

Grado en Medicina
TRABAJO DE FIN DE GRADO
UNIVERSIDAD DE VALLADOLID
Curso 2022/2023

**INFLUENCIA DE LA PANDEMIA POR SARS-
COV-2 EN LAS TASAS DE LACTANCIA
MATERNA EXCLUSIVA**



Autora: Vanessa Haupt Arabia
Tutora: Dra. Sonia Caserío Carbonero

Servicio de Pediatría (Neonatología)
Hospital Universitario Río Hortega

ÍNDICE

1. Resumen y abstract	1-2
2. Introducción	3-6
3. Objetivos	7
1. Principal	
2. Secundarios	
4. Materiales y métodos	7-8
1. Tipo de estudio	
2. Criterios de inclusión	
3. Variables del estudio	
4. Fuente de Datos	
5. Análisis y Gestión de los datos	
6. Aspectos Ético-Legales	
5. Resultados	9-14
1. Variables sociodemográficas	
1.1. Variables Cuantitativas.	
1.2. Variables Cualitativas.	
1.2.1. Paridad	
1.2.2. Edad Materna >35 años	
1.2.3. Sexo del recién nacido	
1.2.4. Tipo de parto	
1.2.5 Método Canguro	
2. Análisis de las tasas de LM	
2.1. Influencia de las variables sociodemográficas en las tasas de LME	
2.1.1 Al alta	
2.1.2 A los 3 meses	
2.1.3 A los 6 meses	
2.2. Influencia de la nacionalidad materna al alta, a los 3 y a los 6 meses	
6. Discusión	15-18
7. Conclusión	19
8. Agradecimientos	19
9. Bibliografía	20-23
10. Anexos	24-25

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- SARS: Síndrome Respiratorio Agudo Severo.
- SARS-CoV-2: Síndrome Respiratorio Agudo Severo-Coronavirus 2.
- SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.
- SENEON: Sociedad Española de Neonatología.
- UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- CDC: Centro De Control y Prevención de Enfermedades.
- APILAM: Asociación para la Promoción e Investigación científica y cultural de la Lactancia Materna.
- AEP: Asociación Española de Pediatría
- LM: Lactancia Materna.
- LME: Lactancia Materna Exclusiva.
- CPP: Contacto Piel con Piel.
- IHAN: Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia
- HCIS: Health Care Information System.
- HURH: Hospital Universitario Río Hortega.

RESUMEN

Introducción: La pandemia por COVID-19 ha afectado sobre todo a los colectivos más vulnerables, entre los que se encuentran los recién nacidos y sus madres. Por otra parte, la evidencia sigue demostrando la importancia de la LME hasta los 6 meses, así como la promoción de aquellos factores que la favorezcan. Debido a la situación originada por el SARS-CoV-2, se tomaron medidas extraordinarias, que influyeron en la LME.

Objetivos: Analizar los factores y las características que han condicionado la LME los 6 primeros meses de vida de los lactantes durante el confinamiento por SARS-CoV-2 haciendo una comparación de las tasas de LME al alta, a los tres y a los seis meses.

Materiales y métodos: Estudio observacional analítico retrospectivo llevado a cabo mediante la obtención de datos mediante una base propia de la Unidad de Neonatología, HCIS y JIMENA. La población a estudio fueron los lactantes sanos nacidos en el periodo de confinamiento (del 15 marzo de 2020 al 25 de mayo de 2020), comparándose con los nacidos antes de la pandemia (del 15 marzo de 2019 al 25 de mayo de 2019).

Resultados: Se incluyeron 310 participantes en nuestro estudio que se compararon con 299 pacientes nacidos antes de la pandemia. Se halló un aumento del método canguro en el grupo 2020 (96,1% vs 92,3%). Una mayor paridad y edad materna, un mayor peso del recién nacido y una edad gestacional mayor, se relacionaron con mayor probabilidad de que el lactante fuera alimentado con LME. Las madres africanas tenían más probabilidades de alimentar a sus hijos con LME a los 3 meses (77,8% vs 60%, 54,9%, 0%) que el resto de nacionalidades estudiadas (América, Europa y Asia).

Conclusiones: Las tasas de LME no se vieron reducidas durante el confinamiento. Esto se debe a una serie de medidas que tuvieron como prioridad el bienestar madre e hijo y por tanto la lactancia materna: revisiones pre y postparto, pinzamiento tardío del cordón y método canguro. Al alta, en el grupo 2020 70,6% de lactantes recibían LME vs 65,6% en 2019, a los 3 meses 55,9% vs 55,2% y a los 6 meses 40% vs 33,7%. Los factores del recién nacido que más beneficiaron la LME fueron: un mayor peso y una mayor edad gestacional, sobre todo a los tres y seis meses de edad. Mientras que los maternos fueron una mayor edad, mayor paridad y la nacionalidad africana.

Palabras clave: lactancia materna, lactancia materna exclusiva, pandemia, COVID-19, SARS-CoV-2.

ABSTRACT

Introduction: The COVID-19 pandemic has mainly affected the most vulnerable groups, including newborns and their mothers. On the other hand, the evidence continues to demonstrate the importance of exclusive breastfeeding up to 6 months of age, as well as the promotion of those actions that favor it. Due to the situation caused by SARS-CoV-2, extraordinary measures were taken, influencing exclusive breastfeeding.

Objectives: To analyze factors and characteristics that have conditioned exclusive breastfeeding during the first 6 months of life of infants during the SARS-CoV-2 confinement, comparing exclusive breastfeeding rates at discharge, at 3 and 6 months.

Materials and methods: Retrospective analytical observational study carried out by obtaining data from a database of the Neonatology Unit, HCIS and JIMENA. The study population was infants born in the confinement period, between March 15, 2020 to May 25, 2020, compared to those born before the pandemic (March 15, 2019 to May 25, 2019).

Results: 310 participants were included in our study and compared with 299 patients born before the pandemic. We found an increase in the kangaroo method in the 2020 group (96.1% vs 92.3%). Higher maternal parity and age, higher newborn weight and higher gestational age showed a higher likelihood of the newborn being exclusively breastfed. African mothers were more likely to exclusively breastfeed at 3 months (77.8% vs 60%, 54.9%, 0%) than the other nationalities studied (America, Europe and Asia).

Conclusions: Exclusive breastfeeding rates were not reduced during confinement. This is due to a series of measures that prioritized mother and child well-being and therefore breastfeeding: antepartum and postpartum check-ups, late cord clamping, kangaroo method. At discharge, in the 2020 group 70.6% of infants were exclusively breastfed vs 65.6% in 2019, at 3 months 55.9% vs 55.2% and at 6 months 40% vs 33.7%. The newborn factors that most benefited breastfeeding were: higher weight and higher gestational age, especially at 3 and 6 months of age. While the maternal factors were older age, higher parity and African nationality.

Key words: breastfeeding, exclusive breastfeeding, pandemic, COVID-19, SARS-CoV-2.

INTRODUCCIÓN

A finales del año 2019 se identificó un nuevo coronavirus: SARS-CoV-2 en Wuhan, China. Este virus era responsable de un número creciente de neumonías, propagándose con rapidez entre la población mundial. Se trata de un ARN virus del mismo subgénero que el virus causante del SARS, siendo probablemente los murciélagos su fuente principal, aunque aún es desconocido el mecanismo de transmisión interespecie. La transmisión principal del virus en humanos es horizontal por el contacto persona-persona a través de la respiración mediante gotas o aerosoles.(1)

El 11 de marzo de 2020, ante la aparición de gran cantidad de casos en todo el mundo, la velocidad de propagación del virus, y el aumento de tasas de fallecidos por esta enfermedad, la OMS declaró una pandemia internacional. Para intentar hacer frente a esta situación el 14 de marzo de 2020 se declaró el estado de alarma en España, lo que conllevó a adoptar medidas extraordinarias (limitación de las salidas del domicilio, cierre de centros educativos, teletrabajo...) extendiéndose hasta el 21 de junio de 2020. Desde ese momento, la población española fue adaptándose a "una nueva normalidad" llena de incertidumbre.(2,3)

La pandemia por COVID-19 ha ocasionado un gran impacto en el Sistema Sanitario a nivel mundial, viéndose afectado en todos sus niveles. Los más influenciados por esta pandemia fueron las personas vulnerables entre las que se encontraban las embarazadas y sus recién nacidos. La incertidumbre asociada al riesgo de transmisión del SARS-CoV-2 así como el desconocido impacto que podría tener sobre el recién nacido si se infectase, junto con las medidas de los diferentes gobiernos para minimizar el contagio y propagación del virus, repercutieron sobre las tasas de lactancia materna, tanto negativa como positivamente, aunque aún se desconoce el impacto real. (4,5)

Sin embargo, cada vez hay más estudios que parecen indicar que no existe transmisión vertical, ya que no ha sido posible aislar al SARS-CoV-2 en muestras de líquido amniótico, placenta, sangre extraída de cordón umbilical ni en la leche materna de mujeres infectadas por dicho virus.(6–8) Se ha demostrado que el riesgo de transmisión horizontal en recién nacidos es el mismo que el de la población general, cuando están en contacto estrecho con personas infectadas.(9)

Las primeras recomendaciones del comienzo de la pandemia (marzo de 2020) entre las que se encuentran las de la SEGO y de la SENEIO, contemplaban el aislamiento de las

madres infectadas por SARS-CoV2 separándolas de sus recién nacidos, así mismo desaconsejaban la lactancia materna en estos casos y el método canguro (piel con piel). (10–12)

Más adelante, las nuevas recomendaciones de organizaciones internacionales como la OMS, UNICEF, CDC, APILAM y la SENEIO (11) recomiendan el contacto piel con piel del neonato con su madre y la lactancia materna aún en madres infectadas por SARS-Cov-2, manteniendo las precauciones higiénicas para disminuir el riesgo de contagio (lavado de manos con agua y jabón antes de tocar al neonato, uso de alcohol al 70% antes y después de amamantar, uso de mascarilla en todo momento). (12)

Si el estado de salud materno no permite llevar a cabo de forma segura para ambos el amamantamiento, se aconseja seguir alimentando al neonato de forma indirecta con la leche materna previamente extraída de la madre o procedente de un banco de leche materna, siendo conveniente que el padre pudiera alimentar a su hijo con la leche extraída para fortalecer el vínculo entre ambos.(13,14)

Hay estudios que han demostrado la presencia de anticuerpos IgA frente al virus SARS-CoV-2 en la leche de mujeres infectadas, por lo que estos anticuerpos pasarán al neonato originando así una protección frente a una posible infección futura.(11,15,16) Por esa razón, es probable que la lactancia materna proteja al lactante frente a la infección.

La pandemia ocasionó una reducción en el número de visitas (tanto dentro como fuera del hospital) de las madres y sus bebés, una limitación de entrada de personal sanitario en las habitaciones para evitar contactos innecesarios, limitación en las salidas diarias del hogar, reducción de vida laboral fuera de casa, y un aumento del teletrabajo. Todas estas medidas trajeron consigo un incremento del tiempo que disponían las madres para estar con sus recién nacidos sin interrupciones, aumentando así el tiempo dedicado al contacto piel con piel, favoreciendo la lactancia materna exclusiva en muchos casos y disminuyendo la utilización de alimentación complementaria. (10)

Diversos estudios han demostrado que es muy importante el apoyo a las madres para fomentar una lactancia materna adecuada. La limitación de las visitas de los profesionales expertos en lactancia materna a las madres y sus bebés para reducir el contagio, ha podido traer consigo consecuencias negativas.(10,17,18)

Es importante tener en cuenta el efecto a largo plazo que tendrá la pandemia. El grado de satisfacción de una madre con respecto a su experiencia en la lactancia materna de su primer hijo es un factor que influye de manera directa en la probabilidad de amamantar a sus siguientes bebés. De esta manera, mujeres que hayan sido madres durante la pandemia estarán influenciadas por su experiencia con la lactancia en este periodo, influyendo así el COVID en tasas de lactancia futuras.(10,19)

Estudiar el impacto actual y futuro en la tasa de lactancia materna es de gran importancia, puesto que la LME es el mejor alimento para los recién nacidos desde que nacen hasta los 6 meses de edad, tanto es así que la OMS establece como objetivo mundial para 2025 la instauración de LME durante los primeros 6 meses de vida al menos en un 50% de la población.(17) La promoción de la LME es un problema de salud pública, ya que solo un 44% de la población mundial(10) (en España esta cifra se reduce a un 39%) de lactantes reciben LME durante sus 6 primeros meses de vida.(20)

Las primeras horas de vida en un ser humano son claves en su desarrollo neuronal, y también, en su relación y respuesta al entorno (termorregulación, ritmo cardíaco, patrón respiratorio...).(10,14,21) De manera innata, el ser humano al nacer buscará el alimento en sus primeras horas de vida, por ello es clave el inicio precoz de la lactancia materna única y exclusiva. La leche materna aporta protección inmunitaria, nutrientes esenciales para el bebé en cada momento del día, y las propiedades necesarias para un desarrollo adecuado del neonato (disminuye la incidencia de muerte súbita del lactante, las enfermedades de origen inflamatorio, el asma, la Diabetes Mellitus, la obesidad...). Además, en la madre reduce el riesgo de depresión postparto, de anemia, de cánceres ginecológicos, entre otras patologías. (22)

En definitiva, se sabe que la lactancia materna mejora las tasas de supervivencia de los recién nacidos, mejorando a su vez la salud física y mental de las madres.(5)

Sin embargo, la alta presión sanitaria, la reducción de espacios disponibles, así como el miedo de la población al contagio ha limitado el uso de los protocolos habituales y recomendados en muchos centros. (12)

El HURH dispone de un protocolo de actuación para lograr el inicio precoz de la lactancia materna. Este protocolo, emitido el 01/02/2020 en consenso con la IHAN, no se ha modificado a pesar de la pandemia por SARS-CoV-2.

- Antes del parto, la matrona debe informar a la futura mamá sobre los beneficios que tiene la LME los primeros 6 meses de vida, y preguntará sobre su decisión con respecto a la alimentación de su bebé.
- Tras un parto eutócico sin incidentes, siempre que la situación de la madre y el bebé lo permitan, se realiza el inicio del contacto piel con piel de manera inmediata, colocando al recién nacido en decúbito prono en la región intermamaria de la madre, lo que se conoce como "método canguro". Después, se realiza un pinzamiento "tardío" del cordón umbilical (1-3 minutos desde el nacimiento como recomienda la OMS)(23). Se realiza el test de Apgar, se identifica al recién nacido y se trasladan ambos a la Unidad de Obstetricia, todo ello mientras se mantiene el contacto piel con piel madre-hijo. No se debe realizar la separación del recién nacido de su madre al menos durante 50 minutos ininterrumpidos.
- Tras una cesárea, se ofrece a las madres el CPP temprano. Si las condiciones del neonato y su madre lo permiten, se debe colocar al bebé inmediatamente al nacer en el pecho de la madre y desde ahí realizar el estudio del bebé. Se debe mantener este contacto al menos una hora de manera continua.
- Si las condiciones maternas no permiten este contacto temprano, puede iniciarse el CPP precoz con el acompañante.
- Una vez en la planta de maternidad, si la madre ha decidido iniciar LM, un profesional especializado (matrona y pediatra) evaluarán el agarre al pecho del recién nacido.
- Al alta, se incluirá a la paciente si así lo desea en grupos de apoyo a la lactancia y en las revisiones posteriores con la matrona/pediatra podrá consultar en cualquier momento dudas acerca de la alimentación del bebé.

OBJETIVOS

1. Objetivo principal

- Analizar los factores que han condicionado la lactancia materna exclusiva (LME) los 6 primeros meses de vida de los lactantes durante el confinamiento por SARS-CoV-2. Para ello, se realizará una comparación de las tasas de lactancia materna al alta, a los tres y a los seis meses de vida durante dos fases: un periodo que corresponde al confinamiento en España por SARS-Cov-2 (2020) y otro anterior a la pandemia (2019).

2. Objetivos secundarios

- Estudiar los factores epidemiológicos y características clínicas de los lactantes que reciben lactancia materna.
- Conocer las características de las pacientes que reciben lactancia materna, así como de las madres que la llevan a cabo.
- Comparar las tasas de lactancia materna obtenidas en nuestro estudio con tasas extraídas de otros hospitales en el mismo período de tiempo.

MATERIALES Y MÉTODOS

1. Tipo de estudio

Estudio observacional analítico retrospectivo sobre los recién nacidos sanos que ingresaron en la planta de maternidad tras su nacimiento en el Hospital Universitario Río Hortega (HURH).

2. Criterios de inclusión

Recién nacidos sanos nacidos en el HURH en dos periodos diferentes:

1. Periodo anterior a la pandemia por COVID-19: 15 marzo de 2019 al 25 de mayo de 2019.
2. Periodo de confinamiento por SARS-CoV-2: 15 marzo 2020 al 25 de mayo de 2020.

3. Variables del estudio

- **Antecedentes maternos:** nacionalidad, edad.

- **Antecedentes embarazo y parto:** paridad, tipo de parto, edad gestacional, test de Apgar al minuto y a los 5 minutos, sexo del recién nacido y peso al nacimiento.
- **Tipo de alimentación:** tasas de lactancia materna exclusiva al alta, a los 3 y a los 6 meses.

4. Fuente de Datos

Los datos obtenidos se han extraído de una base de datos propia de la Unidad de Neonatología, HCIS y JIMENA.

5. Análisis y Gestión de los datos

La información recopilada de los participantes fue recogida y anonimizada mediante una base de datos "Excell". Para la realización del análisis estadístico fue empleado el software SPSS 24.00. Se utilizó un estudio descriptivo, las variables cuantitativas se representan con la mediana y rango intercuartílico (RIC), mientras que las variables cualitativas se describieron utilizando frecuencias absolutas y relativas (%). Se emplearon diferentes métodos estadísticos para comparar las variables en este estudio: la prueba U de Mann-Whitney para las variables cuantitativas, la prueba de Chi-cuadrado para tablas de contingencia 2x2 y/o el contraste de proporciones para evaluar la relación o dependencia entre variables cualitativas. También se utilizó la prueba exacta de Fisher si más del 25% de las frecuencias esperadas eran menores de 5. Se consideró que los resultados eran significativos si el nivel de confianza era del 95% ($p < 0.05$).

6. Aspectos Ético-Legales

La investigación se llevó a cabo siguiendo el código de buenas prácticas científicas, siguiendo la Declaración de Helsinki, garantizando la protección de datos del paciente y los derechos digitales (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre), la investigación biomédica (Ley 14/2007 de 3 de Julio) y la Ciencia, Tecnología e Investigación (Ley 14/2011 del 1 de junio). Los datos fueron obtenidos de una base propia de la Unidad de Neonatología, HCIS y JIMENA, y se anonimizaron codificándose mediante números sin mostrar información personal. Al tratarse de un estudio observacional retrospectivo descriptivo en el que se recogerán los datos de los pacientes y se analizarán de forma global anónima no fue necesaria la solicitud de Consentimiento Informado.

El presente estudio fue autorizado por el Comité de Ética y de Investigación Clínica (CEIC) en el área de Salud de Valladolid Oeste el 13/01/2023 (CEIm: 23-PI006).

RESULTADOS

El estudio se realizó mediante la comparación de dos grupos. En el grupo "2020" se recogieron datos de 310 lactantes sanos nacidos durante el periodo de confinamiento por SARS-CoV-2: "15 marzo 2020 al 25 de mayo de 2020". En el grupo "2019" se recogieron los datos de 299 lactantes sanos nacidos en las mismas fechas un año antes, del "15 marzo de 2019 al 25 de mayo de 2019".

1. Variables sociodemográficas

1.1 Variables Cuantitativas

Las características sociodemográficas cuantitativas se muestran reflejadas en la **Tabla 1**. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en las siguientes variables (Edad Materna, Peso RN, Edad Gestacional, Apgar en el minuto 1, Apgar en el minuto 5).

	2019 (n=299)	2020 (n=310)	p
EM (años)	38 (34,41)	37 (34,40)	0,233
PESO RN (gramos)	3300 (3035,3570)	3347,5 (3075, 3595)	0,246
EG (semanas)	40 (39,40)	40 (39,40)	0,803
Apgar1	9 (9,9)	9 (9,9)	0,589
Apgar5	10 (10,10)	10 (10,10)	0,808

Tabla 1. Variables sociodemográficas en los dos grupos a estudio. EM: edad materna. RN: recién nacido. EG: edad gestacional.

1.2 Variables cualitativas. Análisis mediante tablas cruzadas.

Las características sociodemográficas cualitativas analizadas fueron: paridad, edad materna >35 años, sexo del recién nacido, tipo de parto y método canguro. A continuación, se procederá a representar algunos datos relevantes obtenidos en el estudio de estas variables.

1.2.1 Paridad

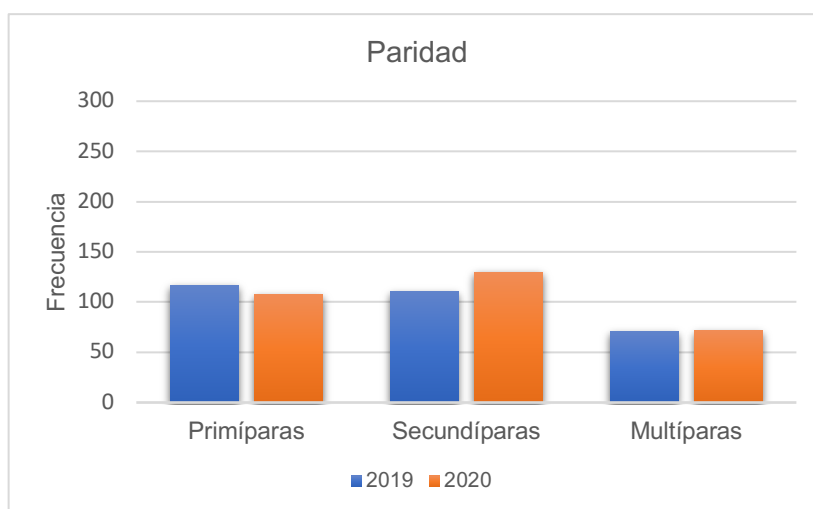


Gráfico 1. Tipo de paridad materna. Se observó un mayor número de secundíparas en el grupo 2020: 41,9% vs 37,1% en 2019. A pesar de lo observado, las diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p=0,435$).

1.2.2 Edad Materna >35 años

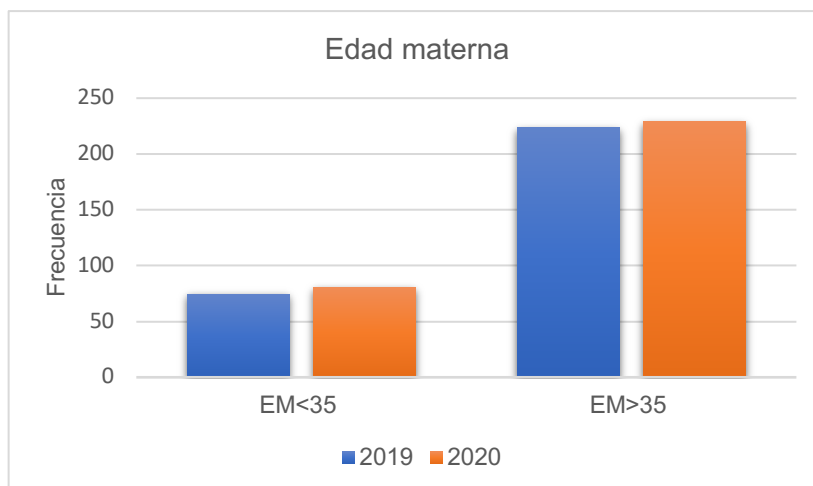


Gráfico 2. Edad materna >35 años. EM: Edad Materna. Se observó una leve disminución de la edad materna en la pandemia. En el grupo 2020 un 73,9% tenían más de 35 años vs 74,9% en 2019. Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,768$).

1.2.3 Sexo del recién nacido

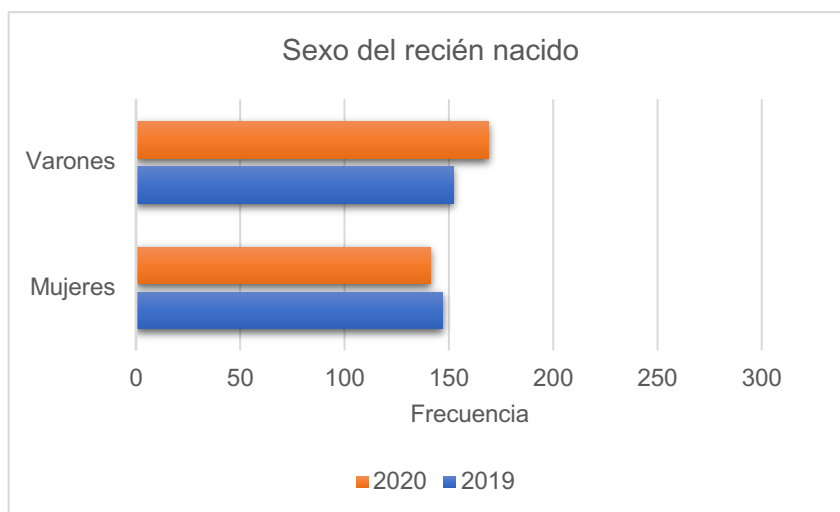


Gráfico 3. Sexo del recién nacido. Se observó un mayor número de varones en el grupo 2020: el 54,5% fueron varones, mientras que en el grupo 2019 representaban el 50,8%. A pesar de los resultados descritos, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,363$).

1.2.4 Tipo de parto

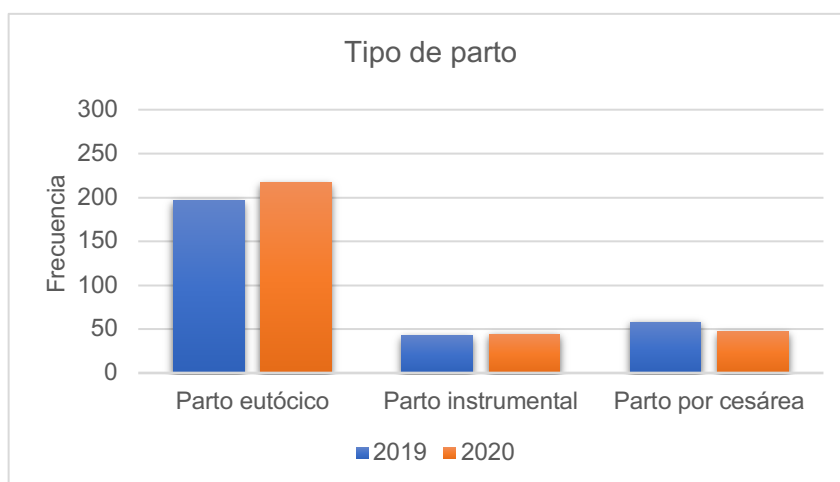


Gráfico 4: Tipo de parto en ambos grupos. El tipo de parto más frecuente en ambos grupos fue el eutócico (parto que se desarrolla por vía vaginal sin necesidad de instrumentación), presentándose en 197 casos (65,9%) en el grupo 2019 y en 217 casos (70%) en el grupo 2020. Esto muestra un aumento de partos eutócicos durante la pandemia y una disminución en el número de cesáreas, habiéndose realizado 48 (15,5%) en 2020 vs 59 (19,7%) en 2019.

No se observaron diferencias en el porcentaje de partos instrumentales entre ambos grupos. En cuanto al tipo de parto, tampoco obtuvimos diferencias estadísticamente significativas ($p=0,378$).

1.2.5 Método Canguro

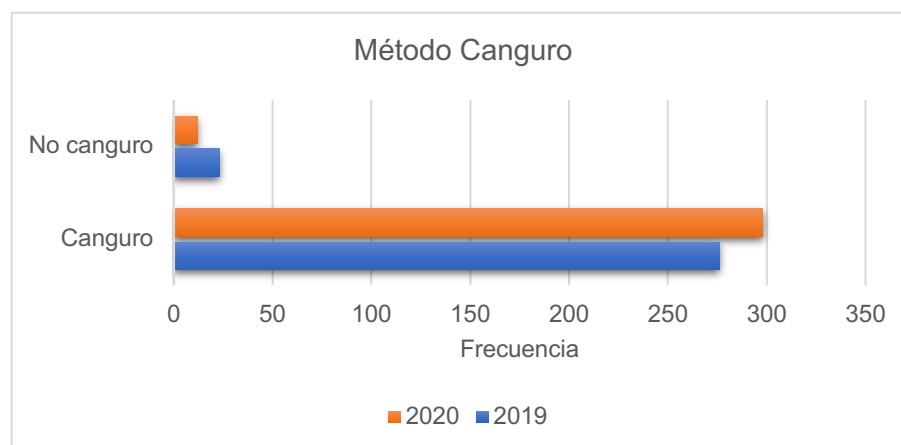


Gráfico 5. Realización del método canguro en ambos grupos. Se encontró un aumento estadísticamente significativo ($p=0,043$) del método canguro durante la pandemia (96,1%) con respecto a 2019 (92,3%).

2. Análisis de las tasas de LME

En la **Tabla 2** se muestran las tasas de LME al alta, a los tres y a los 6 meses. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

	2019 (n=299)	2020 (n=310)	p
LME ALTA	65,6%	70,6%	0,269
LME 3 MESES	55,2%	55,9%	0,873
LME 6 MESES	33,7%	40%	0,123

Tabla 2. Porcentajes de lactantes que recibieron LME al alta, a los 3 y 6 meses. Se analizó un aumento general en el porcentaje de LME durante la pandemia con respecto a 2019, a pesar de ello, esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

2.1 Influencia de las variables sociodemográficas en las tasas de LME

En relación con la variable "paridad", se realizó un estudio pormenorizado del tipo de alimentación de los neonatos, dividiendo a las madres en tres grupos: **primíparas (un parto), secundíparas (dos partos), multíparas (tres o más partos).**

2.1.1 Al alta

- Se observó que, a mayor paridad materna, mayor probabilidad de que el recién nacido fuese alimentado con LME, representando una diferencia estadísticamente significativa (**p=0,031**).
- También se observó que, a mayor edad materna, mayor probabilidad de que el recién nacido fuera alimentado con LME, encontrándose diferencias estadísticamente significativas (**p=0,047**).

2.1.2 A los 3 meses

- Se observó que, a mayor peso del bebé, mayor probabilidad de que este fuera alimentado con LME, hallándose diferencias estadísticamente significativas (**p=0,006**).
- Se analizó que los lactantes que habían tenido mayor edad gestacional eran alimentados con LME con más frecuencia que los lactantes de menor edad gestacional, demostrándose una diferencia estadísticamente significativa (**p=0,004**).
- Con respecto a la paridad, se vio que las madres que habían tenido más partos previos utilizaban la LME como método de alimentación para sus neonatos en mayor proporción que las madres que habían tenido menos partos o eran primerizas. Esta diferencia fue estadísticamente significativa (**p=0,029**).

2.1.3 A los 6 meses

- Se analizó que, a mayor peso del bebé, mayor probabilidad de que fuera alimentado mediante LME, encontrándose diferencias estadísticamente significativas (**p=0,014**).

- Se observó que seguía influyendo la edad gestacional del recién nacido, siendo más probable que fueran alimentados con LME los lactantes que habían nacido con mayor edad gestacional, encontrándose diferencias estadísticamente significativas (**p=0,007**).

	PESO RN	EG	PARIDAD	EDAD MAT
LME ALTA	3345 (3110-3590) p=0,061	40 (39-40) p=0,072	2 (1-2) p=0,031	38 (34-40) p=0,047
LME 3M	3352,5 (3123,8-3610) p=0,006	40 (39-40) p=0,004	2 (1-2) p=0,029	38 (35-41) p=0,076
LME 6M	3370 (3115-3617,5) p=0,014	40(39-40) p=0,007	2(1-2) p=0,084	38 (35-40) p=0,241

Tabla 3. Variables sociodemográficas y su relación con las tasas de LME al alta, 3 y 6 meses. EG= Edad Gestacional. EDAD MAT= Edad Materna.

2.2 Influencia de la nacionalidad materna al alta, a los tres y a los seis meses

%	ÁFRICA (n=20)	AMÉRICA (n=38)	ASIA (n=5)	EUROPA (n=546)	p
LME ALTA	90%	73,7%	60%	68,5%	0,081
LME 3 MESES	77,8%	60%	0%	54,9%	0,030
LME 6 MESES	61,1%	41,7%	0%	35,9%	0,060

Tabla 4. Porcentaje de LME en madres africanas, americanas, asiáticas y europeas al alta, a los 3 y 6 meses. Se realizó una división agrupando a las madres según su continente de nacimiento: África, América, Asia y Europa. En base a estos porcentajes, los hijos de madres africanas tenían mayor probabilidad de ser alimentados con LME en comparación con el resto de nacionalidades, sin embargo, solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre estos grupos a los 3 meses (**p=0,030**).

DISCUSIÓN

La pandemia por SARS-CoV2 ha supuesto un punto de inflexión en el manejo del Sistema Sanitario a nivel mundial. La incertidumbre ocasionada por el virus, su elevada transmisibilidad, el miedo al contagio y a las consecuencias que trae consigo, además de las medidas llevadas a cabo para intentar frenar al virus, han influido enormemente en la sociedad y en su forma de vida. La rápida progresión trajo consigo la búsqueda de medidas y la toma rápida de decisiones por parte del gobierno,(24) impactando de manera directa sobre nuestro Sistema Sanitario. Como método de contención de la pandemia a nivel mundial, se llevaron a cabo una serie de medidas destinadas a frenar el contagio en todos los sectores sanitarios, incluidas la planta de maternidad y neonatología.(12)

En este contexto, los hospitales debieron adaptar su protocolo a la nueva situación. En un intento de proteger a las gestantes y a sus bebés, se llevaron a cabo una serie de recomendaciones (SEGO, SENEIO) entre las que se encontraba el aislamiento y separación entre madres positivas por COVID-19 y sus recién nacidos desaconsejándose el piel con piel (10,11,25). Sin embargo, teniendo en cuenta los múltiples beneficios de un inicio precoz del contacto madre-hijo, su influencia en la lactancia materna, y el bajo riesgo que tienen los bebés sanos de padecer síntomas graves(26), numerosas organizaciones (incluidas la SEGO y la SENEIO en comunicados posteriores) recordaron la importancia del piel con piel y de la lactancia materna, teniendo en cuenta el efecto protector de la misma, siempre que la situación tanto de la madre como del recién nacido lo permita, adoptando las medidas necesarias para evitar contagio en caso de madre infectada (higiene de manos, uso de mascarilla). (10)

A pesar de estas últimas recomendaciones, el miedo al contagio de los más vulnerables unidos a la enorme presión social y la saturación del sistema sanitario, hizo que en algunos hospitales los protocolos fuesen muy restrictivos (disminución de las visitas médicas y/o sustitución de revisiones presenciales por modalidad online, realización de PCR y aislamiento de madres infectadas, prohibición de acompañantes en el hospital...) Todo ello hizo que la atención hacia las mamás y sus bebés se viera afectada o incluso reducida (27), aumentando el miedo y la incertidumbre.

Entre el 14 de marzo de 2020 y el 21 de junio de 2020, el gobierno declaró el estado de alarma, adoptando limitaciones extraordinarias, entre las que destacan el confinamiento en el domicilio y una reducción de los servicios manteniendo únicamente los esenciales,

apostando por el teletrabajo siempre que este fuera posible (Real Decreto Ley 10/2020). Esto supuso mayor tiempo en casa favoreciendo el vínculo madre-hijo, menor número de profesionales que interrumpieran y una limitación en el número de visitas, lo que pudo traer consigo una ventaja para la lactancia materna. (10)

En contraste con otros estudios realizados en diferentes hospitales del mundo (25,27,28), nuestras tasas de LME no disminuyeron de manera significativa durante la pandemia, incluso se observó un aumento no significativo en los tres periodos, sobre todo al alta y a los 6 meses, en las tasas de LME. Al alta, en el grupo 2020 70,6% de lactantes nacidos en el HURH recibían LME vs 65,6% en 2019 ($p=0,269$), a los 3 meses 55,9% vs 55,2% ($p=0,873$) y a los 6 meses 40% vs 33,7% ($p=0,123$).

El Hospital Universitario Río Hortega, donde fue realizado nuestro estudio, conservó el protocolo emitido el 01/02/2020 en consenso con las recomendaciones de la IHAN, previo al estado de alarma, en la planta de maternidad: revisiones preparto con la matrona explicando los beneficios sobre la LME en los primeros 6 meses de vida, mantenimiento del contacto piel con piel madre-hijo durante al menos 50 minutos de manera ininterrumpida (método canguro) en caso de parto natural y en el caso de cesáreas siempre que la situación de ambos lo permitiera, pinzamiento tardío del cordón, visita de un profesional (matrona y pediatra) una vez ingresada la madre en la planta de maternidad para dar consejos y asegurar un buen agarre del neonato, ofrecimiento de recursos disponibles (grupos de apoyo, revisiones) para que la madre haga uso de los mismos si necesita ayuda o tiene dudas acerca de la alimentación del bebé, este último es uno de los factores más importantes para la continuación de la LME. (10)

En nuestro estudio hemos analizado que las variables que mayor influencia tuvieron sobre las tasas de LME son:

- **Peso del recién nacido.** A mayor peso del bebé mayor probabilidad estadísticamente significativa de que fuese alimentado mediante LME a los tres ($p=0,006$) y a los seis meses ($p=0,014$). A pesar de que la lactancia materna constituya el mejor método de alimentación para bebés de bajo peso por su completa composición nutricional(29) en nuestro estudio al igual que en otros presentes en la literatura(30), el bajo peso en el bebé es un factor desfavorable para el mantenimiento de la LME.

- **Edad Materna.** Una mayor edad materna se relacionó con mayor probabilidad de haber dado LME al alta, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (**p=0,047**).
- **Paridad.** Una mayor paridad en la mujer se relacionó con mayor probabilidad estadísticamente significativa de haber dado LME al alta (**p=0,031**) y a los tres meses (**p=0,029**).

Sería conveniente ampliar el estudio relacionando la variable "edad materna" con la "paridad" para analizar si la mayor edad materna está asociada a mayor paridad y por tanto a experiencias previas con la LM. Esto nos interesa debido a que diversos estudios (10) demuestran que la experiencia que han tenido las mamás con la LM condicionará la decisión de amamantar a los próximos hijos.

- **Edad Gestacional.** Los niños que habían nacido con mayor edad gestacional tenían más probabilidades estadísticamente significativas de ser alimentados con LME a los tres (**p=0,004**) y a los seis meses (**p=0,007**). Diversos estudios, algunos de ellos recogidos por la AEP, recalcan el efecto protector que tiene la leche materna en los recién nacidos de baja edad gestacional, entre los que se incluyen los prematuros.(29) Al igual que parece indicar nuestro estudio, se ha encontrado en la literatura la asociación entre una menor edad gestacional con menor tasa de LM.(31)
- **Nacionalidad.** Las madres africanas tenían mayor probabilidad estadísticamente significativa (**p=0,030**) de alimentar a sus hijos con LME a los 3 meses (77,8% vs 60%, 54,9%, 0%) que el resto de nacionalidades estudiadas (América, Europa y Asia). Los resultados de nuestro estudio contrastan con otros realizados recientemente (31–33) en los que se encuentran menores tasas de LME en pacientes pertenecientes a minorías raciales. Esta diferencia podría deberse a un inadecuado seguimiento (privatización de la sanidad, problemas lingüísticos, dificultades con el acceso a la información...) de las madres pertenecientes a grupos minoritarios en las zonas donde fueron realizados dichos estudios(32). En nuestro país y gracias al Sistema Sanitario gratuito del que disponen estas mamás, la diferencia parece solventada e incluso las mujeres pertenecientes a razas minoritarias (africanas, en este caso) establecen la LME como método de alimentación de sus hijos con mayor frecuencia que las madres españolas.

- Aunque no era el objetivo de nuestro estudio hemos evidenciado una mayor tasa estadísticamente significativa ($p=0,043$) de "método canguro" durante la pandemia (96,1%) con respecto al periodo prepandemia (92,3%). Además, se observó una reducción en el número de cesáreas durante la pandemia. Ambos acontecimientos podrían estar relacionados debido a que la reducción de cesáreas trae consigo un aumento de parto vaginal sin complicaciones y por tanto un mayor bienestar materno lo que potencia el método canguro. Sería conveniente ampliar nuestro estudio para relacionar ambas variables y analizar si la disminución de la instrumentación de los partos está influida por una reducción en el número de quirófanos y profesionales sanitarios disponibles durante el momento más agudo de la pandemia, muchos de ellos tuvieron que asumir el cuidado de los pacientes ingresados por COVID(34). Sin embargo, en la literatura hay controversia, según la región estudiada se establece un aumento de los partos por cesárea(35,36) o una disminución(37), lo que podría explicarse por diferencias en los protocolos hospitalarios, diferencia en los niveles de presión sanitaria, medidas gubernamentales...

En cuanto a **limitaciones** de nuestro estudio, cabe destacar que podríamos ampliar el número de la muestra (ampliando el periodo analizado) para poder obtener mayores resultados estadísticamente significativos, e incluir más variables que podrían estar relacionadas con las tasas de lactancia materna. Una posibilidad, para estudios futuros, sería incluir los factores psicológicos y el grado de satisfacción materna con respecto a experiencias previas con la lactancia(10,27) ya que contribuyen de manera directa en la alimentación del bebé y la pandemia por COVID-19 ha influido en ambos.

CONCLUSIÓN

La pandemia ha afectado a las tasas de LME en todo el mundo. Sin embargo, con respecto a las tasas de LME previas (2019), en nuestro estudio no se vieron reducidas. Esto se debe a una serie de medidas que se mantuvieron durante la pandemia, priorizando el bienestar madre e hijo y, por tanto, la lactancia materna: revisiones pre y postparto en las que se aborda y se resuelven dudas sobre la LM, pinzamiento tardío del cordón, mantenimiento del contacto piel con piel madre-hijo siguiendo el "método canguro", ofrecimiento de apoyo a la madre y a su recién nacido. Al alta, en el grupo 2020 70,6% de lactantes nacidos en el HURH recibían LME vs 65,6% en 2019, a los 3 meses 55,9% vs 55,2% y a los 6 meses 40% vs 33,7%. Los factores del recién nacido que más beneficiaron la LME fueron: un mayor peso y una mayor edad gestacional, sobre todo a los tres y seis meses de edad. Los factores maternos que influyeron positivamente con más fuerza sobre la LME fueron una mayor edad materna, una mayor paridad y la nacionalidad africana.

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría mostrar mis agradecimientos a la Dra. Sonia Caserío Carbonero por tutorizar mi trabajo con interés y dedicación. De igual modo, quiero agradecer al Hospital Universitario Río Hortega, especialmente al equipo de Neonatología por permitirme realizar este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. COVID-19: Epidemiology, virology, and prevention - UpToDate [Internet]. [citado 19 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/covid-19-epidemiology-virology-and-prevention?sectionName=EPIDEMIOLOGY&topicRef=127488&anchor=H4014462337&source=see_link#H4014462337
2. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 [Internet]. Sec. 1, Real Decreto 463/2020 mar 14, 2020 p. 25390-400. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463>
3. Crisis sanitaria COVID-19 - Atención e información - Punto de Acceso General [Internet]. [citado 24 de abril de 2023]. Disponible en: https://administracion.gob.es/pag_Home/atencionCiudadana/Crisis-sanitaria-COVID-19.html
4. Menon M, Huber R, Russell RB, Feldman-Winter L, Goodstein MH, Scott S, et al. Maternity Care Clinicians' Experiences Promoting Infant Safe Sleep and Breastfeeding During the COVID-19 Pandemic. *Nursing for Women's Health*. Abril de 2023;27(2):90-102. Doi: 10.1016/j.nwh.2023.01.004
5. Ganho-Ávila A, Guiomar R, Sobral M, Pacheco F, Caparros-Gonzalez RA, Diaz-Louza C, et al. The impact of COVID-19 on breastfeeding rates: An international cross-sectional study. *Midwifery*. Mayo de 2023;120:103631. 10.1016/j.midw.2023.103631
6. Recomendaciones_SENeo_SARS-CoV-2_Version_6.pdf [Internet]. [citado 24 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.seneo.es/images/site/COVID/Recomendaciones_SENeo_SARS-CoV-2_Version_6.pdf
7. Syridou G, Kapsabeli E, Mavridi A, Gkentzi D, Sideri V, Vervenioti A, et al. Clinical outcome in newborns of perinatally COVID-19 infected women. *J Matern Fetal Neonatal Med*. diciembre de 2023;36(1):2183752.
8. Sampieri CL, Montero H. Revisión de nuevas evidencias acerca de la posible transmisión vertical de la COVID-19. *Gac Sanit*. 1 de marzo de 2022 ;36(2):166-72. Doi: 10.1016/j.gaceta.2020.06.005
9. Olaso OP. Manejo de la mujer embarazada y el recién nacido con COVID-19. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Documento_manejo_embarazo_recién_nacido.pdf
10. Oggero MK, Wardell DW. Changes in Breastfeeding Exclusivity and Satisfaction During the COVID-19 Pandemic. *J Hum Lact*. agosto de 2022;38(3):433-42. Doi: 10.1177/08903344221086974

11. Mallada PL, Díaz-Gómez NM, Romero MC, Martín LSF, Guiu CG. IMPACTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LA LACTANCIA Y CUIDADOS AL NACIMIENTO. IMPORTANCIA DE RECUPERAR LAS BUENAS PRÁCTICAS. *Rev Esp Salud Pública*.
12. Marín Gabriel MA, Domingo Comeche L, Cuadrado Pérez I, Reyne Vergeli M, Forti Buratti A, Royuela Vicente A, et al. Baby Friendly Hospital Initiative Breastfeeding Outcomes in Mothers with COVID-19 Infection During the First Weeks of the Pandemic in Spain. *J Hum Lact*. 1 de noviembre de 2021;37(4):639-48. Doi:10.1177/08903344211039182
13. Solís-García G, Gutiérrez-Vélez A, Pescador Chamorro I, Zamora-Flores E, Vigil-Vázquez S, Rodríguez-Corrales E, et al. Epidemiología, manejo y riesgo de transmisión de SARS-CoV-2 en una cohorte de hijos de madres afectas de COVID-19. *Anales de Pediatría*. marzo de 2021;94(3):173-8. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.12.004>
14. Fernández-Carrasco FJ, Vázquez-Lara JM, González-Mey U, Gómez-Salgado J, Parrón-Carreño T. INFECCIÓN POR CORONAVIRUS COVID-19 Y LACTANCIA MATERNA: UNA REVISIÓN EXPLORATORIA. *Rev Esp Salud Pública*.
15. Sajadi MM, Shokatpour N, Purcell M, Tehrani ZR, Lankford A, Bathula A, et al. Maternal transfer of IgA and IgG SARS-CoV-2 specific antibodies transplacentally and via breast milk feeding. *PLoS One*. 6 de abril de 2023;18(4):e0284020. Doi:10.1371/journal.pone.0284020
16. Perl SH, Uzan-Yulzari A, Klainer H, Asiskovich L, Youngster M, Rinott E, et al. SARS-CoV-2–Specific Antibodies in Breast Milk After COVID-19 Vaccination of Breastfeeding Women. *JAMA*. 18 de mayo de 2021;325(19):2013-4. Doi:10.1001/jama.2021.5782
17. Ramiro González MD, Ortiz Marrón H, Arana Cañedo-Argüelles C, Esparza Olcina MJ, Cortés Rico O, Terol Claramonte M, et al. Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en la Comunidad de Madrid entre los participantes en el estudio ELOIN. *Anales de Pediatría*. julio de 2018;89(1):32-43 Doi:10.1016/j.anpedi.2017.09.002
18. Gavine A, Shinwell SC, Buchanan P, Farre A, Wade A, Lynn F, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2022;(10). Doi:10.1002/14651858.CD001141.pub6
19. Abou-Dakn M. Gesundheitliche Auswirkungen des Stillens auf die Mutter. *Bundesgesundheitsbl*. agosto de 2018;61(8):986-9. Doi:10.1007/s00103-018-2776-1
20. Productos y Servicios / Publicaciones / Publicaciones de descarga gratuita [Internet]. [citado 25 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926457058&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout
21. Saila - MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALD.pdf [Internet]. [citado 18 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/guia_de_lactancia_materna.pdf
22. Bartick MC, Schwarz EB, Green BD, Jegier BJ, Reinhold AG, Colaizy TT, et al. Suboptimal breastfeeding in the United States: Maternal and pediatric health outcomes and

- costs. *Matern Child Nutr.* enero de 2017;13(1):e12366. Doi:10.1111/mcn.12366
23. WHO_RHR_14.19_spa.pdf [Internet]. [citado 27 de abril de 2023]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/120076/WHO_RHR_14.19_spa.pdf;jsessionid=C261FA98FA8622E3D1E2D4FE62140F65?sequence=1
24. Douthit BJ. The influence of the learning health system to address the COVID-19 pandemic: An examination of early literature. *Int J Health Plann Manage.* marzo de 2021;36(2):244-51. Doi:10.1002/hpm.3088
25. Marín Gabriel MÁ, Manchado Perero S, Manzanares Gutiérrez L, Martín Lozoya S, Gómez de Olea Abad B. Infección por COVID-19 en el parto y tasas de lactancia materna exclusiva en una maternidad IHAN. *An Pediatr (Barc).* 1 de septiembre de 2022;97(3):211-2. Doi:10.1016/j.anpedi.2022.02.003
26. Lactancia y cuidado del recién nacido si tiene COVID-19 [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2022 [citado 15 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/if-you-are-sick/pregnancy-breastfeeding.html>
27. Infant feeding initiation practices in the context of COVID-19 lockdown | Elsevier Enhanced Reader. 2021 Jan;152:105286. Doi: 10.1016/j.earlhumdev.2020.105286.
28. Jácome Á, Castañeda-Orjuela C, Barahona N. Indirect effects of the SARS CoV-2 pandemic on the prevalence of breastfeeding: Modeling its impact. *Biomédica.* 15 de octubre de 2021;41(Sp. 2):118-29. Doi:10.7705/biomedica.5917
29. Juharji H, Albalawi K, Aldwaihri M, Almalki A, Alshiti H, Kattan W, et al. Impact of Breastfeeding on Low Birthweight Infants, Weight Disorders in Infants, and Child Development. *Cureus.* Diciembre 2022;14(12):e32894. Doi:10.7759/cureus.32894
30. Sacristán Martín AM, Lozano Alonso JE, Gil Costa M, Vega Alonso AT. Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. *Pediatría Atención Primaria.* marzo de 2011;13(49):33-46. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1139-76322011000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
31. Chooniedass R, Tarrant M, Turner S, Fan HSL, Buono KD, Masina S, et al. Factors associated with breast-feeding initiation and continuation in Canadian-born and non-Canadian-born women: a multi-centre study. *Public Health Nutrition.* octubre de 2022;25(10):2822-33. Doi: 10.1017/S1368980021004699
32. Quintero SM, Strassle PD, Londoño Tobón A, Ponce S, Alhomsí A, Maldonado AI, et al. Race/ethnicity-specific associations between breastfeeding information source and breastfeeding rates among U.S. women. *BMC Public Health.* 17 de marzo de 2023;23(1):520. Doi:10.1186/s12889-023-15447-8
33. Chiang KV. Racial and Ethnic Disparities in Breastfeeding Initiation — United States, 2019. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* May 28, 2021 70(21);769–774. Doi: 10.15585/mmwr.mm7021a1

34. Esteban-Sepúlveda S, Terradas-Robledo R, Castro-Ribeiro T, García-Pagès E, Sobregreu-Sangrà P, Lacueva-Pérez L. Pandemia COVID-19 sobre profesionales sanitarios en un hospital de tercer nivel en España: cambios laborales durante la primera ola, salud mental a los 4 meses y seguimiento a los 9 meses. *Enferm Clin.* 2022;32(3):143-51. Doi: 10.1016/j.enfcli.2021.12.009
35. Hidalgo-Lopezosa P, Cubero-Luna AM, Huertas-Marín J, Hidalgo-Maestre M, De la Torre-González AJ, Rodríguez-Borrego MA, et al. Vaginal birth after caesarean section before and during COVID-19 pandemic. Factors associated with successful vaginal birth. *Women and Birth* [Internet]. 1 de noviembre de 2022;35(6):570-5. Doi:10.1016/j.wombi.2021.12.008
36. Eleje GU, Ugwu EO, Enebe JT, Okoro CC, Okpala BC, Ezeora NC, et al. Cesarean section rate and outcomes during and before the first wave of COVID-19 pandemic. *SAGE Open Med.* 23 de marzo de 2022;10:20503121221085452. Doi:10.1177/20503121221085453
37. Zhang J, Zhang Y, Ma Y, Ke Y, Huo S, He L, et al. The associated factors of cesarean section during COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in nine cities of China. *Environmental Health and Preventive Medicine.* 10 de octubre de 2020;25(1):60. Doi: 10.1186/s12199-020-00899-w



INFLUENCIA DE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2 EN LAS TASAS DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA



Trabajo de Fin de Grado Medicina. Curso 2022-2023
 Autora: Vanessa Haupt Arabia, Tutora: Sonia Caserío Carbonero

INTRODUCCIÓN

La pandemia por COVID-19 ha afectado sobre todo a los colectivos más vulnerables, entre los que se encuentran los recién nacidos y sus madres. La lactancia materna exclusiva (LME) está reconocida como mejor alimentación durante los 6 primeros meses de vida por la OMS, sin embargo, las medidas tomadas en un intento de contención del virus han influido en las tasas de LME.^(1,2)

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional analítico retrospectivo. Se compararon 310 lactantes nacidos durante el confinamiento (2020) con 299 nacidos antes de la pandemia. **Criterios de inclusión:** recién nacidos sanos nacidos en el HURH en dos periodos diferentes:

- Grupo 2019:** 15 marzo de 2019 al 25 de mayo de 2019.
- Grupo 2020:** 15 marzo 2020 al 25 de mayo de 2020.

Se analizaron las variables sociodemográficas y su relación con las tasas de LME, al alta, a los tres y a los seis meses.

OBJETIVOS

- Principal.** Analizar los factores que condicionaron la LME los 6 primeros meses de vida de los lactantes durante el confinamiento por SARS-CoV-2, comparando las tasas de LME al alta, a los tres meses y a los seis meses.
- Secundarios.** Estudiar las características sociodemográficas que influyen en las tasas de LME y comparar con otros estudios.

RESULTADOS

	EM	EG	PESO	APGAR1	APGAR5
2019 n=299	38 (34,41)	40 (39,40)	3300 (3035,3570)	9 (9,9)	10 (10,10)
2020 n=310	37 (34,40)	40 (39,40)	3347,5 (3075,3595)	9 (9,9)	10 (10,10)

Tabla 1. Variables sociodemográficas cuantitativas. EM: Edad Materna, EG: Edad Gestacional.

	PARIDAD	SEXO	TIPO DE PARTO	CANGURO
2019 n=299	39,1% P 37,1% S 23,7% M	54,5% varón 45,5% mujer	65,9% eutócico 19,7% cesáreas 14,4% instrumentado	92,3%
2020 n=310	39,1% P 41,9% S 23,2% M	50,8% varón 49,2% mujer	70% eutócico 15,5% cesáreas 14,5% instrumentado	96,1%

Tabla 2. Variables sociodemográficas cualitativas. PARIDAD (P:Primiparas, S:Secundiparas, M:Multiparas).

No se encontraron diferencias significativas en las características sociodemográficas (Tablas 1 y 2) de ambos grupos ($p > 0,05$), excepto un aumento significativo en 2020 del "método canguro" ($p = 0,043$)

Gráfico 2. Influencia de las variables en las tasas de LME.

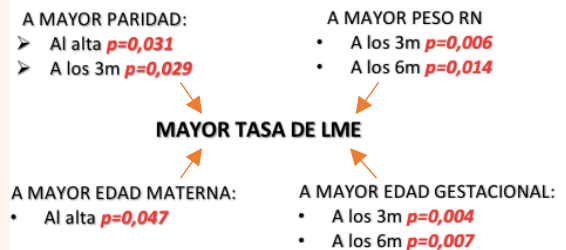
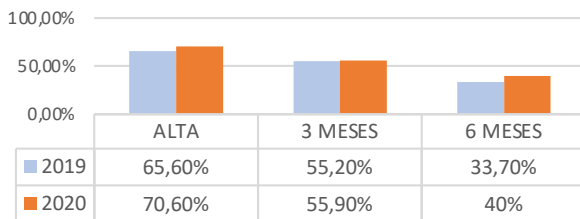


Gráfico 1. Comparación de las tasas de LME.



Se observó un aumento no significativo ($p > 0,05$) en las tasas de LME durante el confinamiento.



Los hijos de **madres africanas** tenían mayor probabilidad de ser alimentados con LME. Esta diferencia fue significativa a los tres meses ($p = 0,030$).

DISCUSIÓN

En contraposición con otros trabajos^(3,4) nuestras tasas de LME aumentaron, aunque no de manera significativa. Una mayor edad materna y una mayor paridad se asociaron a mayores tasas de LME. Esto resulta interesante debido a que diversos estudios⁽¹⁾ demuestran que la experiencia que han tenido las madres con la lactancia condicionará la decisión de amamantar a los próximos hijos, por tanto, la pandemia por SARS-COV-2 no solo ha influido en las tasas actuales sino también en las futuras.

CONCLUSIÓN

- Durante la pandemia, en la población de nuestro estudio, no disminuyeron las tasas de LME. Se mantuvieron las medidas que tenían como prioridad el bienestar madre e hijo y la promoción de la lactancia materna: revisiones pre y postparto, pinzamiento tardío del cordón, método canguro (piel con piel de inicio precoz).
- Los factores del recién nacido que más beneficiaron la LME fueron: mayor peso y mayor edad gestacional. Mientras que los maternos fueron: mayor edad, mayor paridad y la nacionalidad africana.

BIBLIOGRAFÍA

- Lactancia materna. [citado 27 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1
- Oggero MK, Wardell DW. Changes in Breastfeeding Exclusivity and Satisfaction During the COVID-19 Pandemic. J Hum Lact. Agosto de 2022;38(3):433-42. Doi:10.1177/08903344221086974
- Infant feeding initiation practices in the context of COVID-19 lockdown | Elsevier Enhanced Reader. 2021 Jan;152:105286. Doi:10.1016/j.earlhumdev.2020.105286
- Jácome Á, Castañeda-Orjuela C, Barahona N. Indirect effects of the SARS CoV-2 pandemic on the prevalence of breastfeeding: Modeling its impact. Biomédica. 15 de octubre de 2021;41(Sp. 2):118-29. Doi:10.7705/biomedica.5917