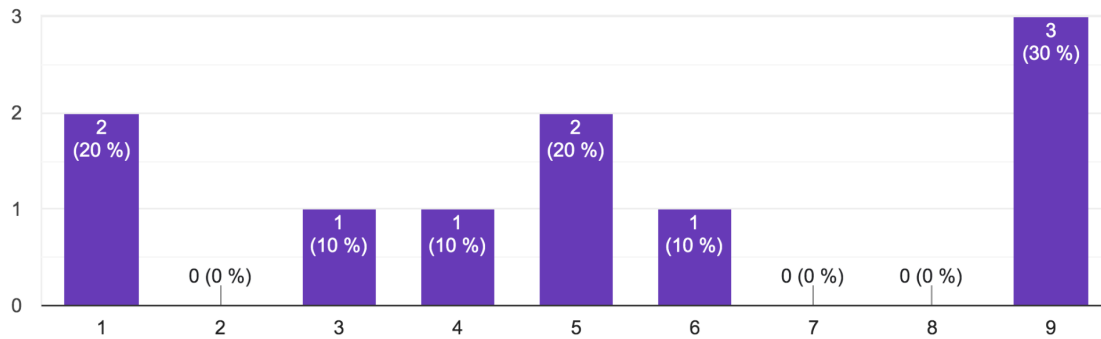
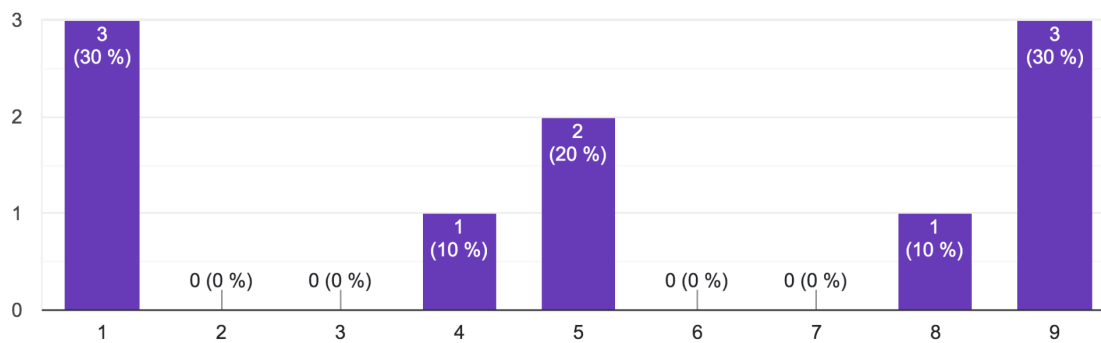


Figura 14. Valoración de las madres participantes en la encuesta acerca del miedo que sintieron por la posibilidad de transmitir el virus a través de la lactancia materna (1 = mucho miedo, 9 = ninguna preocupación).



TABLAS

Tabla 1. Variables epidemiológicas y clínico-asistenciales de las madres que ingresan con COVID-19 en el HUC y dan a luz durante el ingreso en el periodo estudiado.

	Fecha ingreso	Fecha alta	Duración ingreso	Riesgo COVID(*)	EG al ingreso	Tipo de parto	Unidad ingreso	Separación neonatal
Paciente n°1	31/05/20	01/06/20	1	No disponible	39+1	Eutócico	1ª par (Pediatria)	No
Paciente n°2	13/11/20	16/11/20	3		41	Eutócico	1ª par (Pediatria)	No
Paciente n°3	08/12/20	10/12/20	2		38	Eutócico	4ª par → 1ª par	No
Paciente n°4	05/01/21	08/01/21	3		39+6	Eutócico	1ª par (Pediatria)	No
Paciente n°5	06/03/21	09/03/21	3		40	Fórceps	1ª par (Pediatria)	No
Paciente n°6	24/03/21	28/03/21	3		40+3	Cesárea	1ª par (Pediatria)	No
Paciente n°7	20/04/21	30/04/21	10		37+6	Eutócico	4ª par → UVI(atonía)	Sí (causa materna)
Paciente n°8	29/06/21	02/07/21	3		40+1	Eutócico	1ª par (Pediatria)	No
Paciente n°9	27/07/21	29/07/21	2		37+4	Fórceps	1ª par (Pediatria)	No
Paciente n°10	01/08/21	04/08/21	3		39+4	Cesárea	1ª par (Pediatria)	No
Paciente n°11	22/07/21	05/08/21	10		36+3	Eutócico	4ª par (Obstetricia)	Sí (causa neonatal)
Paciente n°12	31/07/21	09/08/21	10		38+2	Cesárea	1ª par (Pediatria)	No
Paciente n°13	01/08/21	12/08/21	11		39+3	Cesárea	8ª par (Neumología)	Sí (causa materna)
Paciente n°14	14/08/21	17/08/21	3		38+6	Ventosa	4ª par (Obstetricia)	No
Paciente n°15	23/11/21	26/11/21	3		40+3	Ventosa	4ª par (Obstetricia)	No

(*) Información extraída de la web del Gobierno de Canarias (17). Nota: durante el mes de mayo de 2020 aún no había un sistema de clasificación del riesgo publicado.

Leyenda del semáforo del nivel de alerta tras la valoración del riesgo, Dirección General de Salud Pública: Nivel de alerta 0. Circulación controlada / Nivel de alerta 1. Bajo / Nivel de alerta 2. Medio / Nivel de alerta 3. Alto / Nivel de alerta 4. Muy alto.

Tabla 2. Características de los recién nacidos y la capacitación para la lactancia de las madres.

	Sexo RN	Test de Apgar	Peso al nacimiento	Peso al alta	Pérdida peso alta	Horas vida alta	LM	Capacitación LM
Paciente n°1	M	9/9	3758 g (P90-P95)	3620 g	3,67 % (P<50)	26 h	Sí	Favorable
Paciente n°2	H	9/9	3080 g (P10-P50)	3046 g	1,10 % (P<50)	64 h	Sí	Favorable
Paciente n°3	M	9/9	3450 g (P50-P90)	3290 g	4,64 % (P<50)	45 h	Sí	Favorable
Paciente n°4	H	9/9	3130 g (P10-P50)	3060 g	2,24 % (P<50)	52 h	Sí	Favorable
Paciente n°5	M	9/9	3045 g (P10-P50)	2816 g	7,52 % (P50-P75)	52 h	Sí	Favorable
Paciente n°6	H	9/9	3130 g (P10-P50)	3054 g	2,43 % (P<50)	63 h	Sí	Favorable
Paciente n°7	H	9/9	2575 g (P10-P50)	2770 g	-7,57% (P50-P75)	368 h	Sí	Favorable*
Paciente n°8	M	9/9	3040 g (P10-P50)	3098 g	-1,91 % (P<50)	70 h	Sí	Lactancia mixta
Paciente n°9	H	9/9	3400 g (P50-P90)	3400 g	0,00 % (P<50)	26 h	Sí	Lactancia mixta
Paciente n°10	M	9/9	3330 g (P50-P90)	3050 g	8,41 % (P50-P75)	49 h	Sí	Lactancia mixta**
Paciente n°11	H	9/9	2865 g (P50-P90)	2790 g	2,62 % (P<50)	83 h	Sí	Lactancia mixta
Paciente n°12	H	9/9	3324 g (P50-P90)	3196 g	3,85 % (P<50)	79 h	Sí	Lactancia mixta***
Paciente n°13	M	5/9	3980 g (P90-P95)	4005 g	-0,63% (P50-P75)	283 h	No	Lactancia artificial****
Paciente n°14	H	9/9	3060 g (P10-P50)	2870 g	6,21 % (P<50)	56 h	Sí	Favorable
Paciente n°15	M	9/9	3100 g (P10-P50)	2970 g	4,19 % (P<50)	51 h	Sí	Favorable

(*) Inicio con lactancia artificial por ingreso materno en UVI, que progresa a lactancia mixta y finalmente a lactancia materna con buena succión al alta. / (**) Se estimula la lactancia materna pero resulta poco efectiva. / (***) Le cuesta agarrar el pecho, pero la madre continúa con estimulación a la succión. / (****) Por separación materna por síntomas de COVID-19 hasta el alta.

ANEXOS

Anexo 1. Aprobación del estudio por el Comité de Ética e Investigación médica. (CEIm) del Hospital Universitario de Canarias (HUC).



El estudio de investigación titulado: “**Manejo materno-filial puerperal durante la pandemia por SARS-CoV-2: estudio cualitativo en madres COVID-19 positivas**”, versión 2, de 12 de diciembre del 2022, con código **CHUC_2022_108 (PerineoCovid)**, del que es Investigador Principal el Dr. ANGEL ANTONIO HERNANDEZ BORGES, ha sido evaluado por el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (Provincia de Santa Cruz de Tenerife) en su sesión del **22/12/2022**, y considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del Protocolo con los objetivos del estudio.

El procedimiento para obtener el consentimiento informado, incluyendo la hoja de información para los sujetos y el consentimiento informado, **versión 1, 13 diciembre 2022**, es adecuado.

La capacidad del Investigador y los medios disponibles son adecuados para llevar a cabo el estudio y no interfiere con el respeto a los postulados éticos.

Por todo ello, el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (Provincia de Santa Cruz de Tenerife) emite dictamen **FAVORABLE** para la realización de este estudio en el Hospital Universitario de Canarias.

Secretario Técnico en funciones del CEIm
Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

En la dirección https://sede.gobiernodecanarias.org/sede/verifica_doc?codigo_nde=0U_s1gf9VDyqxqcufLgjgfSJ1-pyzvkE2 puede ser comprobada la autenticidad de esta copia, mediante el número de documento electrónico siguiente:

0U_s1gf9VDyqxqcufLgjgfSJ1-pyzvkE2

